

## **Európsky summit o kardiovaskulárnej prevencii – rozhodný krok k zintenzívneniu kontroly srdcových a cievnych chorôb**

**17. – 18. január 2008, Nice, Francúzsko**

Summit sa konal v Európskom dome srdca v Sophia Antipolis, vzdialenej približne 20 km od Nice, spoločenského a politického centra francúzskej Riviéry, za účasti vyše 180 delegátov z 39 štátov Európy a štátov zastúpených v Európskej kardiologickej spoločnosti (EKS). Zo Slovenska sa na rokovaní zúčastnili doc. Rašlová za Slovenskú asociáciu aterosklerózy, doc. Kamenský ako národný koordinátor kardiovaskulárnej prevencie za Slovenskú kardiologickú spoločnosť a prof. Riečanský za Slovenskú hypertenziologickú spoločnosť.

Hlavnou náplňou stretnutia reprezentantov odborných organizácií, ktoré svoju činnosť zameriavajú na prevenciu srdcovocievnych chorôb (SCCH), bolo oboznámenie sa s novými „Odporúčaniami o prevencii SCCH v klinickej praxi“ (na ich tvorbe pod gesciou EKS sa zúčastnilo deväť odborných spoločností) so zameraním na spôsoby a zabezpečenie sústredenej účinnej stratégie kardiovaskulárnej (KV) prevencie. Vedúcimi osobnosťami summitu boli prof. Lars Rydén (Švédsko), predchádzajúci prezident EKS, člen výboru EKS pre styk s Európskou úniou (EÚ), iniciátor Európskej charty zdravého srdca, prof. Hugo Saner (Švajčiarsko), prezident Európskej asociácie kardiovaskulárnej prevencie a rehabilitácie (EACPR), prof. De Backer (Belgicko), predseda spojeného výboru európskych (odborných) spoločností pre KV prevenciu, prof. Ian Graham (Írsko), vedúci autor štvrtých odporúčaní pre KV prevenciu (ďalej Odporúčania). V úvodných vystúpeniach vedeckého programu 17. januára prof. Rydén, prof. Saner, dr. Gjelsvik (predstavitel Spoločnosti pre všeobecné a rodinné lekárstvo – WONCA v Európe) a prof. Graham zdôvodnili a zdôraznili význam aktívneho prístupu k prevencii aterosklerotických SCCH cestou implementácie Odporúčaní. Úspešná prevencia si vyžaduje trvalú spoluprácu SZO, WONCA s EKS a k nej pridruženými asociáciami a s ďalšími odbornými spoločnosťami, ktoré utvorili z iniciatívy EKS v septembri 2007 Radu EKS pre primárnu starostlivosť. Základným dôvodom pre koordinovanú preventívnu KV stratégiu je najmä to, že SCCH sú hlavnou príčinou predčasnej úmrtnosti v Európe. Tvorí tiež významný podiel pracovnej neschopnosti a invalidity a podstatne prispievajú k narastajúcim výdavkom na zdravotnú starostlivosť. Ateroskleróza mnoho rokov prebieha zákerne a ňou spôsobené úmrtia sú často náhle bez možnosti poskytnutia zdravotnej pomoci. Hromadný výskyt SCCH je v bezprostrednom vzťahu k životnému štýlu a k modifikovateľným fyziologickým a biochemickým faktorom. Dokázané je, že úspešná intervencia týchto rizikových faktorov znižuje KV mortalitu, najmä u vysoko rizikových osôb.

Nové Odporúčania pre prevenciu SCCH sa od predchádzajúcich troch Odporúčaní odlišujú vo viacerých pohľadoch. Zdôrazňuje sa v nich nevyhnutnosť zvýšenej účasti a príspevku všeobecných lekárov a zdravotných sestier. Väčší dôraz sa kladie na telesnú aktivitu, telesnú hmotnosť a životný štýl, prístup k KV riziku mladých ľudí. Kardiovaskulárnym príhodám sa prikladá rovnaká dôležitosť ako KV mortalite. Prepracovaný systém SCORE podáva viac informácií o KV príhodách, cukrovke, HDL cholesterolu a indexe telesnej hmotnosti (BMI). V Odporúčaníach sú nové kapitoly o pohlaví, frekvencii srdca, obezite, obličkovom postihnutí a iných manifestáciách SCCH.

Odporúčania, ktoré kladú prioritu na jedincov s najväčším KV rizikom (pretože títo najviac profitujú z aktívneho manažmentu rizikových faktorov), sa majú dopĺňať so stratégiami v pôsobnosti verejného zdravotníctva zameranými na celú populáciu, čím sa skoordínuje úsilie smerujúce na zníženie veľkého problému, akým sú KV choroby pre európsku populáciu. Súčasný nepriaznivý stav pri prevencii SCCH jasne dokumentoval prof. Wood (Anglicko) v prednáške o výsledkoch projektu EuroAspire III. Štúdia ukázala, že s odstupom desiatich rokov v európskej populácii v porovnaní s predchádzajúcimi projektmi EuroAspire I a II z rizikových faktorov sa čiastočne znížilo fajčenie, podstatne sa znížili hladiny cholesterolu (takmer o 50 %), ale zvýšil sa výskyt arteriovej hypertenzie, obezity, diabetes mellitus napriek zlepšeniu medikácie u pacientov s koronárnou artériovou chorobou.

Problematickou medzi Odporúčaniami a ich uplatnením v praxi sa zaoberala panelová diskusia predstaviteľov odborných spoločností, ktoré boli spoluautorami dokumentu. Diskutujúci zdôraznili, že realizácia Odporúčaní nebude mať úspech, ak sa Odporúčania nestanú súčasťou zdravotnej starostlivosti v primárnej sfére (dokument rady EKS pre primárnu starostlivosť), čo zabezpečujú všeobecní praktickí lekári (spoločnosť WONCA). Poukázala tiež na integrujúcu úlohu Medzinárodnej spoločnosti behaviorálnej medicíny (IBSM) a na významný podiel sestier a dôležitosť kontroly arteriovej hypertenzie, ktorá na populačnej úrovni doteraz zlyháva. Jedným z kľúčových bodov lepšej implementácie Odporúčaní je zhoda a súčinnosť medzi zdravotníkmi a politickými predstaviteľmi a ďalej osvojenie Odporúčaní laickou verejnosťou. Tu diskutujúci zhodne poukázali, že najvhodnejším spôsobom sa ukazuje vypracovanie osobitných Odporúčaní pre laikov (prof. De Backer a ďalší). O realizačných spôsoboch KV prevencie, ktoré pre lekárov pripravila EKS, hovoril prof. Graham. Okrem vlastných Odporúčaní a ich verzijovej verzie je to CD, ďalej systém SCORE (plagát, CD) adaptovaný pre európske krajiny s vysokým a nízkym KV rizikom. Všetky tieto materiály sú voľne dostupné na [www.HeartScore.org](http://www.HeartScore.org).

Ďalšia sekcia programu sa venovala modelom preventívnej KV starostlivosti. Z rokovaní vyplynulo, že pre efektívnosť práce je nevyhnutné lepšie využitie pracovnej kapacity a schopnosti sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov (určenie rizika podľa EuroScore, poradenstvo, telesné cvičenia...). Rozširovanie edukačných tlačných materiálov medzi pacientov a ostatných intervenovaných je síce lacné, ale nie veľmi účinné. Osobný rozhovor má väčší efekt. Programy prevencie KV chorôb majú byť pre občanov ľahko dostupné a majú byť súčasťou kompletnej liečby. Životný štýl a jeho zmeny tvoria základ preventívnych programov. Skúsenosti poukazujú, že edukácia „koronárnych“ pacientov v nemocnici (zmena doterajšieho životného štýlu, liečebný a rehabilitačný program) je účinnejšia, ako keď sa zdravotná výchova koná u praktických lekárov. Prof. Saner jednoznačne dokumentoval prínos integrácie preventívnej a rehabilitačnej kardiológie v špecializovanom centre na vlastnom pracovisku Univerzitnej nemocnice v Berne. V programe sa po opustení nemocnice pokračuje v ambulantných podmienkach. Prednáška prof. Sane-

ra zreteľne potvrdila náš názor, akým veľkým krokom späť v dlhodobom liečebnom procese kardiovaskulárnych pacientov hospitalizovaných v NÚSCH bola autoritatívnym direktívnym spôsobom nariadená strata (odpredaj nezdravotníckemu subjektu) Rehabilitačného doliečovacieho zariadenia na Železnej studničke.

Druhý deň summitu sa prerokovali otázky lepšieho zabezpečenia KV prevencie v Európe. V úvodnom vystúpení Dr. Hübel, vedúci oddelenia zdravotných determinantov DG SANCO Európskej komisie zdôraznil, že na práceneschopnosti obyvateľov EÚ sa podieľajú podľa poradia tabak, artériová hypertenzia, alkohol, nadhmotnosť, hyperlipidémia. Alarmujúci je najmä výskyt obezity. Z výživových zložiek má nepriaznivý vplyv nadmerný príjem soli, proti ktorej sa vypracovala v poslednom období nová stratégia, ako časti celkovej intervencie vo výžive. Európska komisia zvyšuje podporu KV výskumu a navyše pre aktivity pri prevencii SCCH pre jednotlivé členské štáty je z fondov EU rezervovaných 72 miliónov Eur na obdobie štyroch rokov.

Pozíciu a úlohy SZO v Európe pri podpore KV zdravia ozrejmla Dr. Farringtonová, koordinátorka pre neprenosné choroby. Zdôraznila, že pre komplexný prístup v kontrole týchto chorôb je dôležitá legislatíva v jednotlivých európskych štátoch. V nej treba rozlišovať aktivity v kontrole chorôb a aktivity v podpore zdravia.

Prof. Rydén, hlavný autor Charty Európskeho zdravého srdca (The European Heart Health Charter) schválenej Európskou komisiou v júni 2007 vychádzajúc z uznesení Rady Európy (november 2007) zdôraznil, že úspech v boji proti SCCH nie je možný bez účasti riadiacich politických orgánov. Väčšina SCCH je preventabilná. Skúsenosti z Fínska a iných komunitných preventívnych programov ukázali, že zníženie hladiny hlavných rizikových faktorov aterosklerózy v populácii sa podieľa až v 76 % na poklese mortality z KV príčin, podiel modernej liečby predstavuje 24 %. Charta úplne podporuje celospoločensky preventívne orientované akcie na všetkých úrovniach. Týka sa to tiež Odporúčaní, ktoré sú súhlasným stanoviskom európskych odborných medicínskych partnerov. Z diskusie vyplynulo, že Európska komisia musí posilniť tlak na rezortné ministerstvá jednotlivých štátov, aby vytvorili vhodné podmienky na realizovanie Odporúčaní. Upozornila aj na význam organizácií a združení pacientov v tomto smere.

Záverečné vystúpenie prof. Grahama, prof. De Backera, prof. Wooda a dr. Gjalsvika možno zhrnúť do viacerých bodov. Európske odporúčania pre prevenciu treba prispôbiť pomerom v jednotlivých štátoch EÚ (socioekonomické, zdravotnícke, kultúrne...), a potom ich apli-

kovať. Na ich uvedenie do praxe treba organizovať konferencie podľa lokálnych potrieb. Posolstvo Odporúčaní možno stručne vyjadriť číselne: 0 3 5 140 5 3 0, t. j., nijaký tabak, 3 km chôdze denne alebo 30 minút telesnej aktivity, 5 dávok ovocia a/alebo zeleniny denne, systolický TK menej ako 140 mmHg, celkový cholesterol pod 5 mmol/l, LDL cholesterol pod 3 mmol/l, vyhnúť sa nadhmotnosti a cukrovke. Vytvoríť vhodné celospoločenské prostredie na zachovanie KV zdravia. Zabezpečiť prístup k zdravotníckym informáciám, ktoré majú byť zrozumiteľné pre každého. Inovovať národné programy KV prevencie. Programy dať do škôl – edukácia nastávajúcej generácie je prvoradá úloha. Na osvojenie Odporúčaní a realizovanie preventívnych programov treba primerané finančné krytie z existujúcich zdravotníckych systémov a poisťovní. Výkony v rámci prevencie predstavujú dôležitú zložku kontroly chorôb a musia byť preplácané. Zdravotná výchova musí preniknúť do rodín pacientov. Realizovať preventívne a rehabilitačné programy vo všetkých nemocniciach liečiacich pacientov so SCCH. Trvalou zložkou preventívnych programov je pravidelné hodnotenie dosiahnutých výsledkov (surveillance). Užitočné je konštituovanie národného orgánu pre riadenie preventívneho KV programu zloženého zo všetkých zainteresovaných organizácií a orgánov.

Výnikajúcou príležitosťou na oboznámenie sa a uvedenie Odporúčaní a záverov Európskeho summitu v Nice medzi domácu zdravotnícku verejnosť budú onedlho tohtoročné aprílové vedecké podujatia: spoločná schôdza Pracovnej skupiny preventívnej kardiológie a Pracovnej skupiny kardiovaskulárnej rehabilitácie SKS v Piešťanoch (11. – 13. apríl) a spoločný XXIII. kongres Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti a XII. kongres Slovenskej lekárskej spoločnosti v Žiline (23. – 26. apríl).

Úlohy, ktoré vyplynuli z európskych Odporúčaní a ktoré vyčerpávajúco na vysokej odbornej úrovni konkretizoval Európsky summit o prevencii SCCH, sú početné a dlhodobé a na udržanie a zlepšenie zdravia našej populácie nevyhnutné. Značná časť ich realizácie závisí od zdravotníkov, dúfame, že pri plnení týchto úloh poskytnú vykonávateľom všestrannú pomoc a podporu tak zodpovedné zdravotnícke rezortné orgány, ako aj najvyššie politické a vládne inštitúcie.

prof. MUDr. Igor Riečanský, CSc.  
Katedra kardiológie a angiológie FZŠS SZU  
a Kardiologická klinika NÚSCH a. s. Bratislava  
doc. MUDr. Gabriel Kamenský, CSc.  
hlavný odborník SR pre odbor kardiológie