

Správa z 3. tatranských kardiologických dní

5. – 8. február 2006, Štrbské Pleso

Bola to zaujímavá akcia v peknom prostredí hotela Patria. Vonku bolo mrazivo i cez deň (okolo -10°C). Zúčastnilo sa jej 500 účastníkov, niektorí bývali v blízkych hoteloch, naštastie bol prítomný aj shuttlebus.

Vybral som pohľad na tie akcie, ktoré ma zaujali.

Spoločnosť Berlín-Chemie otvorila sympóziu tzv. predsypóziom. Renomovaní rečníci priniesli zaujímavé informácie. **Z. Mikeš (Geriatrická klinika, Bratislava)** sa venoval osobám staršieho veku s hypertenziou. V poslednej dekáde badáme prudký nárast výskytu osôb > 65 rokov (zdvojnásobil sa), asi 12 % seniorov spotrebuje 30 – 50 % nákladov zdravotníctva (polovicu tvoria osoby > 65 rokov, ide najmä o kardiovaskulárne ochorenia). Až 90 % osôb vo veku > 80 rokov trpí hypertenziou (65 % osôb > 65 rokov). Liečba hypertenzie redukuje výskyt hypertrofie ľavej komory asi o 50 % a tiež výskyt srdcového zlyhávania o 50 %. Zdá sa, že naša spoločnosť na problém starnúcej populácie nie je dobre pripravená (edukáciou, sociálnou pomocou a možno i rekonštrukciou zdravotnej služby pre osoby > 65 rokov, osobitne pre osamelých a opustených). **J. Lietava (II. interná klinika FNsP, Bratislava)** sa venoval vzťahu **Hypertenzia – náhle cieвне mozgové príhody – demencia**. Prevalencia hypertenzie na Slovensku je u 13 – 65-ročných mužov 21 – 54 % a u žien 13 – 25 % (podľa dokladov UZIS, 1999). Až 40 % príčin práceneschopnosti súvisí s hypertenziou. Nárast variability systolického tlaku krvi (TK) je samostatným rizikovým faktorom vzniku náhlých cievných mozgových príhod (NCPM) a prekonanie NCPM do jedného roka znamená až devätnásobný nárast rizika vzniku demencie. V klinickej štúdii SYSTEUR (nitrendipín, pokles systolického TK v tomto ramene v systole 8,3 mmHg versus v placebovom ramene s poklesom 3,8 mmHg) pokles systolického TK znížil výskyt demencie až o 50 %. U tejto staršej populácie (osoby > 65 rokov) treba využiť všetky liečebné možnosti (aj liečbou hypertenzie) na prevenciu vzniku vaskulárnej demencie (zlepšime tým významne kvalitu života týchto osôb). **S. Krčméry (Bratislava)** poukázal na vzťah hypertenzie a obličkových funkcií (ak u pacienta s hypertenziou vznikne renálna dysfunkcia, zhorší sa prognóza aj sprievodných kardiovaskulárnych ochorení u postihnutých). Predstavil výsledky štúdie SENIORS (nebolo to ďalším betablokátorom na liečbu chronického srdcového zlyhávania CHSZ, najmä u starších osôb). V nefrologickej ambulancii nedávno nastala dramatická zmena dôvodov dispenzarizácie, a to „výmenou“ za obličkové infekcie (glomerulomefritídy, intersticiálne nefritídy) osôb s diabetom 2. typu a s hypertenziou – cieľom je správnu liečbou chrániť obličkové funkcie a tým brániť i progresii kardiovaskulárnych ochorení.

Sekcia SKS Liečba chronického srdcového zlyhávania. I. Riečanský (NÚSCH, Bratislava) Úloha digoxínu pri chronickom srdcovom zlyhávaní. Objavenie digitálu patrí W. Witheringovi (Birmingham, 1785). Opísal vtedy vlastné 10-ročné skúsenosti s liečbou vodnatieľky. Účinky digitálu sú nasledovné: 1. Pozitívne inotropný (inhibuje alfa podjednotku $\text{Na}^{+}\text{-K}^{+}\text{-ATPázy}$, t. j. sodíkovej pumpy na membráne myocytu nastane výstup K^{+} , vstup Na^{+} a Ca^{++} , spúšťa sa tým uvoľnenie Ca^{++} zo sarkoplazmatického retikula, a tým sa zvyšuje kontraktilita), 2. Iné účinky: pokles aktivity sympatika a nárast aktivity parasympatika, pokles sérovej koncentrácie noradrenalinu, inhibícia uvoľnenia renínu, elektrofyziológické účinky (pokles aktivity SA a AV uzla). Podaním digitálu pri CHSZ sa zvýši minútový objem, stúpne TK, klesne srdcová frekvencia, zvýši sa kontraktilita, upraví sa neurohormonálna aktivácia, zmenšia sa symptómy, zníži sa NYHA trieda, zvýši sa záťažová kapacita, zníži sa výskyt dekompenzácie, počet hospitalizácií pre srdcové zlyhávanie (SZ), mortalita pre zhoršenie SZ, zvýši sa ejekčná frakcia (EF), zmenší sa rozmer ľavej komory, zlepši sa funkcia obličiek a znížia sa náklady na liečbu CHSZ. **Indikácie:** srdcové zlyhávanie s fibriláciou predsiení (dôkazy IB) – lepšie spolu s betablokátorami ako osobitne (dôkazy II aB), srdcové zlyhávanie so sínus-

ovým rytmom (dôkazy II a A) – pokles hospitalizácií, ale nie mortality pri CHSZ (DIG štúdia). **Kontraindikácie:** bradykardia, a-v blokáda II. a III. stupňa, sick sinus syndróm, syndróm karotického sínusu, hypertrofická kardiomyopatia, hypo- a hyperkaliémia. Relatívne kontraindikácie: stavy s nízkym minútovým objemom (mitrálna stenóza, konštriktívna perikarditída) a vysokým minútovým objemom (tyreotoxikóza). **Problémy pri liečbe digitalisom:** má nízke terapeutické okno, liekové interakcie sú časté. Niekedy vzniká potreba monitorovať sérové hladiny digoxínu. Zdá sa, že dobrá hladina v sére je 0,5 – 1,0 ng/ml. Pred liečbou treba mať dobrú hodnotu sérového kreatinínu. **NU digoxínu:** poruchy rytmu, dyspepsia, únava, depresia, zmätenosť a iné. **Záver:** digoxín je jedinou pozitívne inotropnou látkou, ktorá sa používa pri SZ, nezvyšuje mortalitu a nevyvoláva toleranciu pri liečbe. Digoxín má teda naďalej pevné miesto pri liečbe SZ. **V. Bada (III. interná klinika, LF UK Bratislava)** **Diuretiká pri CHSZ.** Prvou publikáciou bola asi práca dr. Saxla (Wiener Klinische Wschr, 1920) a týkala sa prvých skúseností s ortuťovým diuretikom. Išlo o látku veľmi toxickú a (po syntéze ďalších látok) sa používala asi do rokov 1950 – 1955. Potom prišli v rýchлом slede sulfónamidy, tiazidy, slučkové diuretiká a kálium šetriace diuretiká (spironolaktón a amilorid). Účinky diuretik sú všeobecne známe. Nežiaduce účinky diuretik: aktivácia RAAS, zvýšenie cholesterolu v sére, triglyceridov, inzulinovej rezistencie, nárast urikémie, dochádza k strate vitamínov rozpustných vo vode a klesajú sérové hladiny Na^{+} , K^{+} , Mg^{2+} . Dnes si nevieme predstaviť liečbu CHSZ alebo jeho akútnych dekompenzácií bez diuretik. Potencujú antihypertenzívny efekt ACE inhibítorov i sartanov. Ak hypertoniak potrebuje tri antihypertenzíva na kontrolu TK, musí aspoň jedno z nich byť diuretikom. **G. Kamenský (FNsP Bratislava)** **ACE inhibítory/sartany pri CHSZ.** **ACE inhibítory** sa indikujú všetkým pacientom so systolickou formou CHSZ (samotné v prípade bez prevodenia, prípadne spolu s diuretikom pri prevodení). Vhodné je podávať tie ACE inhibítory, ktoré majú dôkazy z klinických štúdií a v dávkach, aké sa v týchto štúdiách použili. Menej dôkazov pre užitočnosť ACE inhibítorov máme pri SZ so zachovanou systolickou funkciou, u Afroameričanov, žien, starších osôb (> 65 rokov) a pri podávaní aspirínu: 1. Pri CHSZ s dobrou EF (> 45 %) neprebehla klinická štúdia s ACE inhibítormi (domnievame sa však, že i tu sú tieto látky užitočné: zníženie fibrózy, zlepšenie relaxácie, antiischemický efekt, antiarytmický efekt); 2. Afroameričania: efekt nižší; 3. Pohlavie pacienta (u mužov efekt prítomný, u žien predpokladáme tiež) (menšie zastúpenie v klinických štúdiách); 4. Staršie osoby (> 65 rokov): efekt zachovaný; 5. Interakcia aspirín – ACE inhibítor (v reálnej praxi teba ignorovať, dávame nízke dávky aspirínu, 100 mg/d). **Nové horizonty liečby ACE inhibítormi:** a) prevencia recidívy fibrilácie predsiení, b) osoby po by-passe. **Kontraindikácie:** obojstranná stenóza a. renalis, angioedém, symptomatická hypotenzia, netolerovaný suchý kašeľ. **Sartany pri CHSZ.** Po určitom čase podávania ACE inhibítorov osobám s CHSZ zisťujeme opäť nárast hladiny angiotenzínu II v sére (tzv. escape fenomén, týka sa to až 50 % liečených pacientov). Jestvujú malé sledovania o tom, že prognóza týchto osôb je horšia ako u osôb bez „escape fenoménu“. Práve tu je indikácia podávania sartanov. Priamo na receptore AT_1 blokujú pôsobenie angiotenzínu II, nezávisle od patogenézy jeho vzniku (klasickou či náhradnou cestou vzniku). Vzhľadom na Odporúčania pre liečbu CHSZ (ESC, 2005) sú pri liečbe CHSZ indikované dva sartany: kandesartan a valsartan. V štúdii CHARM bol 15 % pokles morbidity/mortality a v štúdii ValHeFT 13,3 %. Obavu, že by podávanie troch „neurohormonálne pôsobiach látok“ naraz (ACE inhibítor, betablokátor, sartan) bolo rizikové (ValHeFT) rozptýlila štúdia VALIANT. Sartany sa teda indikujú ako alternatíva ACE inhibítorov alebo sa s nimi kombinujú, ak je pacient s CHSZ naďalej symptomatický. Aj pri CHSZ so zachovanou systolickou funkciou môžu byť sartany užitočné (upravujú TK,

hypertrofiu ľavej komory, majú antiischemický potenciál, antiarytmický potenciál, napríklad pri prevencii fibrilácie predsiení). Otázka bezpečnosti liečby sartaanmi: Metaanalýza (Verdecchia a spol., 2005) preukázala bezpečnosť sartaanov. Nezvyšujú výskyt infarktů myokardu, ani morbiditu/mortalitu (naopak). **J. Melicherčík (Lahr/Baden, Heidelberg, Nemecko)**

Resynchronizačná liečba u pacientov so zlou funkciou ľavej komory a fibriláciou predsiení. Fibrilácia predsiení aj CHSZ majú epidemický charakter výskytu. Často sa vyskytujú spolu a spoločne majú často aj svoje (vlastné) rizikové faktory vzniku. Oba stavy zvyšujú morbiditu/mortalitu. Vzájomne sa oba stavy potencujú: SZ ľavej komory zvyšuje tlak v predsieni, vývoj fibrózy predsiení – vzniká fibrilácia predsiení (a táto strata predsienovej kontrakcie a nepravidelnosťou činnosti komôr zhoršuje stav SZ). Výskyt fibrilácie predsiení stúpa s NYHA triedou (štúdia CONSENSUS: pacienti v NYHA IV triede a výskyt fibrilácie predsiení až v 50 % versus SOLVD – Prevention štúdia: pacienti v NYHA I triede a s výskytom fibrilácie predsiení 4,2 %). Resynchronizačná liečba sa indikuje pri SZ s kardiálnou dyssynchroniou (ťažké SZ). Zvyšuje záťažovú toleranciu, pacienti sa zlepšujú kvalita života, klesne morbidita a mortalita, rehospitalizácia. Nastáva i reverzná remodelácia, znižuje sa preto tlak predsiení a zmierni sa charakter mitrálnnej regurgitácie. Podľa Odporúčaní ESC (2005) je táto liečba vhodná pre pacientov so symptomatickým CHSZ v triedach NYHA III – IV, s EF < 35 %, s enddiastolickým rozmerom ľavej komory > 55 mm a blokom ľavého ramienka (QRS > 150 ms), pri výskute fibrilácie predsiení vtedy, keď je QRS > 150 ms. Prehľad štúdií s resynchronizačnou liečbou u osôb s SZ a chronickou fibriláciou predsiení: a) Štúdia so 60 pacientami (dvojročné sledovanie, 30 osôb s fibriláciou predsiení a 30 osôb so sínusovým rytmom). Osoby, ktoré odpovedali na liečbu v oboch skupinách, profitovali: pokles NYHA triedy, zlepšenie kvality života, záťaž. Viac responderov bolo v podskupine osôb so sínusovým rytom (80 %) než v podskupine osôb s fibriláciou predsiení (66 %). Mortalita bola vyššia u osôb s fibriláciou predsiení. b) Štúdia s osobami s SZ a fibriláciou predsiení (74 osôb: 54 z nich s permanentnou arytmiou a 20 osôb s perzistentnou arytmiou). Otázka štúdie znala: Bráni resynchronizačná liečba recidíve fibrilácie predsiení po jej verzii na sínusový rytmus? Išlo o šesťmesačné sledovanie. *Výsledky:* 79 % osôb na liečbu odpovedalo zlepšením klinického stavu a reverznou remodeláciou. Prevenciu recidívy fibrilácie predsiení sa nepodarilo zabezpečiť. c) Štúdia s resynchronizačnou liečbou pri pokročilej forme SZ s cieľom zabrániť vzniku fibrilácie predsiení. Všetky osoby boli v sínusovom rytme, išlo o trojročné sledovanie. *Výsledky:* Osoby s resynchronizačnou liečbou mali výskyt fibrilácii predsiení 8,3 % versus osoby bez tejto liečby 30,5 % prípadov. Táto liečba je efektívnou liečbou pacienta s CHSZ (reverzná remodelácia). Snáď bráni vzniku fibrilácie predsiení pri tomto stave.

Aktuálne problémy v manažmente pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami – panelová diskusia. I. Demovič (riaditeľ sekcie Dohľadu nad nákupom zdravotnej starostlivosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou). Vypracoval prehľad o činnosti Úradu: Vznikol 1. novembra 2004 podľa Zákona 581/2004 (pripravuje sa novelizácia), v zákone sú stanovené pravidlá jeho činnosti a pravidiel výkonov, na Úrade v Bratislave pracuje 109 osôb (60 % VŠ, 40 % SŠ). Úrad je arbitrom sporov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi, občanom a poskytovateľom a

občanom a poisťovňou; prideluje kódy lekárom/poskytovateľom. Sťažoval sa, že chýbajú odporúčania pre diagnostiku/liečbu (čo sa v diskusii vyriešilo tým, že im poskytneme naše odporúčania). V roku 2005 sa na Slovensku vykonalo takmer 10 000 pitiev (pitvanosť 21,7 %) (čo niektorých prekvapilo, napríklad vo FNsP Bratislava Staré mesto máme malú pitvanosť).

2. E. Vivodová sa zmienila o úlohe konzultantov (je ich 176, využívajú ich činnosť pri riešení sporov, niekedy vyzývajú k činnosti viacerých konzultantov). Asi v 90 % prípadov je v pozadí sťažnosť „nedobrá komunikácia medzi zdravotníkmi a sťažovateľmi“. Zdôraznila tiež úlohu dobre vedenej zdravotnej dokumentácie.

3. G. Kamenský predstavil epidemiológiu kardiovaskulárných ochorení u nás v poslednom desaťročí a porovnal Slovensko s okolitými krajinami. Úspech je napríklad pri liečbe akútneho infarktu, avšak stúpa výskyt obezity (ženy viac), fajčenia, diabetu, SZ.

4. Diskusia bola bohatá a úplne vyplnila plánovaný časový priestor.

a) Spolupráca MZ SR s odbornými spoločnosťami je malá. Nebol ale prítomný zástupca MZ SR.

b) Odporúčania pre diagnostiku a liečbu dáme menovanému úradu a MZ SR k dispozícii (sú európskym pohľadom, asi treba hľadať ekonomický priestor „na čo Slovensko v týchto odporúčaníach má“).

c) Dispenzár treba prepracovať (nezohľadňuje prácu/zameranie kardiológov, i ďalších odborníkov). „Úrad...“ komunikuje v tomto smere so VŠZP a požiadal odborné spoločnosti o pomoc a spoluprácu. Stále prebieha diskusia, ako dispenzár využívať. Systém prípravy je preťažený. V tomto roku by sa to malo zlepšiť.

d) Poisťovne platia menej hospitalizácií ako je pre reálny život potrebné. Zmení sa to? Predsa je zarážajúce, že my (lekari v nemocniciach) pacientov ošetríme musíme, ale poisťovňa to zaplatiť nemusí. Úrad pre dohľad sa s tým teraz zapodieva a komunikuje s poisťovňami. Teraz sa to týka veľkých centier, ako sú ústavy srdcovocievnych ochorení. Musíme skrátiť čakaciu dobu pacientov. Vstupujeme do obchodných vzťahov. Významne týmto trpí aj ambulantná činnosť. Poisťovne nesmú robiť dlh (bránia sa), „čierny Peter“ je potom u poskytovateľov. Avšak zlepšuje sa to, a bude sa i ďalej zlepšovať. Asi 20 % finančných prostriedkov v zdravotníctve chýba, neskôr sa to zlepší.

e) Mediálna politika je „proti zdravotníkom“ – môžu sa však brániť sťažnostiam (chronickí sťažovatelia)? Úrad si to uvedomuje a snaží sa to pri riešení prípadov sťažností eliminovať. Je to zdĺhavý proces.

f) Zástupkyňa detských kardiológov žiadala zvýšiť limity u detí. Úrad sa s tým bude zapodievať.

g) V súčasnosti, v zmenenej situácii štátu, treba dať prioritu zdravotníctvu. Dobré je, že akútne výkony sa dostatočne nakontrahovali. Má sa robiť i nový katalóg diagnóz a im sa priradia ceny. Tento proces však uviazol v činnosti. Lekári v katalógizačnej komisii sa ale k cenám vyjadrovať nesmeli. Stretnutie kardiológov s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou bolo dobré. Škoda, že sa sympózia nezúčastnili zástupcovia MZ SR a VŠZP – snáď prídu na kongres našej spoločnosti v októbri 2006. Všetkým nám záleží na tom, ako zlepšiť stav zdravotníctva, vrátane kardiológie. Nejde to bez vzájomného pochopenia, ale ani bez finančných prostriedkov.

Prof. MUDr. Ján Murín, CSc.

I. interná klinika FNsP, Bratislava, pracovisko Staré Mesto