

Prečo podceňujeme rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení? Nebolia

ROZHOVOR

Jan 07, 2021

Štatistiky v príčine úmrtí, ako aj hospitalizácií, vedú na Slovensku srdcovo-cievne ochorenia. Pritom mnohé faktory, ktoré sa na nich podieľajú, sú ovplyvniteľné. O tom, prečo ignorujeme najväčšie rizikové faktory a čo by pomohlo znížiť mortalitu pri akútnych koronárnych syndrómoch a cievnych mozgových príhodách, sme sa porozprávali s prezidentom Slovenskej asociácie aterosklerózy, doc. MUDr. Branislavom Vohnoutom, PhD.

Minulý rok sme žili v strachu z nakazenia sa koronavírusom, na Slovensku však najčastejšie zomierame na kardiovaskulárne ochorenia. Ktoré rizikové faktory môžu svojím rozvojom spôsobiť až fatálne následky?

Na Slovensku, ale aj vo vyspelých krajinách, najviac ľudí zomiera na kardiovaskulárne ochorenia. Zo všetkých, ktorí zomrú, je to približne polovica. Čo je istým spôsobom smutné alebo zlé, dlhé roky vieme o rizikových faktoroch, ktoré sa na tom podieľajú.

Veľmi silným rizikovým faktorom je zvýšená hladina LDL cholesterolu. Tiež artériová hypertenzia, zvýšená hladina krvného tlaku.

Nebezpečným faktorom je aj fajčenie, ktoré okrem kardiovaskulárnych chorôb zvyšuje riziko pre onkologické a niektoré pľúcne ochorenia. Ďalším z hlavných ovplyvniteľných faktorov je obezita, ktorú v súčasnosti označujeme za pandemickú, lebo nám za posledné desaťročia narastá neuveriteľným spôsobom. Do päťky hlavných rizikových faktorov patrí diabetes mellitus, teda cukrovka. Samozrejme, existujú aj ďalšie rizikové faktory, ktoré rovnako ovplyvňujú náš zdravotný stav – sedavý spôsob života, nedostatok fyzickej aktivity, nezdravá diéta, vysoký príjem nasýtených živočíšnych tukov. Ak by sa nám však podarilo kontrolovať týchto päť rozhodujúcich faktorov, dokázali by sme výrazne znížiť riziko srdcovo-cievnych ochorení a ich následkov.

Ochorenia srdca a ciev

Prečo často ignorujeme spomínané rizikové faktory?

Podľa mňa je problémom, že tieto rozhodujúce rizikové faktory nebolia. To, čo nám neovplyvní náš zdravotný stav zajtra, pozajtra, berieme na ľahkú váhu.

Koľkokrát sa stane, že pacient povie – ale veď čo, na niečo musím zomrieť. Nesnažíme sa robiť určité veci s perspektívou, čo bude o dvadsať rokov. A to prebehne veľmi rýchlo. Zrazu má človek 50 rokov a keď dostane infarkt, pýta sa, prečo som niečo skôr neurobil? A pokiaľ toto nedostaneme do väčšieho povedomia ľudí, obávam sa, že stále bude pretrvávať tak trochu laxný postoj k týmto rizikovým, no ovplyvniteľným faktorom.

Ďalším problémom je napríklad aj negatívna kampaň rôznych alternatívnych skupín k liečbe LDL cholesterolu, ktorá je veľmi silná a pomaly na úrovni antivakcinačných kampaní. Pacienti im uveria a potom nielenže odignorujú tento faktor, ale čo je horšie, odmietajú aj možnú liečbu.

Dodržiavajú vôbec Slováci predpísanú liečbu podľa odporúčaní? Aké sú vaše skúsenosti?

Opäť budem hovoriť zo svojich skúseností, ako diabetológa. Vo všeobecnosti je adherencia k liečbe nízka, špeciálne pri dyslipoproteinémii, teda liečbe na znižovanie hladiny cholesterolu a triglycerínov, resp. lipidov v krvi. Opäť to súvisí s tým, že pacient určitý čas nemá ťažkosti, preto odporúčania lekára zľahčuje. Ak by mal iné ochorenie a nevzatie lieku by mu spôsobilo akútne problémy, verte, že by k liečbe pristupoval zodpovednejšie. Je pravda, že aj my lekári by sme si mali vyčleniť dostatok času na poučenie pacienta. Vysvetliť mu, prečo treba brať daný liek, s akou perspektívou, čo je pri tom objeme práce u ambulantných lekárov alebo v nemocniciach niekedy fakt ťažké. My v konečnom dôsledku neliečime čísla, ale konkrétneho pacienta. Preto, ak znižujem hladinu cholesterolu, je to preto, že sa snažím, aby nedostal infarkt alebo cievnu mozgovú príhodu, a preto nezomrel alebo nemal horšiu kvalitu života.

Ďalším problémom môže byť aj to, že obzvlášť starší pacienti naozaj užívajú veľké množstvo liekov. Občas dokonca majú problém zapamätať si, čo všetko majú užívať. Niektorí pacienti zase tvrdia, že lieky užívajú, ale nie je to tak. Prípadne sú aj pacienti, ktorí si radšej nechajú poradiť od vedľa sediaceho pacienta v čakárni ako od vlastného lekára. Ak hovorím z mojej osobnej skúsenosti, mám veľmi vážne pochybnosti o tom, či pomaly každý druhý až tretí pacient užíva mnou predpísanú liečbu alebo nie. Adherencia je u nás neoptimálna.

Vráťme sa k rizikovému faktoru, cholesterolu. Prečo je problémom tzv. zlý cholesterol, čo spôsobuje?

Ak to zjednoduším, LDL cholesterol sa dostáva do stien ciev, kde sa usadzuje, tvorí tam depozity, ktoré priťahujú rôzne bunky. Mení sa vlastnosť cievy, cieva sa v mieste usadeniny zužuje, znižuje sa prietok krvi. A to môže byť problém. Keď ide o cievu alebo artériu, ktorá vyživuje srdce alebo mozog, a cieva je zúžená, v prípade, že naše srdce začne viac pracovať a potrebuje väčšiu dodávku krvi, tak cez takéto zúženie nedokáže pretlačiť dostatok krvi. Krv zase nesie kyslík, ktorý potrebujú tkanivá, aby mohli fungovať. To je jeden problém.

Ten druhý je, že v mieste, kde sa spravila usadenina, ktorá sa už neskladá len zo samotného cholesterolu, ale aj z ďalších buniek, sa nám mení aj vlastnosť tej cievy. V ideálnych podmienkach obsahuje výstelku, ktorá zabezpečuje, aby cez ňu krv hladko prúdila. Ak sa však zmení vlastnosť výstelky v dôsledku usadeniny v stene cievy alebo výstelka nad usadeninou praskne, môže sa tam vytvoriť zrazenina. Cieva sa úplne upchá a vzniká infarkt alebo cievna mozgová príhoda.

LDL cholesterol je teda kauzálny rizikový faktor, zvýšený cholesterol spôsobuje aterosklerózu, teda kôrnatenie artérií a ciev, a preto vznikajú infarkty a cievne mozgové príhody.

Vieme aterosklerózu, o ktorej ste hovorili, ešte zvrátiť?

Teoreticky áno, ale potom hladiny zlého LDL cholesterolu musia byť veľmi nízke, čo už nedosiahneme bežnou diétou či liečbou. Klinické štúdie preukázali, že ak výrazne znížime hladinu zlého cholesterolu, depozity sa dokážu zmenšiť. Ale pre väčšinu normálnych pacientov na zvyčajnej liečbe s bežnou diétou platí – sme radi, pokiaľ zastavíme progresiu, teda zhoršovanie ochorenia.

Môžu mať vysoký zlý cholesterol aj ľudia, ktorí majú správnu životosprávu?

Určite môžu. Hladina LDL cholesterolu nie je ovplyvnená len tým, čo skonzumujeme či celkovou životosprávou, ale aj genetikou. Je dokonca veľká skupina ľudí s takouto vrodenu predispozíciou. Poruchou, ktorá im dáva už od narodenia do vienka veľmi vysokú hladinu cholesterolu, a to bez ohľadu na to, či dodržiavajú alebo nedodržiavajú diétu. Ale určite je aj pre pacientov s vrodenu formou ochorenia dôležité, aby dodržiavali opatrenia, každé zníženie LDL cholesterolu je dobré. Žiaľ, v prípade pacientov s vrodenu poruchou nemáme šancu dostať sa na také hladiny, ktoré by sme dlhodobo chceli, len diétnymi opatreniami.

Ako v súčasnosti liečime pacientov s vyššou hladinou LDL cholesterolu?

V súčasnosti máme k dispozícii účinnú a finančne dostupnú liečbu. Je to liečba, ktorá nielenže znižuje hladinu „zlého“ cholesterolu, ale zároveň znižuje výskyt srdcovo-cievnych príhod, znižuje výskyt infarktov, cievnych mozgových príhod, alebo aj úmrtia.

Zlatým štandardom liečby na zníženie hladiny cholesterolu sú statíny, ktoré, zjednodušene povedané, blokujú alebo znižujú tvorbu cholesterolu v pečeni. Je to skupina liekov, ktoré používame viac ako 30 rokov, sú to možno najviac sledované a testované, bezpečné a účinné lieky. Tiež máme k dispozícii niektoré nové skupiny liekov, ktoré preukázali, že keď ich pridáme k statínom a ešte viac znížime cholesterol, pacienti z toho majú profit vo forme ešte väčšieho zníženia výskytu srdcovo-cievnych príhod. To nám len potvrdzuje fakt, že možno ani nezáleží na tom, akým spôsobom znížime cholesterol, ale ide o to, aby sme ho znížili. V súčasnosti sa tiež testujú nové lieky, ktoré budú LDL cholesterol znižovať iným mechanizmom. Dôležité však je, aby pacient spolupracoval. Ak dostane aj najlepšiu liečbu a nebude ju užívať, žiaden pozitívny efekt nedosiahneme.

Tak aby ste tému uzavreli, čo by pomohlo znížiť mortalitu pri akútnych koronárnych syndrómoch a cievnych mozgových príhodách?

Kľúčová je prevencia. Správne a dostatočne liečiť všetky rizikové faktory. Takýmito opatreniami by sme dramaticky vedeli znížiť riziko akútnych komplikácií.

Pokiaľ pacient dostane akútny infarkt alebo akútnu cievnu mozgovú príhodu, je dôležitá dostupnosť vysokošpecializovaných intervenčných stanovísk, kam pacienta privezú v dostatočne krátkom čase od vzniku príznakov a vedia mu pomôcť. Tieto príznaky by mala poznať široká verejnosť, aby ich čo najviac ľudí vedelo rýchlo identifikovať a v prípade potreby zareagovať.

A tretia vec, ktorá by mohla znížiť úmrtnosť na spomínané akútne príhody, je následná liečba. Po akútnom infarkte alebo mozgovej cievnej príhode musí byť adekvátne a dostatočná. Dnes vieme, že pacient po infarkte myokardu alebo po cievnej mozgovej príhode má dostať maximálnu dávku tých najsilnejších statínov, aby sme mu znížili LDL cholesterol a vieme, že by ich mal brať dlhodobo. Do dvoch rokov, resp. minimálne do roka po takejto akútnej príhode je najväčšie riziko, že postihnutý človek dostane ďalšiu príhodu. Starostlivosť o pacienta preto musí byť v tomto kritickom období veľmi intenzívna.

Rozhovor vyšiel v magazíne Záleží nám (PDF 20.9 MB).

Source URL: <https://www.novartis.com/sk-sk/stories/preco-podcenujeme-rizikove-faktory-kardiovaskularnych-ochoreni-nebolia>

List of links present in page

- <https://www.novartis.com/sk-sk/sk-sk/stories/preco-podcenujeme-rizikove-faktory-kardiovaskularnych-ochoreni-nebolia>
- <https://www.novartis.com/sk-sk/taxonomy/term/61>
- <https://www.novartis.com/sk-sk/sk-sk/o-nas/terapeuticke-oblasti/kardiologicke-ochorenia>
- https://www.novartis.com/sk-sk/sk-sk/sites/novartis_sk/files/2020-Zalezi-nam_2_2020.pdf