

Kam kráčí preventivní kardiologie?

Hana Rosolová

Centrum preventivní kardiologie 2. interní kliniky FN a LFUK v Plzni

Jedná se o zamyšlení nad počátky preventivní kardiologie, jejím rozvojem i pohled do budoucna. Jsou uvedeny hlavní problémy primární a sekundární prevence aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění. Jsou nastíněny cesty ke zlepšení prevence ze strany lékaře, společnosti i za pomoci nových technologií.

Klíčová slova: preventivní kardiologie, životní styl, rizikové faktory aterosklerózy, primární a sekundární prevence.

Preventive cardiology: Quo vadis?

Reflections of preventive cardiology history, its development and look to the future are mentioned. The main problems of primary and secondary prevention for atherosclerotic cardiovascular diseases are presented. New ways to the prevention improvement are sketched in the field of physician care, inside the whole society and through the new technologies.

Key words: preventive cardiology, life style, risk factors for atherosclerosis, primary and secondary prevention.

Úvod

Preventivní kardiologie (PK) byla vždy součástí oboru kardiologie, avšak tak jako všechny lékařské obory, které se s přibývajícím poznatkem formují do samostatných oborů nebo podoborů, tak i PK se na jedné straně vyděluje jako podobor kardiologie, ale zároveň na straně druhé prolíná zpět nejen do kardiologie, ale i do praktického lékařství, interní medicíny a dalších oborů. Již jednou jsem v minulosti napsala, že k prevenci musí lékař dozrát, protože téměř všichni lékaři chtěli studovat medicínu proto, aby rozpoznali choroby a léčili pacienty. Celé řadě chorob by se však mohlo zabránit, resp. jejich vznik oddálit, protože věk byl, je a bude tím nejsilnějším rizikovým faktorem pro většinu chorob včetně kardiovaskulárních onemocnění (KVO). Stav srdečního svalu rozhoduje i o délce umírání z jakýchkoli příčin.

Pohled do historie

Za první impuls pro vznik PK se považuje epidemie infarktů myokardu u relativně mladých amerických mužů (40–60 let), která začala ve 30. letech 20. století a vrcholila koncem 60. let. Bylo nevyhnutelné pátrat po příčinách, pochopit etiologii infarktu myokardu, zlepšit diagnostiku a léčbu a v neposlední řadě také hledat možnosti, jak snížit jeho výskyt. Po 2. světové válce američtí kardiologové ve spolupráci s epidemiology a statistiky iniciovali Framinghamskou studii a pátrali po příčinách této epidemie. Tato studie poskytla první vědecké informace

o základních kauzálních rizikových faktorech pro infarkt myokardu a později v podstatě pro aterosklerózu a její další komplikace. Byla to hypertenze, hypercholesterolemie a kouření jako ovlivnitelné rizikové faktory (RF) a věk a pohlaví jako neovlivnitelné RF (1). Dodnes jsou tyto rizikové faktory součástí tabulek pro určení celkového KV rizika (SCORE, SCORE 2, SCORE OP) (2, 3).

Prvopočátky PK u nás bychom mohli datovat ještě dříve. Zakladatel československé kardiologie akademik Klement Weber již v r. 1928 přednesl svoje teze o predisponujících a provokujících momentech aterosklerózy; jako první kardiolog u nás sledoval výskyt infarktů u mužů v různých věkových skupinách v Praze 4. Na tuto práci navázali preventivní kardiologové v Praze (IKEM) a postupně po celé zemi. Podrobnosti o historii československé a později české PK najdete v monografii (4).

Epidemiologické KV studie se rozšiřovaly postupně po celém světě a přinášely další poznatky o rizikové dietě a nevhodném životním stylu; kromě kouření šlo o sedavý způsob života, chronický stres aj. Intervenční farmakologické studie přinesly důkazy o účinnosti a bezpečnosti řady nových antihypertenziv, hypolipidemik, antiagregačních a dalších léčiv, která snižují nemocnost i úmrtnost na aterosklerotická KVO (ASKVO).

Přesto i ve 21. století patří ASKVO k nejčastějším chorobám a nejčastějším příčinám úmrtí. I když dělení PK na primární prevenci (předcházení vzniku nemoci) a sekundární prevenci (předcházení recidivy nemoci) je sice trochu umělé, v klinické praxi pomáhá orientovat se v přístupu k pa-