

Glavne poruke preporuka za prevenciju kardiovaskularnih bolesti evropskog udruženja kardiologa 2021

Dejan Petrovic

Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu; Institut za lečenje i rehabilitaciju "Niška Banja", Niš

Sažetak

U najnovijim preporukama za prevenciju kardiovaskularnih bolesti (KVB) ističe se individualni pristup svakom pacijentu i primena personalizovane terapije. Nakon toga, primenjuju se individualne mere i opšte mere jedne zajednice. Za prevenciju kardiovaskularnih bolesti jako je bitno da li je pacijent naizgled zdrav ili ima dokazanu kardiovaskularnu bolest. Vrš se procena kardiovaskularnog rizika svake osobe na nizak, umeren, visok ili veoma visok KV rizik. Kod naizgled zdravih ljudi koji imaju manje od 70 godina bez utvrđenog kardiovaskularnog oboljenja, dijabetes mellitusa, familijarne hiperholesterolemije ili neregulisanog krvnog pritiska za procenu 10-godišnjeg kardiovaskularnog rizika preporučuje se SCORE2, kod iste grupe ljudi, koji imaju 70 ili više godina za procenu 10-godišnjeg rizika od KVB preporučuje se SCORE2-OP. Važan je stepenast pristup u stratifikaciji rizika i lečenju. U prvom stepenu neophodna je prevencija na svim nivoima, a u drugom stepenu nakon procene KV rizika i prisutnih komorbiditeta postavljaju se ultimativni preventivni ciljevi kojih se treba držati.

Ključne reči prevencija kardiovaskularnih bolesti, ESC preporuke, kardiovaskularni rizik

Dana 30.08.2021. godine izašle su najnovije preporuke za prevenciju kardiovaskularnih bolesti (KVB) evropskog udruženja kardiologa. U njima se posebno ističe individualni pristup svakom pacijentu i terapija koja mora biti personalizovana. Nakon toga, primenjuju se individualne mere i opšte mere jedne zajednice. Za prevenciju kardiovaskularnih bolesti jako je bitno da li je pacijent naizgled zdrav ili ima dokazanu kardiovaskularnu bolest. Neophodna je procena kardiovaskularnog rizika svake osobe na nizak, umeren, visok ili veoma visok KV rizik. Kod naizgled zdravih osoba za procenu 10-godišnjeg kardiovaskularnog rizika preporučuje se SCORE2. Godine starosti i prateći komorbiditeti su veoma značajni za procenu rizika. Kod naizgled zdravih ljudi koji imaju manje od 70 godina bez utvrđenog kardiovaskularnog oboljenja, dijabetes mellitusa, familijarne hiperholesterolemije ili neregulisanog krvnog pritiska za procenu 10-godišnjeg rizika fatalne i nefatalne KVB preporučuje se SCORE2. Kod iste grupe ljudi, koji imaju 70 ili više godina za procenu 10-godišnjeg rizika od KVB preporučuje se SCORE2-OP. Kod pacijenata koji imaju potvrđenu aterosklerotsku KVB vrši se procena rezidualnog kardiovaskularnog rizika. Potrebna je procena prisustva pojedinih rizičnih stanja kao što su dijabetes mellitus, hronična bolest bubrega, ili familijarne hiperholesterolemije kao i različitih komorbiditeta (kancer, hronična obstruktivna bolest pluća, zapaljenska bolest, mentalni poremećaj). Osobe koje imaju potvrđenu koronarnu bolest i/ili dijabetes mellitus, i/ili umerenu do tešku bubrežnu bolest, i/ili familijarnu hiperholesterolemiju ili neregulisanu vrednost krvnog pritiska spadaju u grupu visokog ili vrlo visokog kardiovaskularnog rizika.

Sve zemlje sveta, na osnovu nivoa kardiovaskularnog mortaliteta podeljene su na zemlje sa niskim, umerenim, visokim i veoma visokim kardiovaskularnim rizikom. Republika Srbija, zemlje Istočne Evrope i Severne Afrike uglavnom spadaju u grupu zemalja sa veoma visokim rizikom za KVB.

SCORE2 i SCORE2-OP tablice za procenu kardiovaskularnog rizika se razlikuju za zemlje sa niskim, umerenim, visokim i veoma visokim kardiovaskularnim rizikom. SCORE2 i SCORE2-OP uz pol, godine starosti, pušenje, visinu sistolnog krvnog pritiska, uključuju i vrednost NON-HDL holesterola koji predstavlja razliku ukupnog i HDL holesterola. Na taj način ističe se protektivni efekat HDL holesterola. Povišen 10-godišnji kardiovaskularni rizik udružen je i sa godinama pacijenata što znači da stariji bolesnici imaju veoma visok kardiovaskularni rizik. Kada se analizira SCORE2 i SCORE2-OP za zemlje sa veoma visokim kardiovaskularnim rizikom uočava se da su svi naizgled zdravi ljudi koji imaju 55 ili više godina na veoma visokom kardiovaskularnom riziku.

Individualne mere uključuju maksimalnu redukciju sedatarnog načina života jer je i minimalna fizička aktivnost korisna, primeniti mediteranski ili njemu sličan tip ishrane, redukciju unosa alkohola i obavezan prekid pušenja. Svim odraslim osobama preporučuje se najmanje 150-300 minuta nedeljno umerene fizičke aktivnosti ili 75-150 minuta intenzivnije aerobne fizičke aktivnosti. Osobama koje ne mogu da imaju 150 minuta nedeljno umerenu fizičku aktivnost preporučuje se bilo kakva i najmanja fizička aktivnost. Uz aerobnu fizičku aktivnost preporučuju se i dva puta nedeljno i teže vežbe istezanja ili otpora.

Za pacijente koji imaju potvrđenu koronarnu bolest postavlja se ultimativni cilj sniženja LDL holesterola <1.4 mmol/L i sniženje za ≥50% u odnosu na bazalnu vrednost. Za pacijente sa dijabetes mellitusom tipa 2 i veoma visokom kardiovaskularnim rizikom, takođe se preporučuje intenzivno sniženje lipida sa vrednostima LDL holesterola <1.4 mmol/L i sniženje za ≥50% LDL holesterola u odnosu na bazalnu vrednost. Za pacijente sa dijabetes mellitusom tipa 2 koji su stariji od 40 godina i visokim kardiovaskularnim rizikom preporučuje se sniženje lipida sa ciljnim vrednostima LDL holesterola <1.8 mmol/L i sniženje za ≥50% LDL holesterola u odnosu na bazalnu vrednost. Za sekun-

darnu prevenciju i postizanje ovih ciljnih vrednosti preporučuje se primena maksimalno tolerišućih doza statina i ezetimibe. Kod pojedinih pacijenata je neophodna i primena kombinovane terapije koja uključuje i primenu PCSK9 inhibitora. Kod naizgled zdravih osoba, svih starosnih doba, kod kojih je 10-godišnji kardiovaskularni rizik primenom SCORE2 i SCORE2-OP procenjen kao nizak ili umeren ciljna vrednost LDL holesterola je <2.6 mmol/L.

Opšti cilj u lečenju arterijske hipertenzije je sniženje krvnog pritiska $<140/90$ mmHg. Za osobe koje imaju od 18-69 godina preporučuje se sniženje sistolnog krvnog pritiska za većinu pacijenata 120-130mmHg, a za osobe sa ≥ 70 godina ciljne vrednosti sistolnog krvnog pritiska su <140 mmHg ili manje od 130mmHg ako ih tolerišu. Za sve pacijente ciljne vrednosti dijastolnog krvnog pritiska su <80 mmHg. Opšte mere uključuju smanjenje zagađenja vazduha, manju produkciju ugljen dioksida i redukciju korišćenja fosilnih goriva.

Vrlo je važan stepenast pristup u stratifikaciji rizika i lečenju. Postoje 4 grupe pacijenata: naizgled zdrave osobe, pacijenti sa potvrđenom koronarnom bolešću, pacijenti sa dijabetes melitusom tipa 2 i pacijenti sa specifičnim faktorima rizika. U prvom stepenu neophodna je prevencija na svim nivoima, a u drugom stepenu nakon procene KV rizika i prisutnih komorbiditeta postavljaju se ultimativni preventivni ciljevi kojih se treba držati.

Kod naizgled zdravih osoba sa 70 ili više godina, terapija faktora rizika se preporučuje ukoliko imaju visok kardiovaskularni rizik tj. ukoliko je njihov SCORE2-OP veći od 15%. U ovoj grupi pacijenata može se razmotriti i primena statinske terapije u primarnoj prevenciji ako su oni na visokom ili veoma visokom kardiovaskularnom riziku. Lečenje statinima starijih ljudi sa dokazanom koronarnom bolešću se preporučuje na isti način i sa istim ciljnim vrednostima kao i za mlađe pacijente. Preporuka je, da se lečenje započne nižim dozama statina ako postoji značajno oštećenje funkcije bubrega ili potencijalna interakcija sa drugim lekovima.

Šta nam donose nove preporuke?

- Ističe se individualni pristup svakom pacijentu, kao i opšte mere jedne zajednice.
- Ukazuju na individualne karakteristike pacijenata (pol, starost, očekivana dužina života, etička i geografska pripadnost, faktori rizika, komorbiditeti).

- Koriste se modifikovane SCORE tablice za procenu rizika.
- Prevencija i lečenje primenjuje se po principu stepenastog modela.
- Nove granice rizika za terapijsko delovanje u skladu sa godinama.
- Kod koronarnih pacijenata razmatra se rezidualni rizik i primena adekvatnih mera.
- Koriste se tablice projekcije očekivane dužine života osoba bez kardiovaskularnih bolesti.
- Ukazuju na uticaj preventivnih i terapijskih mera na očekivanu dužinu života.
- Olakšavaju zajedničko odlučivanje lekara i pacijenta.

Literatura

1. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, et al. Primary prevention efforts are poorly developed in people at high cardiovascular risk: A report from the European Society of Cardiology EURObservational Research Programme EUROASPIRE V survey in 16 European countries. *Eur J Prev Cardiol* 2020;2047487320908698.
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37:2315–2381.
3. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2020;41:111–188.
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021–3104.
5. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2020;41:255–323.
6. Jorgensen T, Jacobsen RK, Toft U, et al. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ* 2014; 348:g3617.
7. Visseren LJ F, Mach F, Smulders MY, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur Heart J* 2021;42:3227–3337.

Abstract

The key messages of the guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice from the European Society of Cardiology 2021 (ESC)

Dejan Petrovic

Faculty of Medicine, University of Nis, Institute "Niska Banja", Nis

The latest recommendations for cardiovascular disease (CVD) prevention underline the importance of the individual approach to each patient and the application of personalized therapy. Then, there are individual measures and general community measures. The patient's health condition is very important for cardiovascular disease prevention - whether the patient is seemingly healthy or has a proven cardiovascular disease. The cardiovascular risk assessment of every individual is performed and each individual is assigned low, moderate, high, or very high CV risk. To assess the 10-year cardiovascular risk in seemingly healthy people under the age of 70 without a proven cardiovascular disease, diabetes mellitus, familial hypercholesterolemia, or unregulated blood pressure, the recommended risk model is SCORE2. In the same group of people aged over 70 years, the recommended risk model is SCORE2-OP. The step-by-step approach to risk stratification and treatment is crucial. In the first step, prevention is necessary at all levels. In the second step, after the assessment of CV risk and present comorbidities is completed, the ultimate preventive goals are set and should be adhered to.

Key words: prevention of cardiovascular diseases, cardiovascular risk