

Peti hrvatski kongres o aterosklerozi – znaju li naši liječnici dovoljno?

S prof. dr. Željkom Reinerom razgovarala je Lea Rukavina, dr. med.

Ateroskleroza je i dalje bolest od koje umire skoro svaki drugi građanin Hrvatske, a njene posljedice – koronarna bolest srca, akutni infarkt miokarda i cerebrovaskularne bolesti – još uvijek su vodeći uzrok smrtnosti u nas. U sklopu borbe protiv te bolesti Hrvatsko društvo za aterosklerozu, na čelu s predsjednikom društva prof. dr. Željkom Reinerom, organiziralo je peti Hrvatski kongres o aterosklerozi s međunarodnim sudjelovanjem. Kongres je održan u Zadru, 21-24. rujna 2005., a sudionici su bili smješteni u hotelskom kompleksu Borik, gdje su i održana predavanja te prikazani poster. Na kongresu su kao pozvani predavači bili i vodeći domaći i inozemni stručnjaci iz tog područja, a s nekima od njih smo razgovarali o najnovijim spoznajama vezanim uz prevenciju i terapiju ateroskleroze i kardiovaskularnih bolesti. Kratak pregled kongresa i sažetak aktualnih problema vezanih uz aterosklerozu u Hrvatskoj dao nam je predsjednik kongresa, prof. Reiner

Od 21. do 24. rujna ove godine u Zadru je održan V. hrvatski kongres o aterosklerozi, s međunarodnim sudjelovanjem. Na kongresu je prikazano stanje i stupanj razvitka spoznaja o aterosklerozi i njenim posljedicama u Hrvatskoj, kao i dostignuća na tom području u svijetu. Program kongresa sastavljen je od pozvanih predavanja u kojima su vodeći domaći i inozemni predavači iz tog područja prikazali aktualne teme u vezi s aterosklerozom, njenom epidemiologijom u nas i u svijetu, patogeneza, čimbenicima rizika, te mogućnostima prevencije, dijagnostike i liječenja.

O najnovijim spoznajama vezanim uz prevenciju i terapiju ateroskleroze i kardiovaskularnih bolesti i zaključcima održanog skupa razgovarali smo s profesorom Željkom Reinerom, predsjednikom kongresa.

MEDIX Profesore Reiner, čestitamo vam na odlično organiziranom kongresu. Jeste li zadovoljni odazivom i radom kongresa?

PROF. REINER Zadovoljan sam jer je to do sada najveći, a možda i najbolji kongres. Na njemu je bilo oko 450 sudionika, što je za malu zemlju kao što je Hrvatska popriličan broj. Radi se naravno o interdisciplinarnoj temi, koja i treba zanimati različite profile stručnjaka, od kardiologa, neurologa, dijabetologa, biokemičara, kardiokirurga, vaskularnih kirurga itd. Posebno mi je drago što je, kao i na prethodnim kongresima, bilo mnogo liječnika primarne zdravstvene zaštite, dakle obiteljske medicine, njih oko 150. Vrlo je važno da se upravo na toj razini provodi prevencija ateroskleroze i bolesti koje ateroskleroza uzrokuje, kao što su infarkt srca, koronarna bolest srca, ishemijska mio-



prof. dr. sc. Željko Reiner, ravnatelj KBC Zagreb i predsjednik Hrvatskog društva za aterosklerozu, bio je član Međunarodnih znanstvenih odbora svih europskih i svjetskih kongresa o aterosklerozi u posljednjih 10 godina i predsjednik svih pet do sada održanih Hrvatskih kongresa o aterosklerozi

kardiopatija ili moždani udar. To su one bolesti od kojih umire 53% hrvatskog pučanstva, dakle bolesti koje su i s javnozdravstvenog stajališta najznačajnije. Zadovoljan sam naravno i što su kao predavači došli najugledniji stručnjaci iz Europe, od predsjednice Europskog društva za aterosklerozu profesorice Beisiegel, te predsjednice Europske federacije za aterosklerozu i članice uprave Svjetske udruge za aterosklerozu profesorice Taskinen, pa do profesora Sirtorija, predsjednika sljedećeg Svjetskog kongresa za aterosklerozu, koji će se održati 2006. godine u Rimu, i mnogi drugi.

MEDIX Koliko je često potrebno organizirati takve kongrese?

PROF. REINER U Hrvatskoj smo ih odlučili organizirati svake dvije godine jer nema dovoljno novih vlastitih spoznaja i rezultata istraživanja da kongres organiziramo češće. Što se tiče svjetske razine, tu se stvari odvijaju velikom brzinom i ne samo da postoji potreba da se europski kongres o aterosklerozi održava svake, a svjetski kongres o aterosklerozi svake treće godine, nego su i ateroskleroza i njene posljedice, poglavito infarkt srca, značajne i važne teme nekih drugih kongresa, primjerice europskog kardiološkog kongresa, održanog ove godine u Stockholmu, uz 19.000 sudionika. Da ne govorimo o američkom kardiološkom kongresu, na koji u pravilu dođe 25.000-30.000 sudionika. Novih spoznaja itekako ima i one se množe nevjerojatnom brzinom.

MEDIX Koje biste zaključke ovog kongresa u svezi s prevencijom i novim pristupima aterosklerozi izdvojili?

PROF. REINER Zadnje europske smjernice iz 2003. godine su se temeljile na granicama lipida od 5,0 za ukupni kolesterol, 3,0 za LDL kolesterol, te 1,7 za trigliceride. Dogovorene granične vrijednosti za HDL kolesterol iznosile su više od 1,0 za muškarce i iznad 1,2 za žene. Već su te smjernice donijele novinu, a ta je da su za posebno ugrožene, one koje su preboljeli srčani infarkt, moždani udar ili dijabetičare, te granice strože. Dijabetičari bi, naime, trebali imati još niže vrijednosti, odnosno ukupni kolesterol ispod 4,5, a ukupni LDL kolesterol ispod 2,5. Na ovom kongresu je posebna pozornost posvećena upravo problemu ateroskleroze vezane uz dijabetes, i značajan je broj pozvanih predavanja bio posvećen ugroženosti dijabetičara od kardiovaskularnih bolesti. Na to upućuje i spoznaja da danas tri četvrtine dijabetičara umire upravo zbog neke od kardiovaskularnih bolesti kao što su infarkt srca ili moždani udar, a ne zbog onih bolesti kojih smo se prije bojali, sljepoće ili zatajenja bubrega, koje međutim i dalje ostaju teške komplikacije šećerne bolesti. Fokus se zapravo zadnjih godina usmjerio dijabetičarima, pa je i to u sklopu kongresa bilo posebno istaknuto. Veću



Na V. hrvatskom kongresu o aterosklerozi po prvi puta su predstavljeni rezultati ispitivanja stavova hrvatskih liječnika o prevenciji čimbenika rizika za kardiovaskularne bolesti u Hrvatskoj. Među najvećim zabudama hrvatskih liječnika u svezi s aterosklerozom prof. Reiner ističe premalo pridavanja pažnje zaštitnom HDL kolesterolu

pozornost treba posvetiti suzbijanju čimbenika rizika, dakle hiperlipidemiji, arterijskoj hipertenziji, debljini itd. u dijabetičara, jer se nažalost zna da samo dobro kontroliranje glukoze u krvi u dijabetičara nije dostatno za sprječavanje te makrovaskularne komplikacije, iako je važno za sprječavanje mikrovaskularnih komplikacija poput retinopatije ili nefropatije. O metaboličkom sindromu se također puno govorilo. On bitno pridonosi izrazitom pobolu i pomoru u dijabetičara od kardiovaskularnih bolesti. Često prolazi neprepoznat osobito u ljudi koji nisu dijabetičari, iako i sam ukazuje na sklonost razviku dijabetesa tipa 2. Jedna od stvari koja je također s tim povezana jest problem tzv. postprandijalne hiperglikemije, za koju se smatra da je značajan pokazatelj povećanog rizika od kardiovaskularnih bolesti i poremećene homeostaze glukoze u organizmu. Kontrola razine glikemije nakon obroka, te korekcija postprandijalne hiperglikemije postale su važne mjere prevencije i liječenja kardiovaskularnih bolesti u bolesnika s dijabetesom. Tom problemu je bilo posvećeno nekoliko predavanja.

MEDIX Postoje li neke novosti vezane uz terapiju? Je li monoterapija statinima još uvijek optimalna terapija kod bolesnika s povišenim masnoćama u krvi i povećanim rizikom?

PROF. REINER Statini su i dalje zlatni stan-

dard terapije hiperkolesterolemije. Za pacijente koji imaju povećani ukupni i LDL kolesterol nedvojbeno je da su statini ključna terapija, ali je važno naglasiti da se posebice u našoj sredini statinska terapija vrlo često hipodozira. Pacijenti često dobiju najmanju moguću dozu, kojom se ne postignu ciljane vrijednosti lipida, a s obzirom da se smatra da je terapija dana, to se uz loše rezultate vuče godinama, umjesto da se titriranjem povisi doza. Nekom će biti dostatno 20 mg nekog statina, no postoje pacijenti koji će morati primiti 40 ili 60 mg, te im se to ne smije uskratiti. Nije cilj kozmetika, imati malo bolji nalaz na papiru, već je cilj postići vrijednosti koje će štititi našeg pacijenta i jamčiti da on neće dobiti aterosklerozu, odnosno neku od njenih posljedica. Postoje pacijenti kod kojih se samo statinima ne mogu postići zadovoljavajuće vrijednosti lipida. Heterozigota za obiteljsku hiperkolesterolemiju samo u Hrvatskoj ima između 8000 i 10000. Ako ih ne otkrijemo na vrijeme, ti će muškarci već u četrdesetima, a žene u pedesetim godinama života dobiti svoj prvi infarkt. Ako ga i prežive, a i dalje se adekvatno ne liječe, on će se vrlo često ponoviti i značajno im skratiti život. To su ljudi koji apsolutno moraju dobiti adekvatno liječenje i u kojih se ujedno zbog visokih vrijednosti ukupnog i LDL kolesterola, bio on 10, 12 ili 14 mmol, možda čak ni visokim dozama statina neće uspjeti postići normalne vrijednosti. Tada je potrebno u terapiju dodati još neki lijek. Jedan od lijekova koji je zadnjih par godina došao u središte interesa jest ezetimib. Iako ne snižava ukupni LDL kolesterol kao statini, čini vrlo dobar dodatak za kombiniranje terapije u onih bolesnika u kojih se samo statinima ne uspijeva postići ciljna vrijednost lipida. Djeluje na drugom principu, smanjuje apsorpciju kolesterola u crijevima, sličnim mehanizmom, ali na drugačiji način od prije često upotrebljivanih ionskih izmjenjivača: kolestiramina i kolestipola. Oni se danas zbog dosta gastrointestinalnih nuspojava vrlo rijetko rabe, ali ezetimib tih nuspojava nema, pa je primjenjiv u terapiji hiperkolesterolemije. Još jedan od lijekova je zapravo stari lijek koji nismo imali u Hrvatskoj: nikotinska kiselina. Rabila se još prije više desetljeća za snižavanje kolesterola, poglavito u SAD-u, međutim pronalaskom djelotvornijih lijekova, kao što su statini, pala je u zaborav. Problem su bile i nuspojave kao što su navale vrućine u lice, poglavito ako su ljudi uz to pušili ili pili crnu kavu, Coca-Colu ili sl. Nedavno je, međutim, napravljen pripravak nikotinske kiseline s produljenim otpuštanjem, koji ima značajno manje nuspojave, a došao je u središte zanimanja jer podiže HDL kolesterol značajnije od statina. Iako se zna da treba snižavati i ukupni i LDL kolesterol, posljednjih godina se sve više važnosti pridaje povećanim trigliceridima, koji su u pravilu u obrnutom međuodnosu s HDL kolesterolom. Nova istraživanja pokazuju

da je kombinacija preniskog zaštitnog HDL kolesterola, s povećanim ukupnim i aterogenim LDL kolesterolom, posebno pogubna za bolesnike. Još uvijek su otvorena pitanja granice podizanja zaštitnog HDL kolesterola, djelomično i zbog toga što nema mnogo lijekova koji na to utječu; statini povećavaju HDL kolesterol za otprilike 10%, ali kod ljudi s vrlo niskim vrijednostima to nije dostatno. Tu se uklapa novi pripravak s produljenim otpuštanjem nikotinske kiseline, koji značajnije povećava zaštitni HDL kolesterol i postaje dodatno oružje u borbi protiv ateroskleroze.

MEDIX Poznato je da su mali, nestabilni ateromi pogubniji od velikih, iako ne sužavaju znatno volumen krvne žile. Jesu li u primjeni neke nove dijagnostičke metode koje su preciznije od koronarografije?

PROF. REINER Naravno; neke od njih su nažalost vrlo skupe, ali i vrlo efikasne. Kada govorimo o tehnikama slikovnog prikaza, prvenstveno se misli na mogućnosti neinvazivne procjene rizika za ateroskrozu, a tome je bilo posvećeno i predavanje jednog od vodećih kardiologa iz Nizozemske, prof. Stalenhoefa. Govorio je o nizu metoda kojima se mogu procjenjivati funkcije endotela i krvnih žila, ali i o metodama vizualizacije aterosklerotičkih naslaga. Danas je ultrabrzni višeslojni spiralni CT s tzv. 64 sloja metoda izbora na tom području, koja vrlo lijepo može prikazati ono što pokazuje i koronarografija, a da se pritom ne ulazi kateterom u pacijenta, odnosno njegove krvne žile. Tom metodom se ne prikazuje samo suženje u krvnim žilama, već i sastav atheroma, tj. plakova, te omjer masti i veziva u njima. To je, uz sadržaj upalnih stanica i neke druge komponente, ključalno za procjenu je li riječ o stabilnom ili nestabilnom ateromu. Nestabilni ateromi su često mali, pretežno sastavljeni od lipida, s malom vezivnom kapom i puno upalnih stanica, čiji omjer vezivnog i lipidnog sloja preteže u korist lipidnog. U takvih atheroma vezivna kapa vrlo lako puca, te se stvara ugrušak, što se klinički očituje kao napad nestabilne angine pectoris u slučaju malog, ili kao infarkt srca u slučaju velikog ugruška.

Osim navedenog, postoje i metode procjene sadržaja kalcija u stjenkama krvnih žila, koje također upućuju na neka obilježja ateroskleroze. Važno je ne zaboraviti na spektar neinvazivnih tehnika koje upućuju na funkcionalne promjene stjenki krvnih žila. Promjene se mogu kvantificirati putem dilatacije posredovane protokom, tzv. *Flow mediated dilatation*, odnosno augmentacijskog indeksa i brzine pulsog vala. Postoje i klasične metode koje se već godinama rabe, a to su mjerenje debljine intime i medije, te mjerenje tlaka na gležnju i nadlaktici za kvantificiranje već izraženih aterosklerotičnih promjena na arterijama. Prema tome, osim klasičnih angiografskih tehnika pos-



Vrlo mali broj liječnika mjeri opseg struka svojim bolesnicima s povećanim kardiovaskularnim rizikom, iako je jasno da preveliki opseg struka značajno pridonosi kardiovaskularnom riziku. S druge strane liječnici češće određuju indeks tjelesne mase, koji još uvijek ne dostiže vrijednost procjene abdominalne masnoće pri određivanju rizika kardiovaskularnih bolesti. Na pitanja o metaboličkom sindromu preveliki broj liječnika opće medicine, ali i kardiologa, odgovara pogrešno

toji i dosta drugih načina za procjenu rizika razvoja ateroskleroze ili evaluaciju aterosklerotičnih promjena.

MEDIX S obzirom na visoku cijenu i težu dostupnost pojedinih pretraga, primjerice CT-a, koliko ih je kod nas opravdano provoditi u svakodnevnoj praksi?

PROF. REINER Mogli bismo postaviti i pitanje kolika je cijena rada i aparature za koronarografiju, pa i rizika za pacijenta. To je teško procijeniti, ali s obzirom na situaciju, ne možemo očekivati da ćemo baš u svakoj bolnici imati takav aparat i da će se sutra postavljati isključivo takva dijagnostika. Tim više treba jasno reći da i ona ima svojih ograničenja, te će još dugo vremena angiografija, barem za neke pacijente, biti metoda izbora. Ne treba zaboraviti ni intravaskularni ultrazvuk, invazivnu metodu kojom se kateterom ulazi u krvne žile i zatim sondom na vrhu katetera iznutra procjenjuje sastav plaka, dakle omjer lipidnog i vezivnog dijela. Iako metoda jest invazivna, takvu važnu informaciju o stabilnosti plaka ne daje angiografija, odnosno koronarografija.

MEDIX Patogeneza ateroskleroze ipak još uvijek nije u potpunosti razjašnjena. U kojem stadiju je vaša studija CROATS, koja se bavi *Chlamidijom pneumoniae* kao

faktorom destabilizacije aterosklerotskog plaka?

PROF. REINER Prvi dio studije je završen. Načelno smo razmišljali da nakon nekoliko godina u pacijenata koji su dobivali azitromicin napravimo još jednu evaluaciju, ali tu, naknadnu fazu ispitivanja još nismo počeli. Što se tiče utjecaja *Chlamidiae pneumoniae*, osim naše studije tu je jedna daleko veća, tzv. Wizard studija, pokazala rezultate koji još uvijek trebaju konačnu interpretaciju. Na prvi pogled nisu pokazani neki veliki učinci u smislu smanjenja smrtnosti kod bolesnika s koronarnom bolešću koji su dobivali azitromicin. Međutim, određeni pozitivni učinci pokazani su u posebno ugroženih skupina kao što su primjerice dijabetičari. Pitanje veze između infektivnih agenasa i ateroskleroze još uvijek zahtijeva dodatna istraživanja, a onda su i eventualne mogućnosti terapijskog učinka otvorene. Čini mi se da su istraživanja u zadnje dvije godine više orijentirana spoznavanju dodatnih aspekata već odavno poznatih čimbenika rizika. Tako se puno govori o pitanju kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti u dijabetsu, te o vezi između triglicerida i aterogeneze, koja je desetljećima bila u drugom planu, iza hiperkolesterolemije. Sve su češće i rasprave o ulozi postprandijalne glikemije i lijekova koji djeluju na to, poput onih koji djeluju na PPAR receptore.

MEDIX Kada govorimo o čimbenicima rizika i njihovoj zastupljenosti u populaciji, znamo li kakva je situacija u Hrvatskoj?

PROF. REINER Teško je reći nešto o primarnoj prevenciji u Hrvatskoj jer je zadnje veliko istraživanje objavljeno 2001. godine. Iz njega smo spoznali da naša klasična predožba, temeljena na poznatoj Studiji sedam zemalja provedenoj 50-ih godina, zapravo više nije aktualna. U tom je istraživanju pokazano, na europskoj razini, da postoji razlika između sjevera i juga, točnije Finske i Krete, glede veće učestalosti infarkta miokarda, koronarne bolesti i ostalih posljedica ateroskleroze na sjeveru zbog prehrane zasićenim mastima životinjskog porijekla. Za Kretu je karakteristična mediteranska prehrana, te je prvi put dokazano njeno protektivno djelovanje i potreba za poticanjem takve prehrane. Nešto slično je tada otkriveno i na području Hrvatske. Studija je obuhvatila Slavoniju i Dalmaciju. U Slavoniji se početkom 50-ih jela tradicionalna hrana, sve na svinjskoj masti, s puno kruha, ugljikohidrata i zasićenih masti, dok se u Dalmaciji u to vrijeme jelo puno ribe i zelenog povrća, kuhalo se pretežito na maslinovom ulju, a pilo se i crno vino. Time su objašnjene razlike koje su tada postojale između pobola i pomora od kardiovaskularnih bolesti između ta dva dijela Hrvatske. Dugo godina potom nije bilo istraživanja, sve do velike studije 2001. godine Tureka i

suradnika koja je razbila predodžbe o tome jer su se u međuvremenu promijenili načini života i prehrane. Situacija u Slavoniji se nešto popravila, iako ni izdaleka onoliko koliko bismo željeli, ali se zato u Dalmaciji i cijelom priobalju značajno pokvarila. Ljudi jedu manje i maslinovog ulja i ribe i povrća, a sve više prerađene hrane, što je nedvojbeno utjecalo na veće prosječne koncentracije lipida u krvi u priobalju nego u unutrašnjosti.

Slične studije nismo radili zadnjih nekoliko godina, ali smo napravili veliko ispitivanje o čimbenicima rizika u bolesnika koji su hospitalizirani u hrvatskim bolnicama zbog akutnog koronarnog incidenta, koronarne bolesti, infarkta miokarda i sl. Ispitivanje je provedeno od kraja 90-ih do 2003. godine. Time smo željeli, na sličnom principu kao što je napravljeno u dvije velike studije u Europi (EUROASPIRE 1 i 2), vidjeti na koji se način nosimo s čimbenicima rizika u naših bolesnika s kardiovaskularnim bolestima i na koje ih načine liječimo. Hrvatska nažalost nije bila uključena u EUROASPIRE 1 i 2, ali se nadam da ću je, zahvaljujući nekim mojim trenutačnim pozicijama u europskim tijelima, uspjeti uključiti u EUROASPIRE 3. Uspriko tome smo, po praktički istoj metodologiji kojom se služila EUROASPIRE 2 studija, napravili pet ispitivanja, radnog naziva LIBS studije (liječenje ishemijske bolesti srca). Prvi rezultati i presjek cijele studije će se pojaviti ovih dana pod akronimom prilagođenim za publikaciju u inozemstvu, tzv. TASPIC-CRO studija (Treatment and secondary prevention of ischemic cardiac disease in Croatia), u velikom članku koji će biti objavljen u uglednom "European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation". Dio te studije, usmjeren razlikama između čimbenika rizika za ishemijsku bolest srca u različitim dijelovima Hrvatske, prikazao je

i na kongresu prof. Bergovec. Pojavnost hiperlipidemija među bolesnicima s ishemijskom bolesti srca bila je u tom ispitivanju najizraženija u osječkoj i splitskoj regiji, niža u zagrebačkoj, a najniža u riječkoj regiji. Nije bilo razlike u pojavnosti dijabetesa i pušenja između navedenih regija, a što se tiče hipertenzije, predvodnik je zagrebačka regija. S druge strane, najčešću su pozitivnu obiteljsku anamnezu za pojavnost ishemijske bolesti srca imali bolesnici iz riječke regije.

MEDIX Može li se postaviti pitanje upućenosti liječnika u nove spoznaje o kardiovaskularnim bolestima i njihovim čimbenicima rizika?

PROF. REINER Dakako. Upravo sam na ovom kongresu prezentirao po prvi puta rezultate ispitivanja stavova hrvatskih liječnika o prevenciji čimbenika rizika u Hrvatskoj. Ideju mi je dao rad objavljen prije dvije godine, u kojem je koautor bio prof. Erhardt iz Švedske, jedan od najuglednijih europskih kardiologa. Njegov rad se temeljio na telefonskoj anketi provedenoj u sedam europskih zemalja, u koju je uključeno nekoliko stotina kardiologa, kako bi se vidjeli njihovi stavovi o prevenciji kardiovaskularnih bolesti, poznaju li europske smjernice i koliko ih stvarno primjenjuju pri svakodnevnom zbrinjavanju pacijenata. Rezultati nisu bili previše oduševljavajući, pa me to potaknulo da napravim nešto slično i u Hrvatskoj. Načinio sam ispitivanje na otprilike 800 liječnika iz raznih dijelova Hrvatske, od kojih je oko 150 kardiologa, više od 550 liječnika obiteljske medicine i nešto liječnika drugih specijalnosti, osobito neurologa. Anketa je provedena osobno, putem anonimnog upitnika, a rezultati su vrlo zanimljivi. Iako je većina liječnika odgovorila da dobro poznaje međunarodne i nacional-

ne smjernice za prevenciju kardiovaskularnih bolesti, da ih se pridržava u svakodnevnom radu te smatra kako dobro liječi svoje bolesnike, odgovori na pitanja o ciljnim vrijednostima ukupnog, LDL ili HDL kolesterola te triglicerida to nikako ne potvrđuju.

MEDIX Koje su najveće zablude hrvatskih liječnika u svezi s aterosklerozom?

PROF. REINER Čini mi se da preveliki broj liječnika i opće prakse i kardiologa premalu važnost posvećuje zaštitnom HDL kolesterolu. Više od 50% liječnika opće prakse i više od 25% kardiologa smatra da se HDL značajnije može povećati dijetom s malo životinjskih masnoća, što apsolutno nije točno. Zaprepašujuće je koliko bi liječnika opće prakse i posebice kardiologa preniske zaštitni HDL kolesterol liječilo jabučnim octom! Interesantno je i da vrlo mali broj liječnika mjeri opseg struka svojim bolesnicima s povećanim kardiovaskularnim rizikom, iako je jasno da preveliki opseg struka značajno pridonosi kardiovaskularnom riziku. S druge strane vrlo je čudno što liječnici češće određuju indeks tjelesne mase, koji ipak treba i izračunati, a koji iako jest dobar pokazatelj, još uvijek ne dostiže vrijednost procjene abdominalne masnoće pri određivanju rizika kardiovaskularnih bolesti. Na pitanja o metaboličkom sindromu preveliki je broj liječnika opće medicine, ali i kardiologa, odgovorio krivo. Čini se da neki nisu za to niti čuli. Arterijska hipertenzija je bolje prihvaćena kao čimbenik rizika, liječnici o njoj puno više znaju. Ipak ih je još uvijek previše odgovorilo da je optimalni arterijski tlak za osobe s povećanim kardiovaskularnim rizikom onaj ispod 140/90, što je za te osobe daleko previše. Rezultati ankete stoga upućuju da je, iako smo već dosta toga promijenili nabolje, još uvijek dug put pred nama. Poboljšati treba ne samo teoret-



Kongres je u Zadru okupio najeminentnije europske stručnjake iz kardiologije i drugih područja. Na slici s lijeva: prof. dr. sc. Željko Reiner, predsjednik Hrvatskog društva za aterosklerozu i predsjednik Kongresa, prof. dr. sc. Leif R. Erhardt, predsjednik Komisije za obrazovanje Europskog kardiološkog društva, prof. dr. sc. John Betteridge, predsjednik Council on Lipids in Clinical Medicine pri Royal Society of Medicine, London i prof. dr. sc. Davor Miličić, predsjednik Hrvatskog kardiološkog društva, tijekom jedne od radnih sekcija Kongresa

sko znanje, već i implementaciju tog znanja u svakodnevnom radu s pacijentima i prevenciji kardiovaskularnih bolesti.

MEDIX U kojem će se smjeru kretati razvoj liječenja kardiovaskularnih bolesti?

PROF. REINER To je teško reći. Za većinu čimbenika rizika za kardiovaskularne bolesti znamo već vrlo dugo, ali neki su definirani tek nedavno. Prije godinu dana je objavljena velika Jusuph-ova studija INTER-HEART, koja je unijela novu kvalitetu u poznavanje čimbenika rizika. Provedena je po cijelom svijetu, a ipak je izdvojila neke apsolutne čimbenike rizika zajedničke za sve moguće populacije. Tako su se nakon poremećaja razine lipida u krvi i pušenja kao treći važan faktor rizika iskristalizirali psihosocijalni čimbenici. Iako smo svjesni toga, u znanstvenim istraživanjima je vrlo slabo obrađen njihov način djelovanja, tako da "mitski" stres još uvijek ostaje teško mjerljiv. Nije sve niti u stresu, već u našem doživljaju stresa, kao i u socijalnom i društvenom položaju pojedinca. Čini se da je puno rizičnije biti društveno depriviran, slabije obrazovan ili nezaposlen, nego biti stalno pod stresom kao direktor svjetske tvrtke. Psihosocijalni čimbenik je nešto što je izašlo pod svjetla reflektora i očekujem da će se o tome u sljedećem razdoblju morati puno razmišljati i govoriti. Naravno da će se pokušati naći i novi lijekovi. Postavlja se i pitanje graničnih vrijednosti pojedinih pokazatelja. U američkim smjernicama su već određene daleko niže ciljane vrijednosti nego što su one u europskim kriterijima, posebno u slučaju dijabetičara. Te vrijednosti za LDL kolesterol sežu sve do 1,5 mmol/L, što je u našim prilikama gotovo nemoguće postići. Postavlja se i pitanje gdje je kraj tome. Hoće-

mo li ići do 1 mmol, pa do 0,5 mmol i niže? Što ćemo s time postići i hoćemo li uopće nešto postići? To su sve pitanja na koja u sljedećim godinama treba dobiti odgovor.

MEDIX U medijima je nedavno veliku pozornost dobio navodni radni program Povjerenstva za reformu zdravstva i najava da će pacijenti koji imaju čimbenike rizika kao što su pušenje ili prekomjerna tjelesna težina plaćati veću policu osnovnog zdravstvenog osiguranja.

PROF. REINER Koliko znam, to su špekulacije medija, a u povjerenstvu o tome zapravo uopće nije bilo govora. Međutim, upravo ti kriteriji postoje već desetljećima u privatnim zdravstvenim osiguranjima u svijetu. U SAD-u se sistem zdravstvenog osiguranja ne temelji na principu solidarnosti, već je potpuno dobrovoljan. Tamo postoji 45 milijuna građana bez zdravstvenog osiguranja, a privatna osiguranja pri prodaji police obvezatno procjenjuju trenutačno zdravstveno stanje osiguranika, ali i njegove rizike. Poznato je da su rizici za kardiovaskularne, ali i za niz drugih bolesti kao što su rak pluća ili peptički ulkus, mnogo veći ako osoba npr. puši. Jednako tako indeks tjelesne mase iznad 40 neusporedivo povećava zdravstveni rizik u odnosu na nekoga kome je ispod 25. Mogli bismo to usporediti s kasko-osiguranjem kada je riječ o automobilima. Ako ste dosad imali 10 prometnih nesreća, onda ćete drukčije platiti policu nego netko tko nije imao niti jednu jer je vaš rizik nedvojbeno veći.

MEDIX Sve se više u zadnje vrijeme sugerira povećana osobna odgovornost pojedinca za vlastito zdravlje.

PROF. REINER Nedvojbeno je da bismo se svi morali drugačije ponašati i razvijati svijest o zdravlju kao našoj osobnoj stvari za koju moramo skrbiti i sami, a ne misliti da o tome treba brinuti netko drugi, doktori, ministarstva ili vlade. Taj stav moramo promicati jer će on uroditi zdravom nacijom. Podaci o tjelesnoj aktivnosti i bavljenju sportom u Hrvatskoj su katastrofalni; s jedne strane živimo u iluziji da smo sportska nacija, a s druge strane imamo mizerne postotke ljudi koji se bave sportom ili redovitom fizičkom aktivnošću. I dalje smo jedna od zemalja u kojima trećina odraslog pučanstva puši, po čemu smo daleko lošiji od razvijenih zemalja Zapada. Danas se Europa praktički dijeli u dvije Europe, Europu budućnosti i prosperiteta, gdje se gotovo uopće više ne puši i Europu punu depresije i ekonomski slabu, gdje se još uvijek puno puši. Zdrava prehrana je također jedan od pokazatelja zdravstvene svijesti pučanstva. Pomorska smo zemlja u kojoj se jede manje od 8 kg ribe po glavi stanovnika. Po tome smo neusporedivo lošiji od velike većine europskih zemalja od kojih mnoge uopće nemaju more, a ipak se jede najmanje 3-4 puta više ribe po glavi stanovnika. Slična situacija je i s povrćem. Očigledno problem više nije neupućenost pučanstva u načine očuvanja zdravlja, već je upitna njihova primjena. Najbolji primjer je pušenje. Sigurno nema niti jednog pušača koji nije svjestan da pušenje škodi. Pitanje je zašto ne prestaju pušiti i kako spriječiti mlade da počnu pušiti, što je ključna stvar u cijeloj priči. Spoznaja da nešto škodi očito nije dostatna, te mislim da je promašaj dalje investirati novac u takav način edukacije. Očito treba naći drugi način borbe protiv pušenja.

MEDIX I ove je godine potkraj rujna obilježen Dan srca, pod motom "Zdrava tjelesna težina i zdrav oblik tijela za zdravo srce". Jesu li takve aktivnosti dostatne za podizanje javne svijesti?

PROF. REINER One su sigurno korisne jer se barem jedan dan svi toga sjetimo, a i mediji tada tome posvećuju više pažnje. Naravno da nisu dostatne, jedan dan ne može nadoknaditi ono što radimo ili ne radimo u svakodnevnom životu. Djelovati moramo i na druge načine. Je li to edukacija djece već u vrtiću i osnovnoj školi o zdravoj prehrani, ili pak zabrana prodaje čokoladica iz automata u školama i blizu škola, kao što je već učinjeno u nekim zemljama zapadne Europe, tek treba vidjeti. Činjenica je da problem pretilosti u djece postaje sve veći, a uopće mu se ne posvećuje dovoljno pozornosti jer ga smatramo privatnom stvari pojedinca, odnosno obitelji tog djeteta. Isto tako se može reći da je pušenje privatna stvar, pa tko hoće, neka prestane pušiti. To naravno jest osobni problem, ali nije samo to. Prema tome, očigledno ima još uvijek mnogo posla za sve nas. **M**



Profesor Reiner u društvu prof. Erhardta iz Sveučilišne bolnice Malmö u Švedskoj i njegove supruge, gde. Irene Jack, izvršne direktorice Europskog društva za aterosklerozu