



Dávkovaná, kardiológom riadená fyzická aktivita – vysoko efektívny nástroj v primárnej i sekundárnej prevencii srdcovocievnych ochorení

European Society of Cardiology aj American Heart Association svorne odporúčajú cca 2,5 – 5 hodín fyzického tréningu strednej intenzity alebo 1 – 2,5 hodiny tréningu vysokej intenzity v aeróbnom pásme týždenne ako primárnu prevenciu a aspoň 3 x 30 minút týždenne na sekundárnu prevenciu kardiovaskulárnych ochorení (KVO). Sila týchto odporúčaní je na úrovni 1A medicíny založenej na dôkazoch. Horná hranica 5 hodín nie je zrejme stanovená odhadom. Niektoré práce totiž preukázali, že dlhodobé, mnohoročné vytrvalostné aktivity typu maratónov či už na bežkách, alebo v „maratónkach“ a s nimi súvisiace objemy tréningu sú spojené s väčším rizikom vzniku paroxysmov fibrilácie predsiení. Napriek tomu sa aj u pacientov s fibriláciou, paroxyzmálnou i permanentnou, odporúča pravidelná, dávkovaná fyzická aktivita, ktorá prináša mnohostranný benefit.

Priaznivé účinky nesúvisia len s KVO. Je až neuveriteľné, že pravidelné cvičenie znižuje riziko vzniku rakoviny prsníka až o 75 %, rakoviny hrubého čreva o 22 %! Celková mortalita klesá o 20 % a kardiovaskulárna mortalita o 26 %. ktoré farmaká majú podobný efekt?! Zvýšené riziko rakoviny heparu a pankreasu u osôb konzumujúcich cca 3 alkoholické nápoje denne sa pravidelným cvičením dá eliminovať (na Slovensku však opatrne s touto informáciou). Sú už známe patofyziologické mechanizmy sprostredkujúce tieto benefity. Pracujúci sval produkuje myokíny prechádzajúce do cirkulácie (po endoteli a tukovom tkanive ďalší endokrinný orgán), z ktorých viaceré majú charakter imunomodulátorov.

Vysoká úmrtnosť na kardiovaskulárne ochorenia v SR, ktorá je v súčasnom období 55 % napriek šiestim dobre fungujúcim invazívnym kardiocentram, nás núti zvažovať nové systémové opatrenia zamerané predovšetkým na podporu zmeny životného štýlu pacientov s KVO. Celková úmrtnosť a chorobnosť na KVO u nás klesá len veľmi zvolna, na rozdiel od vyspelých krajín západnej a severnej Európy. Úspech nezaručí len riešenie akútnych stavov, ale aj nutnosť efektívnej a dlhodobej starostlivosti o veľkú skupinu pacientov, ktorí prekonalí akútne koronárny syndróm, operáciu srdca, angioplastický výkon na koronárnych cievach, prípadne aj následné srdcové zlyhanie, a ktorá sa s narastaním intervenčných výkonov u nás postupne zväčšuje. Premiér Fico po operácii srdca a prepustení z nemocnice nastúpil podľa informácií v médiách na „povinnú kardiovaskulárnu rehabilitáciu“. Vzniká otázka, aké možnosti KV rehabilitácie majú ostatní podobní pacienti. Ak vynecháme kúpeľnú liečbu, tak žiadnu. Pritom dlhodobú priechodnosť nových koronárnych tepien alebo tých tepien, na ktorých bol vykonaný intervenčný výkon, zaistia predovšetkým liečebné zmeny v životnom štýle, ktoré zahŕňujú pravidelné cvičenie, zmeny v stravovaní, nefajčenie a zvládanie mentálneho stresu.

Kardiovaskulárna rehabilitácia (KVR) je proces, pomocou ktorého je možné u pacientov s ochoreniami srdca a ciev prinavrátiť a dlhodobo udržať ich optimálny fyzický, psychický, sociálny, pracovný a emočný stav.

Medicína založená na dôkazoch poskytuje dostatok argumentov o účinkoch ambulantnej KVR z hľadiska medicínskeho (vrátane zníženia mortality, morbidity), ekonomického (zníženie počtu hospitalizácií, invalidity) a aj spoločenského. Pritom práve ambulantná KVR je najviac „cost effective“, pretože sa vykonáva v domácich podmienkach, bez nároku na pobyt, stravovanie a podobne, pričom jej trvanie je vo všeobecnosti 2 – 3-krát dlhšie ako kúpeľná liečba. Ide o tzv. II. posthospitalizačnú fázu, ktorá je určená pacientom po náročných revaskularizačných zákrokoch (CABG, PCI), ako aj ostatných invazívnych a chirurgických zákrokoch na srdci. Táto posthospitalizačná fáza KVR sa považuje za rozhodujúcu pre nastolenie nevyhnutných opatrení na zmenu životného štýlu, sekundárnej prevencie zameranej na rizikové faktory ICHS. Bez zaradenia pacienta do programu následnej, posthospitalizačnej rehabilitácie sa veľmi rýchlo miňa efekt, ktorý sa od finančne náročného revaskularizačného zákroku očakáva.

Podstatnou časťou ambulantnej KVR je cvičenie v kardiofitness zariadení, pri ktorom pacienti prejdú na začiatku vstupným záťažovým testom s určením tréningovej frekvencie pri aeróbnom cvičení. Doterajší stav je taký, že pacienti, ktorí chcú cvičiť, sú odkázaní sami na seba alebo na rady nekvalifikovaných cvičiteľov v zariadeniach fitness. Pritom ide o pacientov so stredným alebo vysokým kardiovaskulárnym rizikom s možnými arytmiami vrátane rizika náhlejšej smrti. Personálne a prístrojové vybavenie v bežných fitnesscentrách je z tohto hľadiska úplne neadekvátne. U vysokorizikových pacientov je dokonca potrebný monitoring EKG a klinického stavu počas prvých 2 – 3 cvičebných jednotiek. Ambulantní kardiológovia, ktorí sa starajú o týchto pacientov, len veľmi zriedkavo u nich vykonávajú záťažový EKG test. Aj preto, že úhrada od poisťovní za tento cca 30 – 40-minútový úkon v prítomnosti kardiológa, zdravotnej sestry, prístrojového vybavenia, jednorazových elektród je t. č. cca 6 eur.

AKVR nie je len cvičenie, zahŕňa aj vopred naplánovanú a kontrolovateľnú edukáciu pacientov zameranú na zmenu stravovacích návykov, správnu organizáciu denného programu, nácvik techník zvládania a predchádzania stresu, spánkovú hygienu, nefajčenie a techniky relaxácie.

Z uvedeného je jasné, že na Slovensku je potrebné vybudovať centrá ambulantnej KVR a zabezpečiť ich fungovanie, to znamená výdaje aspoň sčasti hrať zo zdravotného poistenia. Keď sme žiadali o zaradenie jedného centra do systému zdravotného poistenia, hoci aj bez nárokov na úhradu vlastného cvičenia, riaditeľ jednej krajskej pobočky zdravotnej poisťovne nám odpovedal, že nemôžu vyhovieť, pretože „toho času neplánujú rozšíriť poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti o ambulanciu na testovanie pacientov po intervenčných a kardiochirurgických výkonoch pred ich zaradením do ambulantnej kardiovaskulárnej rehabilitácie“. Zrejme ešte k nemu nedorazili slová Guy de Backera, protagonistu Európskej preventívnej kardiológie: „Výsledky ohľadne časového trendu zmeny životného štýlu sú veľkým sklamaním. Ilustrujú, ako ťažko je zmeniť v dospelosti návyky. Poukazujú na nedostatočnú pozornosť, ktorá sa venuje pacientom so stanovenou ICHS. Systémy zdravotnej starostlivosti v EU sú rozvíjané väčšinou medicínskymi technológiami, prístrojmi a farmakologickou starostlivosťou. Životné štýly sú považované za súkromnú záležitosť, hoci by sa mali stať integrálnou súčasťou zdravotného poisťovacieho systému. Viac profesionálnej a multidisciplinárnej náplne musia poskytovať špecializované centrá pre preventívnu kardiológiu s dôrazom na sekundárnu prevenciu KVO.“

Štefan Farský

Dom srdca Martin, Slovenská liga proti hypertenzii

Literárne zdroje sú u autora.