

MEDIX: Kolika je vjerojatnost restenoze nakon uspješne intervencije?

DOC. STROZZI: Ta mogućnost apsolutno postoji. Klinički je manja nego kod elektivnih intervencija. Kod elektivnih intervencija, npr. stabilne angine pektoris, u 25% slučajeva može se očekivati da će organizam patološki reagirati na stent. To je druga patohistologija i ne mora se tako klinički doživjeti, no oko 15% bolesnika vraća se na novu intervenciju. U pacijenata s akutnim koronarnim sindromom to je rjeđe, vjerojatno zbog razvoja kolateralna.

Dakle, isto razviju restenozu, no to se ne manifestira klinički, ali se ipak isto povremeno vraćaju. Drugi veliki klinički problem je tromboza u stentu, što je nagli događaj te pacijent vrlo često ne stigne niti doći kod nas pa se protiv toga borimo različitim agresivnim lijekovima. Tako nažalost stvaramo nove nepoželjne događaje, npr. krvarenja. Naime, pacijenti dobivaju po tri lijeka protiv trombocitne agregacije, što povećava rizik od krvarenja te posljedično i lošijeg ishoda intervencijskog zahvata.

MEDIX: Koji se lijekovi koriste

i koliko dugo ih pacijenti moraju uzimati?

DOC. STROZZI: To se nažalost stalno mijenja. Po zadnjim smjernicama su to aspirin kao doživotni lijek i trajna antiagregacija u dozi od 100 mg. Drugi antiagregacijski lijek koji se najviše daje je klopidogrel u dozi od 75 mg, no ukoliko se pokaže rezistencija na taj lijek, doza može biti dvostruka. Imamo mogućnost ispitati reagira li pacijent na taj lijek. Klopidogrel se nakon akutnog koronarnog sindroma, bez obzira je li intervenirano ili nije, daje godinu dana.

RAZGOVOR

Rehabilitacija kardiovaskularnog bolesnika

Sve veći značaj u pokušaju smanjenja kardiovaskularne smrtnosti pridaje se upravo prevenciji. Više o novim spoznajama na tom području, kao i kardiovaskularnoj rehabilitaciji bolesnika nakon preboljelog incidenta rekao je doc. dr. sc. Viktor Peršić, voditelj sekcije za prevenciju i rehabilitaciju Hrvatskog kardiološkog društva, iz Specijalne bolnice za rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma, Thalassotherapia Opatija

S doc. dr. sc. Viktorom Peršićem razgovarala Lea Rukavina, dr. med.

MEDIX: Doc. Peršić, vaše predavanje na kongresu odnosilo se na rehabilitaciju kardiovaskularnih bolesnika. Kako se ona provodi?

DOC. PERŠIĆ: Tema kardiovaskularne rehabilitacije izuzetno je aktualna, ali nije popularna za predavanja jer u onome koji sluša potiče pridržavanje nekih preporuka koje su u suprotnosti s pasivnom ugodom, odnosno traže odricanje, pridržavanje neugodnih pravila, a rezultate često ne vidimo istog trenutka. Zbog svega toga je prevencija općenito slabo popularna.

Kardiovaskularna rehabilitacija prolazila je nekoliko razvojnih ciklusa. U pedesetim godinama prošlog stoljeća počelo se pacijente dizati ranije iz kreveta i fizička je aktivnost postala vrlo važna u rehabilitaciji. Osamdesetih se počelo brinuti o profesionalnoj adaptaciji onih koji su imali srčani infarkt, odnosno ranom povratku takvih bolesnika na posao, a 2000. smo počeli skrbiti globalnije pa smo to nazvali sekundarnom



U Hrvatskoj predviđena kardiovaskularna rehabilitacija iznosi 21 dan, a treba ju provesti između drugog i šesnaestog tjedna od incidenta, iznio je u svom predavanju doc. dr. sc. Viktor Peršić

prevencijom. Posebne smjernice u kojima se sve manje spominje distinkcija između primarne i sekundarne prevencije izašle su 2003. godine. Od tada se sve više spominje globalni pristup kardiovaskularnim bolestima. Najrecentniji članak koji govori

o stanju s kardiovaskularnom rehabilitacijom izašao je 2010. godine. U njemu se ističe da u sekundarnoj fazi kardiološke rehabilitacije, koja se odnosi na stacionarnu ili polikliničku skrb, u Hrvatskoj postoje dva stacionarna centra: Krapinske toplice i Thalassotherapia. Udio bolesnika u tim centrima je oko 40%. U europskim je okvirima to vrlo dobra brojka jer je udio inače od 1 do 50%. Osobitost kardiovaskularne rehabilitacije je da se primjenjuje vrlo rano. Sve bolesnike iz Kliničko-bolničkog centra Rijeka izravno premještamo na rehabilitaciju u naš centar.

MEDIX: Postoje li razlike u provođenju rehabilitacije od države do države?

DOC. PERŠIĆ: U Hrvatskoj predviđena rehabilitacija iznosi 21 dan, dok je primjerice u Austriji nešto duža. Treba ju provesti između drugog i šesnaestog tjedna od incidenta. U Rusiji recimo ne postoji pojam kardiovaskularne rehabilitacije. Vrlo je slabo razvijena i u Portugalu. Kod nas se financiranje takvih institucija provodi na državnoj razini, dok je u drugim zemljama drukčije.

MEDIX: Što točno podrazumijeva kardiovaskularna rehabilitacija i kako utječe na zdravlje bolesnika?

DOC. PERŠIĆ: Točne definicije zapravo nema. No kada se govori o kardiovaskularnoj rehabilitaciji na prvome se mjestu misli na fizički trening, a onda naravno i na edukaciju, psihološku i profesionalnu potporu te timski pristup bolesniku koji se priprema za trajnu sekundarnu prevenciju nakon izlaska iz bolnice.

Redovita fizička aktivnost srčanih bolesnika posjeduje terapijske potencijale usporedive s ugradnjom srčanog stenta, a u dugoročnom praćenju je čak i korisnija. Dokazano smanjuje simptome srčanih bolesti, poboljšava prokrvljenost srčanog mišića, smanjuje rizik od komplikacija te osigurava bolje preživljenje.

Navedeni učinci su prema sadašnjim spoznajama povezani s poboljšanjem niza rizičnih čimbenika: boljom regulacijom krvnog tlaka, šećera i masnoća u krvi, poboljšanim funkcioniranjem unutarnjeg sloja svih tjelesnih krvnih žila i sustava za disanje te, konačno, boljom općom tjelesnom kondicijom. Znanstvenici ističu da se često zaboravlja kako srčani stent obično rješava problem na 15-20 mm dužine jedne krvne žile, dok redovita tjelovježba čuva i liječi sve krvne žile našeg tijela.

MEDIX: Ovisi li vrsta rehabilitacije o intervenciji koja je rađena kod bolesnika s određenim kardiovaskularnim incidentom?

DOC. PERŠIĆ: Svaka rehabilitacija ovisi o stanju bolesnika, ali dosta je sastavnica isto za sve kardiovaskularne bolesnike. Fizički je trening, zajedno sa psihološkom potporom, vrlo važna sastavnica rehabilitacije, koja smanjuje smrtnost u tih bolesnika za 20-25%.

Prehrana je također važan čimbenik u cjelokupnom pristupu bolesniku s kardiovaskularnom bolešću. Studija EUROASPIRE III, u kojoj je u ime Hrvatske sudjelovao i tim našeg akademika Reinerja, pokazala je da su bolesnici koji dolaze na rehabilitaciju u prosjeku oko pet kg teži od onih u prvoj studiji, EUROASPIRE I.

Na kongresu u Honoluluu 2006. godine prvi smo put dobili podatak



Najrecentniji članak koji govori o stanju s kardiovaskularnom rehabilitacijom izašao je 2010. godine. U njemu se ističe da u sekundarnoj fazi kardiološke rehabilitacije, koja se odnosi na stacionarnu ili polikliničku skrb, u Hrvatskoj postoje dva stacionarna centra: Krapinske toplice i Thalassotherapia. Udio bolesnika u tim centrima je oko 40%, što je i u europskim okvirima vrlo dobra brojka jer je udio inače od 1 do 50%, naglašava doc. Peršić

da se u svijetu izjednačio broj pretilih i broj gladnih. U SAD-u udio pretilog stanovništva iznosi 60-80%. Debljina je toliko snažno integrirana u globalnu ekonomiju SAD-a da je u ovom trenutku nemoguće očekivati drugačije rezultate. Kalorije fast fooda su nužne da bi održale industriju koja živi na debljini. Kada bi pretili Amerikanci smršavili po deset kilograma, odmah bi se moglo zatvoriti dvanaest tvornica hrane u Americi.

Iako tradicionalno Grčku povežujemo sa zdravom mediteranskom prehranom, kardiovaskularna smrtnost se od 1972. do 2005. godine povećala za 11%. Smatra se da je model rastuće epidemije kardiovaskularnih bolesti u Grčkoj povezan s visokim udjelom pušenja i pretilosti koji su specifični za tu zemlju, ali ih nalazimo i u ostalim područjima koja ne uspijevaju kontrolirati razvijena čula.

MEDIX: Koji je položaj Hrvatske u odnosu na svijet?

DOC. PERŠIĆ: Posljednjih se godina pristup kardiovaskularnim bolestima značajno mijenja. Napori koji se diljem svijeta provode u njihovom liječenju i prevenciji ukazuju na paradoksalne rezultate, prema kojima se značajan pad smrtnosti bilježi samo u zemljama visokog bruto nacionalnog dohotka kao što su europske zemlje, Sjeverna Amerika, Australija ili Novi Zeland. U isto vrijeme u zemljama istočne Europe

smrtnost ostaje jednaka, ili čak raste.

Hrvatska sa smrtnošću od kardiovaskularnih bolesti od oko 50% pripada sredini europske ljestvice. Problem koji postoji u Europi isti je i u Hrvatskoj - starenje populacije. Indeks starenja, koji stavlja u odnos one koji su stariji od 65 godina i one do 19 godina, kada je veći od 40 označava početak starenja populacije. Hrvatska je populacija, baš kao i europska, taj indeks prešla 1940. godine. Ostatak svijeta će taj indeks prijeći tek 2020.

MEDIX: Ima li značajnijih novosti koje bi liječnici trebali imati na pameti kada govorimo o prevenciji kardiovaskularnih incidenata?

DOC. PERŠIĆ: Jedno od novijih istraživanja pokazalo je kako čak 56% svih akutnih infarkta tijekom sezone skijanja nastaje u prva dva dana nakon odlaska na snijeg. Brojne osobe koje se ne bave redovito fizičkom aktivnošću nakon više mjeseci sjedilačkog života odlaze na skijanje. Rezultati istraživanja su prvi put pokazali rizik naglog izlaganja nepripremljenih pojedinaca zahtjevnoj fizičkoj aktivnosti i proširili spoznaje o prevenciji. Treba upozoriti sve rizične bolesnike da se pripreme za snijeg pravodobnom promjenom navika, fizičkim treninzima te eventualno kardiološkim savjetovanjem i testiranjem.