

**PADOS GYULA DR.<sup>1</sup>, PARAGH GYÖRGY DR.<sup>2</sup>, JERMENDY GYÖRGY DR.<sup>3</sup>, KARÁDI ISTVÁN DR.<sup>4</sup>,  
KISS ISTVÁN DR.<sup>5</sup>, BEDROS J. RÓBERT DR.<sup>1</sup>, SIMONYI GÁBOR DR.<sup>1</sup>, KISS RÓBERT GÁBOR DR.<sup>6</sup>,  
FARKAS KATALIN DR.<sup>7</sup>, MERKELY BÉLA DR.<sup>8</sup>, SZOLLÁR LAJOS DR.<sup>9</sup>.**

<sup>1</sup>Szt. Imre Egyetemi Oktatókórház, Országos Obezitológiai Centrum, Budapest; <sup>2</sup>Debreceni Egyetem Klinikai Központ Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen; <sup>3</sup>Bajcsy-Zsilinszky Kórház, III. Belgyógyászati Oktató Osztály; <sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest; <sup>5</sup>Szt. Imre Egyetemi Oktatókórház, Nephrologia-Hypertonia Profil, Budapest; <sup>6</sup>Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Kardiológiai Osztály, Budapest; <sup>7</sup>Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság Szt. Imre Egyetemi Oktató Kórház, Angiológia Profil, Budapest; <sup>8</sup>Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, MTA-SE „Lendület” Kardiovaszkuláris Képző Kutatócsoport, Budapest; <sup>9</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK Kórélettani Intézet, Budapest

# ÖSSZEFOGLALÁS

## A VI. MAGYAR KARDIOVASZKULÁRIS KONSZENZUS KONFERENCIA IRÁNYELVEIRŐL

**A VI. MAGYAR KARDIOVASZKULÁRIS KONFERENCIÁN JELENTŐS VÁLTOZÁSOKAT HAJTOTTUNK VÉGRE A 2011-ES AJÁNLÁSUNKHOZ KÉPEST. AZ IGEN NAGY KOCKÁZATBA ELŐSZÖR SOROLTUNK BE MINDEN EGYES KARDIOVASZKULÁRIS (CV) BETEGSÉGET. IDE KERÜLT ÚJDONSÁGKÉNT A FAMILIÁRIS HYPERCHOLESTERINAEMIA IS, A CÉLSZERVKÁROSODÁSSAL JÁRÓ DIABÉTESZ ÉS A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG (GFR<30 ML/MIN/1,73 M<sup>2</sup>) MELLÉ.**

**A NAGY KOCKÁZATBAN MARADT A SZUBKLINIKUS ATEROZSKLERÓZIS, A DIABÉTESZ ÖNMAGÁBAN, A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG, VALAMINT AZ EGYES SÚLYOS RIZIKÓFAKTOROK IS (ÖNÁLLÓAN).**

**A 4 NAGY RIZIKÓFAKTOR TERÜLETÉN ELHÍZÁSBAN CSAK OPCIONÁLISAN FOGADTUK BE A SZIGORÚ BMI ÉS HASKÖRFOGAT CÉLÉRTÉKEKET. A DIÉTÁS KEZELÉSBEN A LOW-CALORIE, LOW-CARB, HIGH-PROTEIN DIÉTÁT JAVASOLTUK. A LIPIDOLÓGIAI AJÁNLÁSUNKAT MEGERŐSÍTETTE A NOVEMBERBEN MEGJELENT IMPROVE-IT-VIZSGÁLAT, AMELYBEN A SIMVASTATINHOZ ADOTT EZETIMIB SZIGNIFIKÁNSAN CSÖKKENTETTE A CV-ESEMÉNYEKET. AMÍG A 2013-AS ACC/AHA AJÁNLÁS SEM A NON STATIN TERÁPIÁT, SEM A CÉLÉRTÉK SZISZTÉMÁT NEM TÁMOGATTA, EZ AZ ÚJ EVIDENCIA MEGERŐSÍTETTE A STATIN-EZETIMIB KOMBINÁCIÓT, ÉS AZ 1,8 MMOL/L-ES LDL-CH CÉLÉRTÉKET. HIPERTÓNIABAN 140/90 HGMM, DIABÉTESZBEN 140/85 HGMM ÉS NEPHROPATHIA+PROTEINURIA ESETÉN 130/80 HGMM-ES CÉLÉRTÉKET ÁLLAPÍTOTUNK MEG.**

**DIABÉTESZBEN ÚJDONSÁG, HOGY LEHETŐSÉG LEGYEN EGYEDI KEZELÉSI CÉLÉRTÉKRE, ÍGY CÉLTARTOMÁNY KERÜLT KITŰZÉSRE A HbA<sub>1c</sub> ESETÉN (6,0-8,0%). AZ ÉHOMI ÉS POSZTPRANDIÁLIS CÉLÉRTÉK MARADT 6,0 MMOL/L, ILLETVE 7,5 MMOL/L.**

**A CV-PROTEKTIV, PREVENTÍV TERÁPIÁT FŐKÉNT A KARDIOLÓGUSOK, A PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉGÉT AZ ANGIOLÓGUSOK ÁLLÍTOTTÁK ÖSSZE. AZ ÉLETMÓD-VÁLTOZTATÁSOKBAN JAVASOLT CÉLKITŰZÉSEK NEM IGEN VÁLTOZTAK A 2011-ES ÓTA, A DOHÁNYZÁS, A TÁPLÁLKOZÁS ÉS A FIZIKAI AKTIVITÁS TERÜLETÉN.**

### A VI. KARDIOVASZKULÁRIS KONSZENZUS KONFERENCIA ELŐZMÉNYEI

2014. november 28-án rendeztük meg a kardiovaszkuláris (CV) betegségek megelőzésével foglalkozó VI. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferenciát (MKKK). 2003 óta az első öt Konferenciát két évente, mindig novemberben tartottuk, hogy az adott évben már elhangzó CV-betegségekről szóló prevenció kongresszusok megállapításait még szükség esetén beépíthessük. A 2011-es V. MKKK (1) óta viszont most három év telt el. Ennek oka, hogy hiába vártunk a IV.

ATP irányelvekre, amelynek nyomvonalát esetleg figyelembe vehettük volna. Az ATP IV. a sorozatos viták során még egy évet csúszott, így mi is, sőt végül az ATP IV. létre sem jött. Helyette az NHLBI megbízta a két nagy amerikai kardiológus társaságot (ACC/AHA), hogy az obesitas, életmód és koleszterin guideline-okat (2) készítsék el. A viták ettől nem zárultak le, az amerikai Lipid Társaság (NLA) jóváhagyás előtt ki is lépett belőle, így a 2013. november 12-én bizonyos fokig kardiológus nézőpontú „cholesterol guideline” született meg. E megközelítést, az európai ESC/EAS az ESC, az IAS az amerikai NLA és a szin-

tén amerikai Endokrinológiai Társaság ellenezték a klasszikus kockázati kategóriák elhagyása, a non statin terápia és a célérték szisztéma mellőzése, és a használhatatlan, a valóságnál kétszer nagyobb kockázatot becsülő rizikó-kalkulátor miatt. Az NLA pedig 2014-ben elkészítette a saját irányelveit (3). Természetesen a Konszenzus Konferenciák nemcsak a „cholesterol”-ról szólnak, hanem holisztikus módon a CV-kockázatbesorolásról, az elhízásról, dyslipidaemiáról, a diabétesz, hipertónia kezelési célértékeiről, a CV-protéktív, preventív terápiairól és a célkitűzések elérésének módszereiről, az életmód-változtatás elősegítésére. Az

egyes szakmai társaságok saját területeikre vonatkozó ajánlásainak figyelembevételével mellett mind nagyobb igény mutatkozott arra, hogy az egymással általában összefüggésben álló rizikófaktorokat, betegségeket, illetve azok kezelését közös irányelvek alapján végezzük. Bizonyos rendezőelveket betartottunk, vigyáznunk kellett arra, hogy ne szakadjunk el jelentősen az európai, nemzetközi konszenzus ajánlásoktól, az evidence based vizsgálatok eredményeitől. Ugyanakkor ellene voltunk annak, hogy a nemzetközi ajánlásokat egyszerűen csak lefordítsuk, a hazai jellemzőket és sajátosságokat ajánlásokat és véleményeket messzemenően figyelembe vettük.

A Konszenzus Konferencia előkészítése során leszűrtük a korábbi tapasztalatokat. Egyértelmű volt a vélemény, hogy legutóbb túl sok volt már a 17 társaság 26 előadását követni és befogadni.

Ezért a 6-7 szakmai területről most csak 10 előadás foglalta össze a leglényegesebb mondanivalókat, amelyeket rövidített formában a szokásos 10 000 példányban körbeküldendő posztereken is eljuttatunk a magyar orvosoknak. A 10 előadásról írt cikket a Metabolizmus e különszámában olvashatják. E különszám végén láthatók a poszterek.

Az előkészületek során, szeptember végén zártkörű kerekasztal-beszélgetést tartottunk 10 előadó, összesen 16 társaság képviselőinek a részvételével.

Az irányelvek tudományos bizonyítékokra alapozott, tárgyilagosságot, néha önkorlátozást igénylő, hosszú, és végül minden lényeges kérdésben konszenzust eredményező vitákban jöttek létre.

A korábbiakhoz hasonlóan igyekeztünk az áttekintés kedvéért egy cikkben összefoglalni azt, ami a 10 részletes cikkben olvasható.

## KOCKÁZATBESOROLÁS

Az igen nagy kockázatba először soroltunk be minden egyes klinikailag igazolt, invazív vagy noninvazív módszerekkel kimutatott CV-betegséget, valamint a célszervkárosodással járó diabéteszt, a súlyos krónikus vesebetegséget is (GFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), ezen kívül a nagy CV-kockázatot jelen-

tő familiáris hypercholesterinaemiát. A nagy kockázatban maradt a CV-tünetek nélküli, noninvazív módszerekkel (UH, CT, MR) kimutatott szubklinikus ateroszklerózis. A diabéteszt akkor soroltuk ide, ha nem kísérte egynél több rizikófaktor sem, a krónikus vesebetegséget pedig 30-60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> közötti értékek esetén.

Egyes súlyos, önmagukban nagy kockázatot jelentő rizikófaktorok és a metabolikus szindróma is idekerültek. A közepes és kis kockázatba a rizikófaktorok száma és az európai SCORE chart alapján történt a besorolás.

## CÉLÉRTÉKEK, AJÁNLÁSOK A NAGY RIZIKÓFAKTOROK TERÜLETÉN

### LIPIDANYAGCSERE

Igen nagy kockázatban <3,5-ös koleszterin (Ch), <1,8-as LDL-Ch és – másodlagos célértékként – 2,6 mmol/l-es non-HDL-célértéket fogalmazzunk meg.

Nagy kockázatban pedig 4,5-2,5-3,0 mmol/l értékeket.

A primer terápiás cél maradt az LDL-Ch csökkentése, amelyben a statinok preferálandók. Ha a célértékek velük nem érhetőek el, akkor ezetimibbel történő kombináció javasolt, amit a közelmúltban prezentált IMPROVE-IT-vizsgálat (4) eredményei is megerősítettek. Hyperlipaemia II/b típusban, ha a statinnal történt célértékelés után a trigliceridszint magas marad, akkor szénhidrát- és zsírszegény diéta mellett fibrát hozzáadása megfontolható.

IV-V típusú hyperlipaemiában az első választandó szerek a fibrátok, esetleg omega-3 zsírsavak. A részletekről Paragh és Karádi professzorok cikkeiben olvashatnak.

### CÉLÉRTÉKEK HIPERTÓNIÁBAN

Általában érvényes a 140/90 Hgmm-es célérték.

Diabéteszben 140/85 Hgmm.

Nephropathia + proteinuria esetén szigorúbb, 130/80 Hgmm.

A táblázatban is és a cikkben is közöljük a hipertónia súlyossági fokozatait, és azt, hogy azonnali antihipertenzív kezelés akkor javasolt, ha az életmód-változtatás nem elég a célérték eléréséhez és van már célszervkárosodás, vagy a vérnyomás 160/100 Hgmm

felett marad. A hipertóniáról szóló cikket Kiss István professzor foglalta össze.

## CÉLÉRTÉKEK DIABETES MELLITUSBAN

Még a 2011-es V. MKKK-n felvetették a diabetológusok, hogy a többi rizikófaktor területétől eltérően, elsősorban a HbA<sub>1c</sub> vonatkozásában célérték helyett céltartományt adjunk meg. Az utóbbi években még hangsúlyozottabbá vált a gyógyszeres kezelés alatti hypoglykaemiák CV-rizikót növelő hatása, ami egyedi kezelési célértékekkel biztonságosabbá tenné a terápiát. Ez segítené a fixen megadott 7%-os HbA<sub>1c</sub> helyett egy 6,0-8,0% közötti céltartomány, amellyel az érintett beteg adatait, körülményeit figyelembe véve személyre szabottá válna a kezelés.

Az éhomi és posztprandiális vércukorszint értéke maradt <6,0, illetve <7,5 mmol/l. A diabéteszes beteg LDL-Ch célértékei attól függenek, hogy az igen nagy, vagy nagy kockázatba vannak-e besorolva, eszerint <1,8 mmol/l, illetve <2,5 mmol/l.

2011-ben javasoltuk, hogy a manifeszt 2-es típusú diabéteszben az életmód-terápiával együtt az antidiabetikus gyógyszeres terápia megkezdése is indokolt, ami most „legtöbbször”-re szelődött.

Jermendy professzor most társszerzőkkel (Kempfer, Winkler professzorok) írt Metabolizmus cikkében a vaszkuláris memóriáról is olvashatunk (2011-ben „kardiometabolikus terápia memória”).

## AZ ELHÍZÁS DIÉTÁS ÉS MOZGÁSTERÁPIÁS KEZELÉSE

BMI-re és haskörfogatra vonatkozóan megadtuk a célértékeket (lásd a táblázatot), azonban hangsúlyozottan csak opcionálisan, hiszen irreális lenne pl. 100 kg testsúly feletti betegek esetén elvárni – legalább is rövidtávon –, hogy 25-ös BMI-t vagy 94, illetve 80 cm-es haskörfogatot érjenek el. Reális célkitűzésként 10% fogyást tűztünk ki, fél év alatt. A diétás kezelésben a Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság (MOMOT (5)), a Harvard Egyetem és az Európai Elhízás Társaság (IASO) ajánlását javasoljuk, egy low-calorie, low-carb, low-GI, high-protein, mérsékelten zsírszegény diétát. Ezzel fél év alatt 4-5 kg-mal több fogyás érhető el mint zsírszegény diétá-

val. A részletekről *Bedros, Pados, Simonyi* cikkében olvashatnak.

## KARDIOVASZKULÁRIS, PROTEKTÍV, PREVENTÍV TERÁPIA

A kardioprotektív terápia elsősorban kardiológiai területeket érint, ezért *Kiss Róbert Gábor, Merkely Béla, Tóth Kálmán* és *Császár Albert* professzorok jóváhagyásával alakult ki a konszenzust megelőző Kerekasztal-megbeszélésen az ajánlás, a diabetológusokkal, hipertológusokkal, lipidológusokkal, a Thrombosis-Haemostasis Társasággal történt konzultáció eredményeként, amelyet a Konszenzus Konferencián véglegesítettünk.

*Kiss Róbert Gábor* professzor az antitrombotikus kezelés újdonságairól, *Merkely* professzor az akut koronária szindróma prevenciójáról és kezeléséről, a vulnerábilis plakkról tartott kitűző előadást.

A kardiovaszkuláris területéről még a perifériás érbetegségről, a boka-kar indextről volt előadás, és született *Metabolizmus* cikk, *Menyhei Gábor* és *Farkas Katalin* főorvosok részéről.

## CÉLKITŰZÉSEK AZ ÉLET- MÓD VÁLTOZTATÁSÁBAN

Ezek a 2011-es V. MKKK poszteren közölt ajánlásokon alapulnak, amelyek alig változtak a VI. MKKK Kerekasztal Konferencián résztvevő 16 társaság képviselőinek véleménye után, és jóváhagyásukkal véglegesítődtek. Így történt ez a dohányzás elleni ajánlásban is.

Külön életmód bokszt alakítottunk ki két részletben, a táplálkozási irányelvekről az egészséges felnőtteknek és a nagy kockázatú betegek számára. Szintén két részes a fizikai aktivitást tárgyaló ajánlás, egyik a CV-betegség megelőzéséről, másik a fizikai aktivitás szerepéről szól elhízás kezelésében.

Ezek részletesen a poszteren olvashatók, ezekből néhány kiemelés:

- ➔ a dohányzás okozta kockázatfokozódás részben reverzibilis: a dohányzás abbahagyásakor rövid idő alatt csökken a kockázat.
- ➔ Bőséges zöldség- és gyümölcsfogyasztás (többször, kisebb adagokban naponta 600-800 g).
- ➔ Hipertóniában a sóbevitel jelentős csökkenése szükséges <3 g/nap, az alkoholfogyasztás mellőzésével.
- ➔ Az elhízás kezelésében az első fél évben az alacsony energia-, szénhidrát- és emelt fehérjetartalmú diétát kell előnyben részesíteni.
- ➔ A súlytartáshoz naponta legalább 45-60 perc tartamú, intenzív fizikai aktivitás szükséges.

Befejezésül javasoljuk, hogy olvassák figyelemmel az előadások alapján készült cikkeket is, és tanulmányozzák a poszteren közölt rövid összesítéseket.

## IRODALOM

1. V. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia 2011. Nov. 25. *Metabolizmus* 2012; Suppl: 1–82.
2. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults *Circulation* 2014; 129: 1–45.
3. Jacobson T.A., Ito M.K., Maki K.C. et al: National Lipid Association recommendations for patient – centered management of dyslipidemia: Part 1 – executive summary *J Clin Lipidol* 2014 Sep-Oct; 8(5): 473–88.
4. Cannon CP; IMPROVE-IT Investigators. IMPROVED Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial (IMPROVE-IT Trial): A Comparison of Ezetimibe/Simvastatin versus Simvastatin Monotherapy on Cardiovascular Outcomes After Acute Coronary Syndromes. American Heart Assoc Scientific Sessions, Chicago, IL, Nov 17, 2014 (late breaking abstract session LBCT.02).
5. Pados Gy, Simonyi G, Audikovsky M, et al. Változások az elhízás diétás kezelésében – MOMOT ajánlás *Metabolizmus* 2013; 11 (5): 376–382.