

PADOS GYULA DR., SZOLLÁR LAJOS DR.

Romics László dr., Farsang Csaba dr., Balogh Sándor dr., Csiba László dr., de Chatel Rudolf dr., Farkas Katalin dr., Forster Tamás dr., Halmy László dr., Jákó Péter dr., Jermendy György dr., Kappelmayer János dr., Karádi István dr., Kiss István dr., Paragh György dr., Pfliegler György dr., Préda István dr., Vadász Imre dr., Winkler Gábor dr., Zajkás Gábor dr., Zámolyi Károly dr. megjegyzései, írásai és előadásai alapján

ÖSSZEFOGLALÁS

a III. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia ajánlásairól

A Metabolizmus jelen különszáma tartalmazza a III. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencián 15 társaság részéről elhangzott előadások alapján írt cikkeket, amelyek a Konszenzus tudományos háttéranyagához tartoznak.

A Konszenzus üzenetét színes táblázatos formában összefoglalva juttatjuk el az orvosokhoz. E táblázatokat ezen összefoglalóhoz is mellékeljük.

KOCKÁZATBESOROLÁS

Az ajánlott preventív terápiának és a célértékek kijelölésének alapja a kockázatbesorolás.

A nagy kockázatra helyeztük a fő hangsúlyt. Az igen nagy kockázatú és a közepes, valamint a kis kockázatú kategóriát csak a lipidértékek szempontjából vettük figyelembe.

NAGY KOCKÁZAT (1. TÁBLÁZAT)

A nagy kockázatú kategóriába soroltuk a koronáriabetegséget, a cerebrovaszkuláris betegséget és a perifériás érbetegséget, valamint a diabetes mellitust is. Újdonság, hogy a diabetes mellé bekerült a krónikus veseelégtelenség is, amely a kardiovaszkuláris események kialakulásának valószínűségét 4-6-szorosára növeli, már a 60 ml/perc-es GFR-érték alatt.

TÜNETMENTES NAGY KOCKÁZATÚ ALCSOPORT

A metabolikus szindróma a diabetes mellitus mellett szerepelt 2005-ben a II. Terápiás Konszenzus Konferencián. Jelentőségét most sem vontuk kétségbe, de áthelyeztük a tünetmentes nagy kockázati kategóriába, ahol a célértékek kevésbé szigorúak. Az EASD/ADA

a létezését is kétségbe vonta 2006-ban, miközben az AHA/NHLBI, az IDF, az ESH és ESC, valamint a Konszenzus Konferencia is kiállt mellette, azzal a változtatással hogy az IDF-kritériumot a haskörfogat módosításával (102/88 cm) fogadtuk el (94/80 cm határérték esetén ugyanis a lakosság nagyobbik része a nagy kockázatú csoportba sorolódna). Célértékként viszont a nagy kockázatnál továbbra is a 94/80 cm-es érték szerepel. Tünetmentes egyének esetében nagy

kockázatba soroltuk azokat is, akiknek az európai SCORE táblázat szerint a 10 éves fatális kardiovaszkuláris kockázata $\geq 5\%$. Az amerikai Framingham táblázatot viták után, de többségi véleménnyel kiiktattuk a kockázatbesorolásból.

A SCORE táblázat meglévő hiányosságait pedig a 40 év alattiaknál a Relatív Kockázat Táblázat behelyezésével pótoltuk, elkerülendő a SCORE Chartban a 60 évre történő, korábbi kétes értékű extrapolálást.

1. TÁBLÁZAT: NAGY KOCKÁZATÚ KATEGÓRIA

1. - KOSZORÚÉR-BETEGSÉG, VAGY
 - CEREBROVASZKULÁRIS BETEGSÉG
 - PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉG
2. - DIABETES MELLITUS
 - 2-ES TÍPUS, VAGY
 - 1-ES TÍPUS MIKRO-, VAGY MAKROALBUMINURIÁVAL
 - KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG
3. KARDIOVASZKULÁRIS TÜNETEKTŐL MENTES, NAGY KOCKÁZATÚ ÁLLAPOT
 - A) LEGALÁBB EGY SÚLYOS KOCKÁZATI TÉNYEZŐ JELENLÉTE:
 - ÖSSZKOLESZTERIN $>8,0$ MMOL/L
 - VÉRYOMÁSÉRTÉK $>180/110$ HGMM
 - TESTTÖMEGINDEX (BMI) >40 KG/M²
 - BECSÜLT GFR (GLOMERULUS FILTRÁCIÓS RÁTA) <60 ML/MIN
 - MIKROALBUMINURIA 30-300 MG/L
 - B) LEGALÁBB EGY, ÖNMAGÁBAN NAGY KOCKÁZATOT JELENTŐ TÉNYEZŐ:
 - SZUBKLINIKUS ATEROZSKLERÓZIS
 - KÉPALKOTÓ VAGY MÁS ELJÁRÁSSAL IGAZOLT PLAKK
 - IZOLÁLT CAROTIS ZÖREJ, KÖRELŐZMÉNYI ADATOKKAL
 - FAMILIARITÁS (KORAI CV-ESEMÉNY, <55 ÉV, ILLETVE <65 ÉV)
 - BOKA/KAR INDEX $\leq 0,9$
 - BALKAMRA-HIPERTROFIA
 - C) NAGY KOCKÁZATOT MUTATÓ SCORE ESETÉN:
 - 10 ÉVES HALÁLOZÁSI KOCKÁZAT $\geq 5\%$ (SCORE, ILLETVE RELATIVE RISK CHART)
 - D) METABOLIKUS SZINDRÓMA (IDF-MÓDOSÍTOTT HASKÖRFOGATTAL $>102/88$ CM)
 - E) GLOBÁLIS KARDIOMETABOLIKUS KOCKÁZATOT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK (LEGALÁBB 3 A TRADICIONÁLIS RIZIKÓFAKTOROKBÓL ÉS 1 AZ EGYÉB KOCKÁZATI TÉNYEZŐK KÖZÜL):
 - TRADICIONÁLIS RIZIKÓFAKTOROK: HIPERTÓNIA, VISCERALIS OBESITAS, HYPERCHOLESTERINAEMIA, LDL-Ch \uparrow , HDL-Ch \downarrow , TG \uparrow , DOHÁNYZÁS
 - EGYÉB RIZIKÓFAKTOROK: INZULINREZISZTENCIA (PREDIABÉTESZ: IGT VAGY IFG), HÚGYSAV \uparrow , ALVÁSI APNOE, Lp(a), APO-B \uparrow , APO-A \downarrow , GYULLADÁS (PL. CRP), PROTROMBOTIKUS KOCKÁZAT JELZŐI

EGYES SÚLYOS KOCKÁZATI TÉNYEZŐK, ÁLLAPOTJELZŐK BESOROLÁSA

A tünetmentes nagy kockázati csoportba már 2005-ben is besoroltunk néhány olyan súlyosan kóros értékű tényezőt, amelyekből legalább egy, vagy a megközelítőleg olyan súlyosokból legalább kettő jelenléte nagy kockázatot jelent. Itt a korábbiak nagy részét meghagytuk, de bekerültek újabbak is, néhányat pedig kivettünk. Átértékeljük az elmúlt két év vizsgálati alapján a CRP (mivel újabb vizsgálatok szerint nem nyújt több információt, mint a többi hagyományos kockázati tényező) és a magas homociszteinszint szerepét. A CRP-t a kardiometabolikus kockázat egy tényezőjeként hagytuk meg, szerepe ugyanis nem mérhető pl. a 8,0 mmol/l-es koleszterinszint, vagy a 180/110 Hgmm-es vérnyomás önmagában is súlyos veszélyeztetettséget jelentő állapotához. A homociszteint pedig azért iktattuk ki, mert újabban nagy beteganyaggon végzett klinikai vizsgálat (NORVIT) azt igazolta, hogy folsavval és B-vitaminokkal történő kezelés során a kardiiovaszkuláris kockázat nem csökkent, hanem nőtt.

A legalább egy súlyos kockázat közül meghagytuk a 8,0 mmol/l-es koleszterinszintet, a 180/110 Hgmm-es vérnyomást, a >40 kg/m² BMI-t, a <60 ml/min becsült GFR-értéket és a 30-300 mg/l közötti mikroalbuminuriát. A boka/kar indexet (≤0,9) és a családi halmozódást áthelyeztük a B-csoportba, mivel ezek nagy kockázatra utaló vagy azt jelző állapotoknak tekinthetők. Ide soroltuk viszont a klinikai tünetek nélküli szubklinikus ateroszklerózist is, pl. képpalkotó vagy más eljárással igazolt plakk esetén és újonnan idekerült a balkamra-hipertrofia is.

A tünetmentes nagy kockázat A- és B-csoportjából tehát már legalább egy tényező jelenléte nagy kockázatot jelent.

Az ún. globális kardiometabolikus kockázatot is beemeltük a kockázatbesorolásba, amelynek lényege, hogy a multifaktoriális kardiiovaszkuláris betegségben a kockázatbecslés ne csak a tradicionális (hipertónia, visceralis obesitas, hypercholesterinaemia, LDL-Ch↑, triglicerid↑, HDL-Ch↓, dohányzás), hanem egyéb, újabb („emer-

2. TÁBLÁZAT: KÖZEPES ÉS KIS KOCKÁZATÚ KATEGÓRIA (LIPIDSZEMPONTBÓL)

KÖZEPES KOCKÁZAT

HYPERCHOLESTERINAEMIA ÉS PLUSZ KETTŐ VAGY TÖBB KOCKÁZATI TÉNYEZŐ JELENLÉTE
FATÁLIS CV-KOCKÁZAT; SCORE TÁBLÁZAT 3-4%/10 ÉV KOLESZTERIN-CÉLÉRTÉK: <5,2 MMOL/L

KIS KOCKÁZAT

HYPERCHOLESTERINAEMIA ÖNMAGÁBAN, VAGY PLUSZ EGY KOCKÁZATI TÉNYEZŐ JELENLÉTE
FATÁLIS CV-KOCKÁZAT; SCORE TÁBLÁZAT <3%/10 ÉV KOLESZTERIN-CÉLÉRTÉK: <6,5 MMOL/L

ging”) kockázati tényezőkre és kockázat jelzőkre is támaszkodjon. Ezek közé soroltuk az alvási apnoet (apnoehypapnoe index >20 óra), az emelkedett húgysavszintet, az inzulinrezisztenciát, az Lp/a-t, az apo-B-t, apo-A₁-t és a gyulladásszerű (CRP) és a protrombotikus (pl. PAI-1) kockázati tényezőket. Legalább 3 tradicionális (pl. az alapvető visceralis obesitas és másik kettő) és legalább még 1 egyéb kockázati tényező jelenléte nagy kockázatot jelent.

IGEN NAGY KOCKÁZAT, KÖZEPES ÉS KIS KOCKÁZAT

Az igen nagy kockázatot (kardiiovaszkuláris betegség és vagy diabétesz, vagy metabolikus szindróma, vagy erős dohányzás vagy akut koronária szindróma) csak lipid szempontból tartottuk fenn, más lipid-célértékekkel (igen nagy kockázatban terápiás opcióként a célérték koleszterin <3,5, LDL-koleszterin=1,8 mmol/l).

A közepes és kis kockázatot szintén lipid szempontból határoztuk meg <5,2 mmol/l, illetve <6,5 mmol/l célértékkel (2. táblázat).

TÁPLÁLKOZÁS, FIZIKAI AKTIVITÁS, DOHÁNYZÁS

Az életmód elemei közül a táplálkozásban a bőséges zöldség és gyümölcsfogyasztás került kiemelésre. A dohányzásról való leszokást segítő

szerek között a bupropion mellett jelenleg a vareniklin említhető meg. Az intenzív fizikai aktivitást heti 5-7-szeri gyakorisággal javasoltuk.

CÉLÉRTÉKEK ÉS AJÁNLÁSOK A NAGY RIZIKÓFAKTOROK TERÜLETÉN, NAGY KOCKÁZATBAN

ELHÍZÁS (3. TÁBLÁZAT)

Az elhízás vonatkozásában megerősítettük, hogy a BMI-vel legalább ekvivalens értékű rizikójelző a haskőrfogat, meghagyva a korábbi célértékeket. Ugyanakkor felmerült, hogy a 25, illetve 27-es BMI-célérték elérése az elhízottak jelentős részénél – rövidtávon legalábbis – elérhetetlen (nem úgy, mint pl. a koleszterinszintnél, ahol a statinokkal-ezetimibbel ez 1-2 hét alatt már elérhető), ezért az elhízás célértékei közé beemeltünk egy időarányos ajánlást is: „Reális célkitűzés =7-10% fogyás/fél év”.

LIPID (4. TÁBLÁZAT)

A lipideknél megtartottuk a korábbi célértékeket (pl. koleszterin esetében <4,5 mmol/l) (igen nagy kockázatban <3,5 mmol/l, tünetmentes nagy kockázatban <5,0 mmol/l), ily módon a tünetmentesek közé áthelyezett metabolikus szindróma koleszterin-célértéke is <5,0 mmol/l. Két újdonság került be a lipidajánlások közé:

1. a célértékek elérésének prioritása mellett „kívánatos az LDL-kolesz-

3. TÁBLÁZAT: CÉLÉRTÉKEK ELHÍZÁSBAN

<ul style="list-style-type: none"> • KARDIO-, CEREBROVASKULÁRIS ÉS PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉG • DIABETES MELLITUS • KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG 	KARDIOVASKULÁRIS TÜNETEKTŐL MENTES NAGY KOCKÁZATÚ ÁLLAPOT
BMI <25 KG/M ² , VAGY HASKÖRFOGAT: <94 CM/FÉRFI <80 CM/NŐ	BMI <27 KG/M ² , VAGY HASKÖRFOGAT: <102 CM/FÉRFI <88 CM/NŐ
HA ÉLETMÓD-VÁLTOZTATÁS NEM ELÉG, ORVOSI KEZELÉS JAVASOLT AKKOR, HA A BMI ÉS/VAGY HASKÖRFOGAT A CÉLÉRTÉK FELETT MARAD REALIS CÉLKITŰZÉS: 7-10% FOGYÁS/FÉL ÉV	

4. TÁBLÁZAT: CÉLÉRTÉKEK LIPIDANYAGCSERE VONATKOZÁSBAN

IGEN NAGY KOCKÁZATÚ ÁLLAPOT	NAGY KOCKÁZATÚ ÁLLAPOT	KARDIOVASZKULÁRIS TŰNETEKTŐL MENTES NAGY KOCKÁZATÚ ÁLLAPOT (LÁSD KOCKÁZATBESOROLÁST)
CV-BETEGSÉG PLUSZ: • DIABÉTESZ, VAGY • „ERŐS” DOHÁNYZÁS, VAGY • METABOLIKUS SZINDRÓMA VAGY • AKUT KORONÁRIA SZINDRÓMA	• KARDIOVASZKULÁRIS BETEGSÉGEK • DIABÉTES MELLITUS • KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG	
KOLESZTERIN (Ch) <3,5 MMOL/L LDL-Ch <1,8 MMOL/L	KOLESZTERIN <4,5 MMOL/L LDL-Ch <2,5 MMOL/L TRIGLICERID <1,7 MMOL/L HDL-Ch >1,0 MMOL/L (FFI) >1,3 MMOL/L (NŐ)	KOLESZTERIN <5,0 MMOL/L LDL-Ch <3,0 MMOL/L TRIGLICERID <1,7 MMOL/L HDL-Ch >1,0 MMOL/L (FFI) >1,3 MMOL/L (NŐ)
<p>HA ÉLETMÓD-VÁLTOZTATÁS UTÁN A Ch ÉS LDL-Ch-ÉRTÉK A CÉLÉRTÉK FELETT MARAD, VAGY A KARDIOVASZKULÁRIS TŰNETEKTŐL MENTES ÁLLAPOTBAN A KOCKÁZAT $\geq 5\%$ (SCORE TÁBLÁZAT), AKKOR GYÓGYSZERES KEZELÉS JAVASOLT (STATIN, EZETIMIB, FIBRÁT, NIKOTINSAV, ω-3, VAGY KOMBINÁCIÓK).</p> <p>A CÉLÉRTÉK ELÉRÉSÉNEK PRIORITÁSA MELLETT KÍVÁNATOS AZ LDL-Ch-SZINT >50%-OS CSÖKKENTÉSE AZ ATEROSZKLERÓZIS REGRESSZIÓJÁNAK ELÉRÉSÉHEZ.</p> <p>AKUT KORONÁRIA SZINDRÓMA ESETÉN A Ch-ÉRTÉKTŐL FÜGGETLENŰL STATIN JAVASOLT.</p>		

5. TÁBLÁZAT: CÉLÉRTÉKEK HIPERTÓNIABAN

KARDIO-, CEREBROVASZKULÁRIS ÉS PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉG	DIABÉTES MELLITUS KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG	KARDIOVASZKULÁRIS TŰNETEKTŐL MENTES NAGY KOCKÁZAT ESETÉN METABOLIKUS SZINDRÓMA*
<130/80 HGMM	<130/80 HGMM	<140/90 HGMM <130/80 HGMM*
<p>A FENTIEKEN KÍVÜL: AZONNALI ANTIHIPERTENZÍV GYÓGYSZERES KEZELÉS JAVASOLT AKKOR, HA A VÉRNYOMÁSÉRTÉK >180/110 HGMM.</p> <p>HA ÉLETMÓD-VÁLTOZTATÁS NEM ELÉG A CÉLÉRTÉK ELÉRÉSÉHEZ, AKKOR ANTIHIPERTENZÍV GYÓGYSZERES KEZELÉS JAVASOLT MINDIG, – HA CÉLSZERVKÁROSODÁS VAN, VAGY – HA A FATÁLIS CV-KOCKÁZAT 5%/10 ÉV, VAGY – HA A VÉRNYOMÁS 160/100 HGMM FELETT MARAD</p>		

terinszint >50%-os csökkentése az ateroszklerózis regressziójának eléréséhez”. A legújabb vizsgálatok, köztük a REVERSAL (atorvastatin) és az ASTEROID (rosuvastatin) bizonyította, hogy az ateroszklerózis bizonyos mértékig visszafordítható folyamat, ennek egyik feltétele a legalább 50%-os LDL-koleszterincsökkenés, illetve, ami nagyon fontos: az LDL-koleszterinszint 1,8–2,0 mmol/l alá csökkentése.

2. „Akut koronária szindróma esetén a koleszterin (Ch) értéktől függetlenül statin javasolt”.

Már a 4S-vizsgálat után is felmerült, hogy az aszpirinhez hasonlóan minden kardiovaszkuláris betegnek a koleszterinszintjétől függetlenül adjunk statint. Ez nem terjedt el, helyette a célértékre törekvés dominál az ajánlásokban, amely jogos, hiszen különböző vizsgálatok, pl. saját CÉL-1 programunk adatai alapján a nagy kockázatú betegeknek csak 11,7%-a volt cél-

értéken, amely a célzott intervencióval megkétszereződött. Az akut koronária szindrómával azért tettünk kivételt, mert ugyan a statinok pleiotróp hatását egy újabb – egyesek által kritizált – metaanalízis megkérdőjelezte, de rövidtávon adatok bizonyítják, pl. az endothelfunkció jelentős, kedvező befolyásolását.

HIPERTÓNIA (5. TÁBLÁZAT)

A hipertónia esetében újdonság, hogy a nagy kockázattal járó kardiovaszkuláris betegségekben 140/90 Hgmm-ről 130/80 Hgmm-re csökkentettük a célértéket. Ezzel kapcsolatban a stroke-ra és az iszkémiás szívbetegségre vonatkozóan jól megalapozott bizonyítékok állnak rendelkezésünkre. Diabéteszben, krónikus veseelégtelenségben is <130/80 Hgmm a célérték. A tünetmentes nagy kockázatban <140/90 Hgmm, kivéve a metabolikus szindrómát (<130/80 Hgmm).

DIABÉTES MELLITUS (6. TÁBLÁZAT)

A diabéteszsel kapcsolatban maradtunk a 6,0 mmol/l vércukor-célértéknél. A HbA_{1c}-t illetően pedig részben a <6,5%-nál, de azzal a változtatással, hogy 2-es típusú diabétesz esetén <7%-os szintet már elegendőnek tartjuk. Viták bontakoztak ki az ADA és az EASD közös új ajánlásáról, miszerint manifest diabétesz esetén a diétával együtt indítandó a metformin kezelés. A Konszenzusban résztvevő diabetológusok és a többség azonban kitartott – megalapozott érvekkel – diabéteszben a diéta elsődlegessége mellett, így első választandó szerként csak a diéta eredménytelensége után jön szóba metformin, amely nem került megnevezésre.

PROTEKTÍV/PREVENTÍV GYÓGYSZERES KEZELÉS (7. TÁBLÁZAT)

Itt a trombocitaaggregáció-gátlók, egyes, elsődlegesen antihipertenzív gyógyszerek, antikoagulánsok és újabb eljárások preventív céllal történő alkalmazásainak javallatát tekintettük át.

A kardiovaszkuláris protektív/preventív gyógyszeres kezelésre vonatkozóan a közreműködő kardiológusok, illetve a Stroke és Thrombosis/Haemostasis

6. TÁBLÁZAT: CÉLÉRTÉKEK DIABÉTES MELLITUSBAN

ÉHOMI VÉRCUKOR:	<6,0 MMOL/L,
POSZTPRANDIÁLIS VÉRCUKOR:	<7,5 MMOL/L,
HbA _{1c} :	<6,5%*,
VÉRNYOMÁS:	<130/80 HGMM,
ÖSSZKOLESZTERIN:	<4,5 MMOL/L,
LDL-Ch	<2,5 MMOL/L

HA ÉLETMÓD-VÁLTOZTATÁS NEM ELÉG A VÉRCUKOR ÉS HbA_{1c}-CÉLÉRTÉK ELÉRÉSÉHEZ,
AKKOR ANTIDIABETIKUS GYÓGYSZERES KEZELÉS JAVASOLT.

*2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZ ESETÉN <7,0%

7. TÁBLÁZAT: KARDIOVASZKULÁRIS SZERVVÉDELMEZT BIZTOSÍTÓ PREVENTÍV GYÓGYSZERES KEZELÉS

KARDIO-, CEREBROVASZKULÁRIS, ILLETVE PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉG	DIABETES MELLITUS KRÓNIKUS VESZEELÉGTENSÉG	KARDIOVASZKULÁRIS TÜNETEKTŐL MENTES NAGY KOCKÁZATÚ ÁLLAPOT
<p>TROMBOCITAAGGREGÁCIÓ-GÁTLÓK ASZPIRIN (75-150 MG) VAGY CLOPIDOGREL KOMBINÁCIÓJUK CSAK SPEC. ESETBEN (PL. STENT), ASZPIRIN+DIPYRIDAMOL RET 2×25/200 MG (NEM KARDIOGÉN STROKE-BAN A LEGHATÉKONYABB) ACE-GÁTLÓK (INTOLERANCIA ESETÉN: ARB) MINDEN KARDIOVASZKULÁRIS BETEGNEK STROKE UTÁN PLUSZ DIURETIKUM IS BÉTA-BLOKKOLÓK MIOKARDIÁLIS INFARKTUS UTÁN, VAGY BÁRMILYEN EREDETŰ BALKAMRA-DISZFUNKCIÓ ESETÉN INFLUENZA-VÉDŐOLTÁS (MINDEN CV-BETEGNEK) SZELEKTÍV ALDOSZTERON-ANTAGONISTA (POSZTINFARKTUSOS BETEGEKNEK) ANTIKOAGULÁNS KEZELÉS: FOKOZOTT TROMBOEMBÓLIA KOCKÁZAT (PL. KARDIOGÉN STROKE) ESETÉN (SPECIÁLIS ESETEKBE TROMBOCITA-GÁTLÓVAL KOMBINÁLVA)</p>	<p>ASZPIRIN DIABETES MELLITUS + >40 ÉV VAGY + 1 RIZIKÓFAKTOR ACE-GÁTLÓK, ARB-K DIABETES MELLITUS +1 MÁSIK RIZIKÓFAKTOR ÉS/VAGY NEPHROPATHIA</p>	<p>ASZPIRIN JÓL BEÁLLÍTOTT HIPERTÓNIA ÉS TÖBB KOCKÁZATI TÉNYEZŐVEL BÍRÓ FÉRFIAK, HA SCORE ≥10%</p>

Társaság képviselőinek véleményére és az európai közös ajánlásra támaszkodtunk. Aszpirint és ACE-gátlót minden kardiovaszkuláris betegnek javasolunk. Az ajánlásban most kitértünk az aszpirin és a clopidogrel esetleges együttadásának vagy aszpirin plusz dipyridamol nem kardiogén stroke-ban történő kombinációjának ajánlására. A Kardiológiai Kollégium ajánlására bekerült az ajánlásunkba az influenza elleni védőoltás (minden kardiovaszkuláris betegnek), valamint a posztinfarktusos betegeknek szelektív aldosteron-antagonista adása is. Diabéteszben minden 40 év feletti betegnek aszpirint javasolunk, ugyanígy jól beállított hipertóniásoknak és a több kockázati tényezővel rendelkező férfiaknak is, ha a SCORE érték ≥10%, az európai ajánlásnak megfelelően.

A KONSZENZUS UTÓÉLETE

A Konszenzus lényegét táblázatos formában, mintegy 100.000 színes poszteren kívánjuk az orvosok számá-

ra terjeszteni. A tudományos háttéranyagok teljes terjedelmükben saját honlapunkon (www.kardiovaszkularis-konszenzus.hu) olvashatók, hozzáférhetőek. Az előadások alapján írt cikkek a Metabolizmus e 2008. januári különszámában jelennek meg. Az irányelveket különböző orvosi kongresszusokon, szimpóziumokon bemutatjuk és reméljük, hogy az egyes társaságok beépítik azokat a saját társasági irányelveikbe is. Az irányelvek elsősorban annyit érnek, amennyit megvalósítunk belőle. A Konszenzus irányelvei megvalósulásának követésére és a kívánt célok elérése felmérésére három úgynevezett CÉL programot szerveztünk 2004–2006-ban. A nagy kockázatú csoportban a 2004-ben 11,7%-os, koleszterin-célérték elérés 2005 és 2006-ban tovább növekedett.

KÖVETKEZTETÉSEK

A III. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencián az esetek legnagyobb részében megerősítettük a

2005-ös irányelveket. Újdonság, hogy a kardiovaszkuláris betegségek és a diabétesz mellé, azokkal egyenértékűként besoroltuk a krónikus veseelégtelenséget. A tünetmentes nagy kockázatba bekerültek egyes súlyos kockázati tényezők, a metabolikus szindróma a globális kardiometabolikus kockázat. A Framingham táblázatot elhagytuk. Az elhízás kezelési irányelveinél feltüntettük, hogy a reális célkitűzés 7–10% fogyás/félév, a lipidajánlásba pedig javasoltuk, hogy legalább 50%-os LDL-koleszterin csökkentésre kell törekedni, valamint azt, hogy akut koronária szindróma esetén a koleszterin-értéktől függetlenül statinkezelés is javasolt. Hipertóniában nagy kockázatú kardiovaszkuláris betegség fennállása esetén 130/80 Hgmm-re csökkentettük a vérnyomás célértékét, 2-es típusú diabéteszben pedig a HbA_{1c} célértékét <6,5%-ról <7,0%-ra módosítottuk. A kardiovaszkuláris szervvédelmet biztosító preventív gyógyszeres kezelés ajánlásaiban is bizonyos kiegészítéseket tettünk.