

SZOLLÁR LAJOS DR., PADOS GYULA DR.

ROMICS LÁSZLÓ DR., FARSANG CSABA DR., KARÁDI ISTVÁN DR., BALOGH SÁNDOR DR.,
DE CHÂTEL RUDOLF DR., CSIBA LÁSZLÓ DR., FARKAS KATALIN DR., FORSTER TAMÁS DR.,
HALMY LÁSZLÓ DR., JÁKÓ PÉTER DR., JERMENDY GYÖRGY DR., KAPPELMAYER JÁNOS DR.,
KISS ISTVÁN DR., KISS RÓBERT GÁBOR DR., MERKELY BÉLA DR., PARAGH GYÖRGY DR.,
PFLIEGLER GYÖRGY DR., PRÉDA ISTVÁN DR., VADÁSZ IMRE DR., WINKLER GÁBOR DR.,
ZAJKÁS GÁBOR DR.

ÖSSZEFOGLALÁS*

a IV. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia ajánlásairól

2009. NOVEMBER 6-ÁN NEGYEDIK ALKALOMMAL HÍVTUK ÖSSZE A MAGYAR KARDIOVASZKULÁRIS KONSZENZUS KONFERENCIÁT 15 ORVOSI TUDOMÁNYOS TÁRSASÁG, KÉT SZAKMAI KOLLÉGIUM ÉS NÉGY MÁR SZAKMAI SZERVEZET KÉPVISELŐINEK RÉSZVÉTELÉVEL. A KONFERENCIA 3 FŐ TÉMÁJA: A KOCKÁZATBESOROLÁS, A CÉLÉRTÉKEK KIJELÖLÉSE ÉS A KARDIOPROTEKTÍV TERÁPIA ALAPELVEI: FIGYELMÜNKET ELSŐSORBAN A NAGY KOCKÁZATÚ BETEGEKRE KONCENTRÁLTUK, IDE SOROLTUK A MANIFESZT KARDIOVASZKULÁRIS BETEGSÉGEK MELLETT AZ EZZEL EKIVALENS DIABÉTESZT ÉS A KRÓNIKUS VESZÉLEGTENLSÉGET. TŰNETMENTES EGYÉNEKNEK IS LEHET NAGY KOCKÁZATA: >5% SCORE; AZ ÖNMAGUKBAN SÚLYOS KOCKÁZATOT JELENTŐ FAKTOROK; BIZONYOS ORVOSI TÜNETEGYÜTTESEK JELENLÉTE (METABOLIKUS SZINDRÓMA ÉS AZ ÚN. GLOBÁLIS KARDIOMETABOLIKUS KOCKÁZAT ELEMEI). A NAGY KOCKÁZATOK MENTÉN MEGHATÁROZTUK AZ ELÉRENDŐ CÉLÉRTÉKEKET. AZ ÖSSZKOLESZTERINSZINT CÉLÉRTÉKE <4,5 MMOL/L, A TRIGLICERIDÉ <1,7 MMOL/L, A HDL KOLESZTERINÉ FÉRFIAKBAN >1,0 MMOL/L, NŐKBEN >1,3 MMOL/L. A VÉRNYOMÁS CÉLÉRTÉKE NAGY KOCKÁZAT ESETÉN 130/80 HGMM, 120/70 HGMM-ES ALSÓ HATÁRRAL, A DIABÉTESZBEN PEDIG AZ ÉHOMI VÉRCUKOR <6,0 MMOL/L, ILLETVE 7,5% ALATTI HbA_{1c} A KÍVÁNATOS ÉRTÉK. ELHÍZÁSBA FÉLÉV ALATT 10%-OS TESTSÚLYCSÖKKENTÉS A REÁLIS CÉLKITŰZÉS. A PREVENTÍV CÉLÚ ÉS/VAGY KARDIOPROTEKTÍV TERÁPIÁBAN SZÁMBAVETTÜK AZ ASZPIRIN, AZ ACE-GÁTLÓK, ARB-K, BÉTA-BLOKKOLÓK, ÉS AZ ANTIKOAGULÁNS KEZELÉS LEHETŐSÉGEIT.

Kulcsszavak: kardiovaszkuláris kockázat, kardiprotektív terápia, SCORE Chart, kardiometabolikus kockázat

SUMMARY ON THE RECOMMENDATIONS OF THE 4TH HUNGARIAN CARDIOVASCULAR CONSENSUS CONFERENCE. ON 6TH NOVEMBER 2009, THE CARDIOVASCULAR CONSENSUS CONFERENCE WAS ARRANGED FOR THE FOURTH TIME WITH THE PARTICIPATION OF 15 MEDICAL SOCIETIES. THE 3 MAIN TOPICS OF THE CONFERENCES WERE: RISK CATEGORISATION, THE DEFINITION OF THERAPEUTIC GOALS AND CARDIOPROTECTIVE PREVENTIVE THERAPY. THE EMPHASIS WAS PUT ON PATIENTS WITH HIGH RISK. ALONG WITH CARDIOVASCULAR DISEASES, RISK EQUIVALENT DIABETES AND CHRONIC RENAL DISEASE WERE PUT INTO THE HIGH RISK CATEGORY. HOWEVER, PEOPLE WITH CARDIOVASCULAR SYMPTOMS CAN HAVE HIGH RISK. IN ORDER TO IDENTIFY THESE RISKS, 4 METHODS WERE APPLIED: SCORE CHART, RISK FACTORS MEANING HIGH RISK ALONE, CERTAIN MEDICAL GROUPS OF SYMPTOMS, SUCH AS METABOLIC SYNDROME AND GLOBAL CARDIOVASCULAR RISK. IN THE FIELD OF HIGH RISKS, THE THERAPEUTIC GOALS WERE DETERMINED. THUS, THE TARGET VALUE FOR TOTAL CHOLESTEROL IS 4.5, WHILE THAT OF TRIGLICERIDE IS <1.7, HDL CHOLESTEROL IS >1.0 IN MEN AND 1.3 MMOL/L IN WOMEN. THE GOAL FOR BLOOD PRESSURE IN CASE OF HIGH RISK PATIENTS IS 130/80, WITH 120/70 BEING THE LOWEST LIMIT. FOR DIABETIC PATIENTS, ON THE OTHER HAND, GLUCOSE <6.0 MM/L AND HbA_{1c} <7.5% ARE THE DESIRED VALUES. IN CASE OF OBESITY, A 10 PERCENT WEIGHT LOSS PER 6 MONTHS IS THE REALISTIC GOAL. CARDIOPROTECTIVE THERAPY WITH PREVENTIVE PURPOSES WAS DETERMINED JOINTLY WITH CARDIOLOGISTS IN THE FIELD OF ANTICOAGULANT TREATMENT, ASPIRIN, ACE INHIBITORS, ARBs AND BETA BLOCKERS THERAPY. IT IS TO BE EMPHASIZED THAT ALL CARDIOVASCULAR PATIENTS, OR THOSE SUFFERING FROM DIABETES STRAINED WITH SOME ADDITIONAL RISK FACTOR, SHOULD BE RECOMMENDED ASPIRIN, ACE INHIBITORS OR ARB.

Keywords: cardiovascular risk, cardioprotective therapie, SCORE Chart, kardiometabolic risk

2009. november 6-án (2003 óta negyedízben) rendeztük meg a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésével foglalkozó IV. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferenciát. A konferenciát a korábbiakhoz hasonlóan októberi kerekasztal megbeszélés előzte meg, ahol 15 társaság képviselőjében 23 előadó egyeztetette nézeteit 4 fő témában, a kockázatbesorolás kérdéseiben, az életmód-változtatásban, a nagy kockázati tényezők elérendő célértékeinek és kezelésének meghatározásában, valamint a preventív

céllal alkalmazott kardiprotektív terápiaiban. Kiemelten a nagy kockázattal rendelkezőkre koncentráltunk, ahol a legsürgősebb a beavatkozás és az eredmények is hamarabb várhatók. Itt elsősorban a háziorvosok egységes tájékoztatására különösen nagy szükség van, hiszen ők döntő többségben nagy kockázatú betegeket kezelnek, illetve róluk konzultálnak szakorvosokkal, intézetekkel. A konferencia eredménye idén is egy rövid, lényegretörő táblázatokba foglalt ajánlás, amely színes poszter formájában lehetőleg

minden magyar orvos számára eljuttatandó. Emellett a Konferencia mind a 23 előadása cikk formájában a Metabolizmus 2010. évi első különszámában is megjelenik, amelyekben a legutóbbi nemzetközi vizsgálatokról, az azok alapján kialakított új irányelvekről, szükség szerinti mértékben azok változásairól, újdonságokról és azok indoklásáról is értesülhetnek az olvasók.

A Metabolizmus ezen különszámának végén látható a tizenegy táblázat is (1–11).

Az irányelvek tudományos bizonyítékokra alapozott, tárgyilagos-ságot, néha önkorlátozást igénylő, hosszú és végül minden lényeges kérdésben konszenzust eredményező vitákban jöttek létre. Igyekeztünk a leglényegesebb mondanivalók táblázatos formában történő közreadásában megegyezni, lehetőleg az európai, amerikai és 2007-es hazai ajánlások nyomvonalán maradni. Az ajánlásunkról az elmúlt két év európai törekvésének tükrében Szellár Lajos dr., a kockázatbesorolásról Pados Gyula dr., a kardiovaszkuláris gondozási tevékenységről Balogh Sándor dr., a kardiometabolikus kockázatról Farsang Csaba dr., cikkeiben olvashatunk.

KOCKÁZATBESOROLÁS (1. TÁBLÁZAT)

E táblázatban a nagy kockázatra koncentráltunk, de – a korábbi változathoz hasonlóan – a lipidszintek esetében megjelenítettük az igen nagy kockázatot is. Az egyszerűsítés okán elhagytuk a közepes és kis kockázat értékelését, azok jobbára csak a lipidek és a hipertónia besorolásánál fogalmazhatók meg, ugyanakkor a Magyar Atherosclerosis Társaság és Magyar Hypertónia Társaság irányelveiben megtalálhatók.

A NAGY KOCKÁZAT

A nagy kockázatba soroltuk – a korábbiakhoz hasonlóan – az igazolt kardio-cerebrovaszkuláris és perifériás érbetegséget, valamint az ezekkel ekvivalens 2-es típusú cukorbetegséget, és az 1-es típusú mikro- vagy makroalbuminuria esetén. (Az 1-es táblázat 1. és 2. pontja.). Megerősítettük, hogy a szívinfarktus esélyét kétszeresére, a stroke-ét pedig háromszorosára fokozó krónikus veseelégtelenség (GFR <60 ml/min) nagy kockázatot jelző szerepét.

TÜNETMENTES NAGY KOCKÁZATÚ CSOPORT (3. A, B, C, D ALCSOPORT)

Megközelítőleg hasonló nagy kockázatot hordoznak azon – a kardiovaszkuláris betegség tüneteit még nem mutató egyének is, akik sajátos kockázati konstellációval rendelkeznek vagy szubklinikus ateroszklerózisuk van. Ezen folyamatok progressziójának lassítása majdnem olyan – ha nem is azonos – szigorú irányelveket, célértékeket igényel, mint a nagy kockázatú betegeké. A tünetmentes nagy kockázat megállapítására a Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia négy megközelítést alkalmaz: 1. Az európai ajánlás a hazai gyakorlatban is elfogadott SCORE Chart becslése; 2. az egymagukban is nagy kockázatot jelző faktorok súlyosan káros értékei; 3. a metabolikus szindróma és 4., a globális kardio-metabolikus kockázat több elemének jelenléte. (Ezek vagyilagosan is érvényesek, vagyis közülük egynek az igazolása is már nagy kockázatot jelent.)

3. A) PREDIKTÍV SCORE-OK

2007-ig mind az európai SCORE Chart-ot, mind az amerikai Framingham kockázatbecslő táblázatát ajánlottuk. A III. Konszenzus Konferencia azonban a nem európai népesség adatai alapján számított a kardiovaszkuláris események valószínűségét jósló

Framingham score-t többségi véleménnyel kiiktatta a kockázat-besorolásból. Újraéledése a CRP és familiaritás rizikófaktorok hozzáadásával bővített ún. Reynolds score-ban jelenik meg napjainkban. Az európai adatok esetében a becsült megbetegedési százalékok olyan nagy szórást mutatnak, hogy a 2007. évi hivatalos európai irányelvbe a Framingham score nem került be.

A SCORE Chart (3. táblázat) a kardiovaszkuláris halálozást jósolja meg (nagy kockázat: $\geq 5/10$ év), a nagy kockázatú európai országok múlt évtizedekből származó adatai alapján. A SCORE a nem és a dohányzás mellett az életkor, a szisztolés vérnyomás és koleszterinszint számértékei alapján becsül. Sok kétkedést okozott, hogy fiatalabb korban túl alacsony, időseknél túl magas kockázatot jelez. Ezt ellensúlyozandó, javasolták, hogy a fiatalok kiszámított értékeit extrapoláljuk 60 éves korra. Ez újabb ellentmondást szült, így az európai ajánlás bevezette a Relatív Risk Chart táblázatát, (4. táblázat) negyven éven aluliak számára.

A IV. Magyar Kardiovaszkuláris Konferencia álláspontja szerint negyven év alatt a Relatív Risk Chart-ot, negyven év felett – extrapolálás nélkül – a SCORE-Chart-ot ajánlatos használni.

A SCORE Chart használata természetesen értelmetlen kardiovaszkuláris és azokkal egyenértékű betegségben szenvedőknél, hiszen ezen egyének sui generis nagy kockázatúak.

3. B-C) EGYES SÚLYOS KOCKÁZATI TÉNYEZŐK

A SCORE-tábla alapján végzett kockázatbecslés nem veszi figyelembe a lehetséges és fontos súlyosbító tényezők egy részét. A 2007-es európai ajánlás a SCORE-tábla lábjegyzetében úgy fogalmaz, hogy „a kockázat nagyobb lehet” ha pl. hasi elhízás, családi halmozódás, kóros triglicerid és/vagy HDL-C-szint, preklinikus ateroszklerózis, kóros boka/kar index etc. észlelhető. Ajánlásunkban igyekeztünk a mindennapi gyakorlat számára megfogható tényezőket rendszerbe foglalni, egyeseket súlyos tényezőként beillesztettük a tünetmentes nagy kockázatot jelzők közé, másokat pedig a kardiometabolikus kockázat elemeiként nevesítettünk. Így a B pontba, a „legalább egy súlyos kockázati tényező” csoportba helyeztük a 8,0 mmol/l-nél nagyobb koleszterinszintet, a 180/110 Hgmm feletti vérnyomásértéket, (mint ahogy ezt a kettőt az európai ajánlás is kiemelte), valamint a >40 kg/m² BMI, továbbá <60 ml/min-es GFR-értéket és a mikroalbuminuriát (30–300 mg/l). A C-t „legalább egy, önmagában nagy kockázatot jelentő tényező” közé soroltuk a plakk jelenlétével vagy boka/kar indexnél (lásd Farkas Katalin dr. cikkét) ($\leq 0,9$) igazolt szubklinikus ateroszklerózist, a kardiovaszkuláris familiaritást és a balkamra-hipertrofiát.

3. D) METABOLIKUS SZINDRÓMA

A nagy kockázatra utaló tünetegyüttesek közé 2007-ben az IDF 2005-ös ajánlása szerinti, ám általunk módosított haskörfogatú kritériumrendszert ajánlottuk a metabolikus szindróma diagnosztizálására.

Az IDF 2005-ben közzétett változata a hasi elhízás határértékül a 94, illetve 80 cm-es haskörfogatot javasolta, ezzel számolva a hazai lakosság 2/3-a érintve lenne, ezért mi 2007-ben és 2009-ben is a 102/88 cm-es határt fogadtuk el. Korábban sok zavart okozott, hogy a gyakorlatban használt két kritériumrendszer (a NCEP ATP-III és az IDF) egyfelől eltérő prevalenciát eredményezett (az IDF mintegy 10%-kal nagyobb értéket ad), másfelől sok szakember megkérdőjelezte a hasi elhízás sine qua non szerepét. 2009 októberében a két módszer hívei közreadtak egy egyesített „harmonizált” kritériumot, amely szerint a felsorolt részelemek egyenértékűnek tekintendők, tehát az 5-ből bármely 3 jelenléte elégséges a kórisméhez, ugyanakkor a haskörfogat határértékei rassz, illetve

földrajzi elhelyezkedés-függők, tehát szabad kezét adnak a helyi viszonyoknak jobban megfelelő ajánláshoz. (A részleteket lásd az 5. táblázatban)

3. E) GLOBÁLIS KARDIOMETABOLIKUS RIZIKÓ

Az ateroszklerózis biztosan soktényezős betegség, olykor több száz különböző súlyú kockázatot is említene. Elvben minél többről van tudomásunk egy adott csoport vagy egyén esetében, annál pontosabb lehet a kockázat becslése. A kardiovaszkuláris betegségek és a cukorbetegség kockázatainak tekintélyes része azonos lehet, ezért új irányzat, hogy kísérjük meg ne csak a CV-betegségek, hanem a diabétesz esélyét is ugyanazon eljárásban felmérni, ezt fogalmazza meg a globális kardiometabolikus kockázat koncepciója. E törekvés igyekszik a hagyományos kockázatok mellett az „újjonnan felmerülőket” is számba venni, főleg azokat, amelyek evidenciaszintűek, ugyanakkor segítenek megmagyarázni a koleszterinszint csökkentése dacára megmaradó „reziduális” kockázatot.

A 2007-es ajánlás már tartalmazta ezt a kísérletet, most tehát az 1. táblázat 3. E pontjában felsoroltunk 6 tradicionális rizikófaktor és további 4, a mindennapos gyakorlatban viszonylag könnyen mérhető gyakorlati ún. reziduális rizikót, továbbá még 8 olyant, amelyek kellő evidencia, illetve technikai lehetőségek híján ma még nehezen hozzáférhetők. Ezek keresése nem lehet a rutin kockázatbecslés célja, de meglétük és ismeretük esetén súlyosbíthatják a kockázatot és növelhetik a becslés pontosságát. A tünetmentes nagy kockázatba akkor soroljuk a globális metabolikus rizikót, ha legalább 3 tradicionális és legalább 1 reziduális elem jelen van.

CÉLKITŰZÉSEK AZ ÉLETMÓD-VÁLTOZTATÁSÁBAN

Három-négy előadásban, illetve cikkben részletesen tárgyaltuk az életmód táplálkozási, fizikai aktivitási és dohányzási vonatkozásait. Ezek a 6-os táblázatban összefoglalóan megtekinthetők. A táplálkozás és a fizikai aktivitás vonatkozásában külön ajánlást fogalmaztunk meg az egészségeseknek és a nagy kockázatúaknak (Zajkás Gábor dr., Martos Éva dr., Jákó Péter dr., Préda István dr.) a dohányzás vonatkozásában pedig univerzálisan – „A dohányzás tilos!” – Vadász Imre dr. és Kiss Róbert Gábor dr. előterjesztésében.

CÉLÉRTÉKEK ÉS AJÁNLÁSOK A NAGY RIZIKÓ-FAKTOROK TERÜLETÉN, NAGY KOCKÁZATBAN ELHÍZÁS (7. TÁBLÁZAT)

Az elhízás esetében változás, hogy a kardiovaszkuláris veszélyre jobban jellemző nagy haskörfogatot a BMI elé soroltuk. A lakosság mintegy 60%-át érintő túlsúlyosság illetve elhízás mellett irreális – legalábbis rövid távon – a nagy kockázatú betegek kívánatos <94/<80 cm-es haskörfogat célérték, ezért tünetmentes nagy kockázatban ezen lazítottunk (<102/<88). Reális cél: 10% fogyás/fél év, amely a kockázatot jelentősen csökkentheti, és külön felhívjuk a figyelmet a súlytartás jelentőségére. (Halmy László dr.)

LIPIDANYAGCSERE (8. TÁBLÁZAT)

2009-ben újból leszögeztük, hogy az eltérő lipid-célértékek miatt szükséges a korábban csak opcionálisnak tartott igen nagy kockázatú állapot (kardiovaszkuláris betegség plusz diabétesz vagy metabolikus szindróma, vagy erős dohányzás vagy akut koronária-szindróma) létének megerősítése és standardizálása. Ez eset-

ben a koleszterin (Ch) célérték <3,5, míg a nagy kockázatban 4,5, a tünetmentes nagy kockázatban pedig <5 mmol/l. Általában prioritás az LDL-Ch-szint 50%-os és lehetőleg 2 mmol/l alá csökkentése a regresszió eléréséhez.

Az ajánlásban ismét szerepel, hogy akut koronária-szindróma (Merkely Béla dr.) és stroke (Csiba László dr.) esetén a Ch-értéktől függetlenül intenzív, hatékony statinkezelés javasolt. Ezt most kiegészítettük azzal – a kardiológusok javaslatára –, hogy az „igen nagy kockázat” esetét is idesoroltuk.

Nem kapott többségi véleményét az a kezdeményezés, amely az európai ajánlásban egyértelműen nem, de a hazai kardiológiai szakmai kollégium ajánlásában szerepel, hogy minden kardiovaszkuláris betegnek a Ch értéktől függetlenül statinkezelést adjunk. Ez megkérdőjeleznél és okafogyottá tenné a jól bevált célérték rendszert, hivatalosan is kétséges, mert a jelenlegi OEP kategorizálás is a kockázatbesorolás és a célérték rendszeren alapul. A különböző statin-készítmények pleiotrop hatásait elemző közlemények más és más eredményt hoztak, az evidenciaszintek sem azonosak, és az sem elhanyagolható, hogy különböző statin-származékok alkalmazási előíratai erre nem minden statin esetében jogosítanak fel.

A nemzetközi gyakorlatban a megadott triglicerid és HDL-Ch-értékeket nem célértéknek, csak markernek tekintik. Mi fenntartottuk a hozzájuk tartozó célértékeket, sőt a Lipid Box-ban nemcsak a hypercholesterinemia, hanem a hypertrigliceridemia kezelésére is ajánlást fogalmaztunk meg.

A lipidirányelvek előterjesztői (Karádi István dr., Paragh György dr.) beszámoltak a lipid célértékek elértési arányának jelentős, 2004-től 2008-ig megfigyelhető pl. 12-ről 30%-ra növekvő arányáról. Ettől ihletve javasolták, hogy a legközelebbi 2011-es Konszenzus Konferencia idejére további 10%-os javulást tűzzünk ki célul, amelyet a soron következő MULTI GAP-vizsgálattal ellenőr-zünk.

HIPERTÓNIA (9. TÁBLÁZAT)

2007-ben szigorodtak a nagy kockázattal járó betegségekben és a metabolikus szindrómában a vérnyomás célértékei (<130/80 Hgmm). Jelenleg a tünetmentes nagy kockázatban, de minden hipertónia esetén kortól függetlenül <140/90 Hgmm-es célértéket határoztunk meg. Újdonság, hogy iszkémiás szívbetegekben – az újabb vizsgálatok alapján – most alsó határt is szabtuk, mert bizonyos állapotokban 120/70 Hgmm alatt többek közt a koronária-telődés kedvezőtlenül is alakulhat. Proteinuria (>1 g/nap) esetén viszont alacsonyabb a célérték (<125/75 Hgmm).

A Magyar Hypertonia Társaságnak a konferencián jelenlévő képviselői (de Châtel Rudolf dr., Kiss István dr., Farsang Csaba dr., Barna István dr.) saját társasági novemberi irányelveinek megalkotását a fentiekkel is harmonizálták.

DIABETES MELLITUS (10. TÁBLÁZAT)

Annak ellenére, hogy az Egyesült Államokban 5,6 mmol/l-es vércukor értéket tekintik a normális felső határának, célértékként, mi megtartottuk a <6,0 mmol/l-t.

A posztprandiális értéknél most pontosítottuk, hogy ez 1,5 órával az étkezést követő eredményt jelenti. A Magyar Diabétesz Társaság képviselői (Jermendy György dr., Winkler Gábor dr.), ha szűkítésekkel is, de fenntartották az életmód-változtatás időbeli elsődlegességét az első szerként választandó metformin terápia előtt.

Egyes vizsgálatok alapján az is megvitátásra került, hogy a hiper-

tóniához hasonlóan túl alacsony HbA_{1c} -célérték is kockázatos lehet, ez úgy került megfogalmazásra, hogy a HbA_{1c} -célérték „bizonyos esetekben (idős, többszörös szövődményű cukorbetegségben szenvedőknél) magasabb is lehet”.

KARDIOPROTEKTÍV/ PREVENTÍV GYÓGYSZERES KEZELÉS (11. TÁBLÁZAT)

Ebben a táblázatban a trombocitaaggregáció-gátlók, egyes elsődlegesen antihipertenzív, antilipidemiás gyógyszerek, antikoagulánsok és újabb eljárások preventív céllal történő alkalmazásainak javallatát foglaltuk össze. Ebben elsősorban a Kardiológusok Társasága (Merkely Béla dr., Forster Tamás dr., Kiss Róbert Gábor dr., Préda István dr. illetve a Stroke Társaság (Csiba László dr.) és a Thrombózis és Haemostasis Társaság (Pfliegler György dr.) képviselőinek véleményére és az európai közös ajánlásra támaszkodtunk. A hosszas viták után, végül is konszenzussal kialakított ajánlást a 11. táblázatban olvashatjuk.

Ebből összefoglalóan kiemelhető, hogy trombocitaaggregáció-gátlót (elsődlegesen acetilszalicilsav), valamint ACE-gátlót vagy ARB-t minden kardio-celebrovaszkuláris, illetve perifériás érbeteg-

nek preventív céllal javasolunk. A korábbi ajánláshoz képest új szerként került be a prasugrellel kombinált acetilszalicilsav terápia (PCI-vel kezelt ACS) és az influenza védőoltás megfogalmazása: „minden kardiovaszkuláris betegnél javasolható”.

EGYÉB TÉMÁK

Külön cikket olvashatnak Kappelmayer János dr. előadása alapján az LDL-Ch mérés fontosságáról és pontosságáról. A színes összefoglaló táblázat 4.-ről 6. oldalra történő bővítése lehetővé tette, hogy helyet kapjanak még Szollár Lajos dr. bevezető előadásában hangsúlyozott táblázatok is. Részben az Interheart-vizsgálat eredményei alapján összefoglalt 2-es számú egy új rizikófaktor táblázat, amelybe többek közt olyan tényezők is bekerültek, mint a pszichoszociális stressz, az életkörülmények, a munkakörülmények, amelyekkel eddig alig foglalkoztunk.

A 5. táblázat pedig a már fent említett, a metabolikus szindróma kritériumainak IDF által kezdeményezett egységesítő módosítását mutatja be.

A fenti szövegben említett nevek a konszenzus kerekasztal és konferencia résztvevői és előadói voltak.

*A IV. MAGYAR KARDIOVASZKULÁRIS KONSZENZUS KONFERENCIA AJÁNLÁSA SZERINT ELKÉSZÍTETT TÁBLÁZATOKAT, VALAMINT A KÖZLEMÉNYBEN EMLÍTETT KAPCSOLÓDÓ SZAKCIKKEK TELJES TERJEDELMŰKBEN ELÉRHETŐK: www.metabolizmusonline.hu/guideline

METABOLIZMUS ONLINE

A MAGYAR ATHEROSCLEROSIS TÁRSASÁG HIVATALOS FOLYÓÍRATA

Kedves Kolléganők, kedves Kollégák!



Az elmúlt évtized során az elektronikus információk robbanásszerű fejlődésén mentek keresztül, és ez természetesen az orvostudományi közleményeket, írott tudásanyagot is érintette. A www.metabolizmusonline.hu weboldal az anyagcsere témákkal foglalkozó anyagok honlapja, ami naprakész, korszerű szakmai információkat nyújt. Tudjuk nagyon jól, hogy Magyarországon az anyagcserebetegségek, a diabétesz, a lipidanyagcsere betegségei a populáció jelentős százalékát érintik, tehát az orvosoknak naprakész tudással, adatokkal, információkkal kell rendelkezniük. Mindenképpen ajánlom a kollégáknak, hogy a www.metabolizmusonline.hu honlapot látogatva növeljék, és rendszeresen frissítsék tudásukat ezeken a területeken.

Prof. Dr. Karádi István

A HONLAPON A VIDEOINTERJÚ TELJES TERJEDELMÉBEN MEGTEKINTHETŐ.

Videointerjúk hazai és külföldi szaktekinintélyekkel ♦ Beszámolók hazai és külföldi kongresszusokról
Tudományos cikkek ♦ Külföldi folyóiratfigyelő ♦ Rendszeres Online Hírlevél küldés

www.metabolizmusonline.hu