

616.127-005.4-084:356.33

PREVENCE ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ V ČSLA
(Metodická pomůcka pro hlavní lékaře voj. útvarů a lékaře voj. poliklinik)

* Pplk. MUDr. B. PÍPLA
Vojenská nemocnice v Č. Budějovicích

I.

Kardiovaskulární choroby a z nich především ischemická choroba srdeční (dále ICHS) jsou jedním z předních zdravotnických celosvětových problémů — alespoň v hospodářsky vyvinutých zemích. V těchto zemích si vyžadují tolik obětí na životech lidí v produktivní věku, že to lze srovnat s epidemiemi infekčních chorob v dřívějších dobách. U mužů mezi 24—64 lety je ICHS příčinou smrti ve 25 %

všech úmrtí (podle statistiky Světové zdravotnické organizace — v ČSSR je udáváno 21 %). ICHS je tak nejčastější příčinou smrti mužů uvedené věkové kategorie. Teprve na druhém místě jsou maligní nádory, na třetím úrazy a na čtvrtém mozkové příhody.

Statistiky navíc ukazují, že úmrtnost na ICHS stoupá, a to více u mladších než u starších. Například ve věkové skupině mezi 35—44 lety vzrostla za 10 roků o plných 50 %. Veliké jsou morální i ekonomické škody způ-

sobené tím, že tato nemoc postihuje náhlou invaliditou nebo dokonce náhlou smrtí zdánlivě z plného zdraví.

Čísla světových statistik a naší národní statistiky lze plně aplikovat i na naši armádu. Není nejmenší důvod se domnívat, že armáda je na tom lépe než civilní sektor co do výskytu ICHS. Naopak již bylo opakovaně poukázáno na velké rozšíření mnohých rizikových faktorů ICHS v armádě, jako je hypertenze, obezita, chronický stress a jiné. Vzrůst počtu hospitalizovaných vojáků s ICHS ve vojenských nemocnicích je velmi zřetelný. Tento růst je oproti celkové populaci v současné době podporován především stoupáním průměrného věku důstojníků. Jenom zčásti jej kompenzuje opačně působící faktor částečné eliminace závažnějších chorob z armády, jako těžšího diabetu, komplikovaných hypertenzí apod.

Boj proti chorobám srdce, především proti ICHS, je tedy oprávněně jedním z předních úkolů vojenské zdravotnické služby, alespoň v její běžné mírové činnosti. Výrazně se zlepšily naše léčebné metody. Moderní terapeutické postupy při nepřetržité intenzitě observace nemocného s akutní koronární příhodou příznivě ovlivňují úmrtnost i léčebné výsledky. O stejně veliký, kvalitativně závažný pokrok bychom se tedy měli snažit i v prevenci.

II.

Prevence ICHS, jako každé nemoci, může být primární nebo sekundární. Primární prevence zahrnuje opatření směřující k omezení výskytu choroby, k předejití jejího vzniku. Sekundární prevencí rozumíme aktivní vyhledávání počátečních a skrytých forem choroby a příznivé ovlivnění jejího dalšího průběhu, to jest zamezení přechodu v pokročilejší stadia a vzniku komplikací.

Primární prevence ICHS se opírá o učení o tzv. „rizikových faktorech“ ICHS. Jsou to somatické, rodové i jiné znaky a vlastnosti, které se u osob s ICHS vyskytují statisticky významně častěji než u ostatní populace. Pro praktickou potřebu v podmínkách armády je nutné věnovat pozornost především těmto faktorům:

A. Faktory hereditární a konstituční:

1. rodová zátěž — tj. výskyt předčasně arteriosklerózy, hypertenze, diabetu a náhlých smrtí cévní příhodou srdeční nebo mozkovou u pokrevních příbuzných;
2. hypertenze — a to jak klidová, tak i neúměrné stoupání tlaku krevního při nevelké tělesné zátěži („hypertonická reakce na zátěž“);
3. poruchy lipidového metabolismu, zjištělné jako hypercholesterolemie nebo ještě lépe jako II. a IV. typ Fredricksonův. Největší incidenci arteriosklerózy

má Fredricksonův typ III., který je méně častý, ale ne vzácný;

4. diabetes;
5. obezita;

B. Faktory zevního prostředí:

6. nevhodná výživa, zejména přejídání s vysokou spotřebou živočišných tuků;
7. sedavý způsob života s nedostatkem soustavného rovnoměrně zatěžujícího tělesného pohybu;
8. kouření;
9. chronický psychický stress.

Pro ilustraci uvádíme výskyt některých rizikových faktorů u důstojníků starších 40 let, jak byly zjištěny při komplexním vyšetřování důstojníků spádové oblasti. Údaje jsou vypočteny ze skupiny 600 osob.

Kouření: 55,25 %, přitom kuřáků nad 20 cigaret denně bylo 33,75 %.

Hypertenze: Klidová u 20,75 %. U dalších 31,25 %, kteří měli klidový TK normální, byla zjištěna, hypertonická reakce na zátěž, tj. zvýšení systolického TK na 200 a více torrů nebo diastolického TK na 115 a více torrů při zátěži do 1,5 Wattů na 1 kg váhy. Tedy abnormální poměry TK celkem u 52,0 %!

Obezita: Nad 110 % ideální váhy 50,25 %, přitom více než 120 % ideální váhy u 18,0 %.

Hypercholesterolemie nad 260 mg %: 34,5 %, zvýšení nad 300 mg % u 10,0 %.

Diabetes: 3,75 %.

Naše současné vědomosti o rizikových faktorech je nedovolují jednoznačně označit za faktory příčinné. Dosud scházejí nebo jsou v počátcích dlouhodobé studie, které by jednoznačně prokázaly, že jejich potlačením došlo k omezení výskytu ICHS. Přesto platí, že provádět primární prevenci ICHS znamená vyhledávat rizikové faktory a působit proti nim. Některé faktory lze ovšem ovlivnit velmi těžko nebo vůbec ne. Jsme např. bezmocni proti rodové zátěži. Jen velmi těžko jsme v současné době schopni ovlivnit nesprávné zvyklosti ve výživě a životosprávě, např. zajistit příznivé proporce mezi tělesnou nečinností a aktivitou, nebo účinně bojovat proti nepříznivému působení chronického stressu. Nadto je stále více zřejmé, že ovlivňování těchto faktorů by mělo začínat co nejdříve, již v mládí nebo v dětství, ne-li od samého začátku života jedince. Můžeme však přece jen relativně vyhledávat a regulovat hypertenzi, aktivně vyhledávat a regulovat hypercholesterolemie, eventuálně detailněji poznávat a ovlivňovat poruchy lipidového metabolismu. Dále aktivně vyhledávat a včas začínat s léčbou diabetu, upozorňovat na nepříznivé působení obezity, nevhodných návyků v životosprávě a na škodlivost kouření.

Z uvedených důvodů spočívá těžiště naší preventivní činnosti spíše v sekundární prevenci. Zaměřujeme se na osoby více

chrožené a za takové je nutno považovat všechny muže, kteří překročili 40. rok věku, a z mladších ty, u kterých byly zjištěny závažné rizikové faktory nebo kombinace velkého počtu faktorů. Za závažné faktory platí zejména hypertenze, hypercholesterolémie, diabetes a nesporně pozitivní rodinná anamnéza. Tyto jedince podrobujeme častějším speciálně zaměřeným preventivním prohlídkám.

Dále evidujeme nemocné s prokázanou ICHS všech forem a poskytujeme jim adekvátní léčebnou a preventivní péči. Opatření preventivního rázu zahrnují vedle odborných kontrolních prohlídek: stanovení a realizaci přiměřeného posudkového závěru, provedení přezkumného řízení, zařazení na přiměřenou funkci a zajištění potřebných úlev a úprav v pracovním zatížení a využití všech dosažitelných příležitostí k rekreaci, zejména řádně dovolené a preventivní rehabilitace v lázeňských ústavech. Stejně důležité je omezení koncentrovaných cukrů. U typu III. a IV. podle Fredricksona je rozhodující rovněž pro vznik obezity a má hlavní důležitost.

III.

Závěry pro konkrétní činnost hlavního lékaře útvaru a lékaře polikliniky:

1. Při každé preventivní prohlídce vojáků z povolání všech věkových skupin se cílevědomě zaměřovat na zjišťování rizikových faktorů ICHS, jak byly uvedeny v předchozí části a pozitivní nálezy registrovat ve zdravotní knížce.

2. Zajišťovat vyšetření hladiny cholesterolu v krvi u všech vojáků z povolání 1krát za 5 roků*.

3. Zajišťovat vyšetření ekg u vojáků mladších 40 let 1krát za 5 roků, u starších 40 let 1krát za 2 roky.

4. Vést evidenci vojáků, u nichž byl zjištěn závažný rizikový faktor ICHS (nesporná rodinná zátěž, hypertenze, diabetes, hypercholesterolémie) nebo nápadná kombinace rizikových faktorů. Tyto vojáky konzultovat 1krát za 2 roky s interním oddělením vojenské nemocnice a realizovat navržená preventivně léčebná opatření.

5. Vést evidenci vojáků se zjištěnou ICHS. Odesílat je ke kontrolnímu vyšetření ve vojenské nemocnici 1krát za rok a po této konzultaci upřesňovat plán léčebně preventivních opatření. Zajišťovat, aby zjištěnému zdravotnímu stavu odpovídala zdravotní klasifikace a funkční zařazení. Dohlížet na využívání možností rekreace a rehabilitace a navrhnout veliteli přiměřená opatření. Zahrnout tyto vojáky do plánu preventivní rehabilitace v lázeňských ústavech, především ve VLÚ Františkovy Lázně. Aktivně kontrolovat dodržování předepsané medikamentózní léčby a dalších léčebně-preventivních opatření.

6. Provádět soustavnou zdravotnickou osvětu. V ní vhodným způsobem popularizovat znalosti o etiopatogenetických faktorech ICHS a možnostech zeslabení jejich působnosti. Zdůrazňovat význam racionální životosprávy, zejména co se týče výživy a dostatku vhodného tělesného pohybu. Osvětu provádět jak individuálně při lékařských prohlídkách a jiných příležitostech, tak kolektivně v rámci plánu zdravotnické osvěty pro vojáky z povolání. Zejména přitom využívat každé příležitosti k působení na rozhodující velitelské orgány.

* Vyšetření cholesterolu nestačí pro screening. Zachytí se maximálně 25 % poruch. Výhodnější je vyšetření celkových beta-lipoproteinů zákalovou metodou. Tato metoda se již na některých odděleních klinické biochemie vojenských nemocnic provádí a jsou s ní dobré zkušenosti. Je velmi jednoduchá a má vysokou zachytitelnost. Je tím zaručena standardizace provádění této důležitě vyšetřovací metody.