

DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTOV PO AKÚTNOM KORONÁRNOM SYNDRÓME BEZ ELEVÁCIE ST SEGMENTU V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LEKÁRA

Eva Baranová, Marián Kozlovský

Oddelenie akútnej kardiológie, Klinika kardiológie NÚSCH, Bratislava

Počas hospitalizácie je pacientom s akútnym koronárnym syndrómom bez elevácie ST segmentu v elektrokardiografickom (EKG) obraze (AKS-NSTE) poskytnutá nevyhnutná akútna liečba, po ktorej sú prepustení do ambulantnej starostlivosti. Cieľom medikamentózneho liečby a režimových opatrení smerujúcich k modifikácii ovplyvniteľných rizikových faktorov je zabrániť rehospitalizácii, zvýšiť a udržiavať kvalitu života bez recidívy koronárných príhod, znížiť chorobnosť a úmrtnosť.

Kľúčové slová: akútny koronárny syndróm bez elevácie ST v EKG obraze, dlhodobá starostlivosť, liečba, rizikové faktory.

LONGTERM CARE AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME WITHOUT ELEVATION OF ST-SEGMENT IN PRACTITIONER'S OFFICE

During hospitalization, patients presenting with acute coronary syndrome without ST segment elevation on ECG (NSTE-ACS) are provided with necessary acute treatment. After this treatment they are discharged to outpatient programme. The aim of medical treatment and life style changes aimed at suppression of modifiable risk factors is to prevent rehospitalization rate, increase and keep quality of life without recurrence of coronary events, decrease morbidity and mortality.

Key words: non-ST segment elevation acute coronary syndrome, long-term care, treatment, risk factors.

Via pract., 2007, roč. 4 (5): 228–232

Úvod

Počas hospitalizácie je pacientom s akútnym koronárnym syndrómom bez elevácie ST segmentu v elektrokardiografickom obraze (ďalej AKS-NSTE) poskytnutá nevyhnutná akútna starostlivosť, po ktorej sú pacienti prepustení do ambulantnej starostlivosti priemerne na tretí až piaty deň. Vrátiť pacienta k bežným denným aktivitám vyžaduje multidisciplinárny prístup, spoluprácu všeobecného praktického lekára, kardiológa, internistu, diabetológa, rehabilitačných pracovníkov. Cieľom vyžatej medikamentózneho terapie a modifikácie rizikových faktorov je zabrániť rehospitalizácii, zvýšiť a udržiavať kvalitu života bez recidívy koronárných príhod, znížiť morbiditu a mortalitu. Dôkladná znalosť medikamentózneho terapie a režimových opatrení u pacientov s AKS-NSTE môže zabrániť vynechaniu dôležitých liečiv, poučení a rád. Všeobecný praktický lekár pevne uzatvára sieť optimálnej starostlivosti o pacienta (1).

Medikamentózna liečba po AKS-NSTE

Každý pacient po AKS-NSTE by mal užívať v dlhobodej liečbe kyselinu acetylsalicylovú a/alebo klopidogrel, betablokátory, ACE-inhibítory a statíny. Táto liečba zlepšuje prognózu, znižuje morbiditu a mortalitu pacientov po AKS-NSTE (2).

Kyselina acetylsalicylová (ASA)

ASA navodzuje dlhotrvajúci funkčný defekt krvných doštičiek, ktorý je klinicky detektovateľný ako predĺžené krvácanie. Blokuje doštičkový typ cyklooxygenázy 1 a tým zabraňuje tvorbe prostaglandínu G₂ a následné-

mu vzniku a uvoľňovaniu jedného z hlavných mediátorov agregácie – tromboxanu A₂. Účinok na trombocyt je trvalý počas celej doby jeho životaschopnosti, čo je 7 – 10 dní. Pacient má užívať ASA dlhodobo v dávke 100 mg 1 x denne po jedle. Nikdy nevysádzať ASA bez dôkladného zváženia riziko – prínos (3).

Klopidogrel

Klopidogrel blokuje selektívne a ireverzibilne väzbu ADP na doštičkové receptory a tým bráni ADP dependetnej aktivácii komplexu IIb/IIIa a väzbe trombocytov s fibrinogénom, spomaľuje väzbu fibrínovej siete medzi trombocytmi navzájom a medzi cievnou stenou. Účinok pretrváva ako u ASA, 7 – 10 dní. Podávanie sa opiera o výsledky viacerých randomizovaných štúdií (4). Pri kontraindikácii alebo intolerancii ASA podávame klopidogrel 75 mg 1 x denne doživotne v monoterapii. V dlhobodej ambulantnej liečbe AKS-NSTE podávame klopidogrel v dávke 75 mg 1 x denne 9 – 12 mesiacov v kombinácii s ASA 100 mg 1 x denne. V tomto období nie je vhodné klopidogrel vysádzať, plánované operačné výkony je nutné odložiť, nakoľko hrozí riziko restenózy.

Betablokátory

Betablokátory potláčajú sympatoadrenergnú aktivitu, čím dochádza k zníženiu srdcovej frekvencie, krvného tlaku, kontraktility a majú aj priaznivý antiarytmický účinok. Pokiaľ nie sú prítomné absolútne kontraindikácie, podávanie blokátorov betaadrenergických receptorov ostáva základnou liečbou v sekun-

dárnej prevencii po AKS. Podávanie betablokátorov sa opiera o výsledky štúdií s akútnym infarktom myokardu s eleváciou segmentu ST (5). Odporúčame selektívne betablokátory bez ISA aktivity: atenolol, metoprolol.

Inhibítory angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACE-I)

ACE-I inhibujú angiotenzín konvertujúci enzým, čím bránia premene angiotenzínu I na angiotenzín II. Súčasne bránia rozpadu vazodilatačných kinínov (bradykinínu). Znižujú stimuláciu výtoku aldosterónu kôrou nadobličiek. Podávanie ACE-I sa opiera o výsledky štúdií: EUROPA, HOPE (6, 6a).

Statíny

Statíny blokujú reduktázu HMG koenzým A v hepatocytoch, čím dochádza k útlmu syntézy cholesterolu a k indukcii tvorby LDL-receptorov. Pri zvýšenej expresii LDL-receptorov na povrchu hepatocytov dochádza ku zvýšenému vychytávaniu lipoproteínov LDL z krvi a tým ku zníženiu hladín LDL-cholesterolu. Statíny tiež mierne znižujú triglyceridy a mierne zvyšujú HDL-cholesterol. Statíny majú aj ďalšie, nelipidové účinky, tlmia zápalovú a imunitnú reakciu v cievnej stene a ovplyvňujú proliferáciu hladkých svalových buniek a extracelulárnej matrix, čím prispievajú ku stabilizácii aterosklerotického plátu. Statíny obmedzujú riziko trombogénny, zlepšujú funkciu cievneho endotelu, zvyšujú syntézu oxidu dusného a zlepšujú vazodilatačnú závislú na oxide

dusnom. Nežiaduce účinky: riziko myopatie až rhabdomyolýzy, zvýšené pri kombinácii s liekmi, ktoré inhibujú cytochróm P-450 (diazepam, erytromycín, claritromycín, felodipín, flukonazol, ketokonazol, kodeín), klinicky významné je zvýšenie hladiny enzýmu CK na 5 – 10-násobok normy. Hepatotoxičita sa môže prejaviť únavou, nechutenstvom, úbytkom na váhe, klinicky významné je zvýšenie aminotransferáz na 2 – 3-násobok normy (5).

Klinické režimové opatrenia

Klinické režimové opatrenia smerujú k modifikácii rizikových faktorov a vyžadujú spoluprácu špecialistov: kardiológa, internistu, diabetológa, lekárov metabolickej ambulancie, psychiatra. Pacienti po AKS-NSTE majú byť dispenzarizovaní u rájónového kardiológa.

Krvný tlak

Správna liečba vysokého krvného tlaku vedie podľa populačných štúdií nielen k zlepšeniu prognózy, ale je schopná zabrániť výskytu orgánových komplikácií, ako je hypertrofia ľavej komory, ľavostranné srdcové zlyhávanie, hemoragické cievne mozgové príhody, progresívne poškodenie obličiek, či disekujúca aneurýza aorty. Pre prognózu je dôležitejší krvný tlak dosiahnutý vhodnou liečbou ako východisková hodnota (7). Medikamentózna kontrola hypertenzie je indikovaná u chorých po prekonanom AKS už pri vyššom normálnom krvnom tlaku 130 – 139/85 – 89 mmHg a v prípade diabetikov je nevyhnutné doceliť normálne hodnoty krvného tlaku menej ako 130/80 mmHg. **Antihypertenzíva** by nemali iba účinne znižovať krvný tlak, ale musia mať aj priaznivý bezpečnostný profil a mali by znižovať kardiovaskulárnu morbiditu a mortalitu. Tieto požiadavky spĺňajú: betablokátory, inhibítory ACE, blokátory Ca kanálov a antagonisti angiotenzínu II (8).

Diabetes mellitus

Hyperglykémia znižujú vazodilatáciu, skrvcujú počas fibrinogénu, zvyšujú hladinu protrombínu, zvyšujú krvný tlak, vedú ku glykácii proteínov. Hypoglykémia nepriaznivo zasahuje do syntézy energie v srdci, poškodzuje endotel a navodzuje koronospazmy (9). V období po AKS-NSTE je potrebné sprísniť kontrolu glykémie, starostlivosť o diabetika realizujeme v spolupráci so špecialistom diabetológom.

Cieľom liečby diabetu je dosiahnuť trvale nasledujúce hodnoty: glykémia nalačno pod 6,0 mmol/l, postprandiálna 5,0 – 7,5 mmol/l, HbA1c pod 6,5 % a zabrániť ťažkým hypoglykémiami, LDL-cholesterol pod 2,0 mmol/l (10).

Dyslipoproteinémie

Samostatným rizikovým faktorom sú zvýšené koncentrácie LDL-cholesterolu a znížená koncentrá-

cia HDL-cholesterolu. Na rozvoji dyslipoproteinémie sa zúčastňujú faktory genetické, vplyvy vonkajšieho prostredia, ale aj iné ochorenia, sekundárne dyslipoproteinémie. Liečba je kombinovaná, farmakologická a režimová.

Farmakologická liečba závisí od typu dyslipoproteinémie, **režimová** zahŕňa fyzickú aktivitu, zmenu stravovacích návykov, redukciu nadváhy, snahu zbaviť sa návykov ako fajčenie a alkohol. Cieľom je dlhodobá úprava hladiny krvných lipidov. V sekundárnej prevencii sú odporúčané kontroly lipidového spektra spočiatku 1 x za dva-tri mesiace, pri stabilizácii krvných lipidov a dobrej spolupráci pacienta je možné intervaly predĺžiť na 1 x za pol rok.

Cieľové hodnoty sú: celkový cholesterol pod 4,5 mmol/l, HDL-cholesterol nad 1,0 mmol/l u mužov, nad 1,2 mmol/l u žien, LDL-cholesterol pod 2,5 mmol/l, najlepšie pod 1,8 mmol/l, triglyceridy pod 1,7 mmol/l (11).

Nadváha a obezita

Obezita je závažné ochorenie, ktoré významne skrvcuje život. Je s ňou spojená nielen zvýšená kardiovaskulárna morbidita a mortalita, ale aj diabetes melitus a nádorové ochorenia. Komplikácie obezity sú metabolické (metabolický syndróm) a mechanické (dýchavica, ťažkosti s kĺbmi, syndróm spánkového apnoe). Na ovplyvnenie metabolických komplikácií stačí ľahká redukcia hmotnosti, na mechanické komplikácie je nutné výrazné zníženie hmotnosti (12). Zníženie telesnej hmotnosti sa dôrazne odporúča u obéznych jedincov (BMI nad 30 kg/m²) alebo u jedincov s nadváhou (BMI 25 až 30 kg/m²) a u jedincov s abdominálnou obezitou (obvod pásu nad 102 cm u mužov, nad 88 cm u žien). Optimálne hodnoty BMI (*body mass index*) sú uvedené v tabuľke 1. Znižovanie telesnej hmotnosti vyžaduje silnú motiváciu zo strany pacienta a bude úspešnejšie, keď sa bude opierať o profesionálnu pomoc a podporu. Reálnym cieľom u obéznych jedincov je redukcia telesnej hmotnosti o 5 – 10 %, ktorá významne znižuje kardiovaskulárne a metabolické riziká. Odporúčame nízkoenergetickú diétu, fyzickú aktivitu a úpravu životostprávy. Po zlyhaní komplexnej liečby obezity pristupujeme k farmakoterapii, v ojedinelých prípadoch morbidnej obezity (BMI nad 40 kg/m²) sa zvažuje chirurgická liečba, predovšetkým bandáž žalúdka.

Kachexia je rovnako nevhodná ako obezita, je nepriaznivým prognostickým ukazovateľom. Snahou je udržiavanie optimálnej svalovej hmotnosti, najmä na dolných končatinách. Vzhľadom na sekundárnu prevenciu má mierna nadváha zjavnú výhodu pred kachexiou (8). Odporúčame nevynechávať jedlá, jesť často malé množstvá, zmenu stravovacích návykov, pridať čerstvú zeleninu a ovocie, veľa piť – najmä vodu, vyhýbať sa sladeným nápojom, pravidelne cvičiť.

Tabuľka 1. Optimálne BMI v závislosti od veku.

Vek	Hodnota BMI (kg/m ²)
19 – 24 rokov	19 – 24
25 – 34 rokov	20 – 25
35 – 44 rokov	21 – 26
45 – 54 rokov	22 – 27
55 – 64 rokov	23 – 28
nad 64 rokov	24 – 29

Depresia

Depresívne poruchy a depresívne symptómy sú často podceňované a neliečené u pacientov s kardiovaskulárnymi chorobami. Klinické štúdie však dokázali, že depresívne poruchy zvyšujú riziko kardiovaskulárnej morbidita a mortality. Príznaky depresie a úzkosti sú plnohodnotnými rizikovým faktormi pre kardiovaskulárne príhody u pacientov po infarkte myokardu. Závažnosť symptómov depresie u chorého včasne po infarkte myokardu koreluje s dlhodobým prežívaním. Preto sú dostatočne klinicky podložené dôvody liečiť symptómy depresie po prekonanom IM. Do úvahy prichádza terapia SSRI antidepresívami 3. generácie, ktoré inhibujú spätnú väzbu serotonínu a znižujú riziko akútnej koronárnej príhody, pravdepodobne aj schopnosťou znížiť agregabilitu trombocytov, normalizovať variabilitu RR intervalu a pre svoj antiarytmický účinok. Včasná diagnostika a liečba depresívnych porúch u pacientov by mala začínať priamo v ambulancii praktického lekára, po prepustení z nemocnice. Úspešná liečba depresie zvyšuje kvalitu života pacienta a zdá sa, že by mohla pozitívne ovplyvniť i dĺžku života (13).

Režimové opatrenia smerujúce k zmene životného štýlu

Zmena životného štýlu je ťažká, ale rovnako dôležitá ako medikamentózna liečba. Vyžaduje získanie si dôvery pacienta a príbuzných, opakovane vysvetľovať cieľ a nutnosť zmeny, motivovať pacienta, udržiavať pravidelný kontakt.

Strava a stravovacie návyky

Lekár by mal ponúknuť pacientovi a jeho rodine profesionálnu radu k výberu potravín a príprave jedál tak, aby si vedeli upraviť jedálny lístok s najnižším kardiovaskulárnym rizikom. Mimoriadne dôležitá je tu aj účasť rodiny, predovšetkým osoby zodpovednej za nákup a prípravu stravy, ktorá musí byť dostatočne informovaná o požiadavkách na zdravú výživu a o možnostiach jej praktického naplnenia. Vhodné diétne opatrenia môžu priaznivo ovplyvniť viacero rizikových faktorov ako obezitu, vysoký krvný tlak, diabetes melitus, hyperlipidémiu. Strava by mala byť pestrá, energetický príjem upravený vzhľadom na dosiahnutie ideálnej hmotnosti.

Úprava diéty chorých s diabetom, hypertonikov, obéznych, dyslipidemikov, by mala byť konzultovaná so špecialistami.

Odporúčame zvýšiť príjem čerstvej zeleniny a ovocia, celozrnných obilnín a chleba, mliečnych výrobkov so zníženým obsahom tuku, bieleho mäsa, rýb, obmedziť príjem tukov do 30 % celkového energetického príjmu, príjem nasýtených tukov do 1/3 celkového príjmu tukov. Príjem cholesterolu je potrebné znížiť na maximálnu dennú dávku 200 mg, uprednostniť rastlinné tuky a tuky z morských živočíchov, znížiť celkový kalorický príjem v prípade obezity a nadváhy, znížiť príjem kuchynskej soli (nie viac ako 5 – 6 g NaCl denne) v prípade zvýšeného krvného tlaku (14).

Rehabilitácia a fyzická aktivita

Chorí s nekomplikovaným priebehom hospitalizácie sú pri vhodnom domácom zázemí prepustení do ambulantnej starostlivosti na 3 – 5 deň. Na nemocničnú fázu rehabilitácie plynule nadväzujú fáza ambulantná (cca 2 – 4 mesiace) zahrňujúca aj kúpeľnú liečbu, počas ktorej pacient okrem modifikácie rizikových faktorov v rámci sekundárnej prevencie môže využiť aj špecifické vlastnosti prírodného zdroja (uhlíčitá liečba) (15). V záverečnej fáze by mali pacienti pokračovať v rehabilitačnom programe v domácich podmienkach. Nie je ani tak dôležitá intenzita tréningu, ako frekvencia a pravidelnosť. Osoby, ktoré sa pravidelne venujú prechádzkam rýchlou chôdzou, znížia svoje kardiovaskulárne riziko rovnako ako tí, ktorí intenzívne cvičia v posilňovniach. Obézni, ktorí pravidelne cvičia („FIT-FAT“) majú nižšie kardiovaskulárne riziko ako osoby s normálnou hmotnosťou a minimálnou fyzickou aktivitou („NONFIT-NONFAT“). Pravidelná aeróbná aktivita priaznivo ovplyvňuje telesnú hmotnosť, krvný tlak, glukózovú toleranciu, inzulínovú rezistenciu, hladinu krvných lipidov a duševnú rovnováhu. Zlepšenie aeróbnej kapacity a symptómov sa objavuje po 4 týždňoch s maximom v 16 – 26. týždni. Vysadenie pravidelného cvičenia vedie veľmi rýchlo k strate získaného efektu. Cvičenie by malo začínať pomalou zahrievacou fázou cca 5 – 10 minút so záťažou nižšej intenzity a relaxačnými minútami na konci, ktoré sú rovnako dôležité v prevencii arytmií a hypotenzie.

Odporúčame pravidelnú fyzickú aktivitu, aeróbnu cvičenie trvajúce cca 20 – 30 min, minimálne 4 – 5 x v týždni, s kontrolovaným výkonom 60 – 75 % maximálnej tepovej frekvencie pre daný vek, najlepšie rýchla chôdza, beh, bicyklovanie, plávanie. Cieľovú záťaž odporúčame dosahovať pomaly, postupne v priebehu 4 – 6 týždňov. Mali by sme sa uistiť, že pacient je informovaný o varovných príznakoch – bolesť na hrudi, synkopa, perzistujúci kašeľ (16).

Tabuľka 2. Abeceda medikamentózneho liečby a režimových opatrení u pacienta po AKS-NSTE.

Antiagregačná terapia (ASA, klopidogrel)	Artérová hypertenzia
ACEI	BMI – obezita, nadváha
Betablokátor	Cholesterol – lipidy
Cholesterol – statíny	Diabetes, Diéta
	Edukácia pacienta a príbuzných
	Fajčenie

Fajčenie

Fajčenie je dlho známy a všeobecne uznávaný rizikový faktor pre vznik a rozvoj celého radu ochorení. Je dôležitým rizikovým faktorom vzniku a progresie aterosklerózy. Rovnako nebezpečné je aj pasívne fajčenie, nakoľko aj malá dávka stačí k zvýšeniu rizika. Toxíny z cigaretového dymu spôsobujú a zhoršujú endotelovú dysfunkciu, negatívne ovplyvňujú hemokoagulačný proces, aktivujú sympatikus, čím stúpa srdcová frekvencia, krvný tlak a spotreba kyslíka v myokarde, zhoršujú inzulínovú rezistenciu a dyslipidémii (17).

Fyzická drogová závislosť, ktorá ľahko vzniká, je daná stavbou nikotín-acetylcholinových receptorov v mozgu a je zhruba z 50 % podmienená geneticky. Na nikotíne je závislý ten fajčiar, ktorí fajčia najmenej 10 – 15 cigariet denne a prvú si zapaluje, alebo má potrebu si zapáliť do hodiny po prebudení. Abstinčný tabakový syndróm sa prejavuje túžbou po cigarete, zlou náladou, depresiami, podráždenosťou, nespavosťou, neschopnosťou odpočívať. Ako úspešnú liečbu hodnotíme dlhodobú abstinenciu (najmenej 6, najlepšie 12 mesiacov) (18). Odporúčania lekára nefajčiara sú najúčinnejšou motiváciou k odvykaniu od fajčenia. Pacienti by mali dostávať odborné rady a pomoc pri odvykaní od fajčenia systematicky. Ostatní členovia rodiny by tiež mali chorému pomôcť tým, že prestanú fajčiť, čím sa znížia riziká z pasívneho fajčenia, ako aj riziko návratu zlozvyku. Pacienta (zvlášť silných fajčiarov) treba upozorniť na nutnú redukciu energetického príjmu a zvýšenie výdaja, aby sa zabránilo podstatnému vzostupu telesnej hmotnosti po zanechaní návyku (8).

Odporúčame zanechať fajčenie. Približne 5-minútové intervencie s radami a motiváciou prestať fajčiť častejšie v prvých týždňoch a mesiacoch sú cenným a potrebným doplnkom celkovej liečby choreho po AKS-NSTE. V prípade závislosti a ochote pacienta je vhodná farmakoterapia a konzultácia špecialistu na drogovú závislosť (19).

Edukácia pacienta a príbuzných

Každý pacient by mal byť plne informovaný o svojom zdravotnom stave. Opakovane s ním treba hovoriť o rizikových faktoroch a možnostiach ich ovplyvnenia (tabuľka 2). Do sekundárnej prevencie je nutné zapojiť aj príbuzných, rodinu pacienta. Pacienta oboznámime s príznakmi koronárnych syndrémov, po implantácii stentu s príznakmi restenózy, v prípade zhoršenia stavu by mal ihneď vyhľadať odbornú pomoc, volať rýchlu záchrannú pomoc.

Rodinných príslušníkov oboznámime so zásadami kardiopulmonálnej resuscitácie.

Prognóza

Riziko u pacienta s AKS-NSTE určujeme podľa klinických a laboratórných parametrov, z ktorých najzávažnejšie je znížená funkcie ľavej komory, závažnosť postihnutia koronárneho riečiska a prítomnosť rizikových faktorov. Nižšie riziko majú pacienti mladší ako 55 rokov s nekomplikovaným priebehom AKS, dobrou funkciou ľavej komory, s negatívnym záťažovým testom. Riziko sa zvyšuje s vyššou hladinou troponínu v akútnom štádiu. Vysoké riziko majú pacienti s ťažkou dysfunkciou ľavej komory, perzistujúcim srdcovým zlyhávaním, pľúcňakovou angínou pectoris v pokoji alebo pri malej záťaži s recidivujúcimi arytmiami. Títo chorí musia byť sledovaní a liečení intenzívnejšie ako pacienti s nízkym rizikom. Závažné komorové arytmie po prepustení z nemocnice sú známku zlej prognózy pacienta. Ak nie je možné odstrániť arytmogénny substrát, podávame betablokátor a amiodaron, v závažných prípadoch je indikovaná implantácia kardioverter-defibrilátora (20).

Záver

Pacienta po prepustení z nemocnice by mal vyšetriť všeobecný praktický lekár do dvoch týždňov, potom o mesiac a ďalej každé tri mesiace do prvého roka. Internista kardiológ by mal pacienta vyšetriť trikrát ročne, u komplikovaného priebehu AKS častejšie. Pri zhoršení klinického stavu je potrebné, aby praktický všeobecný lekár konzultoval kardiológa. Pri každej návšteve lekára by mal byť vždy skontrolovaný subjektívny a objektívny stav, dodržiavanie liečby a sekundárnej prevencie. Opakované krátke edukačné pohovory sú dôležité pre trvalú motiváciu k liečbe. Dôležité je tiež pokračovanie v rehabilitácii primeranou formou telesného tréningu, ak nie sú kontraindikácie. Štandardnou medikamentóznou liečbou je kyselina acetylsalicylová, betablokátor, statíny a inhibítory angiotenzín konvertujúceho enzýmu (20).

Praktický lekár spolu s kardiológom, internistom, diabetológom a fyzioterapeutom uzatvára sieť starostlivosti o kardiovaskulárneho pacienta, ktorej cieľom by malo byť zlepšenie kvality života, zníženie chorobnosti a úmrtnosti na kardiovaskulárne príhody.

MUDr. Eva Baranová

Oddelenie akútnej kardiológie, Klinika kardiológie NÚSCH
Pod Kráskou hôrkou 1, 838 44 Bratislava 37
e-mail: baranova@nusch.sk

Literatúra

1. Wiviott SD, Braunwald E. Unstable Angina and Non-ST-segment Elevation Myocardial Infarction: Part II. Coronary Revascularization, Hospital Discharge, and Post-Hospital Care, American Family Physician, A peer-reviewed of the American Academy of Family Physicians 2004; 70: 535–538.
2. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Unstable Angina). Circulation 2002; 106: 1893–1900.
3. Hricák V. Starostlivosť o pacientov po revascularizačnej liečbe myokardu: prístup praktického lekára, Via pract 2005; 2: 198–201.
4. Hricák V. Odporúčania pre používanie klopidoagregu u pacientov s akútnym koronárnym syndrómom, stabilnou angínou pectoris a pri sekundárnej prevencii aterosklerotických príhod, Cardiol 2006; 15: 327–328.
5. Vítovec J, Špínar J a kol. Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění, 2. vydanie, Grada Publishing 2004. 173 s.
6. EUROPA trial, Lancet 2003; 362: 782–788.
7. Widimský Jr. Arteriální hypertenze minimum pro praxi, Triton 1998. 90 s.
8. Cifková R a kol. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku – 33, Společné doporučení českých odborných společností, www.kardio-cz.cz.
9. Aschermann M a kol. Kardiologie, 1. vydanie, Galén 2004: 505–509.
10. Lipták P. Prevencia arteriosklerotických kardiovaskulárných ochorení a ich komplikácií – odporúčaný postup pre všeobecných praktických lekárov, Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva 2006, www.vpl.sk.
11. Aktualizácia lipidového konsenzu – 2, Odporúčania Slovenskej kardiologickej spoločnosti, Cardiol 2006; 15 (6): 313–316.
12. Svačina Š. Obezita a kardiovaskulárni onemocnění, Postgraduální medicína, Mimořádná příloha, Mladá fronta as. 2006: 50–52.
13. Vrána M, Mareček V, Honzák R. Komplexní psychofarmakologický přístup k prevenci kardiovaskulárních příhod u pacientů s ischemickou chorobou srdeční, Praktický lékař 2004; 84: 731–732.
14. Šimon J, Rosolová H, Samánek M. Doporučení pro prevenci ischemické choroby srdeční a dalších komplikací aterosklerózy v klinické praxi a v populaci, Cor Vasa 1998; 40: 99–106.
15. Čavoj V, Mikeš Z, Dukát A. Má kardiovaskulárna rehabilitácia svoje miesto v liečbe pacientov po infarkte myokardu? Kardiologická prax 2004; 3: 239–242.
16. Assmann Gerd. Pocket guide to Prevention of coronary Heart Disease, Borm Bruckmeier Verlag GmbH 2003. 200 s.
17. Vráblik M, Králíková E, Češka R. Kouření a kardiovaskulárni onemocnění se zaměřením na metabolismus lipidů. Kardiologická revue 2004: 166–169.
18. Králíková E. Liečba závislosti na tabáku, náhradní terapie nikotinem a kardiovaskulárni ochorení. Remedia 2006; 3: 316–318.
19. Králíková E a kol. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku, Česká kardiologická společnost, Čas Lék Čes 2005; 144: 327–333.
20. Štefja M a spol. Kardiologie, 3. vydanie, Praha: Grada publishing 2007, 506 s.

Hana Skalická a kolektiv Předoperační vyšetření

Publikace se zabývá problematikou předoperačního vyšetření a je určena těm lékařům, kteří si v dané problematice potřebují ujasnit některé postupy. Kniha vznikla z potřeby vyjasnit rozdílné pohledy na předoperační vyšetření u akutních a plánovaných operací i invazivních výkonů. Souhrnně zpracovaná rizika v nosných oborech budou přínosem při zvyšujícím se počtu polymorbidních pacientů a jejich zvyšující se věk.

Mohou z ní těžit jak všeobecní lékaři, tak i ambulantní specialisté. Kniha je určena dále lékařům na lůžkových i příjmových odděleních nemocnic, důležité informace zde najdou lékaři chirurgických oborů, oddělení vyšetřovacích metod a samozřejmě anesteziologové. Publikace si dala za cíl být užitečná svou praktičností a shrnuje poslední odborné názory z různých úhlů pohledu. Proto se na jejím sepsání se podíleli odborníci z několika oborů. Zcela záměrně byl zvolen určitý přístup k problematice, a možná proto se může zdát kniha některým čtenářům příliš stručná, jiným naopak podrobná. Pokud se ale čtenář (lékař, kterého se tato problematika týká) nad problematikou předoperačních vyšetření zamyslí - pak tato publikace splnila svůj účel.

Grada, s. 152, ISBN 978-80-247-1079-2, kat. číslo 1056

Asisa Madian, Kai Matthiessen První pomoc na cestách

Pro všechny, kteří se věnují turistice, cykloturistice a dalším outdoorovým aktivitám, při nichž mohou potřebovat poskytnout první pomoc. V této knize naleznete lékařské minimum a kroky první pomoci pro případ nouze a kompletní první pomoc při běžných problémech, které se často vyskytují. Od život zachraňujících úkonů, jako je dýchání z úst do úst a masáž srdce, až po běžnější ošetření zlomenin, vykloubení a podvrtnutí, popálenin, bodnutí hmyzem, tržných ran, úpalu a úzehu. V příručce je podrobně popsána první pomoc za použití prostředků, které pravděpodobně budete mít po ruce. Autorky, Dr. Asisa Madiam a Dr. Kai Matthiessen, se věnují i takovým horolezeckým a outdoorovým specialitám, jako je výšková nemoc nebo omrzliny. Navíc všem příznivcům aktivit ve volné přírodě poradí, jak sestavit cestovní lékárníčku a sadu první pomoci na cesty. Navíc přidáváme stručný slovníček nejpotebnejších pojmů pro komunikaci s lékařem či záchránci v němčině, angličtině, francouzštině.

Grada, s. 96, ISBN 978-80-247-1878-1, kat. číslo K116

Distribúcia v SR: Grada Slovakia, s.r.o., Moskovská 29, 811 08 Bratislava, tel.: 02/5564 5189
www.grada.sk

