

Sprawozdanie z Kongresu Europrevent, Madryt, 19–21 kwietnia 2007 r.

Iwona Korzeniowska-Kubacka, Magdalena Kosydar-Piechna, Jadwiga Wolszakiewicz

Kardiologia Pol 2007; 65: 740-742



Szanowni Czytelnicy kącika *Rehabilitacja kardiologiczna*,

myślę, że zainteresuje Was garść informacji z Kongresu Europrevent, który odbył się w Madrycie w dniach 19–21 kwietnia 2007 r.

Ryszard Piotrowicz

Europrevent 2007 był drugim kongresem Europejskiego Towarzystwa Prewencji i Rehabilitacji, które powstało po połączeniu dwóch grup roboczych ESC: Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku oraz Epidemiologii i Prewencji. Obecnie organizacja ta liczy 1200 członków. Kilkaset osób z kilkudziesięciu krajów świata uczestniczyło w obradach, podczas których prezentowano aktualny stan wiedzy na temat epidemiologii, fizjologii wysiłku, nauk podstawowych, medycyny sportowej, prewencji i rehabilitacji chorób układu krążenia.

Prawie 400 osób przedstawiło wyniki swoich prac naukowych w czasie 12 sesji prezentacji ustnych i 3 sesji posterowych. Również Polacy zaznaczyli czynny udział w kongresie, prezentując 20 prac, w tym 12 doniesień pochodziło z Instytutu Kardiologii w Warszawie. Szczegóły zainteresowani znajdą w streszczeniach zamieszczonych w *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2007; 14 (Suppl. 1).

Ponad 130 zaproszonych na kongres wykładowców prezentowało najwyższy poziom wiedzy w swoich specjalnościach. Tematykę kongresu zdominowały: strategia oceny ryzyka i prewencji chorób sercowo-naczyniowych w Europie, pokonywanie barier uniemożliwiających rozwój programów prewencyjnych i udział pacjentów w rehabilitacji kardiologicznej, rehabilitacja w niewydolności serca, psychospołeczne aspekty chorób układu krążenia,

kompleksowe podejście do pacjenta z cukrzycą, problemy kardiologiczne u wyczynowych sportowców, wartość prognostyczna parametrów biochemicznych i wentylacyjnych testu ergospirometrycznego.

Prewencja w chorobach układu sercowo-naczyniowego

Jedną z pierwszych sesji kongresu poświęconą była prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego. Prewencja rozpoczyna się wraz z wykryciem i oceną ryzyka: znaczącego nasilenia pojedynczych czynników ryzyka, czyli zbyt wysokiego poziomu cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL, podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, lub ogólnego ryzyka wynikającego z wielu czynników. W celu oceny ogólnego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego stworzono system oceny ryzyka SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*). Schemat tego projektu umożliwia tworzenie tablic narodowego lub regionalnego ryzyka na podstawie opublikowanych danych śmiertelności. Odpowiednikiem skali SCORE jest program komputerowy HEART SCORE, który – jako elektroniczny odpowiednik tablic klasyfikacji ryzyka – ma na celu wspomóc zarówno lekarzy, jak i pacjentów w optymalizacji postępowania ukierunkowanego na czynniki ryzyka.

Podczas sesji z zakresu prewencji i rehabilitacji zorganizowanej przez Harry'ego Hemingwaya, której przewodniczyli P. Whincup (Wielka Brytania) i J. Witteman (Holandia), zajęto się problematyką nieinwazyjnych metod wykrywania uszkodzeń naczyń tętniczych jako użytecznego skryningu we wczesnym rozpoznawaniu choroby wieńcowej i ocenie jej rokowania. F.G. Fowkes (Wielka Brytania) podczas swojego wykładu przedstawił możliwości zastosowania indeksu kostkowo-ramiennego (ABI) jako metody oceny ryzyka wystąpienia choroby

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz, Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiografii Nieinwazyjnej, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: +48 22 343 44 09, +48 22 343 45 19, e-mail: rpiotrowicz@ikard.waw.pl

niedokrwiennej serca. Jest to metoda nieinwazyjna, prosta, wskazująca często na subkliniczną postać choroby naczyń obwodowych. Wykazano, że ABI $<0,9$ jest połączony z ok. 3-krotnym wzrostem śmiertelności ogólnej w badaniach populacyjnych. Nadal jednak nie wiemy, dlaczego indeks ten jest niższy u kobiet i czy ma to jakieś implikacje kliniczne. Nadal otwarte pozostaje pytanie, czy ABI powinien być włączony do ogólnej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego.

Kolejny wykład – A. Schermunda (Niemcy) – był poświęcony roli pomiaru zwapnień naczyń wieńcowych (CAC Score) ocenianych podczas tomografii komputerowej i klinicznym perspektywom zastosowania go w przyszłości. W kilku badaniach wykazano, że wraz ze wzrostem stopnia zwapnienia naczyń wieńcowych wzrasta ryzyko choroby wieńcowej i jest ono wysokie, gdy CAC Score przekroczy 300. Ukazały się już zalecenia amerykańskich i europejskich towarzystw kardiologicznych co do zastosowania CAC Score w ocenie globalnego ryzyka w chorobach sercowo-naczyniowych i u chorych z bólem w klatce piersiowej. Zauważono przy tym również, że populacja amerykańska ma wyższe wskaźniki zwapnienia naczyń wieńcowych niż populacja europejska. Ocena CAC Score ma szczególne znaczenie u pacjentów z pośrednim ryzykiem wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych i u pacjentów bezobjawowych. W badaniu MESA wykazano, że jest on niezależnym prognostycznym czynnikiem ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych w populacji bezobjawowej w wieku 45–84 lat w czasie 3,5-letniej obserwacji. Przedstawiono również badania, w których wykazano, że podawanie statyn zarówno w małej, jak i w dużej dawce nie ma wpływu na progresję CAC Score. Badano również populację sportowców narażonych na ekstremalne wysiłki (maratońcy), u których wykazano niezwykle wysokie poziomy zwapnienia naczyń wieńcowych, co wiązało się ze znacznie podwyższonym ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Kolejny wykład – J. Halcoksa – był poświęcony nieinwazyjnym metodom oceny funkcji śródbłonna i przydatności tych metod jako czynnika prognostycznego. Przedstawiono tu metodę pomiaru poszerzenia tętnicy promieniowej prowokowanego niedokrwieniem pod wpływem ucisku mankieta na tętnice powyżej miejsca pomiaru (ang. *flow mediated dilatation*, FMD). Jest to metoda powtarzalna u tego samego pacjenta. Wykazano silną korelację pomiędzy FMD a zdarzeniami sercowo-naczyniowymi, takimi jak wykonanie angioplastyki wieńcowej czy operacji pomostowania aortalno-wieńcowego. Nieco mniejszą zależność wykazano w stosunku do wystąpienia ostrego zawału serca. Ta ocena funkcji śródbłonna ma znaczenie szczególnie u pacjentów o pośrednim ryzyku choroby niedokrwiennej

serca i istotniejsza jest jej negatywna niż pozytywna wartość predykcyjna.

Barier i koszty w rehabilitacji

Kolejna sesja była poświęcona barierom uniemożliwiającym rozwój programów prewencyjnych i udział pacjentów w rehabilitacji. Zastanawiano się, dlaczego kardiologowie interwencyjni i kardiochirurdzy nie kierują pacjentów na rehabilitację. Okazuje się, że nie tylko w Polsce w rehabilitacji kardiologicznej bierze udział mała grupa pacjentów kardiologicznych. R. Lewin przedstawił sytuację rehabilitacji kardiologicznej w Wielkiej Brytanii, gdzie rehabilitację po zawale serca powinno być objętych 85% pacjentów, a tylko 18% bierze w niej udział. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest mały odsetek wśród uczestniczących w rehabilitacji kobiet, ludzi starych oraz mniejszości etnicznych. R. Lewin mówił o kampanii promującej rehabilitację kardiologiczną – zaangażowaniu mediów, poczty, wysyłaniu materiałów informacyjnych do pacjentów, lekarzy rodzinnych, motywowaniu kardiologów interwencyjnych, kardiochirurgów, angażowaniu regionalnych gazet, członków parlamentu, partii politycznych. P. Dendale (Belgia) przedstawił sytuację rehabilitacji kardiologicznej w swoim kraju. W 2006 r. na rehabilitację kardiologiczną przekazano tam 6 mln euro.

Istnieją duże dysproporcje w udziale pacjentów w rehabilitacji. Najczęściej są to pacjenci hospitalizowani oraz mieszkańcy dużych miast. W 2. tygodniu po wypisie ze szpitala w rehabilitacji bierze udział 50% pacjentów, a w 6. tygodniu po opuszczeniu szpitala odsetek ten zmniejsza się do 25%. Czynniki wpływające na udział w rehabilitacji są wiek, płeć, powrót do pracy, odległość miejsca zamieszkania od ośrodka rehabilitacyjnego, nawet posiadanie prawa jazdy, ponadto wartość indeksu masy ciała (BMI), a przede wszystkim motywacja pacjenta. Sposobem na rozwiązanie tego problemu mogłyby być: częściowy powrót do pracy, dłużej otwarte ośrodki rehabilitacyjne, informacja dla pacjenta o korzyściach wynikających z rehabilitacji oraz zaangażowanie lekarza prowadzącego. Aby rehabilitacja była efektywna, musi mieć wysoką jakość. Zarówno przedstawiciele Anglii, jak i Belgii mówili o konieczności kontroli jakości procedur rehabilitacyjnych oraz o audytach ośrodków rehabilitacyjnych.

Kardiochirurg J.L. Vallejo (Hiszpania) stwierdził, że zwiększenie liczby pacjentów kierowanych na rehabilitację po zabiegach operacyjnych można by osiągnąć poprzez przedoperacyjną fizjoterapię. Wtedy chirurg będzie pamiętał, żeby po operacji kierować pacjentów do dalszej rehabilitacji.

Znając liczne pewne, kliniczne potwierdzenia efektywności rehabilitacji, N. Oldridge omówił stronę ekonomiczną wdrażania rehabilitacji kardiologicznej. Na podstawie dotychczas niepublikowanej metaanalizy 115 badań, w których uwzględniano koszty rehabilitacji w odniesieniu do korzyści, ustalono, że w większości grup pacjentów rehabilitacja kardiologiczna wydaje się ekonomicznie uzasadniona. Autor zwrócił jednak uwagę, że głównym celem prac poddanych retrospektywnej analizie nie była ocena ekonomiczna, nie stosowano w nich nowych rygorystycznych technik analizy kosztów i efektów, co utrudnia jednoznaczną ocenę.

Rehabilitacja a rokowanie

Jedna z sesji była poświęcona odległym efektom rehabilitacji. W. Benzer (Austria) zastanawiał się, czy krótkoterminowa rehabilitacja może wpłynąć na długoletnie przeżycie chorych. Przedstawił metaanalizę 21 badań dotyczącą 4000 pacjentów objętych rehabilitacją w latach 1970–1980. Udział w rehabilitacji spowodował 25% redukcję śmiertelności ogólnej. Natomiast metaanaliza 48 badań obejmująca 8440 pacjentów z niewydolnością serca poddanych rehabilitacji wykazała redukcję śmiertelności całkowitej o 20%, sercowej o 26% i redukcję zawałów o 23%. W. Benzer podkreślił, że najważniejszą składową rehabilitacji kardiologicznej jest trening fizyczny. To właśnie ćwiczenia fizyczne mają wpływ na długoterminową przeżywalność chorych. Im dłużej trwa taka rehabilitacja, tym większe są korzyści, gdyż wydolność fizyczna jest niezależnym czynnikiem przeżywalności. P. Giannuzi (Włochy) przedstawił wyniki badania GOSPEL. Do badania włączono 3200 pacjentów do 3 mies. po zawale serca randomizowanych do grupy badanej (modyfikacja stylu życia, zmiana nawyków żywieniowych, aktywność fizyczna, systematyczne przyjmowanie leków: aspiryny, statyn, beta-blokerów i inhibitorów konwertazy angiotensyny) oraz do grupy kontrolnej (objętych standardową opieką). Punktem końcowym było określenie śmiertelności. Okres obserwacji trwał 1198 ± 308 dni. W grupie badanej wykazano 20,5% redukcję śmiertelności. Pomimo braku różnic istotnych statystycznie grupa badana odniosła większe korzyści.

D. Hansen (Belgia) porównał efekty rehabilitacji pacjentów po pomostowaniu aortalno-wieńcowym (CABG) i przezskórnej angioplastyce wieńcowej (PCI). Punktem końcowym było występowanie zawałów i zgonów z przyczyn sercowych. Badaniami objęto 238 pacjentów po CABG i 439 po PCI. Okres obserwacji trwał 2 lata. W obu grupach badanych w porównaniu z grupą kontrolną uzyskano istotną redukcję liczby zawałów i zgonów. Jednak gdy porównano obie grupy badane (po CABG i PCI), okazało się, że lepsze wyniki uzyskali pacjenci po CABG, być może dlatego, iż pacjenci ci poczynili większe zmiany w stylu życia.

Rehabilitacja w niewydolności serca

W sesjach poświęconych rehabilitacji kardiologicznej duża część prezentowanych prac dotyczyła oceny treningu pacjentów z niewydolnością serca. Wobec zmian demograficznych i epidemiologicznych zachodzących w krajach Europy Zachodniej, zwrócono uwagę na problemy wynikające z podeszłego wieku chorych z niewydolnością serca. Związane z wiekiem ograniczenie tolerancji wysiłku, utrata masy mięśni i większa ich męczliwość, a także zwiększony katabolizm, które to objawy nasilają się w związku ze współistnieniem niewydolności serca, ograniczają możliwości wprowadzania regularnego treningu fizycznego. Równocześnie wiadomo, że odpowiednio dobrany trening w tej grupie chorych hamuje skutki starzenia i niewydolności serca.

Niezwykle interesujące były też sesje edukacyjne poświęcone znaczeniu badania ergospirometrycznego w diagnostyce, ocenie rokowania i rehabilitacji pacjentów z niewydolnością serca. Zwrócono uwagę na to, że oprócz parametrów dotychczas uznanych za rokowniczo istotne, takich jak $VO_{2\max}$, AT, maksymalne obciążenie w czasie testu, niezwykle ważne uzupełniające znaczenie prognostyczne mają częstość rytmu serca po wysiłku (HRR), VE/VCO_2 , występowanie powysiłkowych zaburzeń rytmu czy wartości spoczynkowego i wysiłkowego ciśnienia tętniczego.

Obrady zakończono zaproszeniem na kolejny Kongres Europevent, który w roku 2008 odbędzie się w Paryżu.