

616.127-005.4-084:356.33:312.6:355.332

**PROBLEMATIKA SEKUNDÁRNÍ A TERCIÁRNÍ PREVENCE U NEMOCNÝCH
S ISCHEMICKOU CHOROBOU SRDEČNÍ**

Plk. doc. MUDr. J. KVĚTENSKÝ, CSc., mjr. MUDr. D. BESTVINA, plk. MUDr. VI. PLCH,
plk. MUDr. D. MUDROŇ

Interní oddělení vojenské nemocnice SNP v Ružomberku

(náčelník: plk. doc. MUDr. J. Květenský, CSc.)

Rehabilitační oddělení vojenské nemocnice SNP v Ružomberku

(náčelník: plk. MUDr. VI. Plch)

Psychologické oddělení vojenské nemocnice SNP v Ružomberku

(náčelník: plk. MUDr. D. Mudroň)

Ischemická choroba srdeční (dále ICHS) představuje v současné době v našem státě závažný zdravotnický a společenský problém.

ICHS zaujímá přední místo mezi příčinami úmrtí, která přicházejí často naprosto neočekávaně. Stále častěji můžeme pozorovat vý-

skyt tohoto onemocnění i v armádě, a to i u mladších osob a zvláště pak u osob v nejproduktivnějším období. ICHS ovlivňuje vážně život nemocných, protože snižuje jejich pracovní výkonnost a pracovní zařazení.

Pozornost lékařů na celém světě se obrací v současné době v oblasti ICHS na dva hlavní problémy:

1. Na objasnění etiologie.

2. Na komplexní všestranná opatření jak zabránit vzniku choroby a jak u již nemocných či ohrožených přítomností této choroby zajistit komplexní opatření jak zdravotnická, tak sociální, ekonomická, pracovní a další pro zamezení postupu onemocnění. Hlavní metodou boje proti ICHS jsou preventivní opatření.

XV. sjezd KSČ obrátil svoji pozornost i ke zdravotnictví a uložil řešení některých problémů, které byly zahrnuty do oblasti celospolečenských zdravotnických programů. Postupným plněním těchto programů i programů XVI. sjezdu KSČ se má dosáhnout příznivého ovlivnění zdravotního stavu našeho obyvatelstva. Mezi hlavní úkoly patří boj proti kardiovaskulárním chorobám.

V souladu s celospolečenskými programy zdravotnické péče jsme rozpracovali na teritoriu východního vojenského okruhu plán etapového plnění úkolů v oblasti některých kardiovaskulárních chorob, zvláště ICHS a hypertonické choroby. V první a druhé etapě jsme chtěli získat přehled, kolik skutečně nemocných a ohrožených osob ICHS se nachází v našem vojenském spádu. Výsledky jsme uvedli na odborných fórech [23, 24, 31, 32]. V dalších etapách pak organizujeme opatření v oblasti primární, sekundární i terciární prevence. Vycházíme ze skutečnosti, že jakékoliv akce či konstatování o výskytu ICHS by byly zbytečné, kdyby neměly praktické dopady v opatřeních preventivního i léčebného charakteru.

Na teritoriu našeho okruhu jsme v minulé pětiletce podstatným způsobem pokročili ve zlepšení diagnostické a léčebné činnosti u nemocných s ICHS. Byly zřízeny jednotky intenzivní péče na všech interních odděleních a byly zavedeny moderní diagnostické i léčebné postupy. Přes všechny pokroky v oblasti diagnostické i léčebné si však uvědomujeme, že diagnostika a terapie sama nemůže vyřešit problém vysoké nemocnosti i úmrtnosti na ICHS. Proto jsme si postavili jako prioritní úkol rozpracovat a uvést do života účinná opatření primární, sekundární i terciární prevence.

Prevenci je nutno považovat za základ činnosti pro zachování zdraví lidí. Preventivní opatření se rozděluje do tří skupin:

1. první fáze — primární prevence má zabránit vzniku onemocnění,

2. druhá fáze — sekundární prevence se zaměřuje na zastavení, nebo vyléčení onemocnění,

3. třetí fáze — terciární prevence má za-

bránit negativním následkům, nebo zlepšit negativní následky zdraví porušeného s cílem vrátit postižené osoby do aktivního života společnosti [26].

Ideálem by bylo zanést do života společnosti taková opatření v oblasti primární prevence, aby k vývoji choroby nedocházelo. Tam, kde se podaří v praxi aplikovat účinné metody primární prevence, tam se také podaří snížit výskyt i nemocnost ICHS. Primární prevence však může přinést výsledky za delší dobu, většinou za období několika generací. U primární prevence v oblasti ICHS zatím narážíme na problém etiopatogeneze a na skutečnost, že většina našich občanů, kteří se necítí být nemocní, není ochotna dodržovat zásady primární prevence. Dalším problémem je, že nemocným a ohroženým bychom měli v rámci prevence zajistit taková opatření, jejichž efekt by se ukázal v relativně krátkém časovém údobí. Realizace komplexních zásad primární prevence u ICHS je zatím omezená a jde o záležitost dlouhodobou.

Proto jsme se zaměřili na rozpracování zásad sekundární a terciární prevence s cílem ovlivnit chorobu u již prokazatelně nemocných a u těch, kteří jsou podle určitých kritérií ohroženi přítomností zatím skryté ICHS. Příčinou je v 99 % případů ateroskleróza [9]. Její etiologie není známa. Je však známo, že při jejím vzniku se uplatňují některé rizikové faktory.

Ve sděleních z literatury, která pojednává o výsledcích sekundární prevence u nemocných s ICHS, se hlavní pozornost věnuje dvěma problémům: A. Možnosti ovlivňování rizikových faktorů. B. Problematické dlouhodobé medikamentózní léčby [2, 5, 6].

Největší pozornost se věnuje ovlivňování rizikových faktorů. Poznalo se, že výskyt ICHS je daleko větší u těch osob, u kterých je možno zjistit některé skutečnosti, které nepříznivě zasahují do jejich zdravotního stavu. I když jsou tyto faktory stále podkladem mnoha diskusí, je zřejmé, že kouření, vysoký krevní tlak a poruchy metabolismu tuků jsou hlavními činiteli, které zhoršují jak stav stěny arterií všeobecně, tak i cév koronárních a mají další negativní důsledky na celý organismus. K rizikovým faktorům počítáme řadu dalších skutečností jako: genetické vlohy, tělesnou nadváhu, přítomnost úplavice cukrové, dny, malou fyzickou trénovanost, zdůrazňuje se vliv stressových situací, stav psychiky člověka a další. Dnes se popisuje více jak 50 rizikových faktorů. Tyto faktory není možno považovat za příčinu ICHS. Na základě dlouhodobých pozorování se jen zdůrazňuje, u kterých nemocných je riziko vzniku ICHS vyšší. Opatření sekundární prevence by měla směřovat ke snížení těchto rizik.

Základem sekundární a terciární prevence musí být správné komplexní ovlivňování jednotlivých druhů hypertenze, opatření proti hyperlipidemiím a jiným poruchám metabolismu.

Zvláštní pozornost se věnuje opatřením proti kouření. Je nutné prosadit nové prvky správné výživy s omezením celkového přívodu stravy, ale i jejího složení hlavně v oblasti uhlovodanů a živočišných tuků. Přívod stravy musí být přizpůsoben dennímu výdeji energie. S tím úzce souvisí boj proti tělesné nadváze a opatření k zvýšení tělesné zdatnosti. U nemocných je potřebné zajistit pravidelný a vyrovnaný životní režim s dostatkem možností pro regeneraci psychických a fyzických sil. Otázky významu denních stressových situací jsou předmětem diskusí. Velký význam se při ovlivňování psychiky připisuje typu osobnosti a typu jednání nemocného. Všechny právě vzpomínané skutečnosti jsou na jednotlivých etážích podrobně a vědecky rozpracovávány. Každý problém je podrobně řešen celými týmy pracovníků.

Velká pozornost se věnuje rehabilitačním opatřením a správné zdravotnické výchově nejen nemocných, ale celých pracovních kolektivů.

V oblasti komplexní terapie je nutno zajistit správné a etiologické léčení hypertenze, komplexní léčení úplavice cukrové, hyperlipidemií a dny. Velká pozornost se v současné době věnuje problematické dlouhodobé antikoagulační léčby, dlouhodobému podávání léků ovlivňujících agregační schopnost destiček a podávání léků ze skupiny blokátorů beta-receptorů. Podrobnější rozpracování této problematiky přesahuje rozsah tohoto sdělení.

Hlavní zásady sekundární a terciární prevence lze shrnout do dvou celků:

A. Všeobecné zásady:

1. Boj proti kouření
2. Komplexní ovlivňování hypertenze
3. Prosazování správných výživových zásad
4. Boj proti tělesné nadváze
5. Zajišťování cíleného zvyšování fyzické zdatnosti
6. Ovlivňování pracovního prostředí
7. Prosazování zásad dostatečné regenerace fyzických a psychických sil
8. Psychologické vedení některých nemocných (ovlivňování psychosociálních tenzí, psychická rehabilitace u „A“ typu atd.)
9. Zdravotnická výchova nemocných a ohrožených, ale současně i zdravotnická výchova celé veřejnosti.

B. Speciální zásady:

1. Cílené medikamentózní léčení hypertenze
2. Medikamentózní ovlivňování hyperlipidemií
3. Komplexní léčení úplavice cukrové
4. Léčení dny
5. Individuální podávání antiagregačních léků a antikoagulancií
6. Cílené dlouhodobé podávání beta-blokátorů u některých nemocných
7. Další medikamentózní léčba (nitroglycerin a dlouhodobě působící nitrity, látky ovliv-

ňující vstup kalcia do buněk srdečního svalu atd.)

8. Rehabilitační léčba

9. Lázeňská léčba

10. Posudkové závěry — změny zařazení.

Obě složky — všeobecná i speciální — jsou obsahem dispenzarizace.

Opatření sekundární a terciární prevence mohou někdy značně ovlivnit dosavadní způsob života nemocného. Jde o opatření složitá s celým souborem velmi náročných zásahů, které není schopna zajistit zdravotnická služba sama. Je nutné, aby se na realizaci všech opatření rovnoměrně podílely tři složky: 1. nemocný sám, 2. jeho okolí — v tomto případě hlavně jeho velitelé a nadřízení, spolupracovníci a rodina a 3. zdravotnická služba. Celospolečenské zdravotnické programy může splnit jen celá společnost. Z toho jsme vycházeli při rozpracování dalších etap boje proti ICHS.

Na základě informací, které jsme získali ve skriningovém období, jsme výsledky o počtu nemocných a ohrožených současně s návrhy na praktická preventivní opatření předložili našim velitelským a odborným nadřízeným orgánům. A podařilo se dokázat, že tyto orgány naše návrhy přijaly.

V první řadě jsme považovali za nutné obeznámit širokou vojenskou veřejnost s tím, jaký je v oblasti ICHS skutečný stav na teritoriu VVO s tím, že jsme současně začali prosazovat některé návrhy na konkrétní opatření proti tomuto chorobnému stavu. Proto byly v rámci „Okruhových lékařských dní“ opakovaně svolány aktivity velitelských, politických, kádrových i zdravotnických funkcionářů. Na těchto aktivech jsme řešili problematiku ICHS ve spolupráci zdravotníků a nezdravotníků. Na základě společného návrhu bylo vydáno „Nařízení náčelníka týlu — zástupce velitele okruhu“, kde byly specifikovány preventivní opatření a úlohy v boji proti ICHS. Do života vojenských kolektivů jsou postupně zaváděna opatření proti rizikovým faktorům. Byla rozvíjena široká osvětová kampaň proti kouření s podporou velitelských a politických orgánů. Byla učiněna opatření pro racionální sestavování jídelních lístků. Zásadní změny byly realizovány v oblasti dispenzarizace nejen nemocných a ohrožených s ICHS, ale u všech nemocných s hypertenzí a chorobou a s poruchami metabolismu tuků a cukrů. Prosazujeme, aby se všichni příslušníci velitelského sboru zúčastňovali pravidelně tělesné přípravy. Ve spolupráci s náčelníky zdravotnické služby útvarů byly pro nemocné a ohrožené vypracovány individuální plány jejich vedení při ovlivňování rizikových faktorů. Rozvíjíme širokou kampaň pro zajištění aktivní spolupráce nejen nemocných, ale všech příslušníků armády. U nemocných a ohrožených zajišťujeme moderní dlouhodobé léčebné postupy. Zvláštní pozornost věnujeme preventivní cílené rehabilitační a lázeňské léčbě.

Za úplně nový přístup považujeme realizaci

čtrnáctidenních společných pobytů v nemocnici těch nemocných, kteří jsou podle podrobného vyšetření nejvíce ohroženi. Tato soustředění jsme v roce 1980 uskutečnili již dvě, vždy s počtem 40 nemocných. Po prokonzultování celé akce v IKEM Praha (pracoviště prof. MUDr. Widimského, DrSc.) jsme vypracovali podrobný plán takového soustředění s tím, že cíle jsme globálně stanovili takto:

1. Nemocné chceme podrobně vyšetřit. Zdravotní stav hodnotíme nejen z hlediska somatického, ale i z hlediska jejich fyzické a psychické zdatnosti. Na komplexním vyšetření se zúčastňuje široký tým zahrnující tělocvikáře, tělovýchovného lékaře, internisty, pneumologa, psychologa, rehabilitační pracovníky a lékaře komplementu (laboratorní a RTG oddělení).

2. Na základě vyšetření stanovujeme pro každého nemocného léčebná a rehabilitační individuální opatření, která by měla zlepšit některé nepříznivé ukazatele jeho zdravotního stavu.

3. Nemocné na základě psychologického vyšetření informujeme o pozitivních i negativních rysech jejich osobnosti a začínáme u nich s prováděním autogenního tréninku. Učíme je dále jak zvyšovat tělesnou zdatnost, jak dodržovat zásady správného stravování a přesvědčujeme je o nutnosti osobní zainteresovanosti při odstraňování rizikových faktorů.

4. Po skončení pobytu zpracováváme pro každého nemocného individuálně, spolu s náčelníkem zdravotnické služby jejich útvaru, plán jejich dalšího vedení, léčení i komplexní dispensárních opatření. Tyto plány jsou sledovány a zabezpečovány lékaři útvarů.

5. Kompletním vyšetřením jsme si vytvořili předpoklady pro další sledování nemocných. Všechny dispenzarizujeme.

V dalších sděleních podáme informaci o některých zkušenostech a výsledcích i o metodice vedení takového soustředění.

Naše snažení se setkal s velkým porozuměním všech zúčastněných. Po počátečních pochybnostech a nedůvěře se podařilo dosáhnout zainteresovanosti prakticky všech zúčastněných na ovlivňování svého zdravotního stavu.

Aby však taková akce nebyla jednorázová, přistoupili jsme k dalším opatřením. Chceme dosáhnout určité kontinuity při dodržování všech zásad sekundární a terciární prevence u nemocných i v jejich denním životě. V každé posádce chceme založit „Kluby prevence ICHS“. Nemocné chceme alespoň 1krát za týden soustřeďovat ve služební době věnované na služební tělesnou přípravu. V této době budeme ve spolupráci s tělovýchovnými náčelníky a funkcionáři zdravotnické služby vést nemocné a ohrožené k provádění cíleně tělesné přípravy, k společné turistice i k zabezpečení rehabilitačních opatření. Současně chceme pro ně zajistit i pravidelné kontroly zdravotního stavu před a po námaze. Budeme pokračovat v cílené zdravotnické osvětě a výchově. Chtěli

bychom u některých útvarů zajistit přípravu speciální stravy. Domníváme se, že právě takové dlouhodobé cílené akce mohou přispět ke zlepšování zdravotního stavu nemocných. Sledování se mohou sami kontrolovat, získávají jistotu, co si mohou dovolit. Je samozřejmé, že narážíme na některé problémy, ty však musíme překonat. Hodnocení výsledků si ještě nedovolujeme provést pro krátkou dobu sledování.

Všechny jmenované akce vyžadují mnoho práce, mnoho pochopení od spolupracovníků, velitelských orgánů, ale i osobní zainteresovanost a aktivitu těch, kterých se preventivní opatření týkají.

Nejsme idealisty v tom, že se nám podaří všechny stanovené cíle beze zbytku splnit. Ale již první výsledky nás naplňují optimismem. Jsme přesvědčeni, že někde a nějak začít musíme a že jedině komplexní preventivní opatření mohou přinést konkrétní pozitivní výsledky v boji proti tak časté a tak zákeřné chorobě, jakou je dnes ischemická choroba srdeční.

Naším cílem je snížit incidenci ICHS a jejích komplikací. A to ještě pro tuto generaci. Tak chceme přispět k plnění celospolečenských programů, stanovených KSČ a zvýšit zdravotní stav příslušníků armády, což má základní význam pro plnění náročných úloh bojové připravenosti armády.

Souhrn

Správně prováděné zásady sekundární a terciární prevence u nemocných s ischemickou chorobou srdeční mohou ovlivnit prognózu a příznivý vývoj choroby. Preventivní opatření musí být komplexní, se zaměřením na přímé ovlivňování rizikových faktorů. Ve sdělení jsou diskutovány všeobecné zásady sekundární a terciární prevence u ischemické choroby srdce a vlastní zkušenosti s cílenými, postupně etapově prováděnými opatřeními u nemocných na teritoriu vojenské nemocnice SNP v Ružomberku.

Literatura

1. Blažej, V. - Závada, M. - Müller, J. - Vykydal, V. - Artnér, P. - Žurková, M. - Vaněk, J.: Vzájemná korelace rizikových faktorů ischemické choroby u osob po infarktu myokardu. Čas. Lék. čes., 118, 1979, č. 52, s. 1620—1624.
2. Buhr, J. - Schütz, J.: Diabetes mellitus und koronäre Herzkrankung-gemeinsame Probleme bei der Langzeitbetreuung. Z. ges. inn. Med., 34, 1979, č. 2, s. 82—86.
3. Conrad, E. - Schönberger, H.: Modellstudie Brandenburg 74: Das Herz-Kreislauf-Programm. Z. ges. inn. Med., 35, 1980, č. 15, s. 605—610.
4. Čeřovská, J.: Ischemická choroba srdeční a tělesná stavba. Čas. Lék. čes., 119, 1980, č. 20—21, s. 593 až 596.
5. Doyle, J. T.: Cigarette smoking and Coronary Heart Disease Combined Experience of the Albany and Framingham Study. N. Engl. J. Med., 226, 1962, č. 16, s. 796—800.

6. Epstein, F. H.: A risk factor in coronary heart disease. *Circulation*, 36, 1967, s. 609–619.
7. Epstein, F. H.: Rizikové faktory ischemické choroby srdeční — mechanismus arteriosklerosy a perspektivy prevence. *Kardio '78*, 4, 1978, č. 2, s. 1–10.
8. Fejfar, Z. - Piša, Z.: Ischemická choroba srdeční. Prognosa, léčení, rehabilitace a prevence. *Čas. Lék. čes.*, 109, 1970, č. 23, s. 505–510.
9. Fejfar, Z. - Přerovský, I. aj.: Patofyziologie krevního oběhu. Praha, Avicenum 1980, s. 431.
10. Geizerová, H. aj.: Some risk Factor of ischemic Heart Disease in Prague Mall Population. *Cor Vasa*, 17, 1975, č. 2, s. 81–83.
11. Geizerová, H. aj.: Primární prevence ischemické choroby srdeční kloblířem. Kooperativní epidemiologická studie. *Čas. Lék. čes.*, 118, 1979, č. 15, s. 449–453.
12. Günther, K. H.: Hypertone Herzkrankheit-Bedeutung, Einteilung und präventive Beeinflussung. *Dtsch. Gesund.-Wesen*, 35, 1980, č. 49, s. 1961–1964.
13. Gvozdják, J. - Gvozdjaková, A.: Srdcový sval. Martin, Osveta 1980, s. 331.
14. Hejhal, L. - Fabián, J.: Zaměření a řešení výzkumu ischemické choroby srdeční u nás. *Vnitř. Lék.*, 24, 1978, č. 6, s. 524–528.
15. Hoffmann, P. - Förster, W.: Zur Bedeutung einer an polyungesättigten Fetten reichen Ernährung für die Prävention und Therapie von Herz-Kreislauf-Krankheiten. *Dtsch. Gesundh.-Wesen*, 35, 1980, č. 50, s. 2001–2011.
16. Hurych, J.: Program kontroly ischemické choroby srdeční. *Vnitř. Lék.*, 24, 1978, č. 6, s. 521–523.
17. Jelínek, J. - Kylišek, V.: Výskyt ischemické choroby srdeční a rizikových faktorů. *Prakt. Lék.*, 57, 1977, č. 14, s. 527–530.
18. Klose, G. - Greten, H.: Schützt HDL-Cholesterin vor Herzinfarkt? *Med. Klin.*, 75, 1980, č. 2, s. 30–35.
19. Kolesár, J. - Strelková, V. - Ratajová, V. - Butyková, E. - Dukát, A. - Gavorník, P.: Niektoré rizikové činitele ischemickej choroby srdca vo vzorke mužskej časti bratislavského obyvateľstva. *Vnitř. Lék.*, 26, 1980, č. 12, s. 1150–1156.
20. Kollár, J. - Koleják, J. - Mojžíšová, D. - Ondíková, H. - Šefara, P.: Diabetes mellitus, obezita a prevalencia ischemickej choroby srdca vo vidieckej lokalite. *Čas. Lék. čes.*, 119, 1980, č. 29–30, s. 804 až 806.
21. Kozák, J.: Kouření, nebo zdraví — vyber si. *Prakt. Lék.*, 60, 1980, č. 7–8, s. 241–243.
22. Kvapilík, J.: Kouření a tělesná kultura. *Prakt. Lék.*, 60, 1980, č. 7–8, s. 261–262.
23. Květenský, J.: Důležitost spolupráce velitelských a zdravotnických orgánů při uskutečňování preventivních a dalších opatření u osob s ischemickou chorobou srdeční. *Voj. zdrav. Listy*, 48, 1979, č. 5, s. 180–182.
24. Landsmann, L.: Ekonomické problémy zdravotnictví a jeho řízení. Praha, Avicenum 1978, s. 158.
25. Macúch, P.: Zasedání komise expertů světové zdravotnické organizace pro kontrolu kouření. *Prakt. Lék.*, 60, 1980, č. 7–8, s. 246–247.
26. Makovický, E. aj.: Sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva. Martin, Osveta 1978, s. 749.
27. Marmot, M. G.: Epidemiological basis for the prevention of coronary heart disease. *Bull. Wld. Hlth.* 121, 1979, č. 38, s. 1211–1218.
28. Marshall, M.: Atherogenese. *Munch. med. Wschr., Org.*, 57, 1979, s. 3, s. 341–347.
29. Melichar, J. - Kubelková, J.: Zkušenosti z táborevého soustředění nemocných po infarktu myokardu. *Prakt. Lék.*, 61, 1981, č. 1, s. 19–22.
30. Oelz, O.: Wirkungsmechanismus und klinische Indikationen der Thrombozytenaggregationshemmer. *Schweiz. med. Wschr.*, 109, 1979, č. 10, s. 348–353.
31. Pavlík, L. - Kmec, J. - Květenský, J.: Význam screeningu rizikových faktorů ischemické choroby srdce u vojaků z povolání u velkého organizačního celku. *Voj. zdrav. Listy*, 43, 1974, č. 5, s. 177–179.
32. Pavlík, L. - Květenský, J. - Kepič Š. - Klust, V.: Dílčí výsledky 2. fáze screeningu ICHS u vojenských osob z povolání v závislosti na rizikových faktorech ICHS. Referát na 22. konferenci vojenských internistů, Špindlerův Mlýn 1975.
33. Pavlík, L.: Problematika ovplyvňovania rizikových faktorů ischemické choroby srdce v podmienkach ČSĽA. *Voj. zdrav. Listy*, 48, 1979, č. 5, s. 177–180.
34. Piša, Z.: Prevence ICHS [Metodologie multifaktoriálních studií]. *Čas. Lék. čes.*, 112, 1973, č. 43, s. 1337–1340.
35. Piša, Z. - Uemura, K.: Změny úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění v letech 1968–1977. *Čas. Lék. čes.*, 120, 1981, č. 11, s. 308–311.
36. Puchmayer, V. - Schoop, W. - Jacob, E. - Bulvas, M. - Vanderbeke, O.: Kouření — jeden z rizikových činitelů pro vznik uzávěrové choroby. *Vnitř. Lék.*, 52, 1979, č. 3, s. 225–234.
37. Reiniš, Z. aj.: Rizikové faktory ischemické choroby srdce. *Vnitř. Lék.*, 18, 1972, č. 1, s. 9–17.
38. Reiniš, Z. aj.: Ischemická choroba srdce u mužů v průmyslové a zemědělské oblasti. *Vnitř. Lék.*, 1973, č. 12, s. 1180–1187.
39. Reiniš, Z.: Náklonnost k ischemické srdeční chorobě a testování závažnosti rizikových faktorů. *Čas. Lék. čes.*, 113, 1974, č. 4, s. 116–123.
40. Reiniš, Z. aj.: Epidemiologie ischemické choroby srdce u zemědělské a průmyslové populace. Praha, Avicenum 1977, Thomayerova sbírka 476, s. 135.
41. Reiniš, Z. aj.: Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdce a dolních končetin u zaměstnanců automobilových závodů. *Čas. Lék. čes.*, 118, 1979, č. 45, s. 1361–1366.
42. Rosenman, R. H. - Chesney, M. A.: The relationship of type A behavior pattern to coronary heart disease. *Activ. nerv. sup. (Praha)*, 22, 1980, č. 1, s. 1–45.
43. Rosenman, R. H. - Chesney, M. A.: Styl chování typu „A“ a výskyt ischemické choroby srdeční. *Čas. Lék. čes.*, 120, 1981, č. 3–4, s. 79–84.
44. Schoop, W.: Risikofaktorenprofil verschiedener Gefäßprovinzen. *Therapiewoche*, 26, 1976, č. 4, s. 484–488.
45. Slabý, A.: Meziodborová spolupráce při intervenci psychofysiologických rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. *Čas. Lék. čes.*, 120, 1981, č. 10, s. 293–294.
46. Suchan, J.: Kuřáctví v armádě. *Prakt. Lék.*, 60, 1980, č. 7–8, s. 264.
47. Šrámek, J. - Vacek, M.: Rizikové faktory u železničářů. *Prakt. Lék.*, 60, 1980, č. 18–19, s. 659–665.
48. Štec, J.: Dispenzarizácia — jej prítomnosť a budúcnosť. *Čs. zdravotníctví*, 28, 1980, č. 11, s. 470–475.
49. Tiefenbach, J.: Prevence ischemické choroby srdeční v praxi. *Prakt. Lék.*, 56, 1976, č. 5, s. 168–171.
50. Tiefenbach, J.: Srdce u otlosti. *Prakt. Lék.*, 59, 1979, č. 12, s. 443–446.
51. Winkelvoss, E.: Risikofaktor Adipositas. *Z. ärzt. Fortbild.*, 70, 1976, s. 273–278.

Klíčová slova: ICHS; Sekundární a terciární prevence