

Arkadiusz Pietrasik, Marta Starczewska, Katarzyna Nita, Rafał Szulczyk,
Krzysztof J. Filipiak, Grzegorz Opolski

I Katedra i Klinika Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie

Standard podstawowej opieki kardiologicznej w zakresie prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w warunkach ambulatoryjnych — doniesienie wstępne programu POLKARD-SPOK

W pracy przedstawiono wstępne wyniki drugiej edycji badania POLKARD-SPOK (Standard Podstawowej Opieki Kardiologicznej), którego celem jest ocena opieki kardiologicznej w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Badaną populację stanowili chorzy z grupy wysokiego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w perspektywie kolejnych 10 lat, wyselekcjonowani według kryteriów *Systematic Coronary Risk Evaluation* (SCORE), zalecanych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC, *European Society of Cardiology*). Przedstawiono dane pochodzące z 6827 ankiet przeprowadzonych w reprezentatywnej, wybranej losowo próbie 314 lekarzy POZ. Spośród ankietowanych 80,3% stanowili pacjenci z udokumentowaną chorobą niedokrwienną serca lub innym stanem uznawanym za ekwiwalent ryzyka. Pozostałe 19,7% stanowili pacjenci z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka, bez jawnych klinicznie cech choroby niedokrwiennej serca. Oszacowana wartość ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w perspektywie 10 lat w badanej populacji wyniosła 6,9%. Wstępna analiza da-

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski
I Katedra i Klinika Kardiologii
Akademii Medycznej
ul. Banacha 1a, 02–097 Warszawa
tel. (0 22) 659 76 34
e-mail: grzegorz.opolski@amwaw.edu.pl

nym, pochodzących z drugiej edycji programu POLKARD-SPOK, potwierdza znaczną częstość poddających się modyfikacji czynników ryzyka wśród pacjentów zagrożonych wysokim ryzykiem zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, określonego według kryteriów SCORE. Wdrożenie zasad profilaktyki kardiologicznej przez lekarzy POZ u tych chorych ma zasadnicze znaczenie w obniżaniu zarówno śmiertelności, jak i zapadalności na choroby układu sercowo-naczyniowego.

Słowa kluczowe: standard podstawowej opieki kardiologicznej, skala ryzyka SCORE, POLKARD-SPOK

WSTĘP

Od wielu lat choroby układu sercowo-naczyniowego należą do najczęściej występujących schorzeń, stanowiąc główne zagrożenie zdrowia Polaków. W 2000 roku były one przyczyną 48% wszystkich zgonów, z których prawie co piąty dotyczył chorych poniżej 65. roku życia. W skali kraju oznacza to około 200 000 zgonów w ciągu roku w grupie osób potencjalnie czynnych zawodowo. Tak duża częstość chorób układu sercowo-naczyniowego, mimo znajomości czynników ryzyka oraz możliwości modyfikacji wielu z nich, nadal pozostaje istotnym i nierozwiązanym problemem.

Niewątpliwie, jednym z ważniejszych dylematów współczesnej kardiologii jest kompleksowa prewencja choroby niedokrwiennej serca, obejmująca wczesne wykrywanie i leczenie nadciśnienia tętniczego, badania przesiewowe w kierunku cukrzycy i zaburzeń metabolicznych, a także skuteczną farmakoterapię, a przede wszystkim — eliminację czynników ryzyka w celu zapobiegania kolejnym zawałom serca [1–7].

Program POLKARD-SPOK (Standard Podstawowej Opieki Kardiologicznej) to badanie realizowane w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD, którego celem jest ocena modelu opieki kardiologicznej w Polsce w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Poniżej zaprezentowano wstępne analizy danych uzyskanych w ramach drugiej edycji badania POLKARD-SPOK.

METODYKA

Dla potrzeb programu opracowano skierowaną do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej ankietę, w której zamieszczono zagadnienia dotyczące oceny czynników ryzyka, stosowanej profilaktyki oraz sposobów leczenia pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Schemat doboru próby

Zastosowany schemat doboru lekarzy był procedurą wielostopniową zaplanowaną tak, aby dać ogólnopolską, reprezentatywną próbę losową lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

W tym celu zastosowano schemat losowania warstwowego, trójstopniowego. Jednostkami losowania I stopnia były zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ), jednostkami losowania II stopnia byli lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast w III stopniu losowania dobierano pacjentów zgłaszających się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zatrudnionych w wylosowanych uprzednio zakładach opieki zdrowotnej.

Losowanie próby I stopnia

Pierwszy etap był losowaniem warstwowym i systematycznym. W tym celu utworzono 16 warstw terytorialnych odpowiadających 16 województwom.

Operatem losowania na tym etapie doboru próby był zbiór zakładów opieki zdrowotnej (dostępny na stronie internetowej www.rejestrzoz.gov.pl). Losowa-

nie placówek odbyło się niezależnie w każdym województwie w taki sposób, aby liczba lekarzy była proporcjonalna do frakcji ludności, jaką dane województwo stanowi w populacji.

Ostatecznie wylosowano 200 zakładów opieki zdrowotnej.

Losowanie próby II stopnia

W II etapie losowania operatem była lista lekarzy zakładu opieki zdrowotnej w wylosowanych placówkach. Dobór na tym etapie polegał na losowaniu 400 lekarzy, bez zwracania, to znaczy dany lekarz mógł pojawić się w próbie tylko jeden raz. Losowanie miało charakter systematyczny, przy czym w każdej z placówek POZ wylosowano 2 lekarzy.

Losowanie próby III stopnia

W III etapie losowania operatem była lista pacjentów, zgłaszających się z problemami kardiologicznymi, spełniających kryteria włączenia. Przyjęto, że do badania zostanie włączony pierwszy chory spełniający kryteria włączenia, zgłaszający się danego dnia do lekarza.

Kryteria włączenia

Do badania włączono pacjentów z rozpoznaną chorobą układu sercowo-naczyniowego lub bez objawów z wysokim ryzykiem wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego — zgodnie ze stratyfikacją ryzyka według klasyfikacji SCORE (*Systematic COronary Risk Evaluation*).

W klasyfikacji SCORE za pacjentów charakteryzujących się wysokim ryzykiem uważa się osoby, u których prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu kolejnych 10 lat wynosi 5% lub więcej. Ryzyko to ocenia się, uwzględniając płeć, wiek, wartości skurczowego ciśnienia tętniczego oraz stężenia cholesterolu całkowitego, a ponadto fakt palenia tytoniu. Wymienionym parametrom przyporządkowane są odpowiednie wartości zamieszczone w tabeli stratyfikacji ryzyka SCORE. Za pacjentów z grupy wysokiego ryzyka według klasyfikacji SCORE uznano także chorych z co najmniej jednym z poniższych czynników ryzyka:

- stężenie cholesterolu całkowitego ≥ 320 mg/dl (≥ 8 mmol/l);
- stężenie cholesterolu frakcji LDL ≥ 240 mg/dl (≥ 6 mmol/l);
- wartość skurczowego ciśnienia tętniczego ≥ 180 mm Hg i jednocześnie rozkurczowego ciśnienia tętniczego ≥ 110 mm Hg;
- cukrzyca typu 2;
- cukrzyca typu 1 z towarzyszącą mikroalbuminurią.

WYNIKI

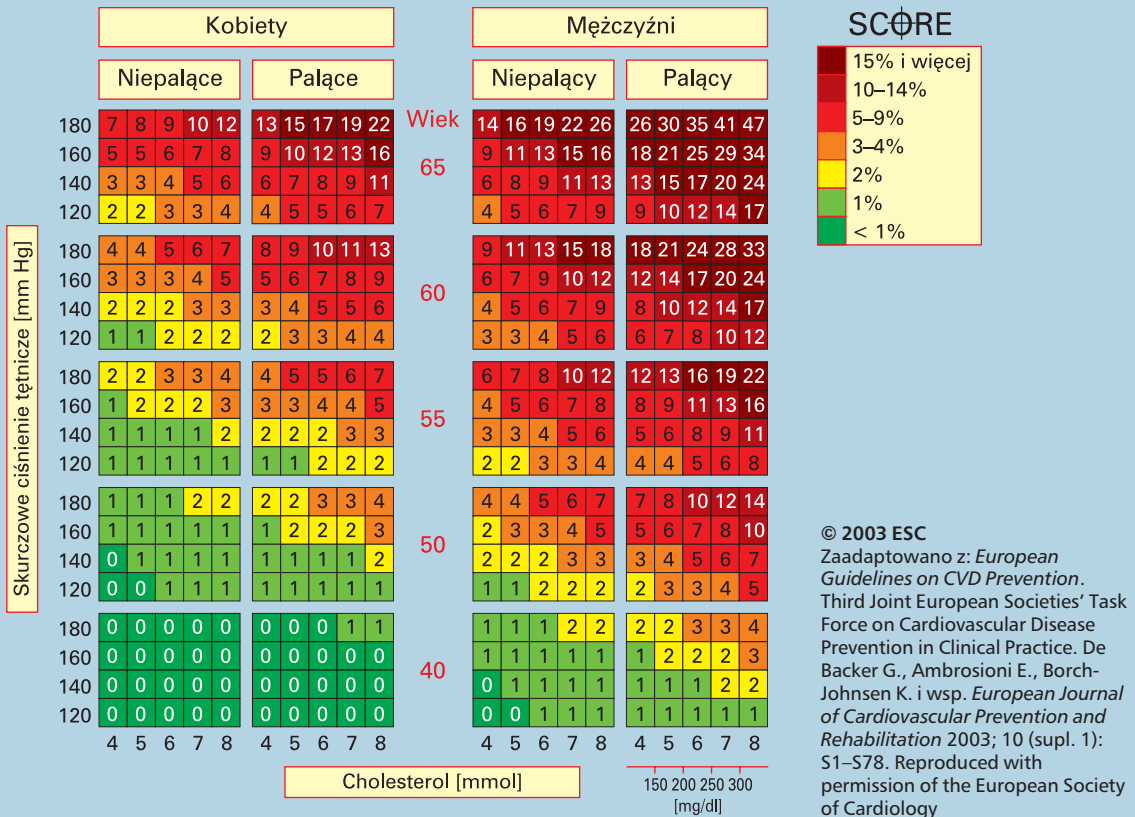
Przedstawione poniżej dane charakteryzują reprezentatywną, losowo wybraną próbę 314 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy wypełnili ankiety dla 7070 pacjentów. Do dalszej analizy wykorzystano informacje pochodzące z 6827 ankiet z prawidłowo określonymi kryteriami włączenia. Ze względów technicznych odrzucono dane dotyczące 243 osób.

Badaną populację utworzyli chorzy z grupy wysokiego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w perspektywie kolejnych 10 lat, których wyselekcjonowano według kryteriów SCORE zalecanych przez *European Society of Cardiology* (ESC). Spośród pacjentów z prawidłowo określonymi kryteriami włączenia 80,3% stanowiły osoby z udokumentowaną chorobą niedokrwinną serca lub innym stanem chorobowym stanowiącym ekwiwalent ryzyka jak w chorobie niedokrwiennej serca. Pozostałe 19,7% stanowili pacjenci zagrożeni czynnikami ryzyka, bez jawnych klinicznie cech choroby niedokrwiennej serca. W tabelach 2 i 3 przedstawiono częstość kryteriów, na podstawie których włączano chorych do badania POLKARD-SPOK.

Dane demograficzne

Średnia wieku badanej populacji wynosiła 62,5 roku ($\pm 10,9$); prawie 48,1% (3282 osób) stanowili mężczyźni. Spośród badanych 41,7% osób stanowiła ludność wiejska. Pozostałe 58,3% przypadało na ludność miejską, z czego blisko połowę stanowili mieszkańcy aglomeracji powyżej 100 000 mieszkańców. Spośród osób zgłaszających się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej 48,74% pacjentów pod względem statusu zawodowego stanowili emeryci. Odsetek chorych czynnych zawodowo wynosił 14,82%.

Tabela 1. Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w okresie 10 lat w regionach Europy uznanych za obszary dużego ryzyka; ocena na podstawie płci, wieku, wartości ciśnienia skurczowego, stosunku stężeń cholesterolu całkowitego do cholesterolu frakcji LDL i palenia tytoniu



Interpretacja wyników

W celu oceny ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych u danej osoby w ciągu 10 lat, należy odnaleźć odpowiednią część tabeli w odniesieniu do płci, faktu palenia lub niepalenia tytoniu oraz wieku tej osoby. Następnie należy wyszukać w tabeli miejsce, w którym podane wartości ciśnienia skurczowego (w mm Hg) są najbliższe wartościom rzeczywiście występującym u badanej osoby, a także odnaleźć faktyczne wartości stężenia cholesterolu całkowitego (w mmol/l lub w mg/dl).

Wpływ długoletniego działania czynników ryzyka występujących u danej osoby można ocenić, podążając pionowo w górę tabeli. Może to być przydatne szczególnie w ocenie ryzyka u osób młodych.

Osoby charakteryzujące się niskim ryzykiem powinny uzyskać informację o tym, jak utrzymać ten poziom ryzyka w kolejnych latach. Szczególnej uwagi wymagają osoby, w wypadku których ryzyko wynosi 5% lub więcej oraz osoby, które znajdują się w tym przedziale ryzyka, osiągnąwszy wiek średni.

Aby określić względne ryzyko u danej osoby, należy porównać otrzymaną wartość z ryzykiem odnoszącym się do osoby niepalącej, tej samej płci i wieku, u której wartości ciśnienia są niższe od 140/90 mm Hg, a stężenie cholesterolu całkowitego jest niższe od 5 mmol/l (190 mg/dl).

Tabelę można także wykorzystać do wskazania, jakie zmiany kategorii ryzyka wynikną z ograniczenia poszczególnych czynników ryzyka u danej osoby — na przykład, w jakim stopniu ryzyko się zmniejszy w związku z zaprzestaniem palenia tytoniu.

Uwaga!

Całkowite ryzyko sercowo-naczyniowe może być wyższe niż wynik wskazany w tabeli SCORE w następujących przypadkach:

- jeżeli wiek danej osoby jest bliski wiekowi z następnej kategorii;
- u osób bez objawów, u których stwierdzono miażdżycę (metodami tomografii komputerowej lub ultrasonografii);
- u osób z rodzinnym występowaniem przedwczesnych chorób układu sercowo-naczyniowego;
- u osób z niskim stężeniem cholesterolu frakcji HDL, zwiększonym stężeniem triglicerydów, upośledzoną tolerancją glukozy, a także z podwyższonymi stężeniami: białka C-reaktywnego, fibrynogenu, homocysteiny, apolipoproteiny B lub lipoproteiny (a);
- u osób otyłych i osób prowadzących siedzący tryb życia.

Tabela 2. Względna częstość występowania poszczególnych kryteriów włączenia do badania POLKARD-SPOK w populacji pacjentów z udokumentowaną chorobą niedokrwienną serca (IHD) lub innym stanem uznawanym za ekwiwalent ryzyka IHD

Udokumentowana IHD lub inny stan uznawany za ekwiwalent ryzyka IHD	Odsetek pacjentów
Ostry zawał serca	1,6
Zawał serca przebyty w ciągu ostatnich 3 miesięcy	3,3
Zawał serca przebyty ponad 3 miesiące temu	30,8
Stabilna IHD	93,0
Niewydolność serca	70,1
Przebyte pomostowanie aortalno-wieńcowe	7,0
Angioplastyka wieńcowa w wywiadzie	8,1
Przebyty udar mózgu	9,1
Przemijające zaburzenia krążenia mózgowego	17,3
Choroba naczyń obwodowych	9,1

IHD (*ischemic heart disease*) — choroba niedokrwienna serca

Tabela 3. Względna częstość występowania poszczególnych kryteriów włączenia do badania POLKARD-SPOK w populacji pacjentów bez objawów chorób układu sercowo-naczyniowego, lecz zagrożonych wysokim ryzykiem zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych

Pacjenci bez objawów — prewencja pierwotna	Odsetek pacjentów*
10-letnie ryzyko zgonu wg SCORE \geq 5%	30,6
Stężenie cholesterolu całkowitego \geq 320 mg/dl	19,8
Stężenie cholesterolu frakcji LDL \geq 240 mg/dl	10,9
Ciśnienie skurczowe \geq 180 mm Hg i jednocześnie rozkurczowe \geq 110 mm Hg	47,1
Cukrzyca typu 1 z towarzyszącą mikroalbuminurią	2,0
Cukrzyca typu 2	40,5

*Dotyczy tylko prewencji pierwotnej; SCORE — *Systematic COronary Risk Evaluation*

Czynniki ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych

W tabeli 4 przedstawiono charakterystykę kliniczną pacjentów pod względem czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Spośród ocenianych czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych częstość nadciśnienia tętniczego wynosiła 64,3%. Rozkład wartości ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 4. Charakterystyka kliniczna pacjentów poddanych badaniu POLKARD-SPOK

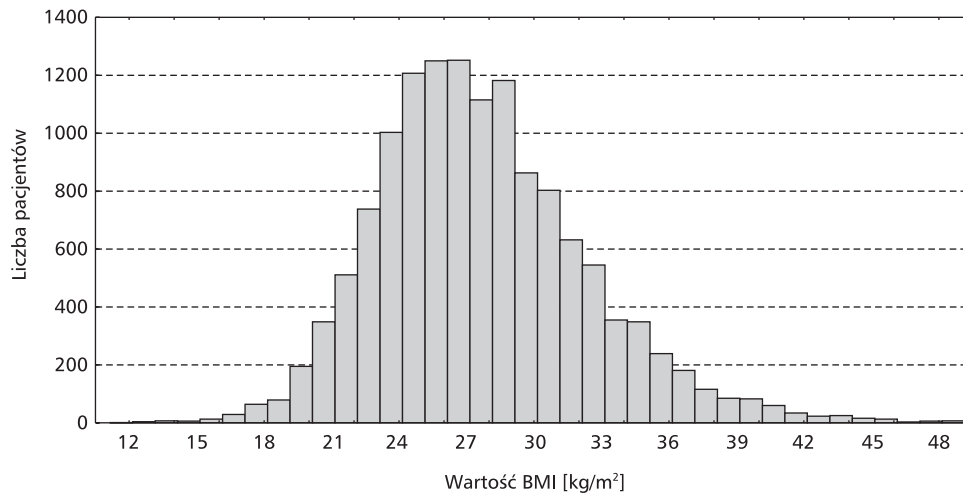
Czynnik ryzyka	Odsetek pacjentów
Nadciśnienie tętnicze	64,3
Dyslipidemia	49,2
Cukrzyca	25,3
Przemijające zaburzenia krążenia mózgowego	13,9
Udar mózgu	8,6
• krwotoczny	10,0
• niedokrwienny	60,5
• nieokreślonego typu	29,5
Choroby tętnic obwodowych	8,1
Niewydolność nerek	2,2

Tabela 5. Względna częstość występowania wartości ciśnienia tętniczego

Skurczowe ciśnienie tętnicze [mm Hg]	Odsetek pacjentów
< 125	8,9
125–129	8,4
130–139	18,3
140–159	28,6
160–179	19,8
> 180	15,7
Rozkurczowe ciśnienie tętnicze [mm Hg]	Odsetek pacjentów
< 80	16,3
80–89	38,2
90–99	24,4
> 100	19,4

Blisko połowa pacjentów (49,2%) miała zaburzenia gospodarki lipidowej. Odsetek chorych na cukrzycę, zarówno typu 1, jak i 2 wynosił 25,3%.

Średnia wartość wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) w badanej populacji wyniosła 28,29 kg/m² (\pm 5,04). Odsetek osób z nadwagą definiowaną jako BMI w zakresie 25–30 kg/m² był równy 44%, zaś odsetek osób otyłych (BMI > 30 kg/m²) wynosił 34%. Na rycinie 1 przedstawiono rozkład wartości wskaźnika BMI w populacji chorych poddanych badaniu POLKARD-SPOK.



Rycina 1. Rozkład wartości wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) u chorych poddanych badaniu POLKARD-SPOK

Tabela 6. Kryteria diagnostyczne będące podstawą rozpoznania choroby wieńcowej

Podstawa rozpoznania choroby wieńcowej	Odsetek pacjentów*
Typowy wywiad dolegliwości wieńcowych oraz spoczynkowe badanie EKG	83,8
Dodatni wynik badania scyntygraficznego i/lub echokardiograficzna próba dobutaminowa u osób z typowymi bólami wieńcowymi	1,4
Dodatni wynik testu wysiłkowego z bólami dławicowymi	28,9
Zwężenie tętnicy wieńcowej > 70% w koronarografii	12,6
Przebyty zawał serca	32,5
Angioplastyka wieńcowa lub pomostowanie aortalno-wieńcowe	14,3

*Dotyczy pacjentów z udokumentowaną chorobą wieńcową

Pacjenci z udokumentowaną chorobą wieńcową

Pacjenci z udokumentowaną chorobą wieńcową, czyli osoby spełniające co najmniej jedno z podanych w tabeli 6 kryteriów diagnostycznych, stanowili 77,5% badanej, reprezentatywnej populacji.

Ponad 53% osób z udokumentowaną chorobą wieńcową stanowili pacjenci z dolegliwościami wieńcowymi w wywiadzie od ponad 5 lat. U 84,7% pacjentów stwierdzono chorobę wieńcową z objawami kwalifikującymi do 1 lub 2 klasy według klasyfikacji *Canadian Cardiovascular Society* (CCS) (tab. 7).

Spośród pacjentów z udokumentowaną chorobą wieńcową 2264 osób wymagało doraźnego stosowania

Tabela 7. Klasyfikacja choroby wieńcowej według *Canadian Cardiovascular Society* (CCS)

Klasyfikacja CCS	Odsetek osób z udokumentowaną chorobą wieńcową
CCS 1	36,4
CCS 2	48,4
CCS 3	14,1
CCS 4	1,1

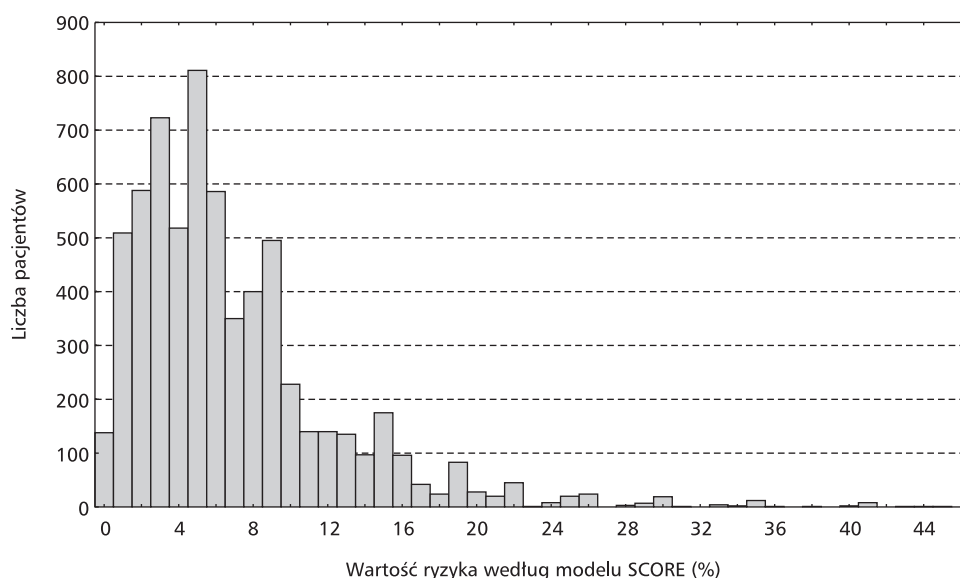
nitrogliceryny z powodu dolegliwości dławicowych (średnia liczba bólów dławicowych — 3,6/tydz.). Średnia tygodniowa liczba dawek nitrogliceryny w przeliczeniu na jednego pacjenta wyniosła 3,1.

Ocena ryzyka w badanej populacji według klasyfikacji SCORE

Oszacowana wartość ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w perspektywie 10 lat w badanej populacji wyniosła 6,9%. Rozkład wartości ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w perspektywie 10 lat określony na podstawie stratyfikacji ryzyka SCORE przedstawiono na rycinie 2.

Farmakoterapia

Skumulowaną częstość stosowania leków, zarówno w prewencji pierwotnej, jak i wtórnej, przedstawiono w tabeli 8. Zwraca uwagę stosunkowo rzadkie przepisywanie kwasu acetylosalicylowego. Blisko 20% ankie-



Rycina 2. Rozkład wartości ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w perspektywie 10 lat, określony na podstawie modelu SCORE (*Systematic CO*ronary Risk Evaluation)

Tabela 8. Częstość przepisywania leków w populacji chorych objętych badaniem POLKARD-SPOK

Nazwa leku/grupy leków	Przepisano bezpośrednio przed wizytą	Przepisano w trakcie wizyty jako nowy lek	Przepisano bezpośrednio przed wizytą oraz w trakcie wizyty	Nie przepisano z przyczyn ekonomicznych	Nie przepisano z braku wskazań	Nie przepisano z powodu działań niepożądanych
Kwas acetylosalicylowy	35,6	11,9	27,7	0,6	19,1	5,1
Tiklopidyna	4,3	3,0	2,8	8,6	79,2	2,0
Klopidogrel	0,3	0,2	0,1	9,8	88,2	1,6
Acenokumarol	3,6	1,3	2,5	1,2	89,2	2,2
Lek β -adrenolityczny	26,9	8,6	23,0	0,5	36,8	4,2
Antagonista receptora dla angiotensyny II	3,2	2,1	2,1	10,0	81,6	1,0
Inhibitor konwertazy angiotensyny	29,9	10,0	26,7	0,9	30,2	2,3
Diuretyki pętłowe	8,4	3,4	5,8	0,5	80,6	1,2
Tiazydy	10,6	4,5	9,2	0,5	73,9	1,4
Spironolakton	6,4	3,2	4,2	0,4	84,8	1,0
Azotany	24,0	7,5	18,9	0,3	47,7	1,6
Diltiazem/werapamil	2,6	1,3	2,3	0,6	92,1	1,2
Inni antagoniści wapnia						
• krótkodziałający	1,7	0,8	1,0	0,5	94,3	1,7
• długodziałający	9,7	4,2	8,5	0,7	75,2	1,2
Glikozydy naporstnicy	4,3	1,3	2,4	0,4	90,6	1,0
Statyny	25,7	13,8	20,4	5,9	32,6	1,6
Fibraty	3,2	2,8	2,7	2,8	86,6	2,0
Amiodaron	0,8	0,2	0,6	0,6	96,7	1,2
Inne leki przeciwaritmiczne	1,7	1,0	1,2	0,6	94,8	0,7
Leki metaboliczne (np. trimetazidyna)	6,5	3,7	3,6	11,9	73,7	0,7

towanych lekarzy nie zaleciło preparatów tego leku u chorych z grupy wysokiego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, uzasadniając to brakiem wskazań do tej formy farmakoterapii. Częstość stosowania statyn wynosiła niecałe 40%, natomiast fibraty przepisywano co dziesiątemu pacjentowi.

Badania dodatkowe

Odsetek chorych, u których oceniono lipidogram w ciągu ostatnich miesięcy, wynosił 47%. Badanie to nie zostało zlecone u prawie 10% osób z grupy wysokiego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w perspektywie 10-letniej, oszacowanego na podstawie stratyfikacji ryzyka według SCORE. Niespełna 1/4 pacjentów miała wykonane badanie echokardiograficzne serca metodą przezklatkową w ciągu ostatnich 12 miesięcy, zaś próbę dobutaminową zlecono tylko u 0,5% badanej populacji. U 52% chorych przeprowadzono badanie radiologiczne klatki piersiowej. Całodobowemu pomiarowi ciśnienia tętniczego poddano 1,2% pacjentów. Na pytanie dotyczące pomiaru stężenia cholesterolu w przeszłości pozytywnie odpowiedziało 95% ankietowanych. Pomiary glikemii na czczo przeprowadzono u 97% chorych. Z kolei badanie elektrokardiograficzne wykonano w przeszłości u 97% ankietowanych. U 12% zlecono badanie EKG metodą Holtera.

Spośród pacjentów wylosowanych w drugiej edycji programu POLKARD-SPOK 95% stanowili chorzy, którzy kontynuowali leczenie u wylosowanego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Według oceny lekarzy POZ ponad połowa pacjentów (56%) wymaga konsultacji kardiologicznej.

DYSKUSJA

We wrześniu 2003 roku na Kongresie ESC w Wiedniu zaprezentowano nowe, europejskie wytyczne profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego [1]. Eksperti europejscy nie ograniczyli się do profilaktyki wyłącznie choroby niedokrwiennej serca, ale objęli nią również schorzenia naczyń obwodowych i udary mózgu. Nowością jest ocena ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, a nie — jak dotąd — wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego. Całkowite ryzyko zgonu szacuje się na podstawie nowego modelu SCORE.

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne stworzyło dwa takie modele — dla populacji charakteryzującej się niskim oraz wysokim ryzykiem zgonu. Ponieważ system SCORE służy do określania prawdopodobieństwa zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, za wartość graniczną wysokiego ryzyka przyjęto wartość większą lub równą 5%, zamiast dotychczasowej większej lub równej 20% ryzyka wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego (niekoniecznie zakończonego zgonem).

Wstępna analiza danych pochodzących z drugiej edycji programu POLKARD-SPOK potwierdza znaczną częstość poddających się modyfikacji czynników ryzyka wśród pacjentów z grupy wysokiego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, określonego według kryteriów SCORE. Wdrożenie zasad profilaktyki kardiologicznej przez lekarzy POZ u tych pacjentów ma zasadnicze znaczenie w obniżaniu zarówno śmiertelności, jak i zapadalności na choroby układu sercowo-naczyniowego.

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni korzystać z tabeli SCORE przy podejmowaniu decyzji dotyczących intensyfikacji działań profilaktycznych. Istotną pomocą w osiągnięciu sukcesu terapeutycznego może być algorytm SCORE, który pozwala przewidzieć, w jakim stopniu całkowite ryzyko zmniejszy się w wyniku zmiany stylu życia lub interwencji farmakologicznej.

W przedstawionych wynikach zwraca uwagę fakt, że prawie 20% ankietowanych lekarzy nie przepisało preparatów kwasu acetylosalicylowego chorym z grupy wysokiego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, uzasadniając to brakiem wskazań do tej formy farmakoterapii. Częstość stosowania statyn wynosiła niespełna 40%.

Określenie rzeczywistej częstości stosowania farmakoterapii w prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego pozwoli określić kierunki przyszłych działań edukacyjnych lekarzy POZ. Tym samym uzyskane informacje będą stanowiły istotny punkt odniesienia podczas opracowywania niezbędnych standardów dotyczących podstawowej opieki kardiologicznej w warunkach POZ.

Należy się spodziewać, że wprowadzenie właściwych standardów profilaktyki chorób układu krążenia przyczyni się do redukcji liczby hospitalizacji, a także obniżenia skali niezdolności do pracy. W konsekwencji pozwoli to zmniejszyć koszty leczenia pacjentów z chorobami układu krążenia, a tym samym — optymalnie alokować zasoby finansowe przeznaczone na opiekę zdrowotną.

PIŚMIENNICTWO

1. De Backer G., Ambrosioni E., Borch-Johnsen i wsp. Executive summary. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur. Heart J.* 2003; 24: 1601–1610.
2. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). National Heart, Lung, and Blood Institutes of Health. Publikacja NIH Nr 02-5215, wrzesień 2002.
3. Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca. Rekomendacje Komisji Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Kardiol. Pol.* 2000; 53 (supl. I): I5–I48.
4. Menotti A., Puddu P.E., Lanti M. Comparison of the Framingham risk function-based coronary chart with risk function from an Italian population study. *Eur. Heart J.* 2000; 21: 365–370.
5. Menotti A., Lanti M., Puddu R.E., Kromhout D. Coronary heart disease incidence in northern and southern European populations: a reanalysis of the seven countries study for a European coronary risk chart. *Heart* 2000; 84: 238–244.
6. Thomsen T.F., McGee D., Davidsen M., Jorgensen T. A cross validation of risk-scores for coronary heart disease mortality based on data from the Glostrup Population Studies and Framingham Heart Study. *Int. J. Epidemiol.* 2002; 31: 817–288.
7. Hense H.W., Schulte H., Löwel H. i wsp. Framingham risk function overestimates risk of coronary heart disease in men and women from Germany — results from the MONICA Augsburg and the PROCAM cohorts. *Eur. Heart J.* 2003; 24: 937–945.