

Warszawa, 25 marca 2008 r.

Po zakończeniu konferencji naukowo-szkoleniowej Instytutu Aterotrombozy poświęconej stratyfikacji ryzyka chorób sercowo-naczyniowych pojawił się raport dotyczący umieralności z powodów sercowo-naczyniowych w Europie. Zamieszczony na łamach *European Heart Journal* natychmiast wzbudził zainteresowanie i komentarze czytelników. Część z nich prezentujemy poniżej.

Janusz Siebert

## Chore serce Europy

**Najnowszy raport opublikowany w internetowym serwisie *European Heart Journal* pokazuje, że śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych w Europie spada. Nie oznacza to jednak, że we wszystkich krajach Starego Kontynentu zachodzą pozytywne zmiany. Wyraźnie zauważalny staje się podział na kraje o małym i dużym ryzyku sercowo-naczyniowym. Niestety, Polska wciąż należy do tej drugiej grupy.**

Naukowcy z *Charité University Medical Center* w Berlinie przeprowadzili analizę umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych w grupie wiekowej 45–74 lata. Dane otrzymali z Eurostatu oraz z narodowych urzędów statystycznych poszczególnych państw europejskich. Nie badali umieralności osób młodszych, gdyż jest ona stosunkowo niska. Zebrane dane poddali szczegółowej analizie porównawczej. Umieralność z powodu niedokrwiennej choroby serca (IHD, *ischaemic heart disease*) oraz chorób mózgowo-naczyniowych (CVD, *cardiovascular disease*) badano oddzielnie. Uzyskane wyniki porównywano zarówno na poziomie narodowym, jak i regionalnym. Zebrane dane pozwoliły zobrazować różnice i trendy w umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych w Europie. Ta wie-

dza umożliwi opracowanie i wprowadzenie skuteczniejszych programów prewencyjnych w poszczególnych państwach Starego Kontynentu.

### **KONTRAST MIĘDZY EUROPĄ WSCHODNIĄ I ZACHODNIĄ**

Z otrzymanych wyników jednoznacznie wynika, że umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych w Europie spada. Jest to niewątpliwie tendencja pozytywna. Niestety, sytuacja w poszczególnych krajach często jest diametralnie różna. Widoczne są bardzo istotne różnice w umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego między Europą Zachodnią, Centralną i Wschodnią. W biedniejszej części Starego Kontynentu sytuacja wciąż jest bardzo zła. Największą umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych odnotowano w takich krajach jak Bułgaria, Rosja i Ukraina.

W Polsce umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych jest niestety wysoka i przyjmuje różne wartości w zależności od regionu kraju. Nadal istnieje konieczność prowadzenia skutecznych działań prewencyjnych. Zauważalny jest jednak pewien postęp. Dzięki spopularyzowaniu w latach 90. XX wieku stosowania tłuszczów wielonienasyco-

nych, a tym samym eliminacji z diety tłuszczów nasyconych, znacznie spadła w naszym kraju umieralność z powodu niedokrwiennej choroby serca.

Poprawa stanu zdrowia, którą odnotowano w krajach Europy Zachodniej, spowodowana jest przede wszystkim próbą eliminacji głównych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego i zmianą stylu życia. Różnice w sytuacji epidemiologicznej wynikają przede wszystkim z różnego nasilenia nałogu palenia papierosów i spożywania alkoholu, rozpowszechnienia nadciśnienia tętniczego, a także z różnic w diecie i aktywności fizycznej. Prewencja jest dużo skuteczniejsza niż

leczenie, co podkreślał goszczący niedawno w Polsce prof. Robert Ross z Uniwersytetu Queens, który wziął udział w III Konferencji Naukowej Instytutu Aterotrombozy. Konieczne są rozwiązania systemowe, w które będą zaangażowani wszyscy obywatele. „Takie działania wprowadzono między innymi w Finlandii, gdzie osiągnięto duży spadek umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych” — podsumowuje **dr hab. Janina Stępińska**, Przewodnicząca Rady Naukowej Instytutu Aterotrombozy, Kierownik Kliniki Wad Nabytych Serca i Oddziału Intensywnej Terapii Kardiologicznej Instytutu Kardiologii w Warszawie.

#### OPRACOWANO NA PODSTAWIE:

Müller-Nordhorn J., Binting S., Roll S. i wsp. An update on regional variation in cardiovascular mortality within Europe. *Eur. Heart J.* 2008; DOI: 10.1093/eurheartj/ehm604.

Warszawa, 25 marca 2008 r.

## Eksperci o wynikach raportu

### OSIĄGAMY WIĘKSZE SUKCESY W LECZENIU NIŻ W PREWENCJI CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA

Nowe mapy wskaźników ryzyka sercowo-naczyniowego dla obszaru Europy nie stanowią zaskoczenia, podobnie jak fakt, że Polska nie została zaliczona do grupy ośmiu krajów o niskim ryzyku zgonu sercowo-naczyniowego. Martwi natomiast dystans, jaki dzieli nas od „starych” krajów Unii Europejskiej. Szczególnie dotyczy to, nieanalizowanej na szczęście dla nas w omawianym artykule, umieralności przedwczesnej. Warto podkreślić, że autorzy opracowania w dyskusji odnotowali znaczącą redukcję umieralności z powodu chorób układu krążenia, jaka dokonała się w Polsce w latach 90. XX wieku, cytując pracę osoby wielce zasłużonej dla prewencji w Polsce — prof. Zatońskiego i wsp., która ukazała się w *British Medical Journal*. Mam nadzieję, że artykuł Jacqueline Müller-Nordhorn i wsp. przyczyni się do wzmożenia działań mających na celu zmniejszenie zagrożenia chorobami układu krążenia

w naszym kraju. Za krok w tym kierunku należy uznać decyzję Minister Zdrowia o kontynuowaniu w następnych latach programu POLKARD. Kluczem do zmniejszenia ryzyka sercowo-naczyniowego Polaków jest skuteczniejsze zapobieganie chorobom układu krążenia w myśl popularnego hasła: „Lepiej zapobiegać niż leczyć”. Okazuje się, że w praktyce osiągamy większe sukcesy w leczeniu niż w prewencji chorób układu krążenia. Skuteczność prewencji zależy bowiem od wielu wzajemnie powiązanych czynników, takich jak: stopień rozwoju ekonomicznego i poziom życia społeczeństwa, organizacja i funkcjonowanie ochrony zdrowia oraz działania populacyjne podejmowane przez administrację państwową, a przede wszystkim nasza własna świadomość konieczności inwestowania w swoje serce. Konieczność tej inwestycji powinna być kształtowana i rozwijana już od dzieciństwa, albowiem wtedy zaczyna się rozwijać miażdżyca. Niestety, działania profilaktyczne podejmowane są za późno, zwykle wtedy, kiedy doszło już do zawału serca czy udaru mózgu.

*Prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski  
Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii*

### **JEDNYM Z KLUCZOWYCH ZADAŃ JEST PREWENCJA ROZWOJU NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO**

Raport jednoznacznie wskazuje, że pomimo korzystnych trendów obserwowanych w Polsce od początku lat 90. XX wieku, nie udało się nam wejść do „pierwszej ligi” krajów europejskich o małym ryzyku sercowo-naczyniowym. Nie ma zatem najmniejszych wątpliwości, że konieczne jest zintensyfikowanie działań zmierzających do skuteczniejszej prewencji chorób układu krążenia w naszym kraju. Jednym z kluczowych zadań jest prewencja rozwoju nadciśnienia tętniczego, zwiększenie jego wykrywalności oraz poprawa skuteczności terapii. Badania epidemiologiczne wskazują, że w Polsce ponad 8 milionów dorosłych choruje na nadciśnienie, a kolejne 8–9 milionów jest zagrożonych jego rozwojem. Polska należy do krajów europejskich o największym spożyciu sodu i najmniejszym stopniu aktywności fizycznej. Wzorem innych krajów (m.in. Finlandii), konieczne jest podjęcie współpracy z przemysłem spożywczym w celu ograniczenia stosowania chlorku sodu. U około 30% chorych nadciśnienie nie zostało nigdy rozpoznane; konieczna jest zatem edukacja społeczeństwa dotycząca czynników zwiększających ryzyko rozwoju nadciśnienia i zagrożeń płynących z podwyższonego ciśnienia. Aż 45% chorych pomimo leczenia nie uzyskuje zadowalającej kontroli ciśnienia tętniczego. Wynika to między innymi ze znacznie rzadszego stosowania preparatów złożonych w naszym kraju. Polska jest niestety jednym z nielicznych krajów europejskich, w których taka forma leczenia przeciwnadciśnieniowego nie jest objęta refundacją.

*Prof. dr hab. med. Krzysztof Narkiewicz  
Konsultant Krajowy w dziedzinie nadciśnienia tętniczego*

### **ZNACZNA CZĘŚĆ PACJENTÓW Z CHOROBA WIEŃCOWĄ NIE OTRZYMUJE NALEŻNEGO ZESTAWU LEKÓW**

Bez wątpienia skuteczna prewencja pierwotna w pierwszej kolejności wynika z odpowiedniego stylu życia. Redukcję liczby zgonów wywołanych chorobą wieńcową w Polsce wiąże się ze zmniejszeniem spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych na korzyść wielonienasyconych. Nadal znacząco różnimy się od „starej” Unii spożyciem warzyw i owoców oraz rozpowszechnieniem nałogu palenia tytoniu. Metodą poprawy może być zwiększenie składki ubezpieczeniowej u palaczy tytoniu czy dodatkowe wynagradzanie lekarzy POZ w zależności od skuteczności prewencji pierwotnej. Prawdopodobnie w naszym kraju również ma miejsce „inercja terapeutyczna” w zachowaniu lekarzy, którzy nie reagują na niezadawalającą kontrolę ciśnienia tętniczego u swoich chorych. Należy także zauważyć, że w Polsce papierosy są znacznie tańsze niż na Zachodzie Europy. Wyniki badania SPOK (Standard Podstawowej Opieki Kardiologicznej) wskazują, że nadal znaczna część pacjentów z chorobą wieńcową nie otrzymuje należnego zestawu leków o udowodnionej skuteczności w prewencji wtórnej.

*Prof. dr hab. med. Zbigniew Gaciong*  
*Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych*

### **WŁAŚCIWE LECZENIE ZAKŁADA NORMALIZACJĘ GLIKEMII, CIŚNIENIA TĘTNICZEGO, LIPEMII I MASY CIAŁA**

Cukrzyca typu 2 jest zbiorem zaburzeń metabolicznych, które w istotnym stopniu przyspieszają wystąpienie i progresję miażdżycy, a co za tym idzie zwiększają ryzyko zgonu z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Właściwe leczenie zakłada normalizację glikemii, ciśnienia tętniczego, lipemii i masy ciała. Na całym świecie istnieje problem „luki terapeutycznej” — rozbieżności pomiędzy zapisanymi w wytycznych leczenia wartościami docelowymi, a tymi uzyskiwanymi w codziennej praktyce. Pod tym względem Polska nie odbiega od innych krajów, z wyjątkiem powszechności stosowania statyn i kwasu acetylosalicylowego. Decydują o tym względy finansowe oraz wymuszona cukrzycą polipragmazja, utrudniająca dokładne przestrzeganie zaleceń lekarskich (*compliance*). Niemniej wydaje się, że stopień wyrównania cukrzycy u polskich chorych, porównywalny z uzyskiwanym w innych krajach, nie może w pełni tłumaczyć i tak drastycznych różnic w śmiertelności w poszczególnych regionach Europy spowodowanych powikłaniami sercowo-naczyniowymi.

*Prof. dr hab. med. Krzysztof Strojek*  
*Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii*