

Znaczenie prewencji w redukcji zgonów wieńcowych

prof. dr hab. n. med. Longina Kłosiewicz-Latoszek

Zakład Profilaktyki Chorób Żywniowozależnych z Poradnią Chorób Metabolicznych, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa;
Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Higieny, Warszawski Uniwersytet Medyczny



W ostatnich 3 dekadach obserwuje się redukcję zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca (ChNS). Dotyczy to wielu krajów uprzemysłowionych, w tym Polski. Z licznych badań wynika, że istotny wpływ na zmniejszenie liczby zgonów wieńcowych, poza leczeniem farmakologicznym i chirurgicznym, mają zmiany w zakresie czynników ryzyka, takich jak stężenie cholesterolu, ciśnienie krwi, palenie tytoniu, aktywność fizyczna, otyłość, cukrzyca. Do oceny tych zmian wykorzystano model IMPACT uwzględniający dane epidemiologiczne specyficzne dla poszczególnych krajów dotyczące występowania zgonów i zmian w czynnikach ryzyka oraz informacje na temat leczenia. Metodę tę wykorzystano w badaniach amerykańskich, kanadyjskich, europejskich, chińskich, nowozelandzkich, a także polskich [1–4]. Oszacowano, że redukcja zgonów wieńcowych w 50–75% jest uwarunkowana zmianami w czynnikach ryzyka [2].

W badaniach obejmujących populację amerykańską w wieku 24–84 lat stwierdzono 341 745 mniej zgonów wieńcowych w 2000 roku w porównaniu z rokiem 1980. Redukcję zgonów związaną z leczeniem oszacowano na 47%, natomiast ze zmianami w czynnikach ryzyka na 44%, w tym zmiana w stężeniu cholesterolu odpowiadała w 24%, zmiana w ciśnieniu krwi w 20%, zaprzestanie palenia tytoniu w 12% i wzrost aktywności fizycznej w 5%. Podobne wyniki uzyskano w badaniach kanadyjskich obejmujących lata 1994–2005. Za redukcję zgonów wieńcowych wynoszącą 35% leki oraz zabiegi chirurgiczne odpowiadały w 43%, a zmiany w czynnikach ryzyka w 48%, w tym zmiana w stężeniu cholesterolu w 22,8%, w ciśnieniu krwi w 20,4%, zaniechanie palenia tytoniu w 9,5% oraz aktywność fizyczna w 4,1%. Również badania dotyczące Anglii i Walii wskazują, że w latach 1981–2000 redukcja zgonów wieńcowych u kobiet wynosiła 45%, a u mężczyzn 62%. Było to w 42% związane z leczeniem, natomiast w ponad 50% z korzystnymi zmianami w czynnikach ryzyka, takich jak zaprzestanie palenia tytoniu (48%), zmniejszenie stężenia cholesterolu (9%) i redukcja ciśnienia

tętniczego (9%). Zmiany w tych czynnikach ryzyka determinowały również redukcję zgonów wieńcowych w Szkocji, Nowej Zelandii, Holandii, Szwecji i Finlandii [4]. Należy podkreślić, że autorzy powyższych badań zwracają uwagę na fakt, iż wskaźniki dotyczące redukcji zgonów zostały nieco osłabione poprzez niekorzystne trendy wzrostowe występowania cukrzycy i otyłości w populacjach krajów uprzemysłowionych.

Na uwagę zasługują polskie badania, z których wynika, że w 2005 roku było o 26 202 zgony wieńcowe mniej w porównaniu z rokiem 1991 [4]. Oszacowano, że redukcja ta w 37% wiązała się z leczeniem, natomiast zmiany w czynnikach ryzyka odpowiadały w 54%. Wśród badanych czynników największy wpływ miało zmniejszenie stężenia cholesterolu (39%), w dalszej kolejności zmniejszenie palenia tytoniu (10%), wzrost aktywności fizycznej (10%), a w najmniejszym stopniu redukcja ciśnienia tętniczego (4%).

Powyższe badania jednoznacznie wskazują, że modyfikacja stylu życia (a w tym prozdrowotne zmiany w sposobie żywienia) wpływająca na korektę czynników ryzyka wywiera równorzędny, a niekiedy większy wpływ na redukcję zgonów wieńcowych niż leczenie farmakologiczne i chirurgiczne.

Pająk i wsp. [5] w swojej pracy oceniali wpływ Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PPChUK) na jakość pierwotnej prewencji w praktyce lekarskiej. Wykazali, że PPChUK okazał się skutecznym narzędziem w zakresie identyfikacji osób wysokiego ryzyka, natomiast skuteczność rutynowego postępowania w zakresie redukcji czynników ryzyka w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest bardzo słaba. Przyczyną tego może być niewystarczająca wiedza lekarzy na temat modyfikacji czynników ryzyka, a także brak materiałów pomocniczych oraz brak motywacji i/lub czasu podczas wizyt lekarskich. Wiadomo, że w polskich warunkach lekarz POZ koncentruje się głównie na farmakoterapii, natomiast profilaktyce niefarmakologicznej poświęca mało czasu, co wynika ze specyfiki organizacji i finansowania świadczeń przez NFZ. Słusznie zatem Autorzy wnioskuje, że konieczne jest zmodyfikowanie programów umożliwiających skuteczną interwencję. Może to w przyszłości zaowocować większą redukcją zgonów wieńcowych. Należy dodać, że

trudności z realizacją programów prewencji pierwotnej są zgłaszane również przez innych autorów [6]. Wymienia się takie problemy, jak brak oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów, mimo dostępności narzędzia, jaką jest karta SCORE, brak świadomości znaczenia czynników ryzyka czy też niewystarczające dążenie do osiągnięcia pożądanego celu leczenia. Zwraca się również uwagę na słabe przygotowanie lekarzy do promowania zdrowej diety, aktywności fizycznej czy zaprzestania palenia tytoniu. Jednocześnie zastanawia fakt, że w wielu krajach obserwuje się redukcję zgonów wieńcowych, co wskazuje na znaczenie różnych metod prewencji.

Podsumowując, należy podkreślić, że w profilaktyce i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych podstawą postępowania jest zwalczanie czynników ryzyka. Fakt, iż postępowanie nefarmakologiczne przynosi efekty porównywalne do leczenia farmakologicznego i chirurgicznego, przemawia za koniecznością promowania zdrowego stylu życia z wykorzystaniem różnych metod, w tym wprowadzania odpowiednich programów profilaktycznych.

Piśmiennictwo

1. Wijesundera HC, Machado M, Farahati F et al. Association of temporal trends in risk factors and treatment uptake with coronary heart disease mortality, 1994–2005. *JAMA*, 2010; 303: 1841–1847.
2. Young F, Capewell S, Ford ES, Critchley JA. Coronary mortality declines in the U.S. between 1980 and 2000. Quantifying the contributions from primary and secondary prevention. *Am J Prev Med*, 2010; 39: 228–234.
3. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*, 2004; 109: 1101–1107.
4. Bandosz P, Flaherty MO, Drygas W et al. IMPACT Model. Poland 1991–2005 (dane niepublikowane).
5. Pająk A, Szafraniec K, Janion J et al. The impact of the Polish national Programme of Cardiovascular Disease Prevention on the quality of primary cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Kardiologia Pol*, 2010; 68: 1332–1341.
6. Atella U, Brady A, Catapano AL et al. Bridging science and health policy in cardiovascular disease: focus on lipid management. A Report from a Session held during the 7th International Symposium on Multiple Risk Factors in Cardiovascular Diseases: Prevention and Intervention — Health Policy, in Venice, Italy, on 25 October, 2008. *Atherosclerosis*, 2009; suppl. 10: 3–21.