

Prewencja wtórna choroby niedokrwiennej serca – standardy a rzeczywistość

prof. dr hab. n. med. Waldemar Banasiak

Ośrodek Chorób Serca, Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław



Współczesne pokolenia lekarskie wychowywane są i kształcone na podstawie standaryzacji postępowań diagnostyczno-terapeutycznych w wielu jednostkach chorobowych, w tym szczególnie w chorobie niedokrwiennej serca (CHD). Proces standaryzowania naszego postępowania, polegający na ogłoszeniu obowiązujących wytycznych, trwa bardzo długo z uwagi na konieczność zorganizowania prospektywnych badań klinicznych trwających 4–6 lat, a następnie przekonania lekarzy oraz pacjentów do słuszności zmian dotychczasowego postępowania.

Jak to się dzieje, że mimo istnienia od wielu lat wytycznych dotyczących postępowania w ramach prewencji wtórnej u chorych z CHD poziom ich zastosowania w praktyce klinicznej jest tak mizerny? Oczywiście można się dopatrywać szeregu problemów ze strony pacjenta, lekarza oraz systemu opieki zdrowotnej na poszczególnych etapach historii naturalnej CHD – od dławicy piersiowej, poprzez incydent ostrego zespołu wieńcowego, zatrzymanie krążenia, zabiegi rewaskularyzacyjne, niewydolność serca, implantacje kardiowertera-defibrylatora i/lub urządzenia resynchronizującego. Ideałem byłaby trwała współpraca chorego polegająca na przestrzeganiu zaleceń lekarskich dotyczących prewencji wtórnej od wczesnych etapów historii naturalnej CHD. Niestety, już na tym wczesnym etapie motywacja pacjenta do przestrzegania zasad prewencji wtórnej ulega osłabieniu w miarę wydłużania się czasu od incydentu wieńcowego i jeżeli nie nawracają lub bardzo rzadko występują dolegliwości dławicowe. Wiara chorego, ale także wielu lekarzy, w skuteczność proponowanych metod prewencji wtórnej ulega zachwianiu, jeżeli mimo stosowania optymalnego leczenia zachowawczego i modyfikacji stylu życia nadal występują nawracające dolegliwości dławicowe lub dochodzi do kolejnego incydentu wieńcowego.

Kolejnym ważnym powodem niestosowania się do zaleceń lekarskich jest koszt proponowanego leczenia, który w dużej mierze musi pokryć pacjent. Biorąc pod uwagę status ekonomiczny przeciętnego chorego z CHD w Polsce, czyli emeryta lub rencisty, wielokrotnie konieczność przeznaczenia niebagatelnych dla niego kwot na comiesięczny zakup leków schodzi na plan dalszy w kontekście

innych życiowych potrzeb. Nie wolno także zapominać o ilości leków, które przepisujemy chorym w ramach prewencji wtórnej. Tylko z powodu CHD przepisujemy przeciętnie 3–5 leków (leki przeciwplatekcyjne, statyny, inhibitory enzymu konwertującego, beta-blokery). W badaniu RECENT wykazaliśmy znakomitą wręcz częstość stosowania poszczególnych leków – na poziomie 75–85%, niezależnie czy pacjent leczony był przez specjalistę kardiologa czy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej [1]. Zdecydowanie gorzej wyglądała statystyka, gdy ocenialiśmy częstość jednoczesnego stosowania 3 czy 4 leków. Wówczas częstość ta spadła do ok. 50%. Nietrudno sobie wyobrazić, na podstawie danych pochodzących z prospektywnych badań, że takie postępowanie nie może się przetożyć na odległe korzyści dla pacjentów. Trzeba sobie także uświadomić, że pacjent z CHD to chory ze współistniejącymi innymi schorzeniami, np.: w 80% z nadciśnieniem tętniczym, w 70% z dyslipidemią, w 30% z niewydolnością serca, w 30% z zaburzeniami rytmu serca i w 25% z cukrzycą, z powodu których musi przyjmować kolejnych kilka leków [2].

Jak silnej trzeba motywacji wewnętrznej ze strony chorego i umiejętności przekonywania ze strony lekarza, aby przez kolejnych kilka dekad leki te były regularnie przyjmowane. Ile trzeba starań z obu stron i zrozumienia w sytuacji konieczności stosowania leczenia, gdy występują objawy niepożądane po zastosowaniu leku czy leków. Wystąpienie objawów ubocznych jest często momentem mniej lub bardziej jawnego zaprzestania przyjmowanych leków. Jak trudno zrozumieć pacjentowi, ale również lekarzowi, że stosując się ściśle do zaleceń, odsuwamy perspektywę zawału serca czy udaru mózgu o 20–30% w skali bliżej nieokreślonego czasu?!

Tak sformułowany przez lekarza akceptowalny cel terapeutyczny niekoniecznie musi być zrozumiały dla pacjenta. Dlatego niezmiernie ważne jest, aby okresowo wykonywać badania pozwalające na zorientowanie się w skuteczności naszego postępowania prewencyjnego. Takim wzorcowym postępowaniem jest komentowana przez mnie praca prof. Andrzeja Pająka z Krakowa. Zespół Pana Profesora od 1996 r. rozpoczął realizację Krakowskiego Programu Wtórnej Prewencji Choroby Niedokrwiennej Serca będącego zarazem częścią ogólnoeuropejskich badań EUROASPIRE I, II i III w latach 1997/1998, 1999/2000 i 2006/2007. W ciągu 10 lat trwania badań wykazano znamienne wzrost częstości stosowania leków i nieznacz-

ną poprawę pod względem osiągnięcia wytyczonych celów terapeutycznych w przypadku zaburzeń lipidowych. Niestety, odsetek pacjentów ze współistniejącym nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą i palących tytoń się nie zmniejszył, a liczba osób otyłych nawet wzrosła. Wyniki tego badania powinny być powodem do alarmu w naszym środowisku i wykazania znacznie większego zrozumienia dla konieczności bardziej rygorystycznego wdrażania wystandaryzowanych metod prewencji wtórnej. Powinny także wzbudzić zainteresowanie nie tylko całego społeczeństwa polskiego, ale także przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, bowiem olbrzymie kosz-

ty leczenia powikłań po incydentach sercowo-naczyniowych ponosimy my wszyscy – żyjący w Polsce.

Piśmiennictwo

1. Banasiak W, Wilkins A, Pociupany R, Ponikowski P. Farmakoterapia stabilnej choroby niedokrwiennej serca w leczeniu otwartym w populacji polskiej. Wyniki wielośrodkowego badania RECENT. *Kardiologia Polska* 2008; 66: 642-9.
2. Banasiak W, Pociupany R, Wilkins A, Ponikowski P. Charakterystyka chorych leczonych w leczeniu otwartym w populacji polskiej. Wyniki wielośrodkowego badania RECENT. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 132-40.