

Ambulatoryjne leczenie choroby niedokrwiennej serca w Polsce – czy duże badania przesiewowe mówią całą prawdę?

prof. dr hab. n. med. Andrzej Pająk

Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego WOZ, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków



Najlepszym źródłem danych o rozpowszechnieniu chorób oraz danych dotyczących charakterystyk osób chorych w odniesieniu do osób zdrowych są badania skryningowe (przesiewowe) wykonane na reprezentatywnych próbach dobrze zdefiniowanych populacji, które w założeniu składają się zarówno z osób chorych, jak i zdrowych.

Szeroko zakrojone badania przesiewowe dotyczące choroby wieńcowej serca mają jednak ograniczenia wynikające z metod rozpoznawania choroby. Ogólnie przyjęte jest, że stosowane testy diagnostyczne powinny być trafne, w pełni bezpieczne dla badanych osób, a także proste do zastosowania i tanie. Ponadto stosowane metody diagnostyczne muszą być wystandaryzowane i poddane zewnętrznej kontroli jakości, a rozpoznanie choroby wg ujednoliconych kryteriów powinno zapewnić satysfakcjonującą trafność. Z rejestrów zawału serca wynika, że nawet w wypadku tak dobrze poznanej i określonej jednostki chorobowej zgodność rozpoznań wg obiektywnych naukowych kryteriów diagnostycznych z rozpoznaniem klinicznym może być słaba. Można zatem dość śmiało stwierdzić, że różnorodność obrazu przewlekłej choroby wieńcowej i brak testów diagnostycznych odpowiadających w pełni potrzebom badań skryningowych nie pozwala na rozpoznanie choroby z odpowiednią trafnością, a tym samym na zidentyfikowanie wszystkich chorych i uzyskanie w pełni wiarygodnych danych dotyczących częstości występowania przewlekłej choroby niedokrwiennej serca w populacji oraz poznania pełnej charakterystyki osób chorych. W badaniach epidemiologicznych szeroko stosuje się następujące metody: standardowe pytania dotyczące przebytego zawału serca, hospitalizacji z powodu choroby niedokrwiennej serca, przebytych procedur inwazyjnych i informacji uzyskanej od lekarza o rozpoznaniu choroby niedokrwiennej serca. W niektórych badaniach stosuje się tzw. kwestionariusz Rosego na temat występowania duszniczy bolesnej i standardowe pytanie dotyczące typowego bólu zawałowego. Pytania te zwykle są uzupełnione badaniem EKG

w spoczynku i rzadziej badaniem EKG po wysiłku dozowanym. Wyniki badań EKG powinny zostać zakodowane w kodzie Minnesota przez niezależny zespół kodujący. Chociaż każda z opisanych powyżej metod wydaje się oczywista, parametry trafności każdej z nich, a także parametry zgodności pomiędzy nimi są słabe i niejednokrotnie zmienne w zależności od wieku i płci badanej grupy. Te ograniczenia metodyczne powodują, że nawet w badaniach naukowych, w których metody są w pełni wystandaryzowane, identyfikacja osób chorych jest obciążona dość znacznym błędem systematycznym. Jest oczywiste, że w szeroko zakrojonych badaniach skryningowych nie jest możliwe zastosowanie zaawansowanych technologicznie, wysoko czułych i wysoko specyficznych metod, które są dziś stosowane w diagnostyce choroby wieńcowej. Przyczynami są m.in. zagrożenie dla pacjenta, trudności organizacyjne oraz wysoki koszt. Należy się zatem pogodzić z faktem, że uzyskanie kompletnych, wiarygodnych danych o występowaniu przewlekłej choroby wieńcowej i danych pozwalających na pełną charakterystykę chorych nie jest obecnie możliwe.

Badania obserwacyjne, w których wykorzystuje się dane odnotowane w czasie rutynowej diagnostyki i leczenia, przy zachowaniu pełnej świadomości o ich metodycznych ograniczeniach, mogą uzupełnić wiedzę na temat stosowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych, a także wskazać na potrzeby poprawy organizacji opieki i podniesienia jej efektywności. W ten zakres celów wpisuje się przeprowadzone pod patronatem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego badanie RECENT.

W pierwszej publikacji wyników badania wiele uwagi poświęcono metodom losowania do badanej grupy, które wg Autorów powinno zapewnić jej reprezentatywność. Należy jednak zwrócić uwagę, że w wyniku procedur doboru wyłoniono grupę, która reprezentuje pacjentów zgłaszających się do lekarza głównie z własnej inicjatywy, a więc najlepiej dostępną grupę wśród osób z chorobą wieńcową. Badanie nie pozwala wobec tego na identyfikację problemów wszystkich chorych na przewlekłą chorobę wieńcową, gdyż pomija tych, u których choroba nie została rozpoznana, a także tych, którzy pomimo rozpoznania choroby nie cho-

dzą do lekarza. Można też przypuszczać, że szansa znalezienia się w badanej grupie zależała od częstości zgłaszania się do lekarza, a zatem nie była równa dla wszystkich leczących się osób. Autorzy zadbali wprawdzie o zebranie informacji na temat „wzorca chodzenia do lekarza”, jednak nie ma informacji, że zastosowany typ analizy pozwolił na uwzględnienie tych danych w szacowaniu rozpowszechnienia badanych cech. Rozkład badanej grupy wg kryteriów kwalifikacji, w którym dominują osoby z zaawansowaną i obciążoną wyższym ryzykiem postacią choroby, tj. osoby po przebytym zawałe serca, a także stosunkowo wysoki odsetek kobiet i osób z cukrzycą potwierdzają powyższe uwagi.

Można się jednak zgodzić, że w badaniu RECENT opisano pewną rzeczywistość kliniczną dość typową dla naszego kraju i w tym kontekście wyniki dotyczące częstości występowania czynników ryzyka u chorych leczonych z powodu choroby niedokrwiennej serca są bardzo znaczące. Osoby z chorobą wieńcową to

z definicji osoby wysokiego ryzyka, kwalifikujące się do intensywnych działań w zakresie prewencji wtórnej i wyniki badania RECENT brzmią jak oskarżenie przyjętego systemu postępowania. Po raz kolejny w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat dowiadujemy się, że skuteczność prewencji choroby wieńcowej jest słaba i nawet w grupie osób, które korzystają z opieki lekarskiej, nie osiąga się pożądaných skutków. W świetle wyników badania RECENT, a także innych badań przeprowadzonych wcześniej w Polsce (m.in. Pol-MONICA, EuroAspire, Euro-Action, WOBASZ, POLSCREEN), wydaje się oczywiste, że dalsze ograniczenie strategii wysokiego ryzyka (identyfikacja osób wysokiego ryzyka i objęcie ich odpowiednią opieką) do kontaktów w czasie rutynowych wizyt lekarskich jest skazane na niepowodzenie i należy stworzyć system, który, zachowując wszystkie korzyści z bezpośredniego kontaktu osób zagrożonych z lekarzem, uzupełni je o inne efektywne działania.