

Siedem grzechów głównych *Kardiologii Polskiej*

prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas

Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, Warszawa; dyrektor Programu CINDI WHO w Polsce



Autor komentarza zdaje sobie oczywiście sprawę z tego, że jednym z najpoważniejszych i często popełnianych grzechów jest grzech... pychy. Dlatego w tym krótkim komentarzu nie będę usiłował stworzyć pełnej i obiektywnej listy grzechów, ale skoncentruję się na jednym – rzucającym się w oczy i mającym poważne

konsekwencje dla zdrowia publicznego, zresztą nie tylko w Polsce. Tym grzechem jest koncentrowanie całej uwagi, talentu i umiejętności lekarskich oraz ogromnej większości środków finansowych na działalności naprawczej. Oczywiście, wszyscy cieszymy się z tego, że liczba zabiegów diagnostycznych i interwencji inwazyjnych ratujących życie pacjentom (angiografie, PTCA, stenty itp.) w naszym kraju od kilku lat rośnie w imponującym tempie. Jesteśmy wręcz dumni, że dorównujemy pod tym względem wielu krajom – nie tylko Europy Środkowej, ale także znacznie zamożniejszym od nas krajom Europy Zachodniej – a nawet dystansujemy je. Miarą sukcesów polskiej kardiologii jest nasz znaczący udział w najbardziej prestiżowych zjazdach naukowych, liczba wygłoszonych (lub przedstawionych) prac i liczące się publikacje.

Ciągle jednak nowoczesna prewencja chorób serca i naczyń, szczególnie zaś promocja zdrowia, traktowane są z przymrużeniem oka i nie wzbudzają większego zainteresowania. Wystarczy wspomnieć liczbę kardiologów uczestniczących w sesjach poświęconych epidemiologii i prewencji w czasie ostatnich zjazdów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Dwadzieścia, może trzydzieści osób, wliczając oczywiście do tego grona przewodniczących sesji, kilku zagranicznych gości oraz... autorów prac. Ile czasu poświęca lekarz kardiolog na zebranie informacji o sposobie odżywiania pacjenta i jego aktywności fizycznej? Jak często udaje mu się osiągnąć sukces, nakłaniając osoby otyłe do zmiany stylu życia, a nałogowych palaczy do rzucenia nałogu?

Wielu czytelników zauważy w tym miejscu, że trudno obciążać winą za wszelkie ułomności opieki prewencyjnej w Polsce środowisko kardiologów i zwróci (słusznie!) uwagę na znikome sukcesy w tej dziedzinie lekarzy rodzinnych, internistów, diabetologów, pediatrów i lekarzy innych specjalności. Ktoś wspomni o Programie POLKARD finansowanym przez Ministerstwo Zdrowia, w którym znalazły się przecież pewne środki na badania epidemio-

logiczne i programy prewencyjne. Ktoś z oburzeniem przypomni, że przecież istnieje Polskie Forum Profilaktyki, w którego powstaniu i działalności kardiologzy odegrali i nadal odgrywają znaczącą rolę. Nie zmienia to mojej, być może niestusznej i subiektywnej opinii, że prewencja w *Kardiologii Polskiej* (a raczej w kardiologii polskiej) jest ciągle dzieckiem nie bardzo chcianym i kochanym.

Dlatego należy z zadowoleniem odnotować fakt, że problematyka czynników ryzyka choroby wieńcowej w populacji osób subiektywnie zdrowych znalazła uznanie w Redakcji *Kardiologii Polskiej*. Ryszard Targoński i wsp. analizują częstość występowania i zależności między „klasycznymi” czynnikami ryzyka w liczącej ponad 1000 osób grupie kobiet i mężczyzn, podopiecznych programu prewencji chorób układu krążenia finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w Olsztynie, mieście liczącym ok. 175 tys. mieszkańców. Choć wyniki badań własnych autorów i wnioski z ich analiz nie są zaskakujące, warto zwrócić uwagę na kilka informacji ważnych dla każdego lekarza w Polsce. Praca ta potwierdza po raz kolejny, że częstość występowania hipercholesterolemii, nadciśnienia tętniczego, nadwagi i otyłości w grupie asymptomatycznych kobiet i mężczyzn w wieku średnim ze środowiska miejskiego jest bardzo wysoka. Te osoby w wieku 35–55 lat z „pełnym poczuciem zdrowia” nie są oczywiście pacjentami klinik i oddziałów kardiologicznych lub internistycznych, ale staną się nimi zapewne w niedługim czasie, biorąc pod uwagę częstość i poziom wielu czynników ryzyka. Autorzy wskazują, że niekorzystny profil czynników ryzyka mają szczególnie osoby ze znaczną nadwagą i otyłością, i podkreślają, że nawet w młodszej podgrupie kobiet wartości ciśnienia tętniczego krwi, stężenie trójglicerydów czy cholesterolu HDL są dalekie od optymalnych.

Wydaje się, że osoby młode i w średnim wieku ze znaczną nadwagą i otyłością mogą stanowić bardzo wdzięczne grono podopiecznych dalszych działań interwencyjno-leczniczych, zmierzających przede wszystkim do nefarmakologicznej modyfikacji czynników ryzyka (dieta, wysiłek fizyczny). Kto to robi? Kto przekona podopiecznych programu NFZ do konieczności niezbędnych zmian i systematycznej kontroli stanu zdrowia? Czy program skryningowy identyfikujący istotne i podlegające modyfikacji czynniki ryzyka chorób przewlekłych (nie tylko choroby wieńcowej!) przyczyni się istotnie do zmniejszenia ryzyka zawału serca, powikłań nadciśnienia tętni-

czego, ale także cukrzycy typu 2, osteoporozy i niektórych nowotworów w objętej nim populacji?

Prof. dr hab. n. med. Barbara Zahorska-Markiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, w komentarzu redakcyjnym opublikowanym niedawno w *Forum Profilaktyki* stwierdza: „Nie tylko w podstawowej opiece zdrowotnej, ale i na oddziałach szpitalnych zdarza się, że lekarz nie zwraca uwagi na nieprawidłową masę ciała pacjenta [...] Oczywiście człowiekowi otyłemu trzeba dodatkowo poświęcić sporo czasu, należyście go zmotywować, a jest to zadanie niewdzięczne dla lekarza, który chce, aby jego postępowanie dało szybkie i trwałe efekty. To nie to samo co wycięcie wyrostka czy wstawienie zastawki, kiedy niemal od razu widać sukces [...] Jestem

jednak przekonana, że coraz większa świadomość i moda na pozbycie się zbędnych kilogramów spowoduje, że pracownicy ochrony zdrowia będą musieli wreszcie doceenić problem otyłości”.

Czy lekarze kardiolodzy powinni włączyć się aktywnie do działań profilaktycznych adresowanych do osób zdrowych i chorych z „pełnym poczuciem zdrowia”, czy raczej czekać (z zabezpieczoną odpowiednią liczbą nowoczesnych angiokardiografów i stentów najnowszej generacji), aż pacjenci z ostrymi zespołami wieńcowymi pojawią się w klinikach?

Wracając do tytułu komentarza, może warto zachęcić Redakcję i środowisko polskich kardiologów do szerszej dyskusji na temat?