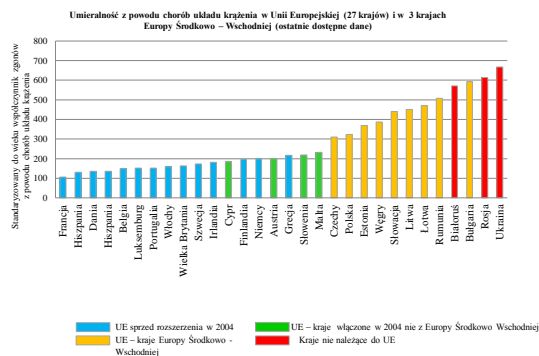


# Pierwotna prewencja chorób układu krążenia. Założenia programu badań przesiewowych i interwencji

Andrzej Pająk

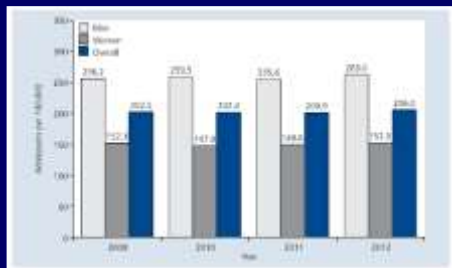
Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, IZP, WOZ  
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Posiedzenie Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk  
Warszawa, 20 stycznia 2016



A. Pająk, M. Kocula, na podstawie: Health for All Database, WHO Europe, września 2015

## zawał serca liczba przyjęć do szpitala/100.000



Gielonka M. i wsp. Incidence, treatment, in-hospital mortality and one-year outcomes of acute myocardial infarction in Poland in 2009-2012— nationwide AMI-PL database. Kardiol Pol 2015; 73: 3: 142-150

## Europejska Karta Zdrowia Serca (2007)

European Heart Health Charter

- niestosowanie tytoniu
- odpowiednia aktywność fizyczna — co najmniej 30 min. 5 x w tygodniu
- zdrowe zwyczaje żywieniowe
- brak nadwagi
- ciśnienie tętnicze < 140/90 mm Hg
- stężenie cholesterolu we krwi < 5 mmol/l (190 mg/dl)
- prawidłowy metabolizm glukozy
- unikanie nadmiernego stresu

Na podstawie: Pięta Wspólna Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Innych Towarzystw Naukowych ds. Zapobiegania Chorobom Serca i Naczyni w Praktyce Klinicznej. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok. Kardiologia Polska 2012; 70, supl. 1: S 3-1- S 100

Zakaznik	Klasa	Poziom	SIASA	Przewodność
1	0	0	0	0

Kardiologia Polska 2012; 70, supl. 1: S 1-S 100

## Występowanie czynników ryzyka u mężczyzn i kobiet w wieku 20+ lat w Polsce (2013/2014, szacunki wstępne)

Czynnik ryzyka	% populacji
Otyłość	26
Nadciśnienie tętnicze	43
Hipercholesterolemia	61
Cukrzyca	10
Palenie tytoniu	25
Mała aktywność fizyczna	55

90,1 % populacji ma co najmniej 1 czynnik ryzyka !

Źródło: Drygas W. i wsp. Wieloodrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności. W: Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia pod red. Kopeć G. i wsp. Medycyna Praktyczna 2015

## Strategia ogólnopopulacyjna

- Wywieranie korzystnego wpływu na uwarunkowania zdrowia całej populacji; oddziaływanie na wszystkich, którzy do niej należą tzn. zarówno chorych jak i zdrowych, a wśród zdrowych zarówno tych, którzy mają wysokie jak i niskie ryzyko zachorowania

## Strategia wysokiego ryzyka

- Aktywne zidentyfikowanie wszystkich osób, które mają większą szansę zachorowania
- Objęcie ich odpowiednią, skuteczną opieką

## Strategia wysokiego ryzyka

- Aktywne zidentyfikowanie wszystkich osób, które mają większą szansę zachorowania → Skryning
- Objęcie ich odpowiednią, skuteczną opieką → Program interwencji

## Strategia wysokiego ryzyka

- Skryning (badanie) →
  - Interwencja (poradnictwo) →
- } POZ

## Zasady prowadzenia skryningu według WHO

- Powinien dotyczyć stanu, który jest poważnym problemem zdrowotnym.
- Powinien istnieć sposób leczenia tego stanu/choroby.
- Zapewniona dostępność do diagnostyki i leczenia.
- Powinna istnieć utajona postać choroby
- Istnienie testu lub badania, które pozwalają wykryć chorobę
- Test akceptowalny w populacji.
- Naturalna historia choroby powinna być znana w potrzebnym zakresie
- Przyjęte kryteria kwalifikacji do leczenia
- Całkowity koszt wykrycia przypadku powinien być ekonomicznie zrównoważony w odniesieniu do innych kosztów medycznych,
- Wykrywanie przypadków powinno być procesem ciągłym a nie działaniem „od przypadku do przypadku”

Zródło: Wilson JMG, Jungner G. (1968) Principles and practice of screening for disease (large pdf). WHO Chronicle Geneva. World Health Organization. 22(1):473. Public Health Papers, #34.

## Podstawowa opieka zdrowotna

- Dostęp do populacji ogólnej
- Ciągłość opieki
- Możliwość kontroli skutków postępowania
  - Bezpośrednio
  - W obserwacji odległej
- Możliwość współpracy z innymi grupami zawodowymi

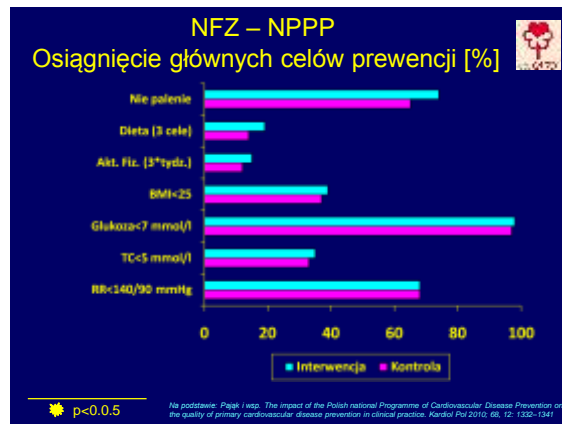
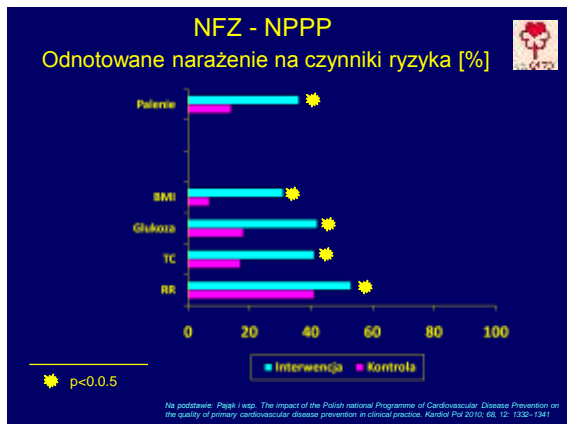
### 5.2. PREWENCJA CHOROBY SERCA I NACZYŃ W PRAKTYCE OGÓLNEJ

#### Główne przesłanki

- Przesiewną ocenę czynników ryzyka, w tym problemu lipidowego, można rozważać u mężczyzn w wieku  $\geq 40$  lat i kobiet w wieku  $\geq 50$  lat lub po menopauzie [42].
- Lekarz prowadzący praktykę ogólną powinien inicjować, koordynować i gwarantować długoterminową obserwację w celu zapobiegania CVD [33].

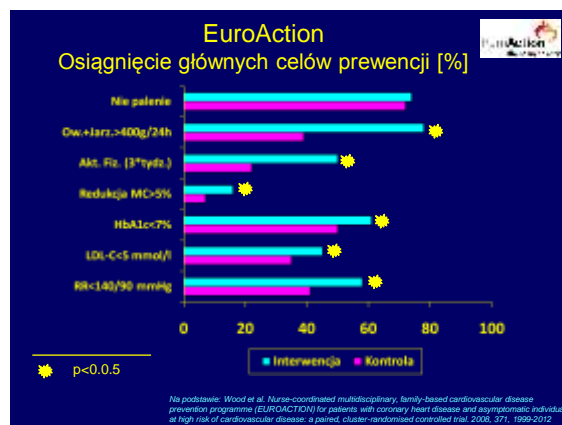
Lekarze ogólni odgrywają zasadniczą rolę we wprowadzeniu i powodzeniu programów prewencji CVD w Europie. W większości krajów, odsetek ogólnistów porażeni lekarskich i są w największym stopniu zaangażowani w działania z zakresu zdrowia publicznego (opieka prewencyjna, przesiewowe wykrywanie chorób, monitorowanie chorób przewlekłych i obserwacja). W przypadku prewencji CVD unikalna rola lekarzy ogólnych polega na identyfikacji zagrożonych pacjentów, u których jeszcze nie rozwinęła się jawną klinicznie CVD, oraz ocenie, czy takie osoby kwalifikują się do interwencji na podstawie swojego profilu ryzyka.

Kardiologia Polska 2012; 70, supl. I: S 1–S 100



### Strategia wysokiego ryzyka

- Skryning (badanie) →
- Interwencja (poradnictwo) → ?



### EUROACTION

- Strukturalna, kompleksowa, wielokierunkowa **INTERWENCJA** (styl życia, czynniki ryzyka, leki kardioprotekcyjne)
- Prowadzenie przez pielęgniarki z ew. zaangażowaniem dietetyków i fizjoterapeutów (współpraca z lekarzem).
- Dobór akceptowalnych prostych metod postępowania (**interwencja > 80%**)
- Bezpośredni kontakt (pomocnicza rola materiałów do czytania)

Na podstawie: Wood D. 2008

Koszty i efekty inkrementalne (wyrażone w QALY) dla kohorty 1000 pacjentów, Wiek 57 lat, SBP=141.09; TC=6, 05 mmol/L; HDL-C = 1.57 mol/L

	Nie zdyskontowany			Zdyskontowany		
	Koszty inkrementalne (PLN)	Efekty inkrementalne (QALY)	ICER (PLN)	Koszty inkrementalne (PLN)	Efekty inkrementalne (QALY)	ICER (PLN)
<b>Mężczyźni</b>	259171.04	16.61	15600.61	255163.79	13.07	19523.91
<b>Kobiety</b>	347492.35	4.95	70236.64	319289.12	3.88	82261.84

ICER (Incremental Cost Effectiveness Ratio) = koszt marginalny na uzyskany QALY

Źródło: Sowle N. Cost-effectiveness of a cardiovascular disease primary prevention programme in a primary health care setting. Results of the Polish part of the EUROACTION project. Kardiologia Polska, 2012, 71, 702-711.

Programy prewencji koordynowane przez pielęgniarki są skuteczne w różnorodnych warunkach i miejscach prowadzenia praktyki.

**European Collaborative on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (euCARD)**  
The 10th Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (established by representatives of other societies and by invited experts)

**EUROPEAN OFFICINE DIETETICA  
ESPERIMENTA E INTERGRATA NACCERS  
SPRINTER WOPRZEC**  
NA 2012 ROK

Tabela nr 1	Klasa	Procent	GRACE	Przewidywany
Programy prewencji koordynowane przez pielęgniarki ocenione na podstawie prognozy	III	1	Low	0,1-5,0%
Wzrostowa prewencja	IV	2	High	5,1-10%

*Kardiologia Polska 2012; 70, supl. I: S 1–S 100*

- 400 miast (POLKARD)
- Multifactorial Primary Prevention Trial (WHO)
- CINDI (WHO)
- EUROACTION (ESC)

**Program strukturalnej interwencji**

ISBN 978-83-7430-227-2

**Zespół autorski**

Doc. dr hab. n. med. **Grażyna Broda**, Instytut Kardiologii, Warszawa  
 Prof. dr hab. n. med. **Wojciech Drygas**, Instytut Kardiologii, Warszawa  
 Prof. dr hab. n. med. **Zbigniew Gąsior**, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice  
 Mgr **Janusz M. Jaworski**, Instytut Onkologii, Warszawa  
 Prof. dr hab. n. med. **Andrzej Pająk** – Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków  
 Mgr **Marta I. Porębiak**, Instytut Onkologii, Warszawa  
 Lek. med. **Marcin Rutkowski**, Uniwersytet Medyczny, Gdańsk  
 Dr n. med. **Krzyszyna Szafranec**, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków  
 Dr n. med. **Radosław Szczęć**, Uniwersytet Medyczny, Gdańsk  
 Dr n. med. **Barbara Wizner**, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków  
 Mgr **Renata Wolfshaut-Wolak**, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków  
 Prof. dr hab. n. med. **Witold Zatoński**, Instytut Onkologii, Warszawa  
 Dr n. med. **Tomasz Zdrojewski**, Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

**Zespół konsultacyjny**

Prof. dr hab. n. med. **Barbara Cybulska**, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa  
 Prof. dr hab. n. med. **Jerzy Gluszek**, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu  
 Dr n. med. **Jerzy Górny**, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie  
 Dr n. med. **Jacki Grabowski**, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa  
 Prof. dr hab. n. med. **Tomasz Grodzicki**, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków  
 Lek. med. **Adriana Jabłońska**, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa  
 Prof. dr hab. n. med. **Marianna Janion**, Wojewódzki Szpital Zespolony, Kielce  
 Prof. dr hab. n. med. **Zdzisława Kornaciewicz-Jach**, Pomorska Akademia Medyczna  
 Dr n. med. **Jerzy Kuźniar**, Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie  
 Dr hab. n. med. **Maciej Malecki**, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków  
 Dr n. med. **Lech Panasiuk**, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie  
 Dr n. med. **Wojciech Paluch**, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Gorzów Wielkopolski  
 Dr n. med. **Władysław Pluta**, PS ZOZ Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu  
 Prof. dr hab. n. med. **Piotr Podolec**, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków  
 Lek. med. **Andrzej Przybysz**, Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu  
 Prof. dr hab. n. med. **Andrzej Rynkiewicz**, Uniwersytet Medyczny, Gdańsk  
 Prof. dr hab. n. med. **Andrzej Steciwko**, Akademia Medyczna we Wrocławiu  
 Dr hab. n. med. **Andrzej Szpak**, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Cel główny**

Zwiększenie odsetka osób osiągających cel postępowania wyznaczony w rekomendacjach europejskich towarzystw naukowych i Polskiego Forum Profilaktyki wśród osób z wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym oraz ich partnerów życiowych

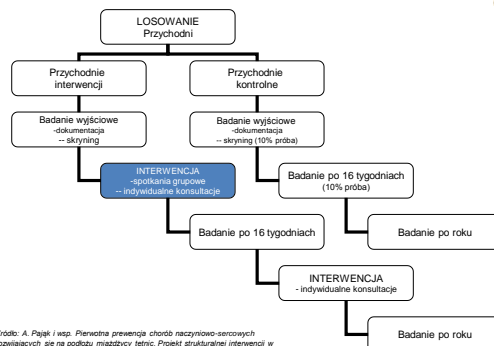
Źródło: A. Pająk i wsp. [...] Pierwsza prewencja chorób naczyniowo-sercowych realizująca się na podłożu modyfikacji lipidów. Projekt strukturalnej interwencji w zakresie strategii żywieniowej. rozpr. Medycyna Praktyczna 2009

### Cele szczegółowe

- Zmniejszenie odsetka osób palących papierosy co najmniej o bezwzględną wartość 5%
- Zwiększenie odsetka osób z nie podwyższonym ciśnieniem tętniczym (ctk<140/90 mmHg, a u osób z cukrzycą ctk<130/80 mmHg) co najmniej o bezwzględną wartość 15%
- Zwiększenie odsetka osób stosujących właściwą dietę (owoce i warzywa >400 g/dobę oraz ryby > 20 g/dobę) co najmniej o bezwzględną wartość 20%
- Zwiększenie odsetka osób wykazujących aktywność fizyczną na poziomie co najmniej 4-5 razy w tygodniu, aerobowy wysiłek fizyczny na poziomie submaksymalnym, trwający co najmniej 30 minut co najmniej o bezwzględną wartość 30%
- Uzyskanie redukcji masy ciała o co najmniej 5 % u co najmniej 10% osób z nadwagą
- Zwiększenie odsetka osób z TC<5,0 mmol/l (4,5 cukrzyca) co najmniej o bezwzględną wartość 10%
- Zwiększenie odsetka osób z HbA1c< 6.5% u osób z cukrzycą co najmniej o bezwzględną wartość 10%

Zródło: A. Pająk i wsp. (...) Pierwsza prewencja chorób naczyniowo-sercowych realizujących się na podłożu miażdżycy tętnic. Projekt strukturalnej interwencji w zakresie strategii wysokiego ryzyka. Medycyna Praktyczna 2009

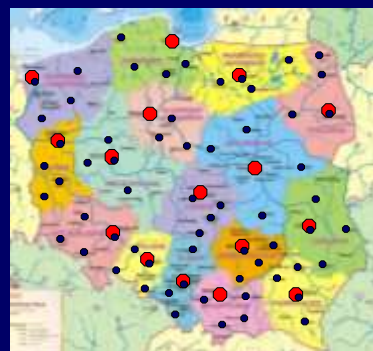
### Projekt badania (kontrolowane wdrożenie)



Zródło: A. Pająk i wsp. Pierwsza prewencja chorób naczyniowo-sercowych realizujących się na podłożu miażdżycy tętnic. Projekt strukturalnej interwencji w zakresie strategii wysokiego ryzyka. Medycyna Praktyczna 2009



16  
przychodni



16  
Województw  
64  
przychodnie

### Podsumowanie

- Starzenie się populacji wiąże się ze zwiększeniem potrzeb zdrowotnych związanych z występowaniem klinicznych manifestacji miażdżycy tętnic
- Istnieje znaczny **niewykorzystany** potencjał zwalczania chorób sercowo-naczyniowych w metodach prewencji
- Planowanie programu badań skryningowych musi być oparte o zasady interwencji w zakresie strategii wysokiego ryzyka
- Cele postępowania należy przyjmować w zakresie możliwym do wykonania
- Wykorzystanie doświadczeń masowego skryningu w POZ (procedura NFZ)
- Wprowadzenie strukturalnej interwencji (wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń, dobór prostych, akceptowalnych i taniach metod etc.)
- Delegowanie zadań przeszkolonom pielęgniarkom i/lub wielodyscyplinarnym zespołom i ich integracja w systemie
- Ograniczenie zadań lekarza z zachowaniem jego pozycji w systemie opieki zdrowotnej
- Kontrolowane wdrożenie (ocena skuteczności i efektywności kosztów)

Pająk A. Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, 2016