

PREWENCJA

Redaktor działu: prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz

Wtórna prewencja kardiologiczna u pacjentów po przebytym zawale serca

Secondary prevention of cardiac patients after myocardial infarction

Anna Kubicka-Mącznik

Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

STRESZCZENIE

Choroby układu sercowo-naczyniowego (CVD) są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Spośród wszystkich zgonów z powodów sercowo-naczyniowych zgony wywołane zawałem serca (MI) stanowią około 10%. Ze względu na wysoką śmiertelność prewencja CVD stanowi duże wyzwanie dla zdrowia publicznego. Choć stosowane obecnie, nowoczesne metody diagnostyczne i lecznicze pozwalają na szybkie rozpoznanie i skuteczne leczenie chorych z MI, to deficytowy pozostaje obszar związany z prewencją wtórną. Polega ona na objęciu chorego kompleksową opieką specjalistyczną przez interdyscyplinarny zespół (lekarz kardiolog, fizjoterapeuta, pielęgniarka, psycholog oraz dietetyk). W tym modelu przewiduje się kompleksowe oddziaływanie w zakresie stosowania się pacjenta do farmakoterapii, redukcji narażenia na czynniki ryzyka i modyfikacji niekorzystnych zachowań zdrowotnych, a także edukację zdrowotną. Integralną częścią modelu jest program ćwiczeń fizycznych. Kompleksowe programy prewencji stanowią najskuteczniejszy sposób zmniejszenia umieralności z powodu CVD.

Choroby Serca i Naczyń 2016, 13 (5), 336–366

Słowa kluczowe: *zawał serca, wtórna prewencja kardiologiczna, kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna*

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of death in Poland. About 10% of all deaths from CVD are deaths from myocardial infarction (MI). Due to high mortality of CVD it is a major public health challenge. Although currently used modern diagnostic and therapeutic methods allow quick diagnosis and effective treatment of patients with MI, area of secondary prevention is still deficient. Secondary prevention involves comprehensive care provided to patient by an interdisciplinary team (cardiologist, physiotherapist, nurse, psychologist and nutritionist). The model involves a comprehensive impact on pharmacotherapy compliance, reduction of exposure to risk factors and modification of adverse health behaviors. It includes also health education. An integral part of the model is physical exercise program. Comprehensive prevention programs are the most effective way to reduce mortality from CVD.

Choroby Serca i Naczyń 2016, 13 (5), 336–366

Key words: *myocardial infarction, secondary prevention of cardiovascular disease, comprehensive cardiac rehabilitation*

Adres do korespondencji:

mgr Anna Kubicka-Mącznik
Akademia Wychowania Fizycznego
Al. Jana Pawła II 78, 31–571 Kraków
e-mail: akm272@op.pl

WPROWADZENIE

Choroby układu sercowo-naczyniowego (CVD, *cardiovascular diseases*) są przyczyną 47% wszystkich zgonów w Europie i 40% zgonów w Unii Europejskiej (UE). Każdego roku odnotowuje się ponad 4 mln zgonów z powodu CVD w Europie i 1,9 mln zgonów w UE [1].

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2013 roku CVD były przyczyną prawie 46% wszystkich zgonów w Polsce. Na choroby te częściej zapadają kobiety, dlatego umieralność z tej przyczyny wśród kobiet jest wyższa niż wśród mężczyzn. Warto jednak zaznaczyć, że w ostatnich dziesięcioleciach odnotowuje się w Polsce zmniejszenie odsetka zgonów z powodu CVD w ogólnej liczbie zgonów (ryc. 1) [2]. Niewątpliwie jest to związane ze wzrostem świadomości zdrowotnej Polaków oraz szerzeniem się mody na zdrowy styl życia, co przekłada się między innymi na korzystne zmiany w sposobie odżywiania, ograniczenie palenia tytoniu oraz częstsze podejmowanie aktywności fizycznej. Duże znaczenie jest również przypisywane postępowi, jaki się dokonał w ostatnich latach w dziedzinie kardiologii inwazyjnej, a także telemedycyny.

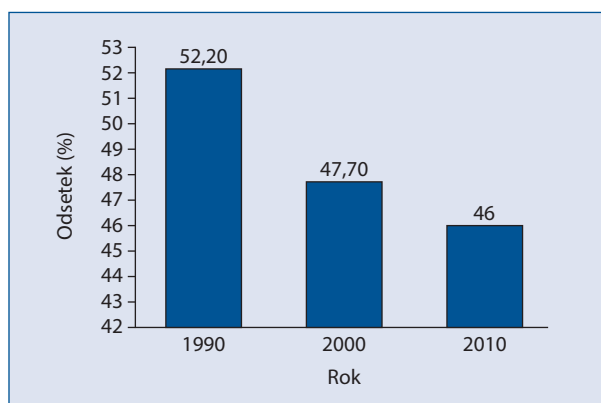
Choroby serca i naczyń stanowią jednak nadal poważny problem zdrowotny w Polsce. Niepełnosprawność nimi spowodowana wiąże się z dużymi stratami społecznymi i ekonomicznymi. W Polsce, podobnie jak w całej Europie, najczęstszą przyczyną zgonów spośród CVD jest choroba niedokrwienna serca (26% zgonów z powodu CVD), w tym MI (10% zgonów z powodu CVD). W 2010 roku odnotowano 17,8 tys. zgonów wywołanych MI. Drugie miejsce pod względem częstości zgonów z powodu CVD zajmują choroby naczyń mózgowych (ok. 20% zgonów z powodu CVD). Zawał serca stanowi zatem

istotny problem medyczny. Warto podkreślić, że śmiertelność wśród pacjentów po przebytych MI wciąż pozostaje w Polsce wysoka — w 1. roku po zawale wynosi około 10% [2]. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest przede wszystkim niedostateczna wiedza pacjentów, którzy często nie zdają sobie sprawy z podwyższonego ryzyka wystąpienia kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych ani nie mają wystarczającej wiedzy z zakresu zapobiegania incydentom wtórnym. W praktyce zalecenia lekarskie często są przekazywane pacjentowi w dniu wypisania ze szpitala. Pozostając pod wpływem silnego stresu, pacjent może nie zrozumieć lub nie zapamiętać części istotnych informacji. Chorzy nieobjęci kompleksową opieką po wypisaniu ze szpitala często powracają do złych nawyków, które mogą doprowadzić do kolejnego zawału.

Zgodnie z raportem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego z 2014 roku tylko 22% chorych po przebytych MI było objętych w 2009 roku kompleksową rehabilitacją kardiologiczną. Według innych źródeł odsetek ten wynosi 34% (badanie EUROASPIRE IV) — to nadal znikoma wartość [3, 4].

Biorąc pod uwagę stosunkowo krótki okres hospitalizacji chorego po zawale (zwykle kilka dni), warto podkreślić, że nie jest możliwe wypracowanie u chorego zmiany stylu życia na prozdrowotny. Dlatego tak istotną rolę w grupie pacjentów po przebytych MI przypisuje się prewencji wtórnej. Przyjmuje się, że prewencja wtórna CVD stanowi główny element współczesnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Jest to prewencja ukierunkowana na określoną grupę populacji, w której zagrożenie wystąpieniem danej choroby pozostaje zwiększone. W przypadku chorych po przebytych MI jest to podwyższone ryzyko następnych incydentów sercowo-naczyniowych, w tym kolejnego zawału. Prewencja wtórna polega na objęciu chorego kompleksową opieką specjalistyczną przez interdyscyplinarny zespół (lekarz kardiolog, fizjoterapeuta, pielęgniarka, psycholog oraz dietetyk). Zgodnie z tym modelem są przewidziane kompleksowe oddziaływanie w zakresie stosowania się do farmakoterapii, redukcja narażenia na czynniki ryzyka i modyfikacja niekorzystnych zachowań zdrowotnych, a także edukacja zdrowotna. Integralną częścią modelu są ćwiczenia fizyczne. Prewencja wtórna rozpoczyna się w czasie hospitalizacji pacjenta po przebytych MI i jest kontynuowana po wypisaniu ze szpitala [5].

W międzynarodowych wytycznych podkreśla się znaczenie wielokierunkowej modyfikacji czynników ryzyka, tj.: obniżenia ciśnienia tętniczego, zwalczania



Rycina 1. Odsetek zgonów w powódz chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce

otyłości i stosowania odpowiedniej diety, zwalczania palenia tytoniu, zwiększenia aktywności fizycznej, korekty profilu lipidowego, leczenia cukrzycy [6, 7]. Wykazano, że nowoczesne, kompleksowe programy prewencji stanowią najskuteczniejszy sposób zmniejszenia umieralności z powodu CVD.

W 2014 roku zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego opracował dokument pt. „Optymalny model kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji” [8]. Przedstawiono w nim ogólne zasady kompleksowej rehabilitacji, do których zaliczono:

- kompleksowość — kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna/wtórna prewencja obejmuje: ocenę klinicznego stanu chorego i optymalizację leczenia, terapię ruchem, opiekę psychologiczną, diagnostykę i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, edukację pacjentów i ich rodzin;
- indywidualizację — indywidualne planowanie, w którym uwzględniono całościowy obraz kliniczny konkretnego pacjenta, w celu uzyskania maksymalnych korzyści przy minimalizacji zagrożeń;
- bezpieczeństwo i akceptację — kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna musi być procesem bezpiecznym;
- natychmiastowość wdrożenia — kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna/wtórna prewencja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów;
- ciągłość procesu rehabilitacji i prewencji wtórnej — sukces zależy od ciągłości i konsekwencji w realizacji I, II i III okresu rehabilitacji oraz kontynuowania prozdrowotnego trybu życia przez pacjenta;
- miejsce realizacji — rehabilitacja może być realizowana w szpitalu i/lub na oddziale dziennym/ambulatorium i/lub w miejscu zamieszkania (telerehabilitacja).

W rehabilitacji hybrydowej łączy się fazę szpitalną lub na oddziale dziennym/ambulatoryjnym z telerehabilitacją w miejscu zamieszkania.

W odpowiedzi na zwiększające się zapotrzebowanie na profilaktykę wtórną dla chorych po przebytych ostrym incydencie wieńcowym powstało wiele rozwiązań. Jedną z nich jest tak zwany Klub Pacjenta. To inicjatywa stworzona z myślą o pacjentach, których dotknął problem MI. Pierwsze spotkanie Klubu Pacjenta odbyło się 14 maja 2011 roku w Krakowie [9]. W ramach tej inicjatywy są organizowane cykliczne spotkania pacjentów ze specjalistami. Pacjenci uzyskują wiedzę na temat tego, jak żyć

po zawale, a także jak skutecznie zapobiegać kolejnym incydentom sercowo-naczyniowym. Celem cyklicznych spotkań Klubu Pacjenta jest promowanie oraz utrwalanie wśród pacjentów wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej, walki z nałogiem palenia papierosów. Kładzie się również nacisk na naukę udzielania pierwszej pomocy.

Inny pomysłem jest pierwsza w Polsce tak zwana Szkoła Serca, zapoczątkowana w czerwcu 2015 roku w Pińczowie w województwie świętokrzyskim. Koncepcja Szkół Serca zrodziła się w rezultacie polsko-norweskiej wymiany doświadczeń, podczas I Międzynarodowego Klubu Pacjenta w Krakowie. Nowatorski w skali kraju model prewencji wtórnej dla osób ze schorzeniami kardiologicznymi wprowadzono jako uzupełnienie realizowanego wcześniej programu prewencji wtórnej — Klub Pacjenta.

Skuteczność programu prewencji wtórnej zainicjowanego w postaci Klubu Pacjenta oceniano w badaniu rejestrowym, przeprowadzonym w latach 2014–2015 w 9 współpracujących ośrodkach kardiologii inwazyjnej [10]. Do badania włączono 372 pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zespołu wieńcowego w okresie od października do grudnia 2014 roku. Wypełnili oni kwestionariusz dotyczący nawyków i stylu życia przy wypisaniu ze szpitala. W okresie od stycznia do lutego 2015 roku ten sam kwestionariusz wypełnili chorzy, którzy wzięli udział w programie lokalnych Klubów Pacjenta. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice w odniesieniu do odsetka osób palących tytoń — zmniejszył się on z 14% do 5% ($p < 0,001$), jak również w odniesieniu do odsetka pacjentów, którzy deklarowali minimum 30 minut aktywności ruchowej dziennie — odsetek ten wzrósł z 50% do 58% ($p = 0,015$).

Rozważając temat wtórnej prewencji kardiologicznej, warto również wspomnieć o innych programach czy też inicjatywach, których celem pozostaje eliminacja czynników ryzyka poprzez zmianę nawyków zdrowotnych. Przykład może stanowić program Deana Ornisha, którego skuteczność w zakresie cofania się zmian miażdżycowych potwierdzono w badaniach klinicznych. Główną komponentą programu jest niskotłuszczowa dieta wegetariańska, oparta na produktach roślinnych, przy czym istotne jest unikanie produktów przetworzonych. Pozostałe komponenty programu to umiarkowana aktywność fizyczna oraz życie w harmonii z otoczeniem [11]. W Stanach Zjednoczonych dietę Ornisha uznano za alternatywę leczenia konwencjonalnego i jest finansowana

ze środków publicznych w ramach programu *Medicare*. Stanowi zatem powszechny sposób leczenia miażdżycy naczyń, a tym samym zapobiegania MI. W randomizowanym badaniu klinicznym, przeprowadzonym w latach 1986–1992, z udziałem 48 pacjentów z umiarkowaną i ciężką postacią choroby wieńcowej, wykazano, że u pacjentów stosujących się do zaleceń Ornisha dochodziło do zahamowania postępu zmian miażdżycowych, a także do cofania już zaistniałych zmian. Po roku u 82% pacjentów biorących udział w programie doszło do regresji zmian miażdżycowych naczyń wieńcowych serca, w porównaniu z 53% pacjentów w grupie kontrolnej leczonych standardowo. Częstotliwość występowania bólów wieńcowych zmniejszyła się o 91% w badanej grupie, natomiast w grupie kontrolnej wzrosła o 165%. U pacjentów w badanej grupie stężenie cholesterolu frakcji lipoprotein o niskiej gęstości (LDL, *low-density lipoprotein*) obniżyło się o 37,2%, natomiast w grupie kontrolnej — o 5,8% [12]. Powyższe wyniki potwierdzają skuteczność programu Ornisha w zakresie redukcji czynników ryzyka MI.

Model wtórnej prewencji CVD jest cenną inicjatywą, która — konsekwentnie wdrażana — w polskim systemie ochrony zdrowia może przynieść wymierne efekty długofalowe. Zwiększenie świadomości zdrowotnej osób z chorobami kardiologicznymi, przekładające się na zmianę stylu życia i regularne przyjmowanie leków, w połączeniu z programem ćwiczeń fizycznych, znacznie ogranicza ryzyko kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych. Warto podkreślić, że kompleksowe programy prewencji stanowią najskuteczniejszy sposób zmniejszenia umieralności z powodu CVD.

PIŚMIENNICTWO

1. European Cardiovascular Disease Statistics. 2012 edition. European Heart Network and European Society of Cardiology. Dostępne na: https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Press-media/press-releases/2013/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf. Data dostępu: 15.06.2016 r.
2. Strzelecki Z., Szymborski J. Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015.
3. Dostępne na: http://www.sha-education.com/Files/Saudi_Prevent2014/008001.pdf. Data dostępu: 15.06.2016 r.
4. Pająk A. Nowy model wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych dla pacjentów po przebytych ostrym zespole wieńcowym. Cardiovascular Center Foundation, Kraków 2015.
5. Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce. Ocena na podstawie Narodowej Bazy Zawałów Serca AMI-PL 2009–2012. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — Państwowy Zakład Higieny, Śląski Uniwersytet Medyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Zabrze, 2014.
6. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. i wsp. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur. Heart J.* 2016; 37: 2315–2381.
7. Smith S.C., Benjamin E.J., Bonow R.O. i wsp. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2011; 58: 2432–2446.
8. Jankowski P., Niewada M., Bochenek A. i wsp. Optymalny model kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji. Raport z prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Warszawa 2013. Dostępne na: <http://docplayer.pl/7856345-Optymalny-model-kompleksowej-rehabilitacji-i-wtornej-prewencji.html>. Data dostępu: 15.06.2016 r.
9. Klub Pacjenta. Dostępne na: <http://www.cardioclinc.pl/klub-pacjenta>. Data dostępu: 15.06.2016 r.
10. Siudak Z., Pers M., Dusza K. i wsp. The efficacy of an education-based secondary outpatient prevention programme after acute coronary syndrome hospitalisations and treatment in Poland. The Patient Club initiative. *Kardiol. Pol.* 2016; 74: 185–191.
11. Ornish D. Dr. Dean Ornish's program for reversing heart disease. Random House, New York 1990.
12. Ornish D., Brown S.E., Scherwitz L.W. i wsp. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? *Lancet* 1990; 336: 128–133.