

Nagły zgon sercowy i przedszpitalna śmiertelność w chorobie wieńcowej serca

prof. dr hab. n. med. Andrzej Pająk

Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków



Nagły zgon sercowy (SCD) budzi najczęściej silne emocje w środowisku zmarłej osoby, które pozostaje pod wrażeniem bezsilności zarówno swojej, jak i systemu opieki zdrowotnej. W przypadkach SCD lekarze kardiolo-

dzy i organizatorzy opieki zdrowotnej są ograniczeni do biernej obserwacji braku skutecznych metod postępowania, w tym także nieużyteczności rozbudowanego nowoczesnego systemu postępowania w ostrych zespołach wieńcowych. Problemu SCD nie udało się rozwiązać poprzez wprowadzenie szkoleń w zakresie technik resuscytacji i upowszechnienie znajomości technik ratunkowych, a projekty wzmocnienia możliwości działania przeszkolonych osób poprzez rozmieszczenie sprzętu ratunkowego, w tym także nowoczesnych kardiowerterów w miejscach szczególnie uczęszczanych (dworce kolejowe i lotnicze, centra handlowe, skrzyżowania głównych ulic itp.), nie mają zweryfikowanej skuteczności w badaniach ilościowych.

Piotrowski i wsp. [1], przypominając o problemie SCD, zwracają uwagę na trudności w ostatecznym uznaniu jego wystąpienia, a co za tym idzie zróżnicowaniu w sposobie jego odnotowania w aktach zgonów i dalej w ocenie częstości jego występowania w systemie statystyki publicznej, a także na przesunięcia w klasyfikacji z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca (IHD). Głównym wnioskiem autorów jest to, że wzrost częstości występowania nagłych zgonów w statystykach publicznych po 2003 r. kompensuje spadek umieralności z powodu IHD. Nie kwestionując podanych informacji, nie oznacza to wcale, że można zakwestionować istnienie 20-letniego spadkowego trendu umieralności z powodu IHD. Nie ma wątpliwości, że w Polsce w ciągu ostatnich dwóch dekad wydłużyła się przewidywana długość życia i ta zmiana jest w zasadniczej części spowodowana obniżeniem się umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Wobec faktu, że obecnie większość chorób układu sercowo-naczyniowego, które są przyczynami zgonów, rozwija się na podłożu miażdżycy, trudno przyjąć wniosek autorów za ostateczny i nie szukać innych wyjaśnień. Przyjmując za autorami twierdzenia o zróżnicowaniu w sposobach kodowania i trendach w „modach” diagnostycznych, należy zwrócić uwagę na to, że problemem w ocenie umieralności

z powodu IHD (kody ICD I20-I25), poza uznawaniem części zgonów za SCD (kod I46.1) lub zgony nagłe o nieznanym przyczynie (R96), mogą występować również przesunięcia z innymi rozpoznaniem w ramach kategorii choroby układu sercowo-naczyniowego (kody I00-I99). Na przykład, odnotowanie miażdżycy (kod I70) jako wyjściowej przyczyny zgonów (jako jedyna podlega kodowaniu), mimo że jest sprzeczne z zaleceniami ekspertów, którzy opracowali Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Przyczyn Zgonów [2], jest częste w Polsce i częstość takiego postępowania wzrasta z wiekiem zmarłych osób. W grupie wiekowej 25–64 lat rocznie występuje ok. 550 takich przypadków [3]. W artykule opublikowanym niedawno na łamach „Kardiologii Polskiej” Wojtyński i wsp. [4] zwracają uwagę na duże zróżnicowanie regionalne w częstości rozpoznawania miażdżycy jako wyjściowej przyczyny zgonu. Według danych GUS łączna liczba zgonów z miażdżycą odnotowaną jako „wyjściowa przyczyna zgonu” wynosi w Polsce ok. 33.000 rocznie [3]. Problem niedoszacowania choroby niedokrwiennej jako wyjściowej przyczyny zgonów dostrzegli m.in. autorzy projektu INVEST, którzy dokonując szacunków dotyczących wyjaśnienia przyczyn spadku umieralności z powodu IHD, byli zmuszeni do dokonania korekt współczynników umieralności z powodu IHD [5]. Wniosek, że faktyczna umieralność z powodu IHD pozostaje na tym samym poziomie szedłby zatem za daleko. Piotrowski i wsp. [1] zwrócili jednak uwagę na to, że nie można bezkrytycznie przyjmować informacji epidemiologicznych, które ograniczają się do opisanego zmian umieralności z powodu IHD. Analizy epidemiologiczne muszą obejmować szersze spektrum przyczyn zgonów i dopiero na takiej podstawie można opierać strategię zwalczania tej choroby.

Niedokładności w określaniu liczby SCD utrudniają szacowanie potrzeb w programach postępowania w przypadkach SCD (np. w projektach rozmieszczania kardiowerterów w miejscach publicznych), a zwłaszcza weryfikację ekonomiczną takich programów. W praktyce, w opinii piszącego te słowa, istotnym problemem jest nie tyle ostateczna kwalifikacja nagłych zdarzeń jako SCD czy też jako zgon spowodowany chorobą wieńcową, co występowanie zgonów spowodowanych chorobą wieńcową serca w fazie przedszpitalnej niezależnie od tego, czy występują w mechanizmie dokonanego zawału serca czy zaburzeń rytmu na tle niedokrwienia mięśnia sercowego. W obrębie kate-

gorii „zgony przedszpitalne” w statystykach publicznych łatwo o przesunięcia między rozpoznaniem choroby wieńcowej, SCD, nagłej śmierci o nieznaną przyczynę, a także innych rozpoznań, jak „zatrzymanie krążenia” (kod I46), niewydolność serca (I50) czy miażdżycy. Dlatego ocena występowania zgonów przedszpitalnych spowodowanych chorobą wieńcową wymaga prowadzenia specjalnych rejestrów, w których weryfikuje się rozpoznanie wyjściowej przyczyny zgonu z aktu zgonu na podstawie danych o stanie klinicznym zmarłej osoby. Wobec doniesienia Piotrowskiego i wsp. [1] oraz faktu, że przedszpitalne zgony spowodowane chorobą wieńcową nie są przedmiotem rejestracji Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowego [6], należałoby postulować założenie rejestru nagłych zgonów i zgonów przedszpitalnych w celu rozwiązania problemów w ocenie epidemiologicznej, gdyż wyniki programu statystyki publicznej nie są dostatecznie dokładne. Wcześniejsze szacunki pochodzące z badań POL-MONICA określały liczbę zgonów pozaszpitalnych w chorobie wieńcowej na ok. 65–85% wszystkich zgonów spowodowanych chorobą wieńcową [7, 8]. Z dzisiejszego punktu widzenia te odsetki wydają się nieco zbyt pesymistyczne. Pośredniego potwierdzenia, że zgony przedszpitalne nadal mają istotny udział w ogólnej śmiertelności w ostrych epizodach choroby wieńcowej można się doszukać w wynikach badania INVEST. W badaniu tym wskazano na stosunkowo niewielki udział leczenia ostrego stanu choroby wieńcowej w obniżeniu się umieralności z powodu choroby niedokrwiennej w Polsce [5], co częściowo można wyjaśnić występowaniem niezaopatrzonej medycznie zgonów.

W odniesieniu do zgonów z powodu choroby wieńcowej serca występujących w fazie przedszpitalnej nie mają zastosowania nowoczesne metody rekanalizacji oparte na systemie pracowni kardiologii inwazyjnej, choć można poprawić nieco skuteczność tego systemu, skracając czas między wystąpieniem objawów a wykonaniem zabiegu reperfuzyj. Nie ma danych, które pozwoliłyby zweryfikować skuteczność postępowania niemedycznych, aczkolwiek przeszkolonych, służb i osób przygodnych w rzeczywistych stanach

nagłego zatrzymania krążenia. Tym bardziej nie można przyjąć, że zasadniczą poprawę przyniosą programy rozmieszczenia ogólnodostępnego sprzętu ratunkowego (w tym kardiowerterów) w miejscach publicznych. Plany wdrożenia takich programów powinny być poprzedzone solidną analizą efektywności kosztów i muszą uwzględniać stałe monitorowanie korzyści. Zgodnie z dzisiejszą wiedzą należy przyjąć, że istnieje tylko jeden naprawdę skuteczny sposób zmniejszenia liczby zgonów spowodowanych chorobą wieńcową, które występują w fazie przedszpitalnej, w tym także SCD. Jest to pierwotna i wtórna prewencja — zespół działań, które obniżają zapadalność na wszystkie postaci choroby wieńcowej serca, również te, które kończą się zgonem, zanim pacjent zostanie zaopatrzonej medycznie zgodnie z obecnie obowiązującymi standardami.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Piotrowski W, Polakowska M, Koziarek J, Broda G. Sudden cardiovascular death rate and ischaemic heart disease death rate changes during the 5-year period of 2003–2008. *Kardiologia Pol*, 2012; 70: 1225–1234.
2. X Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Kraków 1994.
3. Główny Urząd Statystyczny, Rocznik demograficzny, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/rs_rocznik_demograficzny_2011.pdf, (3.12.2012).
4. Wojtyniak B, Jankowski K, Zdrojewski T, Opolski G. Regionalne różnice w określaniu przyczyny zgonu z powodu schorzeń układu sercowo-naczyniowego w Polsce: czas na zmiany. *Kardiologia Pol*, 2012; 70: 695–701.
5. Bandosz P, O’Flaherty M, Drygas W et al. Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: model ling study. *BMJ*, 2012; 344: 1–10.
6. <http://www.rejestrozw.republika.pl/>, (3.12.2012).
7. Pająk A, Jamrozik K, Kawalec E et al. Zawał serca — zagrożenie i postępowanie. Długofalowa obserwacja 280 000 kobiet i mężczyzn. Projekt POL-MONICA Kraków. Część III: Epidemiologia i leczenie zawału serca. *Przeg Lek*, 1996; 53: 767–778.
8. Broda G, Rywik S, Kurjata P. Opieka Szpitalna nad chorym z zawałem serca w latach 1986–1992. Program POL-MONICA Warszawa. *Kardiologia Pol*, 1996; 44: 482–491.