

KARDIOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA

Od 20 lat choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią główną przyczynę zgonów na świecie, zgodnie z raportem WHO Global Health Estimates.¹

W Polsce są także wiodącą przyczyną nadumieralności, czyli zgonów w grupie pacjentów poniżej 65. roku życia. Z raportu Ministerstwa Zdrowia wynika, że w 2020 roku, czyli w okresie pandemii COVID-19 największy przyrost zgonów, w porównaniu do roku 2019 wystąpił w chorobach układu krążenia - o prawie 17 proc.²

Polska od dwóch dekad jest zaliczana przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne do krajów o wysokim ryzyku Chorób układu Krążenia (ChUK) szacowanego na podstawie standaryzowanego współczynnika umieralności (ASDR – ang. *age-standardized death rate*) dla ChUK, obliczonego dla lat 2014–2016 i wynoszącego 224/100 tys. zgonów (niskie ryzyko, gdy ASDR <100). W grupie wysokiego ryzyka oprócz Polski znajdują się również Czechy, Turcja, Chorwacja, Estonia, Słowacja, Węgry.³

Głównymi przyczynami zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej były w latach 1990–2019 i nadal są ChUK oraz choroby nowotworowe. W 2018 r. były one odpowiedzialne za 65% wszystkich zgonów (ChUK – 40,5%; nowotwory – 24,5%).⁴

Najczęstszą przyczyną zgonów w ramach ChUK są choroby serca (w 2018 r. 99,0 tys. zgonów, w tym zawał serca 12,0 tys. – odpowiednio 59,0% i 7,2% zgonów z powodu ChUK i zawału serca), natomiast drugą grupę stanowią choroby naczyń mózgowych (30,0 tys. zgonów, 17,8% całości zgonów). Przyczyną tego zjawiska jest zarówno proces starzenia się populacji, jak i wzrost narażenia na czynniki związane ze stylem życia wpływające na rozwój ChUK.

Spośród ChUK przyczyną największej liczby zgonów w Polsce, podobnie jak w całej Europie – jest choroba niedokrwienna serca, zwana dalej ChNS, która w 2016 r. stanowiła przyczynę 10% wszystkich zgonów (w porównaniu z 12% w UE). ChNS jest również główną przyczyną przedwczesnych zgonów i istotną przyczyną niepełnosprawności.⁵

¹ <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

² Raport PZH „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2020”.

³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pn-narodowy-program-chorob-ukladu-krazenia-na-lata-2022-2032>

⁴ Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

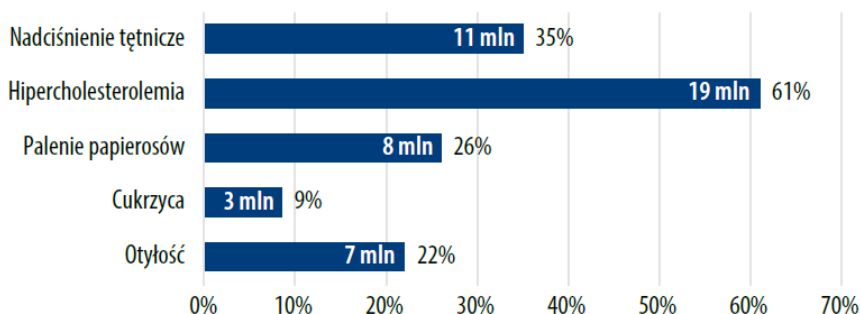
⁵ Santos JV, Souza J, Valente J et al. The state of health in the European Union (EU-28) in 2017: an analysis of the burden of diseases and injuries. *European Journal of Public Health* 2020; 30, 3: 590–595, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz203>

Populacja polska w porównaniu do populacji europejskiej (kraje UE) charakteryzuje się prawie 2-krotnie wyższą umieralnością z powodu ChNS (Polska – 131 zgonów/100 tys. mieszkańców; UE – 77 zgonów/100 tys. mieszkańców) oraz 1,5-krotnie wyższą umieralnością z powodu udaru mózgu (odpowiednio: 53 zgonów/100 tys. W porównaniu do 38 zgonów/100 tys. mieszkańców).⁶

CZYNNIKI RYZYKA CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA W POPULACJI POLSKIEJ

Nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, zaburzenia lipidowe oraz otyłość i cukrzyca należą do głównych czynników ryzyka ChUK, a ich rozpowszechnienie w Rzeczypospolitej Polskiej jest bardzo duże (Rys 1).

Rys1. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii, palenia tytoniu, otyłości i cukrzycy na podstawie badań NATPOL, WOBASZ i PolSenior2 oraz przewidywana liczba osób dorosłych (w wieku 18+) z czynnikami ryzyka ChUK (na podstawie danych GUS dla ludności Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r.)



W 2020 r. od wiosny do jesieni w okresie pandemii COVID-19 nastąpiło pogorszenie w zakresie natężenia czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Około 1/3 badanych, zwiększyła swoją masę ciała, a 34% badanych zmniejszyło w tym okresie swoją aktywność fizyczną. Należy podkreślić, że większość wyżej przedstawionych czynników ryzyka to czynniki modyfikowalne.⁷

DZIAŁANIA W CELU OGRANICZENIA EPIDEMII CHUK

W Rzeczypospolitej Polskiej od wielu lat są podejmowane działania w celu ograniczenia epidemii ChUK. W ciągu ostatnich 20 lat działania te w znacznym stopniu uległy zintensyfikowaniu. Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych w latach 2018–2019 zrealizowano ok. 20 programów profilaktycznych ChUK o zasięgu ogólnokrajowym, regionalnym i lokalnym, w ramach których objęto działaniami ponad 50 tys. osób.⁸

⁶ Ibidem.

⁷ Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

⁸ Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3408>. Dostęp: 22.09.2021r.

Projekt Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032. Nie został przyjęty jeszcze przez Radę Ministrów, zastąpi Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2021

Program jest narodową strategią kardiologiczną, której celami nadrzędnymi są:

1. Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK, w tym obniżenie nadumieralności mężczyzn w wieku produkcyjnym (25–64 lata) oraz zbliżenie wskaźników stanu zdrowia (długość trwania życia, liczba zgonów oraz chorobowość) do średnich wskaźników w EU.
2. Zmniejszenie różnic regionalnych w zachorowalności i umieralności z powodu ChUK związanej z dostępnością do świadczeń zdrowotnych.
3. Zredukowanie poziomu klasycznych czynników ryzyka ChUK w populacji z uwzględnieniem społeczno-ekonomicznych nierówności w zdrowiu.
4. Poprawa organizacji badań naukowych w kardiologii i dziedzinach pokrewnych oraz zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w zakresie między innymi identyfikacji populacji najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania na ChUK oraz głównych przyczyn rozwoju ChUK, a także wypracowania rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych.⁹

Pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK)¹⁰

Jest to opieka nad pacjentem kardiologicznym w zakresie diagnostyki oraz leczenia pacjentów oparta na sieci ośrodków kardiologicznych. Celem KSK jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki kardiologicznej. Pilotaż opiera się na współpracy lekarzy POZ, z placówkami AOS i szpitalami. Dotyczy pacjentów, u których postawiono rozpoznanie wstępne:

1. nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne;
2. niewydolność serca;
3. nadkomorowe i komorowe zaburzenia rytmu i przewodzenia;
4. wady serca zastawkowe.

Ośrodkiem koordynującym pilotaż jest Narodowy Instytut Kardiologii w Warszawie. Początkowo obejmowała wyłącznie województwo mazowieckie obecnie trwają prace nad jej rozszerzeniem o kolejne: łódzkie, małopolskie, pomorskie, śląskie oraz wielkopolskie¹¹.

⁹ Opracowane własne na podstawie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pn-narodowy-program-chorob-ukladu-krazenia-na-lata-2022-2032>

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000880>

¹¹ Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12363951/katalog/12910201#12910201>

KOS-ZAWAŁ

Nie ma obecnie w Rzeczypospolitej Polskiej wypracowanych modeli organizacyjnych i ekonomicznych dla tych priorytetowych problemów profilaktyki zdrowotnej ChUK, oprócz programu Kompleksowej Opieki nad Pacjentem po Zawałe Serca (tzw. KOS-Zawał), zainicjowanego w 2017 r. przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Program KOS-Zawał był wdrożony w 74 szpitalach (52% szpitali, w których leczeni są pacjenci z zawałem serca). W okresie od 1 października 2017 r. do 31 grudnia 2018 r. w ramach tego programu opieką objęto 10 404 hospitalizowanych pacjentów. Jednoroczna śmiertelność z wszystkich przyczyn wśród osób objętych opieką w ramach programu KOS-Zawał wyniosła 4,4%, a wśród pacjentów nieobjętych programem – 9,5%. Udział w programie KOS-Zawał to zmniejszenie ryzyka zgonu zarówno wśród mężczyzn (o 36%), jak i kobiet (o 26%) oraz we wszystkich grupach wiekowych.¹²

¹² Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., Ministerstwo Zdrowia, 2021.
