

Niewykorzystany potencjał najnowszych osiągnięć kardiologii

Statystyczna Polka żyje obecnie prawie 82 lata, Polak – 74. Pozornie to dobry wynik, ale średnia wieku w Polsce pozostaje niższa niż w wielu innych europejskich państwach. Co więcej, od kilku lat wskaźnik ten się nie poprawia, a różnica między przewidywaną długością życia pomiędzy mężczyznami i kobietami w Polsce jest jedną z największych w Europie. Pomimo tragicznego wpływu pandemii COVID-19 na liczbę tzw. nadmiarowych zgonów, to jednak choroby układu krążenia pozostają największym zagrożeniem i są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce.

Dostęp do najnowocześniejszych terapii w Polsce poprawia się, ale nowe leki zwykle zostają objęte refundacją kilka lat później niż w Europie Zachodniej i procesowi temu towarzyszą większe ograniczenia. Brakuje też wiedzy na temat pełnych możliwości, jakie oferują niektóre programy lekowe. Tak jest w przypadku inhibitorów PCSK9, które stanowią skuteczny ratunek dla pacjentów z grupy ekstremalnego ryzyka sercowo-naczyniowego. Program lekowy wprowadzono w 2018 roku dla pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną, a w 2020 roku rozszerzono go o kolejne wskazanie. Liczba pacjentów, którzy z niego korzystają, pozostaje jednak bardzo niska.

Tragiczne statystyki

W 2018 roku **choroby układu krążenia były w Polsce przyczyną 40,5% zgonów** (dla porównania: nowotwory odpowiadały za 24,5%). W porównaniu do Europy Zachodniej, umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca jest w Polsce 2-krotnie wyższa, a w przypadku udaru mózgu – 1,5-krotnie.

*– U kobiet migotanie przedsionków zwiększa ryzyko zgonu dwukrotnie, a u mężczyzn o połowę w porównaniu do osób w tym samym wieku, ale bez tej arytmii. Najczęstszą przyczyną śmierci w tej grupie pacjentów jest niewydolność serca. Migotanie przedsionków aż 5-krotnie zwiększa ryzyko udaru mózgu. Oprócz tego udary występują częściej u osób z nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwinną oraz niewydolnością serca – na tę ostatnią cierpi około miliona Polaków. **Jeżeli występuje kilka czynników, to ryzyko udaru lub zgonu oczywiście się kumuluje** – wyliczał prof. Przemysław Mitkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego podczas dorocznej Ogólnopolskiej Konferencji*

„Polka w Europie”, zorganizowanej przez *Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia* pod koniec września bieżącego roku.

Choroby układu krążenia są największym problemem zdrowotnym nie tylko w Polsce, ale też we wszystkich państwach wysokorozwiniętych. Stymuluje to kardiologię do nieustannych prac nad efektywniejszym leczeniem, a te przynoszą rezultaty w postaci nowych terapii, leków i innych możliwości pomocy. Również w Polsce ta gałąź medycyny traktowana jest priorytetowo – w ostatnich latach wydatki na diagnostykę i leczenie pacjentów kardiologicznych wzrosły o ponad 100 proc. Nie przekłada się to jednak na spadek śmiertelności z powodów sercowo-naczyniowych. Przeciwnie: problem narasta.

Tylko intensywna terapia

Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest z pewnością nieprawidłowe podejście do terapii. W ubiegłym roku pojawiły się nowe zalecenia o przełomowym charakterze. W miejsce sekwencyjnego (stopniowego) wprowadzania kolejnych leków w długim okresie, zaleca się obecnie, u chorych z niewydolnością serca, jak najszybsze włączenie od razu wszystkich czterech grup leków. Należą do nich leki wpływające na oś renina-angiotensyna (inhibitory konwertazy angiotensyny, sakubitryl/walsartan, antagoniści receptora dla angiotensyny), leki betaadrenolityczne (tzw. betablokery) oraz antagoniści receptora mineralokortykoidowego. Czwarta grupa to inhibitory SGLT2 (kotransportera sodowo-glukozowego), początkowo były refundowane tylko dla niektórych pacjentów z cukrzycą, a od tego roku również dla chorych z niewydolnością serca.

– Jeżeli prowadzi się terapię opartą o te cztery grupy leków, można wydłużyć życie pacjenta i poprawić jego komfort: zwiększyć tolerancję wysiłku, zmniejszyć liczbę hospitalizacji i umożliwić powrót do normalnej aktywności – wyjaśniał prof. Mitkowski.

Dla chorych z hipercholesterolemią

Jednym z głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, który ponadto znacznie pogarsza rokowania już zdiagnozowanych pacjentów kardiologicznych, są **zaburzenia lipidowe**. Zdaniem specjalistów, występują one u ok. 60 proc. dorosłych Polaków. Zagrożenie łatwo zlekceważyć, bo hiperlipidemia, czyli zbyt wysoki poziom cholesterolu LDL (czyli tzw. „złego”) nie boli. Schorzenie to może jednak prowadzić do zgonu: im wyższe stężenie cholesterolu LDL, tym częstsze zdarzenia sercowo-naczyniowe, w tym zawał.

Standardowo w obniżaniu poziomu cholesterolu stosuje się statyny. Dodatkowo włączany jest inny lek – *ezetymib*. Terapia nie zawsze przynosi pożądane rezultaty – czasem z powodu zbyt niskich dawek (te zalecenia są jednoznaczne: jeśli nie następują

oczekiwane efekty terapeutyczne, czyli spadek cholesterolu LDL, farmakoterapię należy szybko zintensyfikować), a czasem organizm pacjenta nie reaguje odpowiednio na taką kombinację leków.

– U osób z po zawale poziom cholesterolu LDL powinien wynosić poniżej 55 mg/dl, a u chorych z grupy ekstremalnego ryzyka, na przykład po dwóch zawałach, musi być jeszcze niższy. Terapia statyną i ezetymibem pozwala osiągnąć maksymalnie 60-procentowy spadek stężenia cholesterolu LDL. Jeśli więc u kogoś wskaźnik ten jest bardzo wysoki, na przykład powyżej 120 mg/dl, takie leczenie nie doprowadzi do osiągnięcia właściwego, zalecanego poziomu stężenia – podkreśla prof. Mitkowski.

Dla takich pacjentów oraz dla tych, u których statyny nie działają bez względu na zastosowaną dawkę, szansą są najnowsze leki hipolipemizujące (czyli obniżające poziom cholesterolu) – inhibitory PCSK-9. Włączenie ich do standardowej farmakoterapii pozwala obniżyć stężenie cholesterolu LDL nawet o 85% w porównaniu do poziomu wyjściowego. Inhibitory PCSK-9 to cząsteczki oddziałujące na metabolizm białka PCSK-9. Białko to zaburza fizjologiczny mechanizm usuwania „złego” cholesterolu z organizmu. Inhibitory PCSK-9 są przeciwciałami dla tego białka, dzięki czemu hamują jego szkodliwe działanie.

Początki programu lekowego z inhibitorami PCSK-9

Program lekowy PCSK-9 funkcjonuje w Polsce od 2018 roku, lecz początkowo przeznaczony był wyłącznie dla pacjentów ze zdiagnozowaną hipercholesterolemią rodzinną. Następnie autorzy programów lekowych zgodzili się z argumentacją, że każdy typ hipercholesterolemii jest zabójczy w przypadku osób z chorobami sercowo-naczyniowymi, dlatego **od listopada 2020** wskazania refundacyjne dla inhibitorów PCSK-9 **zostały poszerzone o grupę pacjentów po ostrym zespole wieńcowym i z ekstremalnym ryzykiem sercowo-naczyniowym**. Potencjał programu nie jest jednak w pełni wykorzystywany – w ubiegłym roku z terapii skorzystało tylko **263** chorych. Zdaniem lekarzy, **to niecałe 10 proc. osób, którym te leki mogłyby uratować życie**.

Przyczyny ograniczeń

Wobec nagłaśnianych problemów z dostępem do nowych leków w naszym kraju ten niewykorzystany potencjał jest zaskakujący. Jako jedną z przyczyn tej sytuacji specjaliści podejrzewają brak odpowiedniej wiedzy wśród lekarzy. Ponadto, w pierwszej fazie program był realizowany wyłącznie w ośrodkach zajmujących się chorobami

metabolicznymi, to do nich trafiają bowiem pacjenci z hipercholesterolemią rodzinną, nie leczy się w nich jednak ostrego zawału serca. Tu jednak zniwelowano problem: obecnie program lekowy z inhibitorami PCSK-9 realizują już 32 ośrodki w całym kraju, głównie kardiologiczne.

Zdaniem prof. Mitkowskiego, **z terapii powinny szeroko korzystać przede wszystkim ośrodki, które realizują program opieki i rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów po zawale serca KOS-Zawał.** Ponadto, **zmiany wymagają kryteria kwalifikacji do terapii;** obecnie leczeniem inhibitorami PCSK-9 można objąć pacjenta w okresie do 12 miesięcy od incydentu sercowo-naczyniowego. Specjaliści wskazują, że powinny to być 24 miesiące. Oprócz tego we wskazaniach do terapii należałoby **uwzględnić również pacjentów, którzy nie tolerują statyn** i w rezultacie nie mają szans uzyskać bezpiecznego poziomu LDL cholesterolu przy użyciu standardowego leczenia. Warto rozważyć uproszczenie kryteriów włączenia do tego programu. Dopiero wówczas nowoczesne leki i ich refundacja przyniosą w naszym kraju pełne korzyści w ograniczeniu śmiertelności z powodów sercowo-naczyniowych.

Nie tylko leki

Postęp w kardiologii to jednak nie tylko nowoczesna, zindywidualizowana i zintensyfikowana farmakoterapia, ale też nowoczesna diagnostyka i monitoring pacjentów. Te ostatnie elementy są kluczowe, by odciążać gabinety kardiologów i zmniejszyć tworzące się do nich kolejki. Po zdiagnozowaniu i wdrożeniu właściwego leczenia – co musi nastąpić z udziałem lekarza – pacjent może sam mierzyć podstawowe parametry zdrowia i konsultować wyniki zdalnie, ograniczając liczbę nie zawsze koniecznych wizyt w gabinecie. Zdalnie i na bieżąco można monitorować urządzenia wszczepialne, niepotrzebne są więc rutynowe wizyty kontrolne: lekarz może podjąć interwencję dopiero, ale też natychmiast, gdy wykryje pogorszenie się parametrów pracy serca. W ten sposób można efektywnie zapobiegać ostrym incydentom sercowym czy choćby hospitalizacji. Same urządzenia wszczepialne stają się zaś coraz mniejsze, a jednocześnie coraz bardziej zaawansowane. Dysponujemy już biomonitorami, czyli wszczepialnymi rejestratorami zdarzeń, pozwalającymi np. wyjaśnić nieznane skądinąd przyczyny omdlenia lub zdiagnozować migotanie przedsionków czy zaburzenia rytmu serca. W ostatnich latach pojawiły się także bezelektrodowe stymulatory serca, nowe metody plastyki zastawek i wiele innych technicznych nowości. Niestety, na ich refundację polscy pacjenci często muszą długo czekać.

Wiedza źródłem sukcesu

Postępy w kardiologii i w całej medycynie warto nagłaśniać, tak by wiedza o najnowszych możliwościach docierała do jak najszerszego grona pacjentów i lekarzy. Tylko w ten sposób można pokonać opory przed intensyfikacją (zwiększaniem dawek, dołączaniem kolejnych leków) farmakoterapii statynami, której wielu lekarzy nie stosuje, wbrew jednoznacznym zaleceniom. To też sposób na rozpowszechnienie ratującego życie programu lekowego z inhibitorami PCSK-9.

Prof. Mitkowski przypomniał, że w tym roku aż w czterech zakresach leczenia pojawiły się **nowe wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego**. Dotyczą one komorowych zaburzeń rytmu serca i profilaktyki nagłego zgonu sercowego, powikłań kardiologicznych podczas leczenia onkologicznego i po jego zakończeniu, nadciśnienia płucnego, a także zasad konsultacji kardiologicznych przed zabiegami chirurgicznymi.

Lekarze powinni stale aktualizować swoją wiedzę zgodnie z najnowszymi doniesieniami naukowymi i wdrażać nowoczesne terapie dostępne m.in. w ramach programów lekowych. Jednak podstawowym problemem nadal jest lekceważenie zasad profilaktyki i zdrowego życia przez pacjentów. Najważniejsze przyczyny schorzeń serca i układu krwionośnego są od dawna dobrze znane, a mimo to statystyki zachorowań i zgonów jednoznacznie dowodzą, iż wiedza ta jak na razie nie przekłada się na nasze postępowanie.



Materiał prasowy przygotowany przez *Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia* w związku z prelekcją prof. dr hab. n. med. Przemysława Mitkowskiego w trakcie XXI Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie”, zorganizowanej pod hasłem *Nauki medyczne w poszukiwaniu skutecznych terapii. Zdrowie po pandemii SARS-CoV-2*. Wypowiedzi zostały autoryzowane. Październik 2022.