

Streszczenie w języku polskim

Wprowadzenie

Choroby sercowo-naczyniowe (CVD) pozostają główną przyczyną zachorowalności i śmiertelności na świecie, mimo istotnego postępu w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia czynników ryzyka miażdżycy. Współczesne wytyczne podkreślają konieczność kompleksowej, spersonalizowanej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego, obejmującej nie tylko klasyczne czynniki ryzyka, lecz również czynniki psychospołeczne, środowiskowe oraz współistniejące choroby przewlekłe.

Cele pracy

Celem pracy była optymalizacja prewencji pierwotnej i wtórnej chorób sercowo – naczyniowych realizowana przez analizowanie klasycznych i nowych czynników ryzyka, ocenę wpływu rocznej interwencji behawioralnej na redukcję masy ciała u pacjentów po przebytym ostrym zespole wieńcowym z wyodrębnieniem niezależnych predyktorów wpływających na skuteczność interwencji oraz analizę zmian w częstości występowania klasycznych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego wśród pacjentów z chorobą niedokrwienną serca poddawanych koronarografii i przezskórnym interwencjom wieńcowym (PCI) w Polsce w latach 2014–2023 wraz z analizą zależności tych czynników od płci i wieku. Cele realizowane były z podkreśleniem roli podstawowej opieki zdrowotnej w prewencji pierwotnej i wtórnej chorób sercowo-naczyniowych.

Wyniki

Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych: nacisk na profilaktykę pierwotną.

Współczesna prewencja chorób sercowo-naczyniowych wymaga kompleksowego podejścia obejmującego zarówno klasyczne jak i nowe czynniki ryzyka. Wśród klasycznych czynników ryzyka miażdżycowych chorób sercowo-naczyniowych kluczową rolę odgrywa stężenie cholesterolu frakcji LDL (LDL-C), palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca charakteryzująca się kumulacją wielu zaburzeń metabolicznych, m.in. dyslipidemią aterogenną i przewlekły stan zapalny, które przyspieszają rozwój miażdżycy oraz zwiększają ryzyko zarówno chorób miażdżycowych, jak i niemiażdżycowych powikłań sercowo-naczyniowych. Jednocześnie wykazano, że ekspozycja na zanieczyszczenia środowiskowe, w tym metale ciężkie, pyły zawieszone oraz związki toksyczne obecne w powietrzu i wodzie, istotnie zwiększa ryzyko choroby wieńcowej, udaru mózgu oraz niewydolności serca. Współczesne badania jednoznacznie potwierdzają również znaczenie przewlekłego stanu zapalnego,

czynników psychospołecznych takich jak przewlekły stres, depresja, izolacja społeczna, niska pozycja socjoekonomiczna oraz zaburzenia psychiczne.

Wdrażane programy profilaktyczne potwierdzają, że podstawowa opieka zdrowotna jest istotnym ogniwem prewencji pierwotnej prowadząc edukację dotyczącą stylu życia, aktywności fizycznej i diety, indukując leczenie otyłości, tworząc indywidualny plan opieki medycznej w oparciu o stan psychiczny, rodzinny, społeczny oraz prowadząc, nadzorując proces leczniczy i kontrolując osiągnięcie celów terapeutycznych.

Skuteczność programu częstych spotkań edukacyjnych prowadzonych przez pielęgniarki w osiągnięciu utraty wagi u pacjentów z chorobą wieńcową: prospektywne badanie z Polski.

Do analizy włączono 7590 pacjentów z rozpoznaną chorobą wieńcową, którzy zostali zakwalifikowani do programu w ciągu 12 miesięcy od ostrego zespołu wieńcowego (ACS).

Interwencja obejmowała regularne konsultacje pielęgniarskie prowadzone przez okres 12 miesięcy, wizyty kontrolne co 2 miesiące, comiesięczne kontakty telefoniczne oraz kompleksową edukację zdrowotną ukierunkowaną na modyfikację stylu życia, zwiększenie aktywności fizycznej, zmianę nawyków żywieniowych, redukcję masy ciała, zaprzestanie palenia tytoniu oraz poprawę adherencji terapeutycznej.

Analizie poddano parametry antropometryczne i metaboliczne, w tym body mass index (BMI), wartości ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu LDL-C, triglicerydów, glikemii na czczo, wskaźnik talia–biodra (WHR), poziom aktywności fizycznej, poziom stresu oraz poziom wykształcenia oceniany zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Edukacji (ISCED). Zastosowano modele regresji liniowej z efektami losowymi uwzględniające powtarzalność pomiarów w czasie. W trakcie obserwacji wykazano istotne statystycznie zmniejszenie średniego BMI w całej badanej populacji z $27,47 \pm 0,08 \text{ kg/m}^2$ do $27,19 \pm 0,08 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,001$). Redukcję BMI o co najmniej 5% uzyskało 6812 pacjentów, co odpowiadało 89,75% całej kohorty. Pacjenci osiągający redukcję BMI charakteryzowali się wyższym wyjściowym BMI, większym nasileniem stresu, wyższymi wartościami ciśnienia tętniczego, wyższymi stężeniami LDL, triglicerydów oraz glikemii, a także wyższym WHR.

Istotną redukcję BMI obserwowano zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, u osób palących i niepalących oraz we wszystkich grupach wykształcenia. W analizie podgrup efekt redukcji masy ciała był szczególnie widoczny u pacjentów z najwyższym poziomem stresu oraz najniższą aktywnością fizyczną (< 150 minut tygodniowo). Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami wiekowymi w zakresie skuteczności interwencji. Wśród kobiet redukcję BMI $\geq 5\%$ osiągnęło 90,57% uczestniczek, natomiast wśród

mężczyzn 87,76% ($p < 0,001$). W grupie niepalących skuteczność interwencji wyniosła 90,19%, podczas gdy wśród palaczy 88,4% ($p = 0,01$).

W analizie wieloczynnikowej istotnymi niezależnymi predyktorami redukcji BMI ($p < 0,05$) były kolejne wizyty kontrolne (od 3. do 6. wizyty kontrolnej odpowiednio: $\beta -0,08$; 95% CI: $-0,1$ do $-0,06$; $\beta -0,15$; 95% CI: $-0,17$ do $-0,12$; $\beta -0,22$; 95% CI: $-0,25$ do $-0,2$; $\beta -0,28$; 95% CI: $-0,31$ do $-0,25$), wyższy poziom wykształcenia (ISCED 5–8; $\beta -0,43$; 95% CI: $-0,82$ do $-0,03$) oraz aktywne palenie tytoniu ($\beta -0,77$; 95% CI: $-0,95$ do $-0,59$). Z kolei istotnymi predyktorami wzrostu BMI ($p < 0,05$) były starszy wiek ($\beta 0,32$; 95% CI: $0,22$ do $0,42$), wyższe wartości ciśnienia tętniczego (skurczowe: $\beta 0,04$; 95% CI: $0,03$ do $0,05$; rozkurczowe: $\beta 0,03$; 95% CI: $0,02$ do $0,04$), wyższe stężenie triglicerydów ($\beta 0,78$; 95% CI: $0,61$ – $0,95$), podwyższona glikemia na czczo ($\beta 0,34$; 95% CI: $0,3$ – $0,39$), wyższy wskaźnik WHR ($\beta 0,74$; 95% CI: $0,68$ – $0,80$) oraz niższe poziomy wykształcenia (ISCED 2: $\beta 0,79$; 95% CI: $0,05$ – $1,53$; ISCED 3: $\beta 0,55$; 95% CI: $0,16$ – $0,93$).

Analiza trendów wybranych klasycznych czynników ryzyka sercowo-naczyniowych u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca w Polsce. Dane z 10 lat z Ogólnopolskiego Rejestru Procedur Kardiologii Inwazyjnej (ORPKI).

Analizę trendów przeprowadzono na podstawie danych z Ogólnopolskiego Rejestru Procedur Kardiologii Inwazyjnej (ORPKI), prowadzonego przez Asocjację Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i koordynowanego przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum. Do retrospektywnej analizy włączono 1 993 262 kolejnych pacjentów hospitalizowanych w 188 ośrodkach kardiologii interwencyjnej, w tym 1 035 562 chorych z ACS oraz 959 328 z przewlekłym zespołem wieńcowym (CCS). Analizie poddano dane kliniczne, antropometryczne oraz obciążenia chorobowe związane z ryzykiem miażdżycy i incydentów sercowo-naczyniowych.

W grupie CCS w ciągu dekady obserwowano istotne trendy ($p < 0,05$) i różnice na przestrzeni lat ($p < 0,05$): wzrost mediany wieku pacjentów (przedział 65 – 69 lat) oraz wzrost odsetka mężczyzn poddawanych procedurom (przedział 61 – 65%), spadek częstości aktywnego palenia tytoniu (przedział 16 – 12%), cukrzycy (przedział 23 – 20%), przebytych udarów mózgu (przedział 2,9 – 2,5%) oraz wcześniejszych operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) (przedział 5,8 – 4,4%), wzrost odsetka pacjentów po wcześniejszym PCI (przedział 27 – 35%), po przebyłym zawale mięśnia sercowego (przedział 23 – 27%), z przewlekłą chorobą nerek (przedział 4,9 – 6,8%) oraz przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) (przedział 0,1 – 3,7%). Częstość występowania nadciśnienia tętniczego różniła się na przestrzeni lat, ale nie wykazywała trendu. Częstość występowania łuszczycy pozostawała na stałym poziomie.

W grupie ACS również stwierdzono istotne trendy ($p < 0,05$) i różnice na przestrzeni lat ($p < 0,05$): wzrost wieku pacjentów (przedział 66 – 68 lat) oraz wzrost udziału mężczyzn poddawanych procedurom (przedział 63 – 65%), zmniejszenie częstości cukrzycy (przedział 24 – 20%), nadciśnienia tętniczego (przedział 72 – 65%), przebytych udarów mózgu (przedział 3,4 – 2,4%), wcześniejszego zawału serca (przedział 26 – 23%), CABG (przedział 6,0 – 4,2%) oraz przewlekłej choroby nerek (przedział 5,8 – 4,6%), wzrost odseteka aktywnych palaczy (przedział 18 – 19%), pacjentów po wcześniejszym PCI (przedział 27 – 30%) oraz chorych z POChP (przedział 0,1 – 3,3%). Częstość występowania łuszczycy (przedział 0,3 – 0,5%) wykazywała jedynie istotne różnice na przestrzeni lat bez jednoznacznego trendu.

Analiza różnic między płciowymi wykazała, że kobiety poddawane koronarografii i PCI były istotnie starsze oraz miały niższą masę ciała niż mężczyźni. Częściej występowały u nich nadciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz przewlekła choroba nerek. Jednocześnie kobiety rzadziej były aktywnymi palaczkami oraz rzadziej stwierdzano przebycie w przeszłości udaru mózgu, zawału serca, PCI, CABG, łuszczycy i POChP. Analiza według dekad życia wykazała, że wraz z wiekiem malała masa ciała, częstość palenia tytoniu oraz odsetek mężczyzn, natomiast wzrastała częstość cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, przewlekłej choroby nerek, POChP oraz przebytych incydentów sercowo-naczyniowych, takich jak udar mózgu, zawał serca, PCI i CABG.

Wnioski

Ilość czynników ryzyka sercowo-naczyniowego stale wzrasta, a skuteczna prewencja chorób sercowo-naczyniowych wymaga uwzględnienia klasycznych i nowych czynników ryzyka. Klasyczne czynniki ryzyka wykazują istotne trendy na przestrzeni lat. Zaangażowanie personelu pielęgniarstwa i interwencja behawioralna są skuteczne w redukcji masy ciała i mogą być wykorzystywane w prewencji wtórnej.