



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Technologii Medycznych**  
**nr 138/2011 z dnia [REDACTED]**  
**o projekcie programu zdrowotnego**  
**„Profilaktyka chorób układu krążenia” w ramach „Programu**  
**profilaktyki i promocji zdrowia dla miasta [REDACTED] na 2011 rok””**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej uważam, że projekt programu zdrowotnego „Profilaktyka chorób układu krążenia w ramach „Programu profilaktyki i promocji zdrowia dla miasta [REDACTED] na 2011 rok”” może być zaopiniowany pozytywnie pod warunkiem, że spoczynkowe badanie EKG nie będzie wykonywane jako badanie przesiewowe w populacji ogólnej.

Zgodnie z przedstawionym projektem, celem programu jest zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia. Cel ten miałby zostać osiągnięty poprzez promowanie nawyku badań profilaktycznych, zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, promocję zdrowego stylu życia (prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej, niepalenia papierosów, unikania stresów) oraz realizację badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania chorób układu krążenia dla osób w wieku 30 lat i więcej, które nie korzystały z w/w badań finansowanych przez gminę [REDACTED] w 2010 r., z wyłączeniem osób będących w 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia (dla których w/w program finansuje NFZ) oraz osób u których już wcześniej zdiagnozowano chorobę układu krążenia. We wskazanej subpopulacji prowadzone będą: wywiad zgodnie z Kartą Badania Profilaktycznego, oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, trójglicerydów i cukru, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, EKG, ocena BMI, ocena ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia przez lekarza internistę oraz przekazanie zaleceń i edukacja prozdrowotna. Liczebność populacji docelowej oszacowano na 27 799 osób. Zapisy projektu sugerują, że liczba osób objętych program ograniczona jest kwotą zaplanowaną jego na realizację.

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią istotny problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny. Zajmują pierwsze miejsce pod względem zachorowalności i stanowią główną przyczynę zgonów. Główne negatywne skutki tych schorzeń to przede wszystkim: zwiększona absencja chorobowa, liczne hospitalizacje, trwała niesprawność psychofizyczna i przedwczesna umieralność. Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga i otyłość. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu, należy do priorytetów zdrowotnych, określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Aktualnie w Polsce realizowany jest Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PPChUK), finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, którego głównym celem jest obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia w populacji objętej programem, poprzez wczesne wykrywanie i redukcję występowania czynników ryzyka.

W ramach oceny opiniowanego programu Agencja przeprowadziła analizę danych epidemiologicznych oraz przegląd wytycznych praktyki klinicznej dotyczących wczesnego wykrywania



i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych; wystąpiono również o opinię do ekspertów klinicznych. Wyniki przeprowadzonej oceny Agencja podsumowuje następująco:

- Dobrej jakości dowody wskazują na to, że aktywność fizyczna oraz dieta mogą zmniejszyć ryzyko chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy.
- Podstawowe działania profilaktyczne wskazywane zgodnie we wszystkich wytycznych obejmują: modyfikację stylu życia; podejmowanie aktywności fizycznej 4–5 razy w tygodniu przez 30 min; utrzymanie ciśnienia tętniczego krwi na poziomie 120/80 mmHg; ograniczenie spożycia soli; zaprzestanie palenia tytoniu; zapobieganie i leczenie dyslipidemii, utrzymanie cholesterolu LDL na poziomie poniżej 100 mg/dl oraz HDL powyżej 35 mg/dl; zapobieganie i leczenie hiperhomocysteinemii (wartość prawidłowa 9–10  $\mu\text{mol/l}$ ).
- W przypadku osób bezobjawowych zasadniczo rekomenduje się w pierwszej kolejności przeprowadzenie oceny ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w oparciu o tradycyjne czynniki ryzyka: płeć, wiek, wskaźnik BMI, stężenie cholesterolu, HDL-C, ciśnienie krwi, status palenia. Wytyczne różnią się w kwestii zalecanych narzędzi oceny globalnego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (ChSN).
- Nie ma zgodności w kwestii wieku, w którym powinno rozpocząć się ocenę globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego, niektóre wytyczne (np. AHA) zalecają, by ocenę tę prowadzić co najmniej raz na pięć lat począwszy od 18 roku życia, inne (SIGN, NHMRC) proponują rozpoczęcie oceny w wieku 40 lub 45 lat w przypadku osób bez stwierdzonej ChSN czy bez czynników ryzyka ChSN, lub niezależnie od wieku w przypadku występowania w najbliższej rodzinie przedwczesnego zgonu z powodu ChSN na tle miażdżycowym, lub rodzinnej dyslipidemii.
- Następujące osoby uznawane są za obciążone wysokim ryzykiem (10-letnie ryzyko ChSN  $\geq 20\%$  na podstawie samej historii medycznej) i nie wymagają globalnej oceny ryzyka ChSN: osoby z chorobą sercowo-naczyniową w wywiadzie, osoby z rodzinną hipercholesterolemią oraz osoby z cukrzycą w wieku  $\geq 40$  lat. Ocena ryzyka w przypadku osób z podwyższonym ryzykiem występowania chorób sercowo naczyniowych – osoby z cukrzycą, palące, czy te z otyłością - powinna być prowadzona częściej. W przypadku osób z niskim ryzykiem ChSN ( $<10\%$  10-letnim ryzykiem wystąpienia choroby wieńcowej) dalsze, rutynowe badania w kierunku choroby wieńcowej nie są zalecane; w niektórych wytycznych zaznaczono, że dostępne dowody są niewystarczające aby wydać rekomendację za lub przeciw rutynowemu badaniu przesiewowemu w kierunku choroby wieńcowej w przypadku bezobjawowych osób z umiarkowanym (10-25% 10-letnim ryzykiem ChW) lub wysokim ( $>20\%$  ryzykiem ChW) ryzykiem choroby wieńcowej.
- Wśród odnalezionych wytycznych nie ma zgodności w kwestii zastosowania badania EKG w spoczynku jako badania przesiewowego w kierunku choroby wieńcowej w populacji osób bezobjawowych. W niektórych wytycznych (np. AHA 2010) przeprowadzenie badania EKG w spoczynku określonej jest jako uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą; może być rozważone również w przypadku bezobjawowych dorosłych bez nadciśnienia czy cukrzycy.
- Wg niektórych wytycznych oznaczenie stężenia fibrynogenu nie jest zalecane jako badanie przesiewowe w kierunku chorób sercowo-naczyniowych; nie odnaleziono wytycznych zalecających wykonywanie tego badania w ramach skryningu populacyjnego.
- Ocena globalnego ryzyka ChSN zalecana jest w przypadku chorych na cukrzycę. Ocena ryzyka ChSN wśród osób z cukrzycą powinna uwzględniać: wywiad medyczny, badanie przedmiotowe, pomiar ciśnienia krwi, oznaczenie stężenia lipidów w osoczu krwi żyłnej na czczo, badanie moczu w kierunku mikroalbuminurii lub proteinurii oraz spoczynkowe EKG.
- Badanie moczu w kierunku mikroalbuminurii może być uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą

oraz u bezobjawowych dorosłych z umiarkowanym ryzykiem ChSN bez nadciśnienia czy cukrzycy.

- Planując przesiewowe badania populacji należy dołożyć starań, aby w pierwszej kolejności objąć programem grupę największego ryzyka. Źle zaplanowany program może objąć również grupę niskiego ryzyka (z ang. *the worried well* - zdrowi nadmiernie troszczący się o swe zdrowie), a nawet osoby już zdiagnozowane.
- Integralny element działań programów powinna stanowić formalna ocena skryningu. Wyniki ocen będą przydatne przy ogólnej ocenie wartości wczesnego wykrywania i powinny być wykorzystane do modyfikacji bądź ograniczenia ocenianych działań.

W opinii Agencji proponowane w programie postępowanie wydaje się być zgodne ze świadczeniami udzielanymi ograniczonej populacji w ramach Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowanego przez NFZ; w projekcie zabrakło informacji o metodzie oznaczenia stężenia glukozy jak również o wymaganych kwalifikacjach osób odpowiedzialnych za edukację zdrowotną. Prowadzenie aktywnej oceny obecności i nasilenia czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz edukacji pacjentów dotyczącej zdrowego stylu życia, konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich, regularnego stosowania zaleconych leków, jak również intensywne leczenie stwierdzonych modyfikowalnych czynników ryzyka, jest zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. W projekcie przewidziano przeprowadzenie zorganizowanej kampanii informacyjnej, co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności świadczeń przewidzianych w programie dla członków populacji docelowej. Agencja sugeruje rozważenie wykorzystania kampanii jednocześnie do upowszechnienia informacji o dostępnych programach profilaktycznych NFZ, mając na uwadze możliwość zwiększenia dotychczas stosunkowo małego objęcia populacji Programem Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów.

W mojej opinii, przedstawione dane naukowe nie uzasadniają wykorzystania badania EKG, jako badania przesiewowego w populacji ogólnej. Ze względu na wagę problemu zdrowotnego, za wskazaniem Rady uważam jednak, że po dokonaniu modyfikacji w zakresie wykorzystania badania EKG, opiniowany program powinien zostać wdrożony.