

STRESZCZENIE PRACY DOKTORSKIEJ

Celem pracy był: (1). epidemiologiczny opis i ocena medycznego standardu postępowania w reprezentatywnej statystycznie grupie polskich pacjentów z chorobą wieńcową leczonych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), ze szczególnym uwzględnieniem trzech współtowarzyszących czynników ryzyka (cukrzyca, przewlekłej niewydolności nerek, wieku sędziwego, definiowanego jako ≥ 75 lat), (2). porównanie stosowanych metod diagnostyki i terapii choroby wieńcowej w zależności od obecności jednego, dwóch lub trzech wymienionych czynników ryzyka na tle osób z chorobą wieńcową bez tych czynników, (3). wyodrębnienie grupy pacjentów najwyższego ryzyka, nie optymalnie leczonych w Polsce, spośród badanych osób.

Materiał i metody: wtórna analiza danych uzyskanych na potrzeby badania SPOK (Standard Podstawowej Opieki Kardiologicznej), realizowanego w latach 2003-2005 w ramach Narodowego Programu Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD, finansowanego ze środków Ministra Zdrowia. Badanie miało charakter ankietowy. Ankieta adresowana była do lekarzy POZ i zawierała zagadnienia dotyczące stosowanej profilaktyki, diagnostyki i sposobów leczenia pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Randomizację respondentów przeprowadziła Pracownia Badań Społecznych w Sopocie, czuwając na schematem doboru próby, wielostopniowym systemem losowania, zapewniającym reprezentatywność respondentów i możliwość ekstrapolacji wyników na model leczenia POZ w Polsce. Łącznie przeanalizowano dane 13514 polskich pacjentów z chorobą wieńcową będących pod opieką POZ, w tym: 4027 z cukrzycą, 3477 z niewydolnością nerek określoną na podstawie utraty filtracji kłębuszkowej (GFR) i 1889 osób w wieku ≥ 75 lat. Za grupę kontrolną posłużyło 6435 pacjentów z chorobą wieńcową, w wieku < 75 lat, bez cukrzycy i bez niewydolności nerek szacowanej GFR, pozostających pod opieką tych samych lekarzy.

Wyniki: (1). Oszacowane europejskim systemem SCORE ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego w ciągu najbliższych 10 lat, rosło w kolejnych podgrupach osób poczynając od pacjentów z chorobą wieńcową oraz: jednym dowolnym obciążeniem (5,6%), cukrzycą (5,9%), niewydolnością nerek szacowaną GFR (9,2%), dwoma dowolnymi obciążeniami (11,7%), w wieku ≥ 75 lat (17,9%), kończąc na grupie z trzema analizowanymi obciążeniami towarzyszącymi chorobie podstawowej (18,9%) w stosunku do oszacowanej wartości SCORE 3,8% w grupie kontrolnej. (2). Pacjenci z jednym analizowanym obciążeniem (cukrzyca lub niewydolność nerek lub wiek sędziwy) otrzymywali beta-adrenolityk w 66,4%, chorzy z dowolnymi dwoma obciążeniami w 63,3%, a pacjenci ze wszystkimi trzema obciążeniami – jedynie w 56,3%, w porównaniu do 72,5% w grupie kontrolnej (p dla trendu $< 0,001$). Podobnie statyny przepisywano coraz rzadziej, przy coraz większym obciążeniu zdrowotnym analizowanych podgrup osób (odpowiednio: 72,2% vs 66,1% vs 61,1% w porównaniu do 75,5% w grupie kontrolnej, p dla trendu $< 0,001$). (3). W miarę wzrostu liczby czynników obciążających (cukrzyca, niewydolność nerek, wiek sędziwy) badanie angiograficzne tętnic wieńcowych wykonywano coraz rzadziej (odpowiednio u chorych z jednym obciążeniem u 29,7%, z dwoma

obciążeniami u 24,9%, z trzema obciążeniami u 16,9% vs 39,1% w grupie kontrolnej; p dla trendu <0,001). (4). leczenie rewaskularyzacyjne: kardiochirurgiczne pomostowanie aortalno-wieńcowe i przezskórną angioplastykę naczyń wieńcowych wykonywano coraz rzadziej, u pacjentów obciążonych coraz większym ryzykiem sercowo-naczyniowym (odpowiednio: 7,7%; 5,4%; 2,7% vs 9,1% w grupie kontrolnej; p dla trendu <0,001 oraz 11,2%; 9,0%; 6,1% vs 16,2% w grupie kontrolnej; p dla trendu <0,001). (5). Zidentyfikowana grupa najgorzej diagnozowanych i leczonych pacjentów z chorobą wieńcową w polskim POZ to w epidemiologicznym uśrednieniu: około 80-letnie kobiety, wdowy, z wykształceniem głównie podstawowym, mieszkające na wsi lub w dużych miastach. W grupie tej źle kontroluje się stężenia LDL-cholesterolu (LDL<100 mg/dl u 14,7% badanych), zbyt rzadko stosuje się leki wpływające na rokowanie (beta-adrenolityki i statyny), rzadko proponuje się takie badania diagnostyczne, jak: 24-godzinne monitorowanie elektrokardiograficzne metodą Holtera czy echokardiografię (odpowiednio: 13,9% i 28,5%). Niezwykle rzadko wykonuje się w tej grupie zabiegi rewaskularyzacji wieńcowej.

Wnioski: (1). Wśród pacjentów z chorobą wieńcową pozostających pod opieką lekarzy POZ w Polsce, 29,8% to osoby z cukrzycą, 25,7% z przewlekłą chorobą nerek szacowaną obniżonym GFR i 14,0% w wieku ≥ 75 lat. (2). Osoby z dodatkowymi obciążeniami (cukrzyca, przewlekła choroba nerek, wiek sędziwy) są gorzej diagnozowane i leczone od osób bez tych obciążeń, pomimo większego ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych, niezgodnie z zaleceniami towarzystw kardiologicznych. (3). Najpoważniejszym pojedynczym, dodatkowym czynnikiem ryzyka, z punktu widzenia rokowania pacjentów z chorobą wieńcową, jest wiek ≥ 75 lat. Współistniejąca przewlekła choroba nerek rokuje nieco lepiej, ale gorzej niż współistniejąca cukrzyca. Większą czujność terapeutyczną i diagnostyczną powinni wśród chorych wieńcowych budzić pacjenci „kardiogeriatryczni” niż „kardionefrologiczni”, a ci z kolei - większą niż „kardiodiabetologiczni”. (4). Najgorzej diagnozowani i leczeni w Polsce w POZ są pacjenci ≥ 75 lat, z chorobą wieńcową i jednocześnie cukrzycą oraz przewlekłą niewydolnością nerek.

Słowa kluczowe: choroba wieńcowa, podstawowa opieka zdrowotna, standard terapii

Streszczenie w języku angielskim

Summary in English

The highest risk patients with coronary heart disease treated in primary health care – evaluation of the efficiency of treatment

Aim of the study: (1) Epidemiological description and evaluation of procedure according to the medical standard in statistically representative group of polish patients with diagnosed coronary heart disease (CHD) treated in Primary Health Care (Podstawowa Opieka Zdrowotna - POZ), with the particular taking into account coexisting risk factors (diabetes, persistent renal failure, older age

defined as ≥ 75 years), (2) comparison of utilized diagnostic methods and therapy of CHD dependent on the presence of one, two or three mentioned risk factors in patients with CHD and without any other risk factors, (3) Distinction of the group of patients with highest risk from all the subjects, who are not optimally treated in Poland.

Material and methods: Secondary analysis of the data obtained in the SPOK study (Standard Podstawowej Opieki Kardiologicznej – Standard of the Primary Cardiac Care), which was performed in 2003-2005 as the part of the National Program of Prevention and Treatment on Cardiovascular Diseases POLKARD. This program was financed by the Ministry of Health. The study was based on questionnaires. The questionnaire was addressed to the physicians working in primary health care, and was consisted of problems associated with used: prevention, diagnostics and treatment methods associated with cardiovascular diseases. The randomization was performed by the PBS (Pracownia Badań Społecznych – Studio of Social Researches). Endlessly there were analyzed data of 13514 Polish patients with CHD, who were treated in Polish primary health care: 4027 with diabetes; 3477 with renal failure determined by glomerular filtration rate (GFR) and 1889 patients aged ≥ 75 years. The control group included 6435 patients with CHD: age < 75 years, without diabetes and without renal failure (diagnosed by GFR) who were treated by the same physicians.

Results: (1) The risk of 10-year death due to cardiovascular diseases according to the European risk score system (SCORE) was increasing in the following groups: patients with CHD and one optional risk factor (5.6%), diabetes (5.9%), renal failure based on GFR (9.2%), two optional risk factors (11.7%), aged ≥ 75 years (17.9%), endlessly in the group with all three analyzed risk factors which coexisted with the basal disease (18.9%). The SCORE result for patients with CHD but without any of the analyzed risk factors (control group) was 3.8%. (2) Beta-blockers were prescribed to: 66.4% of patients who had one of the risk factors (age > 75 years; diabetes or renal failure); 63.3% of patients with optional two risk factors; 56.3% of patients with all three risk factors in comparison to 72.5% of patients from control group. (p for the change tendency < 0.001). Similarly, the statines were prescribed more rarely with the increasing amount of risk factors in the analyzed group (respectively 72.2% vs. 66.1% vs. 61.1% in comparison to 75.5% in the control group, p for the change tendency < 0.001). (3) With the increase of the number of risk factors the angiography of coronary arteries was performed more rarely (in patients with one optional risk factor – 29.7%; two optional risk factors – 24.9%; three optional risk factors – 16.9% in comparison to 39.1% of patients from control group (p for change tendency < 0.001). (4) The revascularization: CABG (Coronary Artery Bypass Graft) and PCI (Percutaneous coronary intervention) were performed more rarely with increasing cardio-vascular risk (7.7% vs. 5.4% vs. 2.7% vs. 9.1% respectively for CABG, p for change tendency < 0.001 ; 11.2% vs. 9.0% vs. 6.1% vs. 16.2% respectively for PCI, p for change tendency < 0.001). (5) Group, identified as the worst diagnosed and treated one with CHD in Polish primary health care has following features: ca. 80 years old women; widows with primary education level, living in the village or in the big city. In this group the control of LDL-cholesterol levels is bad (LDL < 100 mg/dl was present only in 14.7%

of subjects). The medicaments which have influence on the prognosis (beta-blockers, statines) are used too rare. Also, the diagnostic methods like: 24-hours Holter ECG monitoring, echocardiography were proposed only occasionally. The coronary revascularization is performed extremely rare.

Conclusions: (1) Among patients with CHD, who are treated by primary health care physicians, 29.8% are patients with diabetes, 25.7% with chronic renal failure estimated by GFR and 14,0% are older than 75 years. (2) People with additional risk factors (diabetes, chronic renal failure, older age) are diagnosed and treated worse than those without any risk factors and it is despite the higher risk of cardiovascular events. It is also incompatible with guidelines stated by cardiologic societies. The most serious single risk factor of patients with CHD is age ≥ 75 years. The coexisting chronic renal failure has got better prognosis, but worse than diabetes. Increased therapeutic and diagnostic vigilance in patients with CHD should be directed rather to the “cardiogeriatric” than “cardiorenal”, likewise, rather to “cardiorenal” than to “cardiodiabetic”. (4) The worst treated and diagnosed group in polish primary health care are patients older than 75 years with coronary heart disease, diabetes and chronic renal failure.

Key words: coronary heart disease, primary health care, therapy standard.