

Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

<http://wczp.kielce.uw.gov.pl/czp/dbamy-o-zdrowie/konsultanci-o-zdrowiu/marianna-janion-konsult/8281,Prof-dr-hab-med-Marianna-Janion-Konsultant-wojewodzki-w-dziedzinie-kardiologii.html>
20.04.2024, 09:42

Prof. dr hab. med. Marianna Janion Konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii

Prof. dr hab. med. Marianna Janion

Konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
Świętokrzyskie Centrum Kardiologii WSzZ w Kielcach
Ordynator II Kliniki Kardiologii

PROFILAKTYKA CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA

Choroby układu krążenia są uznawane za epidemię współczesnej cywilizacji. Są główną przyczyną ok. 50% zgonów w Polsce. W ostatnich latach mimo ciągłego postępu medycyny uzyskano tylko nieznaczną poprawę wskaźników. Co robić by zmienić te zatrważające fakty? Najbardziej efektywnym sposobem, choć wymagającym wieloletnich wysiłków, jest pełne wdrożenie w naszym społeczeństwie zasad szeroko rozumianej profilaktyki.

U podłoża większości chorób serca leży rozwijająca się miażdżycy. Powszechne, wczesne występowania miażdżycy oraz brak skutecznych metod diagnostycznych, powoduje, że w codziennej praktyce medycznej należy zwrócić szczególną uwagę na populację młodych ludzi z licznymi czynnikami ryzyka, dodatnim wywiadem rodzinnym i użyć wszystkich możliwych sposobów, aby ich przekonać o potrzebie stosowania zasad profilaktyki miażdżycy. Tylko powszechne wprowadzenie zasad dotyczących zmiany stylu życia i eliminacji klasycznych czynników ryzyka jest w stanie zahamować rozwój chorób układu krążenia.

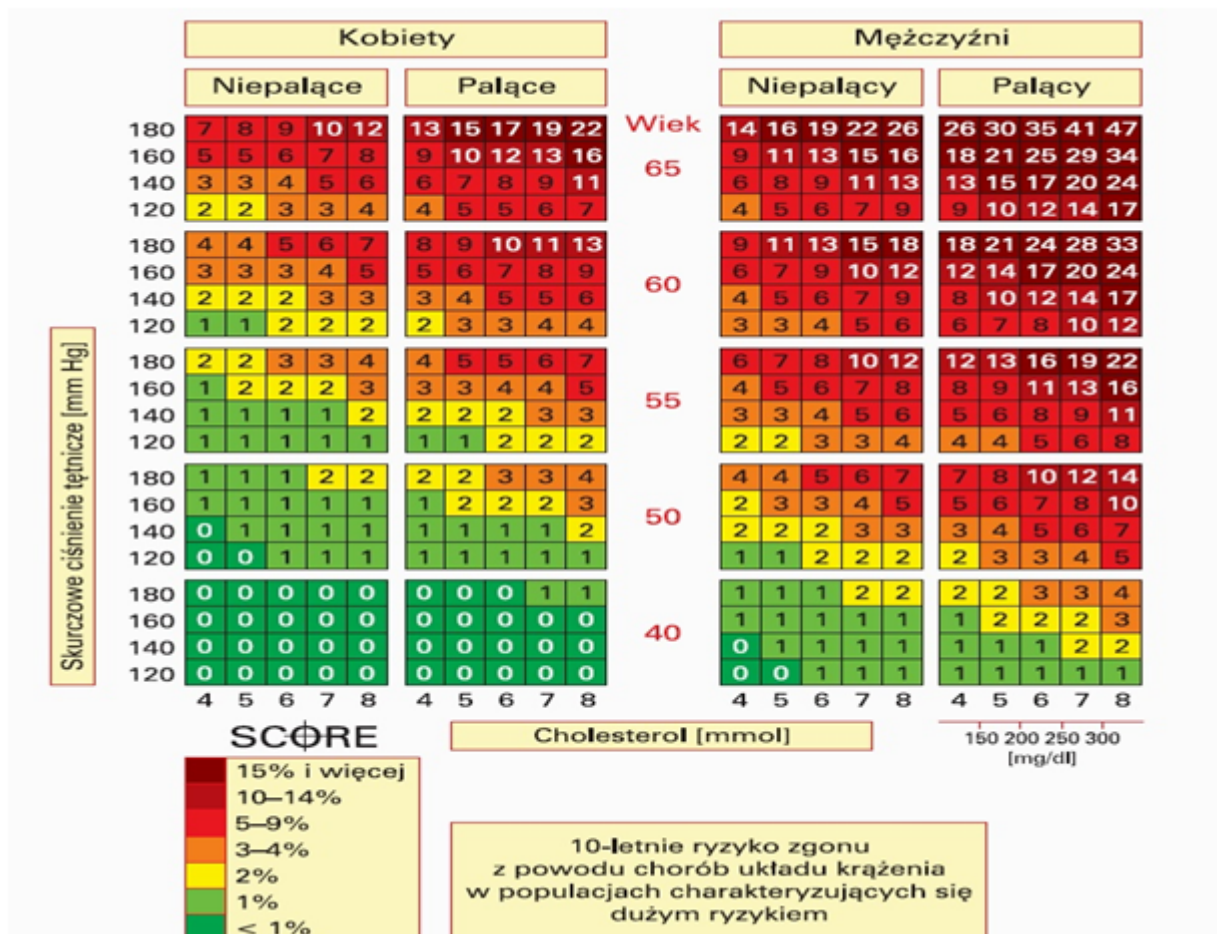
1. Ocena globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego.

Najczęstszą manifestacją kliniczną miażdżycy jest choroba niedokrwienna serca z jej najgroźniejszą postacią - zawałem serca. Obecnie znanych jest ponad 300 czynników ryzyka miażdżycy. Jednakże jak wykazano w badaniu INTERHEART tradycyjne czynniki ryzyka (palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, cukrzyca, otyłość, mała aktywność fizyczna oraz małe spożycie warzyw i owoców, nadużywanie alkoholu i czynniki psychosocjalne) są odpowiedzialne za około 90% ryzyka wystąpienia pierwszego zawału serca niezależnie od płci i wieku.

Aktualne zalecenia podkreślają konieczność szacowania globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego, czyli sumarycznego traktowania wszystkich obecnych u danego pacjenta czynników ryzyka. Takie podejście uwzględnia wieloczynnikową etiologię miażdżycy, wzajemne niekorzystne oddziaływanie różnych współistniejących czynników ryzyka jak również kompleksowe leczenie pacjenta.

Najczęściej do oceny globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego używany jest algorytm SCORE (tabela 1). Pozwala on w oparciu o występowanie pięciu głównych czynników ryzyka takich jak: wiek, płeć, ciśnienie skurczowe, palenie papierosów, poziom cholesterolu całkowitego określić ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu najbliższych 10 lat. Algorytm ten przeznaczony jest do oceny ryzyka u osób bez rozpoznanej jeszcze choroby układu sercowo-naczyniowego.

Tabela 1. Skala oceny 10-letniego ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia - SCORE.



Jeżeli 10-letnie ryzyko zgonu jest równe lub przekracza 5% to takie osoby należy zaliczyć do grupy dużego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i podjąć intensywne działania mające na celu modyfikację czynników ryzyka. Osoby, u których ryzyko zgonu wynosi nieco poniżej 5% również mogą być objęte programem profilaktyki. Osobom z grupy bardzo małego ryzyka w celu utrzymania tego stanu, należy zalecać dalszą modyfikację stylu życia.

Do grupy dużego ryzyka sercowo-naczyniowego, obok osób bezobjawowych ale z ponad 5% ryzykiem zgonu w ciągu 10 lat należą:

- chorzy z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca lub chorobami tętnic obwodowych i mózgowych rozwijającymi się na podłożu miażdżycy,
- osoby bez objawów klinicznych, ale z istnieniem pojedynczego czynnika ryzyka o znacznym nasileniu (stężenie cholesterolu całkowitego powyżej 320 mg/dl, stężenie cholesterolu frakcji LDL powyżej 240 mg/dl, ciśnienie tętnicze wyższe lub równe 180/110 mm Hg),
- osoby z rozpoznaną cukrzycą typu 2 lub typu 1 z mikroalbuminurią,
- bliscy krewni chorych, u których przedwcześnie wystąpiła choroba wieńcowa lub udar mózgu (mężczyźni < 55 roku życia, kobiety < 65 roku życia), oraz członkowie ich rodzin, w których występuje rodzinna hipercholesterolemia lub inne, wrodzone zaburzenia lipidowe.

2. Zmiana stylu życia jako istotne postępowanie w profilaktyce chorób układu krążenia

W ciągu ostatnich kilkunastu lat styl życia zaczął być postrzegany nie tylko jako niewłaściwe zachowanie które może być istotną przyczyną schorzeń cywilizacyjnych ale również jako bardzo ważny element profilaktyki i terapii chorób. Konieczność zachowań prozdrowotnych jest powszechnie uznana i poparta dowodami i wynikami wielośrodkowych badań naukowych.

Miażdżycy powstaje w ciągu szeregu lat. Przez lata, zależnie od stylu życia i współistniejących czynników ryzyka, kumulowane są niekorzystne zmiany, które w przyszłości mogą spowodować poważne zdarzenia sercowo-naczyniowe.

Z definicji stylu życia wynika, że aby doszło do zmian pacjent powinien dobrze poznać chorobę, a w szczególności jej przyczyny. Pacjent poinformowany skuteczniej angażuje się w proces leczenia, co ma istotny wpływ na długość i jakość życia. Pacjent powinien przyjąć postawę akceptacji a nie negacji wobec swojej choroby i powinien widzieć w swoim zdrowiu wartość, w imię której będzie w stanie trwale realizować zmiany, często kosztem wygodnych starych nawyków i zachowań. Ważnym jest aby terapeutyczna zmiana stylu życia nie pozostawała w zasięgu możliwości jedynie u pacjentów z silną osobowością, świadomych i dysponujących odpowiednim wsparciem rodzinnym i społecznym, ale objęła jak największą część populacji.

Zmiana stylu życia jest całościowym procesem dotyczącym wielu obszarów życia. Nie da się wyróżnić jednego głównego czynnika stylu życia odpowiedzialnego za chorobę. Muszą to być działania na wielu płaszczyznach uwzględniające takie czynniki jak: właściwa dieta, stała, systematyczna aktywność fizyczna, bezwzględne rzucenie palenia papierosów, wprowadzenie metod terapeutycznych pomagających w kontroli nad stresem, zdobycie umiejętności przystosowania do zaistniałej sytuacji i przeciwdziałanie depresji. Ważnym jest aby terapeutyczna zmiana stylu życia była stałym elementem postępowania.

W trzecim raporcie ekspertów (ATP III) ogłoszonym w USA w 2001 r. wprowadzono pojęcie terapeutycznego stylu życia. Głównym elementem takiego stylu życia jest **zdrowa dieta**. Szczególnie ważne są następujące aspekty prawidłowej diety:

1. W przeszłości zalecenia żywieniowe dotyczyły głównie redukcji spożycia pokarmów i substancji odżywczych niekorzystnych dla zdrowia, takich jak nasycone kwasy tłuszczowe, cholesterol w diecie oraz sól. Te zalecenia są nadal aktualne, ale w ostatnich latach podkreśla się potrzebę zwiększenia spożycia pokarmów korzystnych dla zdrowia np. warzyw, owoców, ziaren zbóż, ryb, włókniaka i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych. W prewencji choroby niedokrwiennej serca najlepszą pozostaje dieta uboga w nasycone kwasy tłuszczowe zastąpione kwasami jedno- i wielonienasyconymi a także złożonymi węglowodanami. Mogą to być wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-6 zawarte w olejach roślinnych (sojowy, słonecznikowy, kukurydziany) lub jednonienasycone kwasy tłuszczowe zawarte w oleju rzepakowym i oliwie z oliwek. Zarówno dane epidemiologiczne jak i wyniki badań klinicznych wskazują na kardioprotekcyjne działanie diety z dużą zawartością kwasów omega-3. Spożywanie kwasów tłuszczowych omega-3 zawartych w tłuszczu ryb morskich, orzechach, oleju rzepakowym, sojowym i lnianym, zmniejsza stężenie triglicerydów, obniża i normalizuje ciśnienie tętnicze krwi, działa przeciwkrzepliwie, przeciwzapalnie i przeciwarytmicznie.
2. W skutecznej profilaktyce niezbędne jest przekonanie pacjentów, że stosując właściwą dietę mogą korzystnie zmodyfikować swój profil lipidowy. Poprzez ograniczenie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych, których podstawowym źródłem są tłuszcze zwierzęce, podroby, wędliny podrobowe i jajka dochodzi do zmniejszenia stężenia cholesterolu we krwi, a zwłaszcza frakcji LDL. Stężenie cholesterolu można również zmniejszyć poprzez większą konsumpcję błonnika roślinnego (płatki owsiane, jęczmień, otręby, nasiona roślin strączkowych, grubo mielone kasze, warzywa i owoce). Szczególnie rolę w diecie mogą spełnić sterole i stanole roślinne zawarte w specjalnie wzbogacanych margarynach, które upośledzają wchłanianie cholesterolu w przewodzie pokarmowym.
3. Właściwie skomponowana dieta pozwala wyeliminować inny czynnik ryzyka chorób układu krążenia jakim jest nadwaga i otyłość. Masę ciała można skutecznie zredukować zmniejszając o 500 dzienną ilość spożywanych kalorii w stosunku do zapotrzebowania energetycznego koniecznego do utrzymania aktualnej wagi. Natomiast bardziej restrykcyjne ograniczenie kaloryczności w diecie nie przynosi spodziewanego efektu, bowiem uruchamia nasiloną przez organizm reakcję oszczędzania kalorii.

Aktywność fizyczna. Aktywność fizyczna zajmuje obok diety naczelną rolę w medycynie prewencyjnej. Regularne ćwiczenia są niezbędne do utrzymania optymalnego zdrowia. Systematyczny wysiłek fizyczny wywołuje w organizmie człowieka wiele korzystnych zmian fizjologicznych.

Uważa się, że trening fizyczny powinien być prowadzony co najmniej trzy do pięciu razy w tygodniu, a sesje treningowe powinny trwać 30-40 minut. Możliwość zahamowania procesu miażdżycowego pod wpływem aktywności ruchowej uzyskuje się przy osiągnięciu tygodniowego wydatku energetycznego na poziomie co najmniej 2000 kcal. Korzystne wydaje się stosowanie różnych form ćwiczeń fizycznych o mniejszej intensywności, za to znacznie wydłużonych w czasie. Kardioprotekcyjny wpływ wysiłku fizycznego na serce objawia się korekcją parametrów hemodynamicznych, a w konsekwencji poprawia się wydolność fizyczna i jakość życia. Aktywność fizyczna zmniejsza niedokrwienie i poprawia stabilność elektryczną serca, osłabia procesy zapalne oraz redukuje gotowość zakrzepową. Wysiłek poprawia również psychospołeczne samopoczucie i satysfakcję z własnej sprawności. Preferowaną formą aktywności fizycznej jest codzienny 60 min. marsz z szybkością 5 km/h, co jest równoważne z wydatkowaniem 300 kcal, a tygodniowo ponad 2000 kcal. Taki wydatek energetyczny modyfikuje inne czynniki ryzyka, poprawia sprawność fizyczną, przywraca funkcję śródbłonna i powoduje zwiększenie rezerwy wieńcowej. U osób tak aktywnych fizycznie udowodniono zmniejszenie śmiertelności o 25-30%. Regularne ćwiczenia fizyczne mogą zredukować prawdopodobieństwo cukrzycy o 40%. Dlatego jakże słuszne jest hasło:

„Ruch jest lekiem XXI wieku o najlepszym wskaźniku koszty/efektywność”

Zaprzestanie palenia tytoniu. Najbardziej szkodliwymi działaniami wynikającymi z palenia papierosów są zaburzenia lipidowe oraz dysfunkcja śródbłonna, powodujące przyspieszone tworzenie się blaszki miażdżycowej, co prowadzi do narastania niedotlenienia i prowokuje zaburzenia rytmu serca. Szczególnie niekorzystne działanie nikotyny zwłaszcza u kobiet związane jest z jej wywoływaniem stanu nadkrzepliwości i w związku z tym zwiększonej gotowości zakrzepowej. Ta konstelacja efektów palenia (zaburzenia lipidowe, dysfunkcja śródbłonna, obkurczenie tętnic wieńcowych i stan nadkrzepliwości) przyspiesza i wywołuje powstawanie niestabilnej blaszki miażdżycowej i ostrego zespołu wieńcowego.

Ryzyko palenia papierosów jest bezpośrednio związane z ilością wypalanych papierosów, dlatego zmniejszając ilość zużywanego tytoniu palacz może obniżyć ryzyko choroby wieńcowej. Znacząca redukcja ryzyka widoczna jest już po pierwszym roku rzucenia palenia, a całkowite ryzyko wieńcowe po 5 latach jest takie samo jak w populacji niepalącej. Wyniki badań tego problemu wskazują, że zarówno całkowita śmiertelność jak i liczba powtórnych zawałów serca, a także liczba nagłych zgonów sercowych ulega obniżeniu o 20-50% w populacji chorych, którzy porzucili nałóg palenia papierosów.

Niewielu palaczy zrywa skutecznie z paleniem w ramach prewencji, jednak zawał serca aż dla około 70% - 80% pacjentów jest wystarczającym doznaniem, aby rzucić palenie. Niestety, około 20% pacjentów po zawale nadal pali papierosy.

Modyfikacja czynników psychospołecznych to kolejne działania istotne w terapeutycznym stylu życia. Kompleksowe podejście do chorego wymaga włączenia ich do programów leczenia i interwencji o charakterze psychologiczno-społecznym. Dotyczą one leczenia depresji, eliminacji i modyfikacji niewłaściwych zachowań wynikających z osobowości typu A. Programy terapeutyczne kładą również nacisk na edukację i poznanie problemów związanych z chorobami układu krążenia, ich leczeniem i czynnikami ryzyka. Większa wiedza może przyczynić się do skutecznej redukcji czynników ryzyka oraz uczynić pacjenta współodpowiedzialnym za przebieg leczenia.

Podsumowanie

Zmianę stylu życia uznaje się za podstawową metodę profilaktyki chorób układu krążenia oraz równorzędną metodę terapii obok leczenia farmakologicznego. Niestety, jak wykazują liczne badania, nadal nie jest ona efektywnie wdrażana pomimo jej udowodnionej skuteczności terapeutycznej. Ludzi cechuje tzw. „nierealny optymizm” – nie zdają sobie sprawy z ryzyka rzeczywistego. Ponad 70% spośród nich uważa, że ich ryzyko ataku serca jest mniejsze niż przeciętne i nie muszą podejmować się zasadami profilaktyki i zmianą swojego stylu życia. Ta nieświadomość i nabyte przyzwyczajenia są przeszkodą w zmianie stylu życia. Ponadto brak jest przekonania i wiary o własnej skuteczności w przewyżnianiu złych nawyków.

W prewencji pierwotnej obok terapeutycznego stylu życia, który powinien być zalecany dla pacjentów zarówno z niskim,

średnim jak i wysokim ryzykiem, decyzję o wdrożeniu leczenia farmakologicznego podejmujemy po wnikliwym oszacowaniu poziomu globalnego ryzyka chorób układu krążenia. Jeśli ryzyko to ocenione wg skali SCORE wynosi powyżej 5% należy rozpocząć farmakoterapię.

(Na podstawie artykułu: **Janion M.**: Profilaktyka pierwotna chorób układu krążenia. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej (obecnie UJK). 2006; t.3: 107-120).

[Drukuj](#)

[Generuj PDF](#)

[Powiadom](#)

[Powrót](#)
