

## STRESZCZENIE

### **Wstęp:**

Główną przyczyną zgonów w Polsce są CVD, natomiast najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka są zaburzenia lipidowe, które występują aż u 61% dorosłej populacji Polski. Większość tych osób pozostaje pod opieką lekarzy rodzinnych i lekarzy POZ, stąd tak ważna jest szybka identyfikacja i skuteczne leczenie pacjentów z tymi zaburzeniami w POZ.

### **Cele:**

1. Ocena skuteczności leczenia dyslipidemii w podstawowej opiece zdrowotnej z uwzględnieniem oszacowanego całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego w odniesieniu do płci, wieku i czasu terapii.
2. Ocena skuteczności leczenia zaburzeń lipidowych w podstawowej opiece zdrowotnej u pacjentów po zawale mięśnia sercowego lub po zabiegach rewaskularyzacji wieńcowej oraz u pacjentów po udarze mózgu.
3. Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego oraz określenie częstości występowania innych czynników ryzyka u pacjentów leczonych z powodu dyslipidemii w podstawowej opiece zdrowotnej.
4. Ocena częstości występowania poszczególnych typów dyslipidemii i analiza poszczególnych frakcji lipidowych w grupie badanej.
5. Analiza rodzajów i dawek leków stosowanych w terapii dyslipidemii w grupie badanej.

### **Material i metody:**

Do badania zakwalifikowano 14 830 dorosłych pacjentów z rozpozną i leczoną od min. sześciu miesięcy dyslipidemią, znajdujących się pod opieką lekarzy rodzinnych i lekarzy POZ na terenie całego kraju. Grupę badaną stanowiło 68% kobiet i 32% mężczyzn, wiek pacjentów wynosił 22 - 97 lat (średnia 59,5 lat, mediana 60 lat). Metodą badawczą był autorski kwestionariusz ankiety, wypełniony przez lekarzy pracujących w POZ.

### **Wyniki:**

Nieprawidłowe stężenia TC i LDL-C występowały u niemal wszystkich pacjentów z zaburzeniami lipidowymi włączonych do badania (odpowiednio u 96% i 94%), TG u 70%, natomiast HDL-C u 37%, ale najczęstszym rodzajem dyslipidemii w grupie badanej była hiperlipidemia mieszana, stwierdzona u 69%. Najczęściej stwierdzaną CVD była CHD (u 40%), a dodatkowym czynnikiem ryzyka nadciśnienie tętnicze (u 75%). Duże i bardzo duże ryzyko CV charakteryzowało aż 84% populacji badanej.

99% populacji leczonych było statynami (głównie atorwastatyną, najczęściej dawką 20 mg/dobę), a tylko 14% miało wdrożoną terapię skojarzoną, głównie z udziałem fibratów. Docelowe wartości TC osiągnęło jedynie 29% pacjentów, a LDL-C 33%, ze średnimi stężeniami 193 mg/dl i 115 mg/dl. Wśród osób po MI/PCI/CABG wartości te wynosiły odpowiednio 36% i 39% oraz 186 mg/dl i 116 mg/dl, a po udarze mózgu 29% i 30% oraz 191 mg/dl i 113 mg/dl. Gorsze wyniki leczenia w badanej populacji uzyskały osoby należące do grup wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, mężczyźni, osoby  $\geq 45$  r.ż. oraz leczeni  $> 3$  lat.

83% lekarzy było przekonanych o skuteczności terapii, jednak mimo tego 42% z nich nie uzyskało u swoich pacjentów docelowych wartości LDL-C.

### **Wnioski:**

1. Skuteczność leczenia dyslipidemii w podstawowej opiece zdrowotnej jest niezadowalająca – jedynie 33% pacjentów osiągnęło docelowe stężenie cholesterolu LDL, a 29% cholesterolu całkowitego. Prawidłowe stężenia triglicerydów oraz cholesterolu HDL miało po leczeniu odpowiednio 61% i 79%. Z powodu gorszych wyników leczenia szczególną uwagę należy poświęcić osobom należącym do grup wyższego ryzyka sercowo-naczyniowego, mężczyznom, osobom  $\geq 45$  r.ż. oraz leczonym powyżej 3 lat.

2. Pacjenci po przebytych zawałach mięśnia sercowego lub po zabiegach rewaskularyzacji wieńcowej są skuteczniej leczeni z powodu zaburzeń lipidowych niż pozostałe osoby z dwóch grup najwyższego ryzyka sercowo-naczyniowego. Analogiczna różnica w skuteczności leczenia osób po przebytych udarach mózgu jest mniejsza w porównaniu do grupy pacjentów kardiologicznych. Może to świadczyć z jednej strony o niepełnej identyfikacji osób o dużym i bardzo dużym ryzyku sercowo-naczyniowym, a z drugiej o braku traktowania przez niektórych lekarzy rodzinnych lub lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej stanu po udarze mózgu jako ekwiwalentu stanu po zawałach mięśnia sercowego lub po zabiegach rewaskularyzacji.

3. 2/3 pacjentów leczonych z powodu zaburzeń lipidowych w podstawowej opiece zdrowotnej ma bardzo duże ryzyko sercowo-naczyniowe, a najczęstszymi towarzyszącymi czynnikami ryzyka są nadciśnienie tętnicze i otyłość, których częstość u pacjentów z dyslipidemią jest większa niż w populacji ogólnej. Powinno to obligować lekarzy do aktywnego poszukiwania pozostałych czynników ryzyka i do rzetelnej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u każdego pacjenta z rozpoznaną dyslipidemią.

4. Mimo obecności podwyższonych stężeń cholesterolu całkowitego i LDL u niemal wszystkich pacjentów leczonych z powodu dyslipidemii w podstawowej opiece zdrowotnej, najczęstszym typem zaburzeń lipidowych (dotyczącym 2/3 pacjentów) jest hiperlipidemia mieszana, za którą plasują się małe stężenie cholesterolu HDL i hipercholesterolemia. W związku z tak częstym występowaniem i z dodatkowym ryzykiem sercowo-naczyniowym, jakie wiąże się z nieprawidłowymi stężeniami triglicerydów i cholesterolu HDL, wydaje się niezbędne jak najszybsze określenie i zawarcie w oficjalnych wytycznych docelowych stężeń tych dwóch lipoprotein. Do tego czasu lekarze rodzinni i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni kłaść większy nacisk w terapii tych zaburzeń na leczenie niefarmakologiczne, a w razie nieskuteczności rozważyć leczenie skojarzone, zwłaszcza z udziałem fibratu.

5. W leczeniu dyslipidemii w podstawowej opiece zdrowotnej dominuje monoterapia statynami, z częstszym wyborem statyn o silniejszym działaniu. W świetle niezadowalających efektów leczenia wydaje się, że lekarze rodzinni i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej stosują zbyt niskie dawki statyn oraz zbyt rzadko zalecają leczenie skojarzone - i pomimo braku uwzględnienia rosuvastatyny w niniejszej analizie, co jest bez wątpienia mankamentem pracy, owo błędne

postępowanie nie zależy od rodzajów statyn aktualnie będących w sprzedaży. Duża rozbieżność między przekonaniem lekarzy o skuteczności leczenia a rzeczywistym stosowaniem skutecznych dawek statyn jest ponadczasowa i może wynikać z niedoszacowania ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów, z nieznanymi aktualnymi wytycznymi leczenia dyslipidemii lub z występowaniem wśród lekarzy zjawiska inercji terapeutycznej, odpowiadającej za świadomy brak modyfikacji terapii u pacjentów, którzy nie osiągnęli celów leczenia. Wskazuje to na potrzebę nieustannego szkolenia lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej.