



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 116/2013 z dnia 29 kwietnia 2013 r.
o projekcie programu „Narodowy Program Wyrównywania
Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-
Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016”

Po wzięciu pod uwagę treści raportu w sprawie oceny programu, opinii ekspertów oraz po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, wydają pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016”.

Uzasadnienie

Oceniany projekt, będący kolejną edycją programu POLKARD, dotyczy istotnego, precyzyjnie opisanego problemu zdrowotnego, ze szczegółowo opisaną sytuacją epidemiologiczną. Głównym celem programu mają być działania na rzecz poprawy dostępu pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu chorób sercowo-naczyniowych.

Wszystkie otrzymane opinie ekspertów klinicznych były pozytywne. W ich ocenie program powinien być realizowany mając na uwadze m. in.: wskaźniki chorobowości i śmiertelności chorób układu sercowo-naczyniowego, doświadczenia z poprzednich efektywnych edycji programu, dzięki którym uzyskano poprawę w dostępie do nowoczesnych terapii - kardiologicznych, kardiochirurgicznych oraz neurologicznych, kompleksowość programu (zakup aparatury medycznej, monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w Polsce, edukacja), potrzebę wyrównywania dysproporcji w dostępie do świadczeń, upowszechnianie najnowszych metod leczenia (nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej), zgodność z priorytetami w zakresie polityki zdrowotnej i demograficznej.

Niemniej, za wskazaniem Rady Przejrzystości, należy zwrócić uwagę na oszacowanie kosztów realizacji programu. Przedstawiony kosztorys zakupu sprzętu odnosi się tylko do roku 2013; w projekcie podano także informację, iż z uwagi na jednoroczne plany budżetowe na programy zdrowotne, zmianie ulec może wielkość środków finansowych przewidzianych na wdrażanie programu w latach kolejnych. Uwzględniając ogólnikowy sposób przedstawienia budżetu dla poszczególnych części programu - działania związane z profilaktyką to kilka odrębnych projektów - nie ma również pewności co do tego, które działania będą w tym zakresie finansowane. Rada stanęła ponadto na stanowisku, że z uwagi na złożony charakter programu, w którym wyodrębnić można kilka odrębnych projektów



programów zdrowotnych, należałoby rozważyć poddanie ich oddzielnej ocenie. W ocenie Rady niezasadnym, z uwagi na ryzyko ograniczenia dostępu do świadczeń, wydaje się również założenie przez Autorów projektu współfinansowania działań związanych z edukacją zdrowotną oraz z tworzeniem infrastruktury diagnostyki i leczenia przez jednostki samorządu terytorialnego.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest ogólnokrajowy projekt programu zdrowotnego z zakresu chorób układu sercowo-naczyniowego: „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016”, którego głównym celem jest wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania ukierunkowane na wyrównywanie dysproporcji w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych m.in. w kardiologii, kardiologii, neurologii, rehabilitacji neurologicznej i chirurgii naczyniowej. Program obejmuje zasadniczo część związaną z zakupem specjalistycznej aparatury medycznej (wyrównywanie dysproporcji uwarunkowanych bazą sprzętową) oraz działania związane z profilaktyką: związany z monitorowaniem sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie chorób układu krążenia WOBASZ II; program badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej; program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych; epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni; program edukacji młodzieży SYNDROM oraz kompleksowy, modelowy program strukturalnej interwencji ukierunkowany na prewencję pierwotną chorób układu krążenia.

Na pięcioletni (2013–2016) okres realizacji zaplanowano 62 676 201 zł.

Problem zdrowotny

Choroby sercowo-naczyniowe, obejmujące: chorobę niedokrwienną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca, wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną, stanowią obecnie jeden z najistotniejszych problemów zdrowotnych. Są najczęstszą przyczyną zgonów wśród kobiet i mężczyzn, główną przyczyną śmierci przedwczesnej (poniżej 65 roku życia) i hospitalizacji, prowadzą do inwalidztwa. Badania pokazują, że istotną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niewłaściwe wzorce zachowań, które składają się na współczesny styl życia. Należą do nich: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu, stres.

Choroby żył obwodowych można podzielić na: zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych (proces zapalny żył umiejscowionych nad powięzią, któremu towarzyszy proces zakrzepowy o zróżnicowanym nasileniu) i przewlekłą niewydolność żylną. W zakrzepowym zapaleniu żył wyróżnia się: zapalenie żyłaków stanowiące 90% przypadków zapalenia żył powierzchownych; jatrogenne zapalenie żył powierzchownych powstające w wyniku wprowadzenia do naczynia cewnika lub w wyniku podrażnienia lekami; samoistne zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych, dotyczące zwykle żyły odstrzałkowej lub odpiszczelowej i nawracające zapalenie żył powierzchownych, mogące być przyczyną nowotworów.

Tętniak to poszerzenie tętnicy o co najmniej 50% w stosunku do wartości prawidłowej. Z praktycznego punktu widzenia tętniakiem aorty w odcinku podnerkowym określa się rozszerzenie aorty przewyższające 3 cm w wymiarze poprzecznym. Tętniak prawdziwy to rozszerzenie tętnicy, rzekomy powstaje w wyniku uszkodzenia naczynia, powodując początkowo jedynie wynaczynienie krwi, wokół którego znajdują się okoliczne tkanki. Tętniaki aorty brzusznej w większości są tętniakami wrzecionowatymi.

Tętniaki można podzielić na bezobjawowe i objawowe. Wyodrębnia się również tętniaki zapalne, zakażone i rzekome.

Tętniaki bezobjawowe i objawowe wykrywane są zwykle przypadkowo, podczas badania przedmiotowego lub przy okazji badań obrazowych. Czasami sam chory zwraca uwagę na tętnienie w jamie brzusznej. Przyczyną objawów jest często szybkie powiększanie się tętniaka; należą do nich ból w nadbrzuszu lub w okolicy lędźwiowej, uczucie pełności w nadbrzuszu lub (rzadko) wymioty, spowodowane uciskiem tętniaka na dwunastnicę. Objawami pęknięcia tętniaka są silny ból i często wstrząs.

Tętniaki zapalne (około 5% wszystkich tętniaków aorty brzusznej w odcinku podnerkowym) charakteryzują się grubszą od tętniaka niezapalnego ścianą, włóknieniem zaotrzewnowym i zrostami z otaczającymi narządami. Pękają podobnie jak inne, w miarę wzrostu średnicy. Przypuszcza się, że w ich powstawaniu bierze udział mechanizm immunologiczny.

Tętniaki zakażone – występują rzadko (poniżej 1% wszystkich tętniaków aorty brzusznej); powodowane są przez zmiany wsteczne ściany aorty będące wynikiem zakażenia. Leczenie jest trudne, podobne do stosowanego w zakażeniach protez naczyniowych w tej lokalizacji.

Tętniaki rzekome powstają zwykle w miejscu uszkodzenia ściany aorty lub w miejscu wcześniejszych zespołów naczyniowych.

Alternatywne świadczenia

Nie dotyczy.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

ZALECENIA DLA PLANUJĄCYCH INTERWENCJE Z ZAKRESU ANGIOLOGII:

Programy przesiewowe w kierunku wykrywania tętniaka aorty brzusznej i piersiowej dotyczą dokładnie określonego problemu zdrowotnego; realizują priorytet zdrowotny „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu”.

Dopplerowskie badanie USG uważane jest za standard w ocenie morfologii i hemodynamiki żył kończyn dolnych. Badanie umożliwia wykrycie perforacji ścian naczyń i rozpoczęcie leczenia żyłaków i ma istotny wpływ na dalsze leczenie chorób sercowo-naczyniowych (ChSN), kierowanie na leczenie chirurgiczne, skleroterapię i leczenie laserowe.

Zgodnie z zaleceniami *Society of Interventional Radiology, Cardiovascular Interventional Radiological Society of Europe, American College of Phlebology, and Canadian Interventional Radiology Association*, badanie USG duplex to najważniejsze narzędzie do diagnozowania chorych z ChSN; w badaniu wykorzystuje się wizualizację żylną w odcieniach szarości do oceny anatomii i drożności naczyń.

W wypadku diagnozowania niewydolności tętnic obwodowych, *American College of Cardiology Foundation (ACCF)* i *American Heart Association (AHA)* zalecają określanie współczynnika ABI (wskaźnik kostkowo-ramienny) w spoczynku w celu zdiagnozowania u pacjentów PAD (miażdżycy kończyn dolnych) w przypadku co najmniej jednego z poniższych objawów: chromanie przestankowe, niegojące się rany, wiek powyżej 65 roku życia lub powyżej 50 lat z paleniem lub cukrzycą w wywiadzie. Ocena współczynnika palec-ramię (ang. *toe-brachial index*) jest rekomendowana do rozpoznania PAD u pacjentów z podejrzeniem miażdżycy, gdy ABI nie jest wiarygodne, zazwyczaj ze względu na wieloletnią cukrzycę lub zaawansowany wiek. Pomiary segmentowe ciśnienia są przydatne do oceny PAD kończyny dolnej i lokalizacji zmiany w kończynie, a także do zaplanowania terapii.

Wyniki pomiaru współczynnika ABI powinny być raportowane jako prawidłowe przy wartości powyżej 1,4, wartości normalne ok. 1,4-1,0, wartości graniczne 0,91-0,99 oraz nieprawidłowe poniżej 0,90.

Porównując wewnątrznacyniową angiografię cyfrową (DSA) i angiografię przy użyciu tomografii komputerowej (CTA), w diagnozowaniu PAD w tętnicach kończyn dolnych wskazana jest CTA - technika, która identyfikuje zaburzenia hemodynamiczne i różnicę między miażdżycą w nacyniu z zablokowaniem powyżej 50% a zwężeniem.

Z dowodów zidentyfikowanych przez US *Preventive Services Task Force* (USPSTF) wynika, że skrining polegający na pomiarze współczynnika kostka-ramię może wykrywać PAD u pacjentów bezobjawowych. Jednocześnie skrining w kierunku PAD wśród dorosłych populacji generalnej nie przynosi korzyści lub korzyści te są niewielkie, ponieważ występowanie PAD w tej grupie jest niskie, a leczenie w stadium bezobjawowym, oprócz oceny ryzyka sercowo-naczyniowego, nie przynosi efektów zdrowotnych.

USPSTF odnalazła również dowody świadczące, iż badania przesiewowe u dorosłych bezobjawowych, polegające na ocenie współczynnika kostka-ramię, mogą doprowadzić do niewielkiej szkody w postaci wyników fałszywie dodatnich i niepotrzebnie wykonanego badania. W ocenie USPSTF, szkody z prowadzenia skriningu w postaci pomiaru współczynnika kostka-ramię u pacjentów bezobjawowych przewyższają korzyści.

AHA do diagnostyki pacjentów z czynnikami ryzyka rekomenduje: pomiar ciśnienia na stopie, określanie współczynnika kostka-ramię, obrazowanie badaniem doppler i USG (duplex), angiografię z użyciem tomografii komputerowej (CTA), angiografię z użyciem rezonansu magnetycznego (MRA) oraz angiografię.

Wykazano (metaanaliza), że najdokładniejszą metodą wykrywania zwężenia tętnic (w co najmniej 50%) lub ich zablokowania jest kontrastowa angiografia z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego. Z większości badań wynika, iż czułość i specyficzność metody wynosi ponad 90%. Angiografia rezonansu magnetycznego wiąże się z największą liczbą działań niepożądanych (na ogół są one łagodne). Najpoważniejsze działania niepożądane związane były z angiografią z użyciem kontrastu.

W zaleceniach klinicznych co do diagnostyki i profilaktyki zwężenia tętnic szyjnych z roku 2012, opracowanych przez światowe towarzystwa naukowo-medyczne, sugeruje się, że w przeciwieństwie do pacjentów z objawami nieprawidłowego funkcjonowania naczyń mózgowych lub zwężenia tętnic szyjnych, u pacjentów bezobjawowych badanie duplex nie jest wskazane.

USPSTF nie rekomenduje skriningu w bezobjawowym zwężeniu tętnic szyjnych w populacji ogólnej dorosłych (stopień D rekomendacji: USPSTF nie zaleca stosowania; jest umiarkowana lub wysoka pewność, iż szkody przekraczają korzyści). Metoda USG duplex wiąże się z ryzykiem. U 1% osób poddanych zabiegowi angiografii występuje udar bez skutku śmiertelnego.

W odnalezionych dowodach naukowych występuje pewna nieścisłość. Opinie ekspertów międzynarodowych wykazują, iż u pacjentów z bezobjawowym zwężeniem tętnic szyjnych lub podejrzeniem zwężenia tętnic szyjnych jako badanie diagnostyczne zaleca się USG duplex (I klasa, poziom wiarygodności C).

Skrining w kierunku wykrywania tętniaka aorty brzusznej (AAA) nie jest zalecany w populacji generalnej. W przeglądzie *The Cochrane Collaboration* zaznaczono, iż zaobserwowano znaczną redukcję śmiertelności u mężczyzn w wieku 65-79 lat poddanych skriningowi ultrasonograficznemu. Wyniki nie są wystarczające, aby stwierdzić takie korzyści w grupie

kobiet. Efektywność kosztowa może być akceptowalna, ale do jej potwierdzenia niezbędne są dodatkowe analizy.

Potwierdzono efektywność skringingu w populacji mężczyzn od 65 do 74 roku życia. Program skringingowy w profilaktyce tętniaka aorty brzusznej jest prowadzony w Wielkiej Brytanii, podobne programy mają być zainicjowane w USA. *American College of Preventive Medicine (ACPM)* zaleca ultrasonografię jako bezpieczne, nieinwazyjne, wiarygodne badanie przesiewowe, stosowane w wykrywaniu AAA. ACPM zgadza się z rekomendacjami USPSTF, zalecającymi jednorazowe badanie przesiewowe mężczyzn w wieku 65–75 lat, kiedykolwiek palących papierosy. Nie rekomenduje się rutynowego przesiewu wśród kobiet, ponieważ nie wykazano żadnych korzyści związanych ze zmniejszeniem śmiertelności lub liczby przypadków pękniętego tętniaka aorty brzusznej.

European Society for Vascular Surgery (ESVS) zaznacza, iż przesiew populacyjny u mężczyzn starszych niż 65 rok życia w regionach, gdzie częstość występowania AAA wynosi 4% lub więcej, redukuje śmiertelność związaną z tętniakiem o prawie połowę w ciągu 4 lat badań przesiewowych, głównie poprzez zmniejszanie występowania pęknięć tętniaka.

Przesiew populacyjny w kierunku wykrywania AAA u starszych kobiet nie redukuje występowania pęknięć tętniaków.

Przesiew populacyjny, w kierunku AAA u kobiet starszych niż 65 rok życia palących papierosy, wymaga dalszych badań.

Wyniki badań dotyczące efektywności kosztowej planowanych interwencji odnoszą się głównie do wykrywania zwężenia tętnic szyjnych i tętniaka aorty brzusznej.

National Stroke Association ogłosiło, iż masowy skringing w bezobjawowym zwężeniu tętnic szyjnych nie jest efektywny kosztowo. Według *The American Stroke Association/American Heart Association Stroke Council* należy przeprowadzić selekcję pacjentów, ponieważ skringing w populacji ogólnej nie jest opłacalny.

W 2007 roku *Society of Neuroimaging (ASN)* przedstawiło kompleksowe rekomendacje oparte na dowodach naukowych dotyczące skringingu w populacji generalnej pacjentów z bezobjawowym zwężeniem tętnic szyjnych.

Skringing w populacji generalnej nie jest kosztowo-efektywny, ale powinien być zalecany u pacjentów bezobjawowych w wieku powyżej 65 roku życia, z co najmniej trzema czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego- nadciśnienie, choroba wieńcowa, palenie, hiperlipidemia.

Badania potwierdzają długoterminową efektywność kosztową skringingu z użyciem badania USG u mężczyzn powyżej 65 roku życia.

W analizowanych publikacjach wstępują sprzeczne dane co do efektywności kosztowej skringingu w kierunku wykrywania tętniaka aorty brzusznej. W badaniu Ehlersa wykazano, że ultrasonografia aorty brzusznej nie jest efektywna kosztowo; w badaniu Wilminka- brak kosztowej efektywności skringingu w kierunku wykrywania tętniak aorty brzusznej u mężczyzn powyżej 50 roku życia. Aby uratować jedno życie należałoby przebadać 1000 mężczyzn i prawidłowo zoperować 5 pacjentów. W związku z powyższym sugeruje się prowadzenie skringingu w innych jednostkach chorobowych u dorosłych. Niską efektywność kosztową potwierdza *Multicentre Aneurysm Screening Study Group*.

OGÓLNE ZALECENIA DOTYCZĄCE PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU PREWENCJI CHOROÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH:

Cele, takie jak: zmniejszenie zachorowalności, liczby powikłań czy umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, zmniejszenie kosztów leczenia ChSN oraz ich powikłań, są możliwe do zrealizowania tylko przy wdrożeniu długoterminowych programów obserwacyjnych. Długoterminowa obserwacja z oceną wskaźników byłaby odpowiednim sposobem monitorowania skutków programu (np. ocena spadku śmiertelności i zachorowalności na choroby układu krążenia oraz cukrzycę po 3-5 latach).

Programy profilaktyczne wymagają dobrze skonstruowanego systemu monitorowania, który określiłby efektywność działań oraz wskazał istotne błędy wymagające korekty w kolejnych edycjach programów.

Kampanie edukacyjno-profilaktyczne powinny być prowadzone w odpowiednim zakresie i nakładach finansowych, ponieważ tylko wtedy są skuteczne.

ZALECENIA DLA PLANUJĄCYCH INTERWENCJE ZWIĄZANE Z PROFILAKTYKĄ PIERWOTNĄ CHOROÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY:

Formułując zalecenia dla programów zdrowotnych z zakresu profilaktyki pierwotnej ChSN wśród dzieci i młodzieży oparto się na opiniach eksperckich, rekomendacjach klinicznych oraz wnioskach z przeglądów systematycznych dotyczących *stricte* chorób sercowo-naczyniowych oraz profilaktyki otyłości, będącej jednym z czynników ryzyka ChSN.

Z odnalezionych przeglądów systematycznych wynika, iż programy prewencji nadwagi i otyłości adresowane do dzieci i młodzieży prowadzone w szkole mogą być skuteczne, zwłaszcza gdy obejmują interwencje promujące zdrowe odżywianie oraz aktywność fizyczną. Wyniki sugerują także, że połączenie elementów edukacyjnych i środowiskowych daje lepsze i bardziej znaczące wyniki. Interwencje środowiskowe mogą polegać na zorganizowanej aktywności fizycznej podczas przerw, przed lub po zajęciach, zwiększeniu dostępności możliwości uprawiania sportów w szkole lub w jej pobliżu, zwiększeniu ilości godzin zajęć wychowania fizycznego i dostępu do zdrowego żywienia w szkole.

Eksperti zalecają prowadzenie edukacji z zakresu zdrowego odżywiania oraz profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości podkreślając przy tym, że programy takie powinny być realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego ze względu na bliski kontakt z pacjentami oraz znajomość potrzeb społeczności lokalnej. Eksperti przytaczają następujące zalecenia dotyczące programów mających na celu profilaktykę nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży: obejmowanie zarówno populacji zdrowej (profilaktyka pierwotna), jak i populacji cierpiących na nadwagę i otyłość (populacja wtórna); uznanie edukacji za podstawę wszelkich interwencji medycznych; prowadzenie edukacji zdrowotnej przez osoby wykwalifikowane w tym kierunku; włączenie do programów edukacji dzieci także rodziców i opiekunów; informowanie rodziców i opiekunów o udziale dziecka w programie i o nieprawidłowych wynikach badań przeprowadzonych w ramach programu; wdrażanie programów zdrowotnych dotyczących nadwagi i otyłości począwszy od dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym ze szczególnym uwzględnieniem tych grup wiekowych. Prowadzenie programów wśród młodzieży i dorosłych również jest zalecane, jednak może przynieść mniejsze korzyści z perspektywy służby zdrowia; najskuteczniejsze są programy wieloletnie; koncentrowanie się zarówno na zdrowym odżywianiu, jak i na promowaniu aktywności fizycznej; konieczność ewaluacji wyników programów profilaktyki poprzez: kontrolę wskaźnika BMI lub obwodu talii beneficjentów (w trakcie i po przeprowadzeniu programu), przygotowanie ankiety oceniającej odbiór programu przez beneficjentów oraz przeprowadzenia ankiety monitorującej zachowania zdrowotne uczestników programu;

nie powinny być realizowane programy nieprofesjonalnie przygotowane i nieewaluowane z uwagi na niemożność oceny proporcji uzyskanych efektów w stosunku do poniesionych kosztów; uwzględnianie w programach psychologicznych metod oddziaływania, m. in. pomocy w przewyżnianiu barier stojących na drodze do zmiany i precyzowaniu własnych celów zdrowotnych. Programy powinny być projektowane przy współudziale psychologów zdrowia.

Eksperti zalecają również prowadzenie programów z zakresu prewencji chorób sercowo-naczyniowych, wskazując na: doświadczenia z innych krajów (np. z Kanady), zgodnie z którymi szeroko zakrojone działania o charakterze edukacyjnym związane są z istotnym wpływem na zmniejszenie chorobowości sercowo-naczyniowej. Wczesne działanie edukacyjne ma najbardziej istotne znaczenie związane z wyrabianiem prawidłowych zachowań pro-zdrowotnych; prowadzenie jak największej liczby akcji profilaktycznych jako wpływających na poprawę zdrowotności; fakt, że choroby serca i naczyń spowodowane złą kontrolą czynników ryzyka są główną przyczyną zgonów oraz niepełnosprawności; największą efektywność kosztową programów profilaktycznych wśród działań w kardiologii; przełożenie promocji zdrowego stylu życia i korekcji czynników ryzyka na wydłużenia życia i poprawę jego jakości; istotność objęcia działaniami edukacyjnymi również młodzieży szkolnej z rodzinami i całych rodzin osób ze środowiskowymi czynnikami ryzyka; wartość programów skierowanych do młodzieży, mających na celu kształtowanie postaw i propagowanie zdrowego stylu życia – co może to zaowocować przeniesieniem zdrowych nawyków do rodzin dzieci objętych programami, oraz zmniejszeniem nasilenia środowiskowych czynników ryzyka w przyszłości.

Z odnalezionych rekomendacji klinicznych wynika, że profilaktyka ChSN u dzieci i młodzieży powinna obejmować: edukację zdrowotną w całej populacji, identyfikację grup zwiększonego ryzyka i interwencję w tych grupach. W związku z powyższym wszystkim dzieciom zaleca się: odpowiednią dietę pozwalającą na prawidłowy wzrost i rozwój, utrzymanie właściwej masy ciała, ciśnienia tętniczego i profilu lipidowego- pobór kalorii powinien być dostosowany do zapotrzebowania, zaleca się spożywanie warzyw i owoców, produktów zbożowych pełnoziarnistych, produktów mlecznych, ryb, orzechów, drobiu i chudego mięsa. Spożycie tłuszczu powinno być ograniczane do 2. roku życia. W późniejszym okresie zaleca się ograniczenie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych <10% dziennego spożycia kalorii, kwasów tłuszczowych trans <1% kalorii, a także soli <6 g/d i cukrów prostych; niepalenie tytoniu, jak również nieprzebywanie w pomieszczeniach, gdzie się pali tytoń; zwiększenie aktywności fizycznej do co najmniej 60 minut dziennie. Wskazane jest ograniczenie przebywania przed ekranem monitora (TV, DVD, komputera) do maksymalnie 2 godzin dziennie. W promowanie zdrowego stylu życia muszą być zaangażowani rodzice, nauczyciele, lekarze oraz inni pracownicy ochrony zdrowia; WHO i SIGN wskazują, iż najlepszą formą profilaktyki otyłości są skoordynowane interwencje związane zarówno z problemami dietetycznymi, jak i aktywnością fizyczną (interwencje dla dzieci powinny być prowadzone z udziałem rodziców oraz z uwzględnieniem środowiska społecznego).

CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*)- wyznaczono 9 głównych rekomendacji dla szkolnych programów promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej: skoordynowane podejście w celu rozwoju, wdrażania i oceny polityki i praktyki zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej (ustanowienie zespołu ds. zdrowia w szkole i wyznaczenie koordynatora; ocena stosowanej polityki, programów i praktyk dotyczących zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w celu określenia mocnych i słabych stron; zaangażowanie kluczowych interesariuszy od samego początku wdrażania polityki); wyznaczenie w szkole środowisk wspierających aktywność fizyczną i zdrowe odżywianie (zapewnienie dostępu do zdrowej żywności i stworzenie możliwości rozwoju aktywności fizycznej; stwarzanie w szkole atmosfery, która zachęca do zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej); stworzenie

szkolnego programu zdrowotnego dotyczącego zdrowego odżywiania (sprawdzanie, czy produkty sprzedawane na terenie szkoły są pożywne i zdrowe; ustalenie szkolnych standardów dotyczących zdrowego żywienia); wdrożenie kompleksowego szkolnego programu dotyczącego aktywności fizycznej (stwarzanie uczniom możliwości do korzystania z aktywności fizycznej; sprawdzenie, czy programy dotyczące aktywności fizycznej zaspokajają potrzeby uczniów i spotykają się z ich zainteresowaniem; korzystanie z metod, które zwiększają umiejętności uczniów i zachęcają do utrzymania aktywnego stylu życia); edukacja zdrowotna uczniów, która zapewni im wiedzę, postawę i umiejętności niezbędne do wykształcenia pozytywnych nawyków dotyczących zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej (edukacja zdrowotna wśród dzieci w wieku przedszkolnym; wdrażanie programów edukacji zdrowotnej; korzystanie ze skutecznych programów opartych na dowodach naukowych; korzystanie z interaktywnych metod, które angażują wszystkich uczniów i są wykorzystywane w ich życiu codziennym); zapewnienie uczniom: warunków sprzyjających zdrowiu, dostępu do świadczeń socjalnych w celu rozwiązania problemu zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, zapobieganie związanym ze złym odżywianiem i brakiem aktywności fizycznej chorobom przewlekłym (ocena potrzeb uczniów dotyczących aktywności fizycznej, żywienia i stopnia rozpowszechnienia otyłości oraz zapewnienie zaspokojenia tych potrzeb m. in. w formie doradztwa; zapewnienie uczniom dostępu do opieki medycznej i świadczeń socjalnych); współpraca z rodzinami i członkami społeczności w zakresie rozwoju i wdrażania polityki, praktyk i programów dotyczących zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej; stworzenie programu zdrowotnego dla pracowników szkoły, w celu poprawy wśród nich sposobu odżywiania i aktywności fizycznej; zatrudnianie wykwalifikowanych pracowników wychowania fizycznego, edukacji zdrowotnej, personelu medycznego i pracowników socjalnych z zapewnieniem im szans rozwoju zawodowego.

Podsumowując można stwierdzić, że za realizacją programów zdrowotnych mających na celu zapobieganie chorobom sercowo-naczyniowym wśród dzieci i młodzieży przemawiają wnioski z dowodów naukowych, opinie eksperckie oraz rekomendacje kliniczne. Przede wszystkim interwencje powinny być złożone, dotyczyć zagadnień związanych z dietą oraz aktywnością fizyczną. Do programów powinni być włączani rodzice oraz opiekunowie dzieci. Programy powinny również uwzględniać interwencje środowiskowe.

ZALECENIA DLA PLANUJĄCYCH INTERWENCJE W KIERUNKU WCZESNEGO WYKRYWANIA I PROFILAKTYKI CHOROÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH:

Dobrej jakości dowody wskazują na to, że aktywność fizyczna oraz dieta mogą zmniejszyć ryzyko chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy.

Podstawowe działania profilaktyczne, podkreślane 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 $\mu\text{mol/l}$). Niektóre z wytycznych zalecają spożywanie niewielkich ilości alkoholu (ok. 20 g) w postaci czerwonego wina zawierającego polifenole hamujące aterosgenezę;

W odnalezionych wytycznych co do zasady zgodnie rekomenduje się, by w przypadku bezobjawowych osób, ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej oceniać w pierwszej kolejności w oparciu o wskaźniki globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego, wykorzystując 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 ChSN; najczęściej wskazywany jest wskaźnik ryzyka Framingham, najbardziej przebadany.

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 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.

Według wytycznych następujące osoby uznawane są za osoby z 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 ≥ 40 lat.

Ocena ryzyka w przypadku osób z podwyższonym ryzykiem występowania chorób sercowo-naczyniowych (osoby z cukrzycą, palące, z otyłością), powinna być prowadzona częściej.

W przypadku osób z niskim ryzykiem ChSN ($<10\%$ 10-letnim ryzykiem wystąpienia choroby wieńcowej) dalsze badania w kierunku choroby wieńcowej nie są zalecane rutynowo.

Niektóre wytyczne zaznaczają, że dostępne dowody są niewystarczające do tego, aby wydać rekomendację za lub przeciw rutynowemu badaniu przesiewowemu w kierunku choroby wieńcowej w przypadku bezobjawowych osób z umiarkowanym (10-25%) lub wysokim ($>20\%$) 10-letnim ryzykiem choroby wieńcowej.

Wśród odnalezionych wytycznych nie ma zgodności w kwestii zastosowania badania EKG w spoczynku jako badania przesiewowego w kierunku choroby wieńcowej wśród bezobjawowych osób. Według niektórych wytycznych (np. AHA 2010) przeprowadzenie badania EKG w spoczynku jest 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.

Według niektórych wytycznych oznaczenie stężenia fibrynogenu nie jest zalecane jako badanie przesiewowe w kierunku chorób sercowo-naczyniowych.

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. (klasa rekomendacji IIa, poziom dowodu: B) oraz w bezobjawowych dorosłych z umiarkowanym ryzykiem ChSN bez nadciśnienia czy cukrzycy (klasa rekomendacji IIb, poziom dowodu: B).

Duże poparcie ekspertów znajdują podejmowane przez jednostki samorządów terytorialnych programy wczesnego wykrywania i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych zgodne z zaleceniami klinicznymi.

W opinii ekspertów, tego typu programy stanowią pozytywny przykład wspólnych działań na rzecz umacniania zdrowia lokalnej społeczności. Zdaniem ekspertów klinicznych, czynne poszukiwanie grup ryzyka chorób cywilizacyjnych (takich jak cukrzyca typu 2) jest bardzo istotne z uwagi na fakt, że początkowe etapy takich chorób przebiegają bezobjawowo. Konieczne jest więc zaangażowanie samorządów lokalnych w działania profilaktyczne i skrining.

Badania przesiewowe powinny być procesem długofalowym, nie jednorazowym przedsięwzięciem.

Skuteczność badań przesiewowych zależy także od warunków, w jakich się je wykonuje. Rekomendowane jest, by takie badania realizowane były w ośrodkach opieki zdrowotnej. Programy zakładające przeprowadzanie skriningu poza ośrodkami opieki zdrowotnej mogą być mniej skuteczne z uwagi na brak dalszego nadzoru i leczenia pacjentów z wynikiem dodatnim oraz brak zapewnienia powtórnych badań u osób z wynikiem ujemnym. Lekarz prowadzący może nigdy nie uzyskać informacji o nieprawidłowych wynikach testów.

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 (ang. *the worried well* – zdrowi nadmiernie troszczący się o swe zdrowie), a nawet osoby już zdiagnozowane.

Integralnym elementem programów powinna być formalna ocena skriningu. Wyniki ocen będą przydatne przy ogólnej ocenie wartości wczesnego wykrywania i powinny być wykorzystane do modyfikacji bądź ograniczenia ocenianych działań.

ZALECENIA DLA PLANUJĄCYCH INTERWENCJE POLEGAJĄCE NA EDUKACJI ZWIĄZANEJ Z ZAGROŻENIEM CHOROBY SERCOWO-NACZYNIOWYMI:

Przy braku możliwości właściwego zaplanowania programu, zasadne byłoby rozważenie zastąpienia go działaniami wspomagającymi realizację przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej skriningu okazjonalnego w grupie wysokiego ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, przy jednoczesnym nasileniu działań zachęcających i umożliwiających modyfikację stylu życia.

Zwykłe rozpowszechnianie informacji o ryzyku wystąpienia cukrzycy oraz dostępnych strategiach redukcji ryzyka jest niewystarczające do odwrócenia wysokiej zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe. Dla skutecznej prewencji istotne jest stworzenie warunków środowiskowych, które sprzyjałyby osiągnięciu i utrzymaniu zdrowego stylu zdrowia.

Rosnący problem nadwagi i otyłości sugeruje, że działania związane z promocją zdrowego stylu życia nie są skutecznie realizowane. Strategia populacyjna profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy typu 2 powinna skupiać się na diecie oraz zwiększonej aktywności fizycznej w celu redukcji czynników ryzyka we wszystkich grupach wiekowych.

Potrzebne jest podejście łączące działania medyczne (skrining, wykrywanie i leczenie) oraz działania z zakresu zdrowia publicznego (zmiana zachowań oraz ryzyka w populacji dzięki takim działaniom jak promocja zdrowej diety i aktywności fizycznej).

Należy zwrócić uwagę samorządów na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej oraz zachęcenie do zdrowego odżywiania, co może skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu cukrzycy, ale też wpływać na inne problemy zależne od stylu życia, takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe i inne.

Najwięcej korzyści z działań prewencyjnych odnoszą osoby z grupy najwyższego ryzyka, co pociąga za sobą zalecenie skupienia działań na: 1) chorych z potwierdzoną ChSN na podłożu miażdżycowym, 2) osobach bezobjawowych wysokiego ryzyka ChSN z powodu: obecności wielu czynników ryzyka prowadzących do podwyższonego ryzyka całkowitego ChSN (10-letnie ryzyko zgonu z powodu ChSN $\geq 5\%$); cukrzycy typu 2 lub typu 1 z mikroalbuminurią; znacząco podwyższonego pojedynczego czynnika ryzyka (stęż. cholesterolu całkowitego ≥ 8 mmol/l (320 mg/dl); LDL-C ≥ 6 mmol/l (240 mg/dl); ciśnienie tętnicze skurczowe ≥ 180 mm Hg lub rozkurczowe ≥ 110 mm Hg), zwłaszcza w powiązaniu z krańcowym uszkodzeniem narządowym, 3) bliskich krewnych osób, u których przedwcześnie wystąpiła ChSN na podłożu miażdżycowym, lub krewnych osób szczególnie wysokiego ryzyka.

Zgodnie z europejskimi wytycznymi, celami prewencji chorób sercowo-naczyniowych powinny być: wsparcie osób z grupy niskiego ryzyka w utrzymaniu tego statusu w ciągu całego życia oraz pomoc tym, u których ryzyko jest najwyższe, w jego redukcji oraz osiągnięcie następujących cech przez osoby dążące do utrzymania zdrowia: niepalenie tytoniu, zdrowe nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna: 30 min. umiarkowanej aktywności fizycznej dziennie, wskaźnik BMI <25 kg/m² oraz unikanie otyłości centralnej, BP <140/90 mmHg, cholesterol całkowity <5 mmol/l (≈190 mg/dl), cholesterol LDL <3 mmol/l (≈115 mg/dl), poziom glukozy we krwi <6 mmol/l (≈110 mg/dl).

Wnioski z oceny programu Ministerstwa Zdrowia

Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo Naczyniowego realizowany był w kilku edycjach, począwszy od 2003 r., jako ogólnokrajowy, związany z priorytetami rządu w zakresie polityki zdrowotnej i demograficznej program, wpisujący się w działania ograniczania skutków ChSN.

Program adresowany jest do ogółu społeczeństwa. Dotyczy istotnego, wielowymiarowego problemu zdrowotnego, stanowiącego jedną z głównych przyczyn zgonów w Polsce. Choroby krążenia zaliczane są również do chorób cywilizacyjnych z długotrwałym procesem leczenia.

Głównym celem programu jest zmniejszenie różnic w dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej spowodowanych uwarunkowaniami sprzętowymi. Cel ten ma być realizowany przede wszystkim poprzez doposażanie i wymianę wyeksploatowanego sprzętu medycznego w jednostkach zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób układu sercowo-naczyniowego. Na jego realizację przeznaczono blisko 70% środków finansowych zaplanowanych na 2013 rok. Ponadto, w ramach programu będą wyrównywane różnice w dostępie do profilaktyki, co będzie realizowane głównie poprzez podejmowanie działań ukierunkowanych na zwiększenie świadomości i wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza tych, którym można skutecznie przeciwdziałać, a więc czynników zależnych od prowadzonego stylu życia.

Program ma charakter kompleksowy. Można go podzielić na dwie zasadnicze części: związaną z zakupem specjalistycznego sprzętu oraz z działaniami profilaktycznymi. Z uwagi na koszt wysokospecjalistycznych procedur, zapewnienie środków finansowych na dofinansowanie zakupu niezbędnego, nowoczesnego sprzętu medycznego znajduje głębokie uzasadnienie.

Pomimo uwag, o których nadmieniono w uzasadnieniu, oceniając program z uwzględnieniem kryteriów sformułowanych w art. 31 a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przede wszystkim: jego znaczenia dla zdrowia obywateli, skutków następstw chorób, których dotyczy i wpływu na poprawę zdrowia, należy uznać, że oceniany program zasługuje na akceptację i powinien być realizowany.

Biorąc pod uwagę powyższe, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu o programie: „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016” realizowanym przez Ministerstwo Zdrowia, nr: AOTM-OT-440-1/2013, Warszawa kwiecień 2013 oraz aneksów: „Wczesna diagnostyka chorób naczyń – wspólne podstawy oceny” Warszawa, marzec 2013, „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny” Warszawa, wrzesień 2012 i „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania, oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” Warszawa, lipiec 2012.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:
Nie dotyczy.