

# Wydawałoby się zdrowi ludzie... Jak postępować według nowych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących zasad prewencji sercowo-naczyniowej?

Apparently healthy people...  
How to follow the new guidelines of the European Society of Cardiology  
on the principles of cardiovascular prevention?

dr n. med. Marcin Wełnicki, prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz

III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz

## WSTĘP

Cóż może być nudniejszego niż wytyczne dotyczące prewencji sercowo-naczyniowej? Wszyscy przecież od lat wiemy, że stężenie cholesterolu należy obniżyć, ciśnienie tętnicze kontrolować, masę ciała redukować i unikać bezruchu. Ta wiedza jest równie powszechna jak brak efektów terapeutycznych. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego wciąż pozostają pierwszą przyczyną przedwczesnych zgonów. Ciągłe są tworzone nowe schematy postępowania w ostrych schorzeniach kardiologicznych, silniejsze i bezpieczniejsze leki, wiedza na temat patofizjologii stale się poszerza... i nic istotnie się nie zmienia. Frustrujące. A może rzeczywiście warto jeszcze raz zastanowić się nad prewencją? Cofnąć się do źródła, do – wydawałoby się – zdrowego człowieka. Być może po raz pierwszy od dawna nowe wytyczne prewencji sercowo-naczyniowej rzeczywiście są nowe. Znajdziemy w nich kilka innowacyjnych narzędzi. W niniejszym artykule chcemy przedstawić te, które uznaliśmy za szczególnie in-

teresujące. Ponieważ nowy dokument jest jednak bardzo rozbudowany i wielowątkowy, skupimy się na kluczowych zasadach stratyfikacji ryzyka, a także podejmowaniu decyzji o wdrożeniu oraz intensywności farmakoterapii dyslipidemii i nadciśnienia tętniczego.

Pierwszą z ciekawych propozycji w tym zakresie jest rozróżnienie czterech głównych grup chorych wymagających interwencji w ramach prewencji sercowo-naczyniowej. Pierwszą grupę stanowią *apparently healthy people*. *Apparently* znaczy „podobno”, nowe wytyczne nie doczekały się jeszcze (na chwilę pisania tego artykułu) oficjalnego polskiego tłumaczenia, uważamy jednak, że sformułowanie *wydawałoby się* najlepiej oddaje charakter tej grupy. Kolejne to: pacjenci z potwierdzoną chorobą układu sercowo-naczyniowego, pacjenci z cukrzycą oraz pacjenci z innymi chorobami przewlekłymi (np. przewlekłą chorobą nerek). Kluczowym zagadnieniem jest tu oszacowanie ryzyka sercowo-naczyniowego – im

jest ono wyższe, tym większe korzyści może przynieść interwencja. Nowe wytyczne proponują w dużej mierze rewolucyjne spojrzenie na tę kwestię.

### WYDAWAŁOBY SIĘ ZDROWY PACJENT...

W przypadku mężczyzn przed 40. r.ż. oraz kobiet przed 50. r.ż. 10-letnie ryzyko wystąpienia zgonu sercowo-naczyniowego jest, ogólnie rzecz biorąc, niskie. Oczywiście pod warunkiem braku współistnienia pewnych dodatkowych uwarunkowań, które *a priori* to ryzyko drastycznie podnoszą. W przypadku mężczyzn po 65. r.ż. i kobiet po 75. r.ż. to samo ryzyko jest w zasadzie prawie zawsze wysokie. Wiek stanowi w końcu niezależny i niemodyfikowalny czynnik ryzyka zgonu, czynnik, którego waga wzrasta wraz z upływającym czasem. Ten, wydawałoby się, truizm zaowocował wyznaczeniem przedziałów wiekowych, w których to samo przymiotnikowe określenie ryzyka sercowo-naczyniowego będzie korespondoowało z inną wartością procentową (tab. 1).

**Tabela 1.** Wartości procentowe poszczególnych grup ryzyka sercowo-naczyniowego w trzech przedziałach wiekowych.

| Kategoria ryzyka/<br>przedział wiekowy | < 50. r.ż. | 50.–69. r.ż. | ≥ 70. r.ż. |
|--|------------|--------------|------------|
| Niskie do umiarkowanego                | < 2,5%     | < 5%         | < 7,5%     |
| Wysokie                                | 2,5–7,5%   | 5–10%        | 7,5–15%    |
| Bardzo wysokie                         | ≥ 7,5%     | ≥ 10%        | ≥ 15%      |

Nie można również pominąć bardzo istotnej zmiany w definicji 10-letniego ryzyka sercowo-naczyniowego. Dotychczas karta SCORE pozwalała nam oszacować 10-letnie ryzyko zgonu z powodu incydentu sercowo-naczyniowego. Obecnie zmodyfikowana karta SCORE2 lub SCORE2-OP pozwala nam oszacować 10-letnie ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego (zawał serca lub udar mózgu) zakończony bądź niezakończony zgonem. Podobnie jak w poprzednich wytycznych autorzy nowego dokumentu proponują osobne karty ryzyka dla różnych rejonów świata, w zależności od lokalnej sytuacji epidemiologicznej. Polska wciąż należy do rejonów charakteryzujących się wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Nowością jest wyodrębnienie oddzielne-

go arkusza dla wydawałoby się zdrowych pacjentów po 70. r.ż. (SCORE2-OP).

Przedziały wiekowe i zmiana punktu końcowego oceny ryzyka to jednak niejedyne zmiany w SCORE2 – prawdziwą cichą rewolucją jest zmiana jednej ze zmiennych. Poza płcią, wiekiem, wartością skurczowego ciśnienia tętniczego i nikotynizmem dotychczas uwzględnialiśmy stężenie cholesterolu całkowitego. W LDL-centricznym świecie kardiologii XXI w. był to swego rodzaju archaizm. Obecnie, aby skorzystać z karty SCORE2/SCORE2-OP, potrzebujemy wiedzy na temat stężenia cholesterolu nie-HDL. To zmiana rewolucyjna nie tylko dlatego, że izolowane oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego nareszcie formalnie traci rację bytu. Ten fakt jest oczywiście szalenie istotny u nas, w Polsce. Wpisanie w kartę SCORE2/SCORE2-OP takiego właśnie parametru lipidowego wskazuje jednak również na to, że nie tylko stężenie LDL jest ważne.

### PREWENCJA KROK PO KROKU

Kolejnym ciekawym, nowym elementem omawianego dokumentu jest propozycja dwustopniowego podejścia do określenia celów terapeutycznych u wydawałoby się zdrowego pacjenta. Przede wszystkim każdej osobie należy zalecić modyfikację stylu życia, zerwanie z nałogiem nikotynowym oraz utrzymywanie wartości ciśnienia skurczowego poniżej 140 mmHg. Są to zalecenia klasy IA. Z koniecznością zerwania z nałogiem nikotynowym nikt oczywiście nie dyskutuje. Zdrowy styl życia jest rozumiany jako zbilansowana dieta, kontrola masy ciała (walka z nadwagą i otyłością) oraz promowanie aktywności fizycznej. Kolejny etap stanowi ocena całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego na zasadach omówionych powyżej. Jeśli jednak, zgodnie z nowymi przelicznikami dla poszczególnych grup wiekowych, ryzyko to jest niskie lub umiarkowane (< 2,5%; < 5% bądź < 7,5% dla kolejnych grup wiekowych), nie wyznacza się dodatkowych, ogólnych celów w ramach postępowania prewencyjnego. Każdy przypadek należy oczywiście rozważyć indywidualnie, kluczowa jest tu ocena ryzyka sercowo-naczyniowego w perspektywie całego życia danej osoby, chociaż autorzy wytycznych wyraźnie pod-

kreślają, że wskazań do farmakoterapii może po prostu nie być.

Im wyższe wyjściowe ryzyko sercowo-naczyniowe, tym pewniej wytyczamy kolejne cele terapeutyczne. Dla osób przed 70. r.ż. będą to: wartość ciśnienia skurczowego SBP < 140–130 mmHg (IA) i stężenie LDL < 100 mg/dl (IIa); w przypadku osób po 70. r.ż. cele będą podobne, chociaż cel lipidowy będzie miał już niższą klasę zaleceń – IIb. Kolejny, drugi krok strategii prewencyjnej jest już odmienny dla osób przed i po 70. r.ż. W przypadku młodszych pacjentów cel hipotensyjny stanowi redukcja SBP do wartości < 130 mmHg (IA) oraz redukcja stężenia LDL do wartości < 70 mg/dl lub < 55 mg/dl odpowiednio przy ryzyku wysokim bądź bardzo wysokim (IIa). W przypadku chorych po 70. r.ż. cele należy ustalić indywidualnie, biorąc pod uwagę przewidywany czas życia, potencjalne korzyści oraz ryzyko, wynikające chociażby z interakcji lekowych.

## PACJENT WYJŚCIOWO JUŻ CHORY...

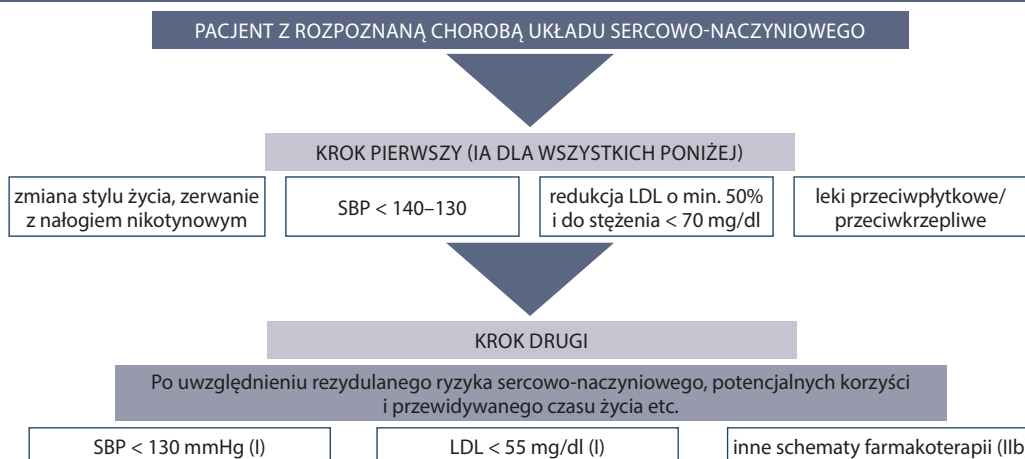
Dwustopniowe podejście do prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego dotyczy również trzech innych grup chorych. Są to: pacjenci z już rozpoznaną chorobą układu sercowo-naczyniowego, pacjenci z cukrzycą oraz pacjenci z innymi istotnymi schorzeniami – zwłaszcza

z rodzinną hipercholesterolemią lub przewlekłą chorobą nerek. Przede wszystkim należy przyjąć, że ryzyko wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego u osób z już rozpoznaną i potwierdzoną chorobą układu sercowo-naczyniowego jest przynajmniej wysokie. Interwencja jest więc wskazana, chociaż jej intensywność może być już indywidualnie modyfikowana (uwzględniając chociażby wiek pacjenta, obecność zespołu kruchości, wielochorobowość czy przewidywany czas życia). Podstawę (IA dla każdej interwencji) stanowią: modyfikacja stylu życia, leczenie hipotensyjne (SBP < 140–130 mmHg), hipolipemizujące (redukcja stężenia LDL o min. 50% oraz do wartości < 70 mg/dl), a także terapia przeciwkrzepliwą. Tak opisano krok pierwszy. O ile jednak w przypadku pacjentów pozornie zdrowych krok drugi jest opcjonalny, w przypadku chorych z pozostałych grup jest on już obligatoryjny. W ramach tego drugiego kroku można intensyfikować leczenie hipotensyjne (SBP < 130 mmHg) i hipolipemizujące (LDL < 55 mg/dl) oraz wzmacniać inne elementy farmakoterapii.

## PACJENT WYJŚCIOWO... BARDZO CHORY

Podtytuł prowokacyjny, jednak kolejny schemat postępowania prewencyjnego dotyczy chorych z rozpoznaną cukrzycą. Podstawowym założeniem prewencji będzie więc prawidłowa kontrola parametrów gospodarki wę-

**Rycina 1.** Proponowane podejście do strategii prewencji sercowo-naczyniowej u pacjentów z już rozpoznaną chorobą serca i/lub naczyń zależną od miażdżycy (w nawiasach podano klasę i siłę zaleceń).



LDL (*low density lipoproteins*) – lipoproteiny małej gęstości; SBP (*systolic blood pressure*) – ciśnienie skurczowe.

głowodanowej, w omawianym dokumencie zdefiniowana przez wartość  $HbA_{1c} < 7\%$  (zalecenie klasy IA). Oczywiście zawsze są zalecane również modyfikacja stylu życia oraz zerwanie z nałogiem nikotynowym. Kolejny krok zależy jednak od współistnienia lub braku chorób układu sercowo-naczyniowego i/lub powikłań cukrzycy (eGFR  $< 45$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; eGFR 45–59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, jeśli współistnieją mikroalbuminuria bądź proteinuria niezależnie do eGFR lub powikłania mikronaczyniowe w trzech łożyskach). Jeśli ich nie stwierdzamy, a według SCORE2 ryzyko pacjenta kwalifikujemy jako umiarkowane, nie wyznacza się innych celów terapeutycznych (klasa zaleceń III)! W każdym innym przypadku uderzamy w lipidy, wartości ciśnienia tętniczego i sięgamy po nowe leki diabetologiczne, poprawiające rokowanie sercowo-naczyniowe. Dla chorych z cukrzycą, bez jej powikłań i jeszcze bez chorób układu sercowo-naczyniowego pierwszy cel lipidowy to LDL  $< 100$  mg/dl (i redukcja o min. 50% w stosunku do wartości wyjściowej), a hipotensyjny – SBP  $< 140$  mmHg, do 130 mmHg. W przypadku pacjentów z obecnymi powikłaniami lub chorobą układu sercowo-naczyniowego już na tym etapie dążymy jednak do LDL  $< 70$  mg/dl. Kolejne kroki są konsekwencją tych pierwszych – dla pacjentów mniej obciążonych LDL redukujemy do wartości  $< 70$  mg/dl, dla tych bardziej obciążonych – do wartości  $< 55$  mg/dl. Wartości skurczowego ciśnienia tętniczego redukujemy do  $< 130$  mmHg. Sięgamy po nowe leki – floszyny i analogi GLP-1, a w wybranych przypadkach leki typowe dla zespołów niedokrwienych.

## PIERWSZY KROK ODWAŻNIE, DRUGI ROZTROPNIE

Analizując myśl przewodnią nowych wytycznych, trudno oprzeć się wrażeniu, że zachęcają one do swego rodzaju szycia na miarę zasad prewencji naszych pacjentów. W każdym z opisanych scenariuszy pierwszy krok to interwencje doskonale znane, sprawdzone, powszechnie akceptowane przez nas – lekarzy. Ten krok zawsze możemy wykonać odważnie, niemal bezwarunkowo. I wiemy, że gdy wdrożymy te podstawowe interwencje, nasi pacjenci

zyskają w kontekście redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego. Kolejny krok oznacza jednak zawsze intensyfikację leczenia, a ta nie powinna być odruchowa. Oczywiście – inercja terapeutyczna to zjawisko niekorzystne. Jednak równie niekorzystnym zjawiskiem jest sztywne stosowanie wszystkich szablonów terapii bez uwzględnienia indywidualnej sytuacji zdrowotnej pacjenta. Czy nieintensyfikowanie farmakoterapii u osoby, która co prawda ma stężenie LDL powyżej 100 mg/dl i jest po zawale i udarze mózgu, ale jednocześnie jest osobą pozostającą od kilku lat bez kontaktu logicznego, w pełni zależną od innych osób, jest rzeczywiście potrzebne, celowe i zasadne? Nowe wytyczne prewencyjne dają nam mandat do szycia leczenia na miarę. Mamy do tego narzędzia. Mamy pośrednie dawki statyn. Mamy preparaty skojarzone, zawierające statynę i ezetymib, leki hipotensyjne z różnych grup i w różnych dawkach. Mamy nowe leki przeciwhiperlipidemiczne. Mamy wreszcie wiedzę, swoje doświadczenie, rozsądek oraz chorego, z którym możemy przedyskutować nasze propozycje terapeutyczne. Warto podkreślić, że decydując się na drugi krok w strategii prewencji sercowo-naczyniowej, należy także uwzględnić preferencje pacjenta.

## PODSUMOWANIE

Niniejszy tekst stanowi omówienie wybranego zagadnienia poruszanego w nowych wytycznych prewencji sercowo-naczyniowej. Ograniczyliśmy piśmiennictwo do jednej pozycji, artykuł stanowi bowiem w zasadzie omówienie tylko fragmentu tego dokumentu z naszymi autorskimi komentarzami. Zachęcamy wszystkich do uważnej lektury całego dokumentu. Namawiamy również do odważnego szycia na miarę schematów leczenia naszych pacjentów – zarówno w prewencji niegdyś nazywanej pierwotną, a więc u wydawałoby się zdrowych pacjentów, jak i w prewencji wtórnej, zatem dotyczącej tych bardziej chorych – najczęściej osób z cukrzycą i jej powikłaniami lub już po przebytych epizodach sercowo-naczyniowych. Nasza wiedza ewoluuje, a wraz z nią wzrastają możliwości skutecznej indywidualizacji i optymalizacji terapii naszych pacjentów.

**Wkład autorów/Authors' contributions:**

M. Wełnicki: 70%; A. Mamcarz: 30%

**Konflikt interesów/Conflict of interests:**

Nie występuje.

**Finansowanie/Financial support:**

Nie występuje.

**Etyka/Ethics:**

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami UE oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

## ADRES DO KORESPONDENCJI

**dr n. med. Marcin Wełnicki**

III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii,  
Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny  
04-749 Warszawa, ul. Bursztynowa 2  
e-mail: wełnicki.marcin@gmail.com

## STRESZCZENIE

W ostatnich dniach sierpnia podczas corocznego kongresu ESC opublikowano nowe wytyczne dotyczące prewencji sercowo-naczyniowej. W dokumencie tym przedstawiono kilka bardzo ciekawych nowych rozwiązań i narzędzi. Zmodyfikowano i nowocześniejszo skalę SCORE, wyznaczono przedziały wiekowe dla poszczególnych grup ryzyka sercowo-naczyniowego, zwrócono uwagę na konieczność równoległe prowadzonych interwencji na poziomie populacji i systemów ochrony zdrowia. W niniejszym opracowaniu autorzy syntetycznie omawiają te zagadnienia, które wydają się najistotniejsze z punktu widzenia codziennej praktyki lekarskiej.

**Słowa kluczowe:** SCORE2/SCORE2-OP, prewencja schorzeń układu sercowo-naczyniowego, indywidualizacja terapii

## ABSTRACT

In the last days of August, new guidelines on cardiovascular prevention were published during the annual ESC meeting. This document presents some very interesting new solutions and tools. The SCORE scale was modified and modernized, as well as the designated age ranges for individual cardiovascular risk groups, attention was drawn to the need for parallel interventions at the level of population and health care systems. In this article, the authors systematically discuss the issues that seem to be the most important from the point of view of everyday medical practice.

**Key words:** SCORE2/SCORE2-OP, prevention of cardiovascular diseases, individualization of therapy

## Piśmiennictwo

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies. *Eur Heart J.* 2021; 42(34): 3227-337.