

Zapobieganie chorobom układu krążenia u kobiet



prof. dr hab. med.
Danuta Czarnańska,
dr n. med. Agnieszka Olszanańska
I Klinika Kardiologii
i Nadciśnienia Tętniczego CM,
Uniwersytet Jagielloński,
Kraków

Opracowano na podstawie: Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, et al. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women—2011 Update: A Guideline From the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:1243-1262.

Omawiana publikacja stanowi tegoroczną aktualizację wytycznych prewencji chorób układu krążenia u kobiet, wydanych w 2007 r. Powstała w związku z ukazaniem się nowych danych i wzrostem zachorowalności na choroby układu krążenia, związanym zwłaszcza z rosnącym problemem otyłości w USA. Autorzy wytycznych zwrócili szczególną uwagę na zagadnienie stosunku kosztów prewencji pierwotnej do przewidywanych zysków oraz skuteczności wprowadzania poszczególnych działań prewencyjnych.

Zasadnicze kwestie, które zmieniły się w porównaniu z wcześniej publikowanymi dokumentami, dotyczą kilku niżej wymienionych problemów.

1. Schemat klasyfikacji ryzyka sercowo-naczyniowego obejmuje trzy kategorie: wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe (*high risk*), zagrożenie rozwojem chorób układu krążenia (*at risk*), optymalny stan układu krążenia (*optimal cardiovascular health*).

2. Wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe jest definiowane jako przewidywane 10-letnie ryzyko wystąpienia jakiegokolwiek powikłania sercowo-naczyniowego wynoszące >10% (uprzednio: wysokie ryzyko to 10-letnie ryzyko >20%).

3. Za czynniki ryzyka rozwoju jawnej choroby układu krążenia uznano: nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię, wykładniki subklinicznej miażdżycy, jak pogrubienie kompleksu intima-media lub blaszki miażdżycowe w badaniu USG tętnic szyjnych, oraz kalcyfikacje w tętnicach wieńcowych w badaniu tomografii komputerowej. Warto zwrócić uwagę, że za czynniki zwiększające ryzyko chorób układu krążenia uznano także – po raz pierwszy – choroby układowe tkanki łącznej oraz stan

przedrzucawkowy, nadciśnienie indukowane ciążą lub cukrzycę ciążową w wywiadzie.

4. O optymalnym stanie układu krążenia można mówić, gdy spełnione są *wszystkie* niżej wymienione kryteria:

- stężenie cholesterolu frakcji nie-HDL <130 mg/dl (u osób nieleczonych)
- ciśnienie tętnicze krwi <120/80 mmHg (u osób nieleczonych)
- stężenie glukozy na czczo <100 mg/dl (u osób nieleczonych)
- wskaźnik masy ciała <25 kg/m²
- niepalenie tytoniu
- aktywność fizyczna na poziomie zalecanym dla osób >20. r.ż.
- dieta podobna do diety DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension).

5. Do oceny 10-letniego ryzyka wystąpienia powikłania sercowo-naczyniowego akceptuje się stosowanie innych skal niż używana powszechnie skala Framingham. Alternatywę stanowi skala Reynoldsa służąca do szacowania ryzyka u kobiet, która obejmuje także ocenę stężenia białka C-reaktywnego (CRP – *C-reactive protein*). Autorzy wytycznych nie zalecają jednak rutynowego oznaczania CRP w celu stratyfikacji ryzyka.

6. W wytycznych szczególny nacisk położono na zmiany w stylu życia w zakresie aktywności fizycznej. Należy zachęcać kobiety do co najmniej 150 minut tygodniowo aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub 75 minut aktywności o dużej intensywności (dodatkowo korzystne efekty może przynieść podejmowanie dłuższej aktywności: 300 minut umiarkowanego pod względem intensywności wysiłku fizycznego lub 150 minut bardzo intensywnego wysiłku na tydzień). Zaleca się również ćwiczenia aerobowe trwające co najmniej 10 minut, a także wykonywanie ćwiczeń wzmacniających wszystkie duże grupy mięśniowe co najmniej dwa razy w tygodniu.

7. W dokumencie precyzyjnie sformułowano zalecenia dietetyczne, z uwzględnieniem ilościowego spożycia poszczególnych produktów i składników:

- owoce i warzywa: objętość $\geq 4,5$ kubka/24 h (kubek – 240 ml)
- błonnik: 30 g/24 h (1,1 g błonnika/10,0 g węglowodanów)
- pełne ziarno: 3 porcje/24 h (1 porcja to 1 kromka pełnoziarnistego chleba lub 40 ml płatków zbożowych, lub 100 ml gotowanego ryżu albo makaronu)
- cukier: ≤ 5 porcji (1 łyżeczka)/tydzień
- orzechy, pestki i rośliny strączkowe: ≥ 4 porcje/tydzień (1 porcja to: 60 ml orzechów, ale należy unikać orzechów solonych i orzechów makadamii, lub 2 łyżeczki stołowej maślanej orzechowej, lub 20 ml ziaren, lub 100 ml gotowanych warzyw – groszek lub fasola)
- tłuszcze nasycone: <7% całkowitej podaży energetycznej
- cholesterol: <150 mg/24 h
- sód: <1500 mg (1 łyżeczka soli kuchennej)/24 h.

8. W pierwotnej lub wtórnej prewencji powikłań sercowo-naczyniowych u kobiet z hipercholesterolemią, hipertriglicydemią lub hiperlipidemią mieszaną można rozważyć spożycie kwa-

sów omega-3 w postaci kapsułek (np. 1800 mg/24 h kwasu eikozapentaenowego) lub potraw z ryb.

9. Proponowany przez autorów wytycznych algorytm dotyczący medycyny zapobiegawczej zawiera także szczegółowe zalecenia z zakresu prewencji udaru mózgu u kobiet z migotaniem przedsionków w wywiadzie.

10. W aktualizacji wytycznych podtrzymano stanowisko w sprawie postępowania, którego należy unikać (zalecenia klasy III):

- stosowanie hormonalnej terapii zastępczej w okresie menopauzalnym
- suplementacja witamin o właściwościach antyoksydacyjnych
- suplementacja kwasu foliowego, z wyjątkiem kobiet w okresie rozrodczym w prewencji wad cewy nerwowej u płodu
- rutynowe stosowanie kwasu acetylosalicylowego u kobiet <65. r.ż.

Komentarz:

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów, chorobowości i inwalidztwa nie tylko w Polsce, ale również w całej Europie i USA. Z powodu chorób układu krążenia (zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, niewydolność serca) umiera w Polsce rocznie ok. 82 tys. mężczyzn i 91 tys. kobiet, co stanowi łącznie 43% wszystkich zgonów mężczyzn i aż 55% wszystkich zgonów kobiet. Na drugim miejscu, jeżeli chodzi o przyczyny zgonu, znajdują się choroby nowotworowe (26% wszystkich zgonów mężczyzn i 22% zgonów kobiet). Dane te obalają dwa powszechne mity – o tym, że nadumieralność z powodu chorób układu krążenia dotyczy wyłącznie mężczyzn i że nowotwory są główną przyczyną zgonów wśród kobiet.

Problem chorób układu krążenia jako głównego czynnika wpływającego na umieralność kobiet jest ciągle niedoceniany, choć ostatnio coraz częściej stanowi przedmiot badań, a ponadto większą uwagę poświęca się ocenie wpływu płci na rozwój chorób układu krążenia. Dostrzegając wagę tego problemu, towarzystwa naukowe – zarówno amerykańskie, jak i europejskie – podjęły wiele inicjatyw, których celem jest edukacja i poszerzenie wiedzy naukowej na temat chorób układu krążenia u kobiet. Pierwsze wytyczne opublikowano w 1999 r. Od tego czasu zarówno wśród lekarzy, jak i w powszechnej opinii znacznie wzrosła świadomość zagrożenia chorobami układu krążenia u kobiet, choć jak wskazują autorzy omawianych wytycznych, nadal jest ona niezadowalająca. Mimo że w ostatnich czterech dekadach był widoczny pozytywny trend, jeśli chodzi o redukcję zachorowalności na choroby układu krążenia, obecnie znów w USA wzrasta umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca wśród kobiet w wieku 35-54 lat, najprawdopodobniej na skutek epidemii otyłości.

Autorzy wytycznych podkreślają rolę szeroko zakrojonych działań populacyjnych sprzyjających propagowaniu zdrowego stylu życia.

Wyrazem nowego podejścia do oceny zagrożenia rozwojem chorób układu krążenia jest stworzenie trójstopniowej skali ry-

zyka. Z klasyfikacji znikają takie pojęcia, jak „niskie ryzyko” lub „pośrednie ryzyko sercowo-naczyniowe”. Zastępują je trzy kategorie: „optymalnego stanu zdrowia” (*at optimal risk*), „zagrożenia rozwojem chorób układu krążenia” (*at risk*) i „wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego” (*at high risk*). Wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe jest definiowane jako >10% ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych w czasie 10 lat, podczas gdy w dotychczasowych wytycznych za wysokie uznawano ryzyko >20%. Zmiana w aktualizacji wytycznych jest wynikiem szerszego rozumienia zagrożenia chorobami układu krążenia. W dotychczasowej klasyfikacji wysokie ryzyko dość dobrze definiowało kobiety zagrożone powikłaniami sercowo-naczyniowymi, jednak niskie ryzyko, obliczone wg skali Framingham, wydaje się niewystarczająco odzwierciedlać rzeczywiste zagrożenie i pozwalało na pewną inercję we wdrażaniu zachowań prozdrowotnych w tej grupie osób.

Bardzo istotne jest także zwrócenie uwagi przez autorów omawianych wytycznych na pomijane dotychczas kwestie, jak wywiad w kierunku przebiegu ciąży czy obecność chorób tkanki łącznej, jako czynników ryzyka chorób układu krążenia. Według opublikowanej niedawno metaanalizy danych z długofalowych obserwacji pacjentek ze stanem przedrzucawkowym w wywiadzie przeżyta preeklampsja dwukrotnie zwiększa ryzyko choroby wieńcowej, udaru mózgu oraz żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej w okresie 5-15 lat po ciąży.¹ W związku z tym uzasadnione jest włączenie do procesu oceny ryzyka w kardiologii prewencyjnej także wywiadu dotyczącego przebiegu ciąży ze staranną oceną i kontrolą czynników ryzyka w tej grupie.

Kolejną nowością w omawianych wytycznych jest wskazanie udaru mózgu jako głównego czynnika umieralności sercowo-naczyniowej u kobiet (u mężczyzn dominującą przyczyną zgonów jest choroba wieńcowa). W związku z tym starannej oceny wymaga obecność nie tylko wszystkich klasycznych czynników ryzyka, ale też migotanie przedsionków w wywiadzie – po raz pierwszy w tych wytycznych zyskało ono status czynnika wpływającego na rokowanie u kobiet.

W wytycznych zwrócono także uwagę na to, że depresja jest nie tylko czynnikiem wpływającym na jakość życia, ale też przekłada się na stosowanie do zaleceń i wpływa na rokowanie kobiet zarówno z jawną klinicznie chorobą układu krążenia, jak i zagrożonych jej rozwojem.

Komentowane wytyczne w sposób integralny omawiają zagadnienia zdrowia kobiet w szeroko rozumianym pojęciu medycyny zapobiegawczej i stanowią cenny zbiór wskazówek nie tylko dla kardiologów, ale przede wszystkim lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i internistów, a ponadto podnoszą kwestie konieczności edukacji i szeroko zakrojonych działań z zakresu prewencji pierwotnej na poziomie populacyjnym. Autorzy wytycznych stawiają ambitne cele, a przy tym koszty ich realizacji mogą się w perspektywie przekładać na bardzo wymierne i opłacalne korzyści.

Piśmiennictwo:

1. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, et al. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007;335:974.