

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Charakterystyka projektu OSLO-POL
– doniesienie wstępne

Characteristics of OSLO-POL project – preliminary report

ANDRZEJ STECIWKO^{1, A, G}, GRZEGORZ OPOLSKI^{2, A, G}, MAŁGORZATA LUBIENIECKA^{1, C-F},
AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS^{1, D, E}¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

² Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Szeroko rozpowszechnione zaburzenia lipidowe są niewątpliwym czynnikiem ryzyka rozwoju miażdżycy, która w konsekwencji prowadzi do występowania incydentów sercowo-naczyniowych. Wynalezione w latach siedemdziesiątych XX wieku statyny są lekami o udowodnionej skuteczności w redukowaniu śmiertelności z powodu chorób serca i naczyń. Wdrożenie leczenia hipolipemizującego należy do obowiązków lekarza, który stwierdził u pacjenta nieprawidłowości w parametrach gospodarki lipidowej. Ważne jest, aby znane były granice prawidłowego stężenia poszczególnych frakcji lipidogramu, w zależności od współistnienia lub nie innych chorób (takich jak choroba niedokrwienna serca lub/i cukrzyca) oraz stosowane były odpowiednie dawki leków w odniesieniu do stężenia LDL-cholesterolu (i innych frakcji lipidogramu).

Cel pracy. Projekt OSLO-POL prowadzony był w Polsce w latach 2009–2010. Głównym jego celem była ocena skuteczności leczenia hipolipemizującego w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem populacji kobiet.

Materiał i metody. Badaniem objęto 26 155 pacjentów zamieszkujących w całej Polsce. Narzędzie badawcze stanowiła ankieta własnego autorstwa, skierowana do lekarzy pierwszego kontaktu, którzy prowadzili leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi.

Wyniki. Uzyskano dane między innymi dotyczące czasu trwania hipercholesterolemii, współwystępowania innych chorób oraz sposobu leczenia zaburzeń lipidowych.

Wnioski. Pozykiwanie informacji na temat poprawności i skuteczności leczenia hipolipemizującego przez polskich lekarzy daje podstawy do ewentualnego planowania edukacji tej grupy zawodowej, w celu uzyskania poprawy w zakresie prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego.

Słowa kluczowe: hipercholesterolemia, leczenie, statyny.

Summary Background. Widespread lipid disorders are undoubtedly a risk factor for atherosclerosis that leads to cardiovascular events. Invented in the seventies of the twentieth century, statins are the drugs of proven efficacy in reducing mortality from cardiovascular diseases. Implementation of lipid lowering treatment is the responsibility of the doctor who found irregularities in the patient's lipid parameters. It is important that the boundaries of the proper concentration of individual lipid fractions were known, depending on coexistence of other diseases (such as coronary heart disease and/or diabetes) and appropriate doses of drugs in relation to LDL-cholesterol (and other lipid fractions) were used.

Objectives. OSLO-POL project was conducted in Poland in 2009–2010. Its main aim was to evaluate the effectiveness of lipid lowering treatment in Poland, with particular emphasis on the female population.

Material and methods. The study included 26 155 patients living in Poland. Research tool was a survey of our own authorship, addressed to primary care physicians who treated patients with lipid disorders.

Results. Obtained data include the duration of hypercholesterolemia, other coexisting diseases and treatment of lipid disorders.

Conclusions. Obtaining information about the correctness and effectiveness of lipid lowering treatment by Polish doctors gives basis to plan an educational program of this professional group in order to improve the prevention of diseases of the cardiovascular system.

Key words: hypercholesterolemia, treatment, statins.

Wstęp

Obecnie choroby układu krążenia stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w krajach wysoko rozwiniętych. W Europie niemal połowa (49%) pacjentów umiera z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego [1]. Powszechnie wiadomo, że zaburzenia gospodarki lipidowej sprzyjają rozwojowi chorób układu krążenia. Wyniki badań prowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wskazują na wzrost stężenia cholesterolu, jako istotny czynnik ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego. Około 60% patologii naczyń wieńcowych i 40% udarów niedokrwienych mózgu spowodowanych jest nieprawidłowościami w zakresie gospodarki lipidowej [2].

Podwyższone stężenie cholesterolu w krwi dotyczy znacznego odsetka populacji krajów wysoko rozwiniętych – w Wielkiej Brytanii w 2006 r. hipercholesterolemię stwierdzono u około 60% badanych [3]. Badania przeprowadzone dotychczas w Polsce również wskazują na duże rozpowszechnienie zaburzeń lipidowych – dotyczą one około 64% kobiet i 67% mężczyzn [4].

Zaburzenia lipidowe klasyfikowane są obecnie w trzy główne grupy: hipercholesterolemia (czyli podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego oraz frakcji LDL), hipertriglicerydemia (czyli podwyższone stężenie trójglicerydów z towarzyszącym wzrostem stężenia lipoprotein VLDL) oraz hiperlipidemia mieszana (wzrost stężenia cholesterolu całkowitego, LDL i trójglicerydów). Za dodatkową grupę zaburzeń lipidowych można uznać dyslipidemię aterogenną, w której do podwyższonego stężenia trójglicerydów dołącza się obniżenie stężenia frakcji HDL oraz nieprawidłowa budowa cząsteczek LDL [5]. U osób bez współistniejących czynników ryzyka nagłego zgonu sercowego (choroba niedokrwienna serca lub/i cukrzyca) stężenia poszczególnych frakcji lipidogramu nie powinny przekraczać odpowiednio: cholesterol całkowity – 190 mg/dl (5 mmol/l), LDL – 115 mg/dl (3 mmol/l), trójglicerydy – 150 mg/dl (1,7 mmol/l), a stężenie frakcji HDL powinno być wyższe niż 45 mg/dl (1,2 mmol/l) u kobiet i 40 mg/dl (1 mmol/l) u mężczyzn.

Stwierdzenie nieprawidłowości w zakresie gospodarki lipidowej obliuguje lekarza do rozpoczęcia leczenia hipolipemizującego, mając na uwadze długość i jakość życia pacjenta. Statyny są lekami o udowodnionym naukowo wpływie na zmniejszenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, jednak jest to grupa leków o zróżnicowanej farmakodynamice, a decyzja o wyborze konkretnego preparatu i odpowiedniej jego dawki powinna być dostosowana indywidualnie do pacjenta.

Cel pracy

Projekt OSLO-POL prowadzony był w Polsce w latach 2009–2010. Za główne cele badania przyjęto:

- 1) ocenę skuteczności terapii hipolipemizującej u pacjentów z zaburzeniami lipidowymi leczonych przez lekarzy POZ i innych specjalistów (kardiologów, diabetologów),
- 2) ocenę częstości występowania innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w badanej populacji (zwrócenie szczególnej uwagi na czynniki ryzyka w populacji kobiet w badanej grupie),
- 3) określenie częstości stosowania poszczególnych grup leków hipolipemizujących przez lekarzy.

Materiał i metody

Projekt miał charakter badania retrospektywnego. Lekarze rodzinni oraz lekarze innych specjalności zostali poproszeni o wypełnienie anonimowego kwestionariusza, na podstawie historii chorób leczonych przez siebie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi. Narzędzie badawcze w postaci ankiety zostało skonstruowane samodzielnie przez badaczy. Pytania dotyczyły między innymi: czasu trwania zaburzeń lipidowych, parametrów gospodarki lipidowej w chwili rozpoznania zaburzenia, rodzaju i dawki stosowanego leku hipolipemizującego, występowania chorób współistniejących i ich terapii, aktualnych parametrów gospodarki lipidowej. Do badania włączani byli pacjenci w wieku powyżej 18 lat z zaburzeniami gospodarki lipidowej, leczeni od co najmniej 6 miesięcy.

Wyniki

Dane dotyczące pacjentów z zaburzeniami lipidowymi uzyskano z obszaru całej Polski – w tym najwięcej z województwa śląskiego (13,9%). Badaniem objęto 26 155 pacjentów w wieku od 19 do 97 lat, średnia wieku to 59 lat, odchylenie standardowe 10,5. Analizowane dane dotyczyły 17 397 (66,5%) kobiet i 8448 (32,3%) mężczyzn (0,2% brak danych).

Przed rozpoczęciem leczenia średnie stężenie poszczególnych parametrów lipidogramu wynosiło: cholesterol całkowity – 250,5 mg/dl, LDL – 159,1 mg/dl, HDL – 49,8 mg/dl, trójglicerydy – 187 mg/dl (u kobiet odpowiednio: 250,8 mg/dl, 159,4 mg/dl, 50,5 mg/dl, 183,6 mg/dl; u mężczyzn odpowiednio: 249,7 mg/dl, 158,7 mg/dl, 48,3 mg/dl, 194,1 mg/dl).

Przeważająca większość pacjentów leczona była atorwastatyną – 82,8% lub simwastatyną 15,7%. Najczęściej stosowaną dawką zarówno atorwasta-

tyny, jak i simwastatyny było 20 mg – inne dawki stosowane były znacznie rzadziej. Normalizację poszczególnych parametrów lipidogramu, wskutek zastosowanego leczenia, uzyskano: dla cholesterolu całkowitego u 41,3% chorych, dla LDL – u 40,5%, HDL – u 16,9%, dla trójglicerydów – u 29,5%. Normalizację wszystkich parametrów lipidogramu uzyskano u 3,41% leczonych pacjentów, wśród tych osób największy odsetek – 42,2% stanowiły osoby w przedziale wiekowym 60–75 lat.

Wnioski

Najczęstszym schorzeniem współistniejącym z zaburzeniami lipidowymi okazało się nadciśnienie

nie tętnicze – u prawie trzech czwartych badanych, zaraz po nim choroba wieńcowa – u niemal połowy chorych, a także otyłość i cukrzyca.

Uzyskane dane z badania wymagają dalszej analizy statystycznej w celu postawienia właściwych tez i wyciągnięcia uzasadnionych wniosków. Na obecnym etapie należy podkreślić, że pozyskiwanie informacji na temat poprawności i skuteczności leczenia hipolipemizującego przez polskich lekarzy daje podstawy do ewentualnego planowania edukacji tej grupy zawodowej, w celu uzyskania poprawy w zakresie prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego, które są jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie.

Piśmiennictwo

1. *International Cardiovascular Disease Statistics*. American Heart Association. Statistical Fact Sheet – Populations 2007 Update.
2. *The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life*.
3. *British Health Foundation Health Promotion Research Group. Coronary Heart Disease Statistics 2008 edition*.
4. Pająk A, Wiercińska E, Polakowska M, Kozakiewicz K, Kaczmarczyk-Chałas K, Tykarski A, Goździk D, Zdrojewski T. Rozpowszechnienie dyslipidemii u mężczyzn i kobiet w Polsce. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol* 2005; 63: 6(Supl. 4).
5. Wełnicki M, Mamcarz A. *Jak klasyfikujemy zaburzenia lipidowe? Statyny w praktyce – pytania i odpowiedzi*. Warszawa: Medical Education; 2011: 23.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
Tel.: (71) 325-51-26
E-mail: zmr@zmr.am.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.03.2011 r.

Po recenzji: 4.04.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 11.04.2011 r.