

Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi?

Epidemiology of cardiovascular diseases. Why in Poland there is such a low interest in existing prophylactic programs?

ALEKSANDRA MAJEWICZ^{1/}, JERZY T. MARCINKOWSKI^{2/}

^{1/} Przychodnia Zespołu Lekarza Rodzinnego „Arnica” s.c. w Zbąszyniu

^{2/} Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

W Polsce wskaźniki umieralności (standaryzowane) z powodu choroby niedokrwiennej serca i udarów mózgu są od 1,5 do 3 razy wyższe niż w krajach „starej” Unii Europejskiej, chociaż od początku lat dziewięćdziesiątych XX w. obserwuje się tendencje spadkowe umieralności z powodu chorób układu krążenia (ChUK). Dlatego zostały przedsięwzięte działania mające na celu uzyskanie redukcji umieralności z powodu ChUK do 2012 roku (u osób poniżej 65 roku życia) o 30%; przy realizacji tego programu wspierano się zaleceniami Rady Unii Europejskiej z 2002 roku zawartymi w deklaracji Heart Plan for Europe. Obok szeregu innych programów profilaktycznych sponsorowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia znajduje się również program profilaktyki ChUK. Te akcje profilaktyczne – i to darmowe wraz z możliwością badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych – nie cieszą się jednak dużym zainteresowaniem; zauważalna jest wręcz tendencja spadkowa liczby przebadanych osób od roku 2005 do 2008. Ponieważ wszelkie działania edukacyjne z zakresu profilaktyki prowadzone w środowiskach decydenckich i opiniotwórczych mogą wydatnie poprawić skuteczność działań profilaktycznych w skali całego kraju, dlatego w 2006 r. prowadzono w tych środowiskach działania profilaktyczne w odniesieniu do profilaktyki ChUK – jak dotąd bez zadowalających rezultatów. Dlatego profilaktyka ChUK stanowi w Polsce nadal wielkie wyzwanie.

Słowa kluczowe: choroby układu krążenia, epidemiologia, profilaktyka

In Poland, the standardized death ratios for ischaemic heart disease and stroke are 1.5 to 3 times higher than in the countries of the „old” European Union, even though since the beginning of the 90-ties of the XX century a tendency towards lower cardiovascular diseases (CVD) mortality has been noted. Therefore, activities aiming at decreasing the CVD mortality by 30% until the year 2012 among people aged below 65 years have been undertaken. European Union Council recommendations included in the declaration Heart Plan for Europe were applied in the implementation of this program. The National Health Fund sponsors a number of prophylactic programs including a program of CVD prophylaxis. However, such prophylactic actions, free of charge and creating the opportunity for diagnostic procedures and a specialist’s consultation do not evoke strong interest, and even a tendency towards lower number of examined patients has been noted between 2005 and 2008. It is believed that educational campaigns in the field of prophylaxis conducted in the society of decision makers may significantly improve the efficacy of the prophylactic activity for the whole country. Thus, in 2006, a CVD prophylactic program was conducted in this environment, but no satisfactory results have been noted until now. Therefore, it can be concluded that CVD prophylaxis remains a great challenge in Poland.

Key words: cardiovascular diseases, epidemiology, prophylaxis

© Probl Hig Epidemiol 2008, 89(3): 322-325

www.phie.pl

Nadesłano: 03.06.2008

Zakwalifikowano do druku: 28.09.2008

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr n. med. Aleksandra Majewicz

ul. Powstańców Wielkopolskich 48/6

64-360 Zbąszyń

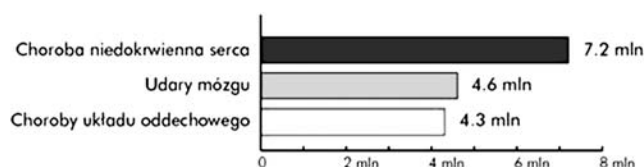
tel. kom. 0606 760559, e-mail: m.alexandra@wp.pl

Najistotniejsze dane z epidemiologii chorób układu krążenia

Problem chorób układu krążenia (ChUK) jest istotnym problemem dla systemu opieki zdrowotnej, ale i dla władz państwa. Coraz częściej wydaje się być on zauważany przez społeczeństwo. Ale czy na pewno? Może wydawać się to nieprawdopodobne, że pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie korzystają z możliwości badań w kierunku ChUK pomimo tego, że od dawna mówi się o pandemii chorób sercowo-naczyniowych.

W roku 1996 odnotowano 15,3 mln zgonów z tego powodu, czyli 30% wszystkich zgonów, w tym 46% w krajach rozwiniętych oraz 24,5% w rozwijających się. Do najczęstszych przyczyn zgonów na świecie (ryc. 1) zaliczono w 1996 roku właśnie chorobę niedokrwinną serca (7,2 mln zgonów) oraz udary mózgu (4,6 mln zgonów) [1].

Z danych WHO dotyczących roku 2002 wynika, że zgonów z powodu ChUK było więcej, bo aż 16,7 mln na świecie, natomiast 4 mln w Europie, z tego



Na podstawie: Lancet. 1997 May 3; 349(9061): 1269-76

Ryc. 1. Najczęstsze przyczyny zgonów na świecie w roku 1996

Fig. 1. The most frequent causes of death worldwide in 1996

Źródło: Informacje o programie NATPOL www.natpol.pl

50% zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca, a 30% z powodu udarów mózgu [2].

W Polsce choroby układu krążenia to również bardzo ważny problem, którym zajmują się lekarze od wielu lat. Z danych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wynika, że z powodu zawału serca umiera codziennie w naszym kraju ok. 100 osób a – jak informował prezes tegoż Towarzystwa Adam Torbicki – ogółem z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego umiera prawie 500 osób każdego dnia [3]. Stwierdzono, że choroby serca i naczyń to przyczyna około połowy zgonów w Polsce (ok. 48% w 2001 roku) a przedwczesna umieralność poniżej 65 roku życia należy do najwyższych w Europie. Zdzisława Kornacewicz-Jach podaje, że w latach 1991-2000 stwierdzono wzrost umieralności w związku z udarami mózgu o ok. 20%, a na niewydolność serca objawową choruje aż około 150 tysięcy osób, z tego ok. trzystu – to osoby czekające na przeszczep serca [4].

Jedynie w Polsce w roku 2001 z powodu ChUK zmarło 82 692 mężczyzn i 91 117 kobiet, co stanowiło 43% wszystkich zgonów mężczyzn i 54% wszystkich zgonów kobiet. Tak więc co trzeci zgon mężczyzn i co dziesiąty zgon kobiet dotyczył osób poniżej 64. roku życia, czyli osób młodych i w wieku średnim. W liczbach bezwzględnych dotyczących umieralności w naszym kraju wynosi – to ponad 30 000 osób i to w wieku poniżej 64 lat [2].

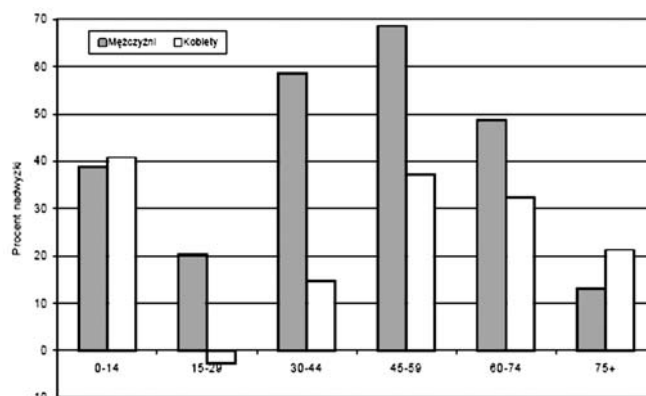
W Polsce obserwuje się tendencje spadkowe umieralności z powodu ChUK od początku lat dziewięćdziesiątych (redukcja o około 30% w latach 1997-2001), jednakże wskaźniki umieralności (standaryzowane) z powodu choroby niedokrwiennej serca i udarów mózgu są w naszym kraju od 1,5 do 3 razy wyższe niż w krajach „starej” Unii Europejskiej. Co za tym idzie, choroby te są powodem wielokrotnych hospitalizacji pacjentów, pogorszenia ich sprawności czy wręcz prowadzą do inwalidztwa, a to generuje bardzo duże koszty społeczno-ekonomiczne [5].

Jak podkreśla T. Zdrojewski „w Polsce w latach 70-tych i 80-tych ubiegłego wieku, tempo wzrostu umieralności spowodowanej ChUK należało do najwyższych na świecie. W latach 90-tych ten niekorzystny trend udało się zahamować, a następnie odwrócić w odniesieniu do choroby wieńcowej. Współczynniki umieralności spowodowanej udarami mózgu, zarówno

wśród kobiet jak i mężczyzn, należą nadal do najwyższych w Europie i w przeciwieństwie do krajów wysoko uprzemysłowionych utrzymują się od lat na tym samym, wysokim poziomie” [6].

W liczbach te wskaźniki umieralności standaryzowane na wiek dla Polski za rok 2002 w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej wynoszą (mężczyźni: 519/100 tys. vs 298/100 tys.; kobiet: 331/100 tys. vs 192/100 tys.) [2].

Jak podaje Państwowy Zakład Higieny (PZH) na podstawie opracowanych danych uzyskanych z bazy WHO HFA Database (biuro regionalne w Kopenhadze): w porównaniu z innymi mieszkańcami z pozostałych 25 krajów UE stan zdrowia Polaków jest znacznie gorszy, również poziom umieralności nadal jest wyższy w porównaniu do przeciętnego poziomu w krajach UE we wszystkich grupach wiekowych (oprócz kobiet w wieku 15-29 lat). Najgorszą sytuację obserwuje się wśród mężczyzn w wieku 30-59 lat i dzieci do 15. roku życia (ryzyko zgonu większe o 40% w stosunku do ich rówieśników żyjących w innym kraju UE) co obrazuje poniższa rycina (ryc. 2) [7].



Ryc. 2. Nadwyżka umieralności (w procentach) w Polsce w odniesieniu do średniego poziomu w krajach UE (25 krajów) według płci i grup wiekowych w 2002 r.

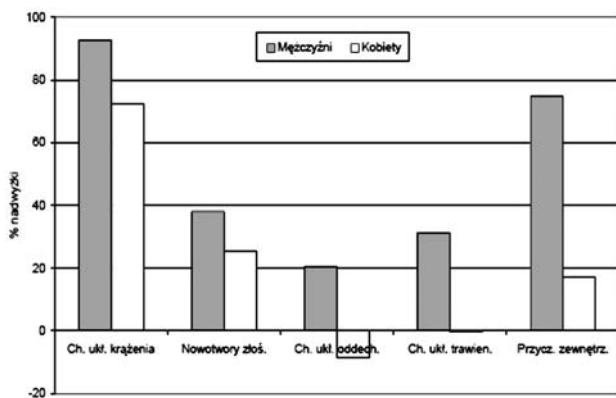
Fig. 2. Excess mortality (expressed as percentage) in Poland in comparison to the mean level in EU countries (25 countries) according to sex and age groups in 2002

Źródło: Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013. Opracowanie: Państwowy Zakład Higieny na podstawie danych WHO.

www.pzh.gov.pl

Zakład Epidemiologii i Prewencji Chorób Układu Krążenia w Warszawie już w 1995 roku przedstawił wyniki obserwacji z lat 1970-1994. Stwierdzono, że wysoka przedwczesna umieralność z powodu ChUK miała w Polsce tendencję wzrostową, przy czym 80% nagłych zgonów miało przyczynę niedokrwinną. Zadano sobie też pytanie: „Czy nagły zgon to polski problem?” [8].

Rycina 3 obrazuje procentową nadwyżkę umieralności w Polsce w odniesieniu do średniego poziomu w pozostałych krajach UE wg przyczyn zgonów dla mieszkańców kraju w wieku 25-64 r.ż.



Ryc. 3. Nadwyżka umieralności (w procentach) w wieku 25-64 lata w Polsce w odniesieniu do średniego poziomu w krajach UE (25 krajów) wg głównych przyczyn zgonów – według płci w 2002 r.

Fig. 3. Excess mortality due to main causes of death (expressed as percentage) in the age between 25 and 64 years in Poland in reference to the mean level in EU countries (25 countries) according to sex in 2002

Źródło: Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013. Opracowanie: Państwowy Zakład Higieny na podstawie danych WHO. www.pzh.gov.pl

Podejmowane w Polsce działania profilaktyczne

Jakie działania podjęto w Polsce dla przeciwdziałania tak niekorzystnej sytuacji zdrowotnej mieszkańców? Zostały przedsięwzięte działania mające na celu uzyskanie redukcji umieralności (z powodu ChUK) do 2012 roku (u osób poniżej 65 roku życia) o 30%. Przy realizacji programu wspierano się zaleceniami Rady Unii Europejskiej z 2002 roku zawartymi w deklaracji Heart Plan for Europe, wśród których znalazły się następujące główne cele:

- obniżenia stężenia cholesterolu u osób w populacji ogólnej poniżej 5 mmol/l
- zmniejszenia wartości ciśnienia tętniczego u osób do 65 roku życia < 140/90 mm Hg
- redukcja liczby osób palących tytoń co najmniej o 1% rocznie.

Małe zainteresowanie programem profilaktyki chorób układu krążenia

W Polsce – obok szeregu innych programów profilaktycznych sponsorowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – znajduje się również program profilaktyki chorób układu krążenia. Początkowo możliwość uczestniczenia w tym programie mieli jedynie niektórzy świadczeniodawcy, tzn. tylko niektóre przychodnie, a od 2008 roku – dzięki między innymi staraniom Porozumienia Zielonogórskiego, zrzeszającego większość przychodni na terenie także województwa Wielkopolskiego – profilaktykę ChUK mogą realizować wszyscy, którzy posiadają aktualny kontrakt z NFZ.

Wspomniany program na terenie Oddziału Wielkopolskiego NFZ realizowany jest od 2004 roku – z tym, iż w latach 2005-2007 program profilaktyki chorób krążenia realizowany był jako profilaktyczny program zdrowotny, natomiast od roku 2008 na podstawie rozporządzenia Prezesa NFZ nr 69 program ten został przeniesiony do realizacji w ramach umowy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej [9]. Rodzi się tutaj bardzo ważne pytanie: jakim cieszy się zainteresowaniem? W odpowiedzi warto przeanalizować dane Oddziału Wielkopolskiego NFZ dotyczące programu profilaktyki chorób układu krążenia, gdzie na rok 2008 zaplanowano przebadanie roczników: 1973, 1968, 1963, 1958, 1953. Badanie pacjentów w tym programie może odbywać się jednorazowo, jedynie co pięć lat. Ogółem do przebadania w roku 2008 zostało zakwalifikowanych ok. 206 180 osób. Tymczasem do końca czerwca 2008 r. zostało przebadanych jedynie 2516 osób, co stanowiło zaledwie 1,22% tych, którzy mogliby skorzystać z tych badań. W roku 2007 przebadano w ramach tego programu 17 088 osób (około 8,3%), w 2006 – 22 856 osób (około 11,1%), natomiast w roku 2005 – 24 602 osób (11,9%) [9]. Zauważalna jest tendencja wręcz spadkowa liczby przebadanych osób od roku 2005 do 2008. Dlaczego akcje profilaktyczne – i to darmowe wraz z możliwością badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych – cieszą się tak małym zainteresowaniem? Program przeznaczony jest przecież dla osób z wyszczególnionych przez NFZ roczników, które do tej pory nie były diagnozowane w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego lub innych chorób, które mogłyby stanowić predyktor ChUK (np. cukrzyca).

Skąd więc wynika „opór” pacjentów przed darmowymi badaniami profilaktycznymi? Może zbyt mała jest jeszcze świadomość społeczeństwa, iż zdrowie jest w rękach samych pacjentów i lepiej zapobiegać chorobom niż je leczyć? A może z niechęci do wykonywania kolejnych badań dodatkowych u pacjentów przez lekarzy POZ? Wymaga to pogłębionych badań.

Jakie jest pokłosie badań profilaktycznych obejmujących parlamentarzystów i inne środowiska opiniotwórcze?

Uważa się, że wszelkie działania edukacyjne z zakresu profilaktyki prowadzone w środowiskach decydenckich i opiniotwórczych mogą wydatnie poprawić skuteczność działań profilaktycznych w skali całego kraju, w tym w odniesieniu do profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego [10]. Dlatego w maju 2006 roku przeprowadzono badanie przesiewowe posłów i senatorów (przygotowane i przeprowadzone przez Akademię Medyczną w Gdańsku i Instytut Kardiologii w Warszawie) w ramach Narodowego Progra-

mu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Otóż w dniu 23 maja 2006 r. miało miejsce badanie parlamentarzystów a w dniu 24 maja 2006 r. pracowników kancelarii Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej (RP). Podobne akcje zostały przeprowadzone w Polsce w środowiskach dziennikarskich, centralach największych związków zawodowych, natomiast poprzednie badanie w Parlamencie RP miało miejsce w 2000 r.

W przeprowadzonym w 2006 r. badaniu u 263 posłów (z grupy 460) i 47 senatorów (spośród 100) – bo tylko tylu zgłosiło się na to badanie profilaktyczne – stwierdzono występowanie nadwagi w 43,7% przypadków, otyłości w 34,6% przypadków – tzn. aż 78,3% przebadanych miało zbyt duże BMI, a u 77,5% zauważono zbyt wielkie obwody w talii, co korelowało dodatnio ze zwiększoną ilością tkanki tłuszczowej wewnątrzbrzuszej. W porównaniu z podobnymi badaniami z 2000 roku, otyłość występowała u większej liczby osób (34,6% vs 57,2%) oraz częstsze były za duże obwody w talii (77,5% vs 57,2%). W badaniu z 2006 r. zauważono duże rozpowszechnienie hipercholesterolemii (u 32% osób – wykryta de novo, 31% osób badanych miała wcześniej rozpoznaną hiperlipidemię – 2/3 z tej grupy miała stężenie cholesterolu całkowitego powyżej 190 mg%). U znacznej części posłów i senatorów stwierdzono również nadciśnienie tętnicze, jednakże – w porównaniu z badaniem z roku 2000 oraz populacją ogólnopolską – zauważono rzad-

sze występowanie tej choroby, a także lepszą kontrolę ciśnienia tętniczego (odsetki odpowiednio: 38, 52, 74). W badaniach brano również pod uwagę masę ciała, wysokość ciała, palenie tytoniu. Odczytano – na podstawie „Systemu oceny ryzyka SCORE” – indywidualne zagrożenie zgonem sercowo-naczyniowym w ciągu najbliższych 10 lat, które u 13% badanych było duże (tj. $\geq 5\%$) [10].

Powyżej przytoczone wyniki upoważniają do następującego stwierdzenia: skoro świadomość dbania o własne zdrowie jest tak mała wśród elit kraju, to co dopiero mówić o zachowaniach prozdrowotnych wśród reszty społeczeństwa.

Warto też zauważyć w tym kontekście trwające od wielu miesięcy w środkach masowego przekazu dyskusje na temat stanu zdrowia przywódców państwa polskiego.

Wniosek

Profilaktyka ChUK stanowi w Polsce nadal wielkie wyzwanie.

Podziękowanie

Autorzy składają podziękowanie dr Aleksandrze Stamm – zastępcy dyrektora ds. medycznych Oddziału Wielkopolskiego Narodowego Funduszu Zdrowia – za wydatną pomoc w zebraniu materiału badawczego.

Piśmiennictwo / References

1. ***Epidemiologia chorób serca i naczyń na świecie, w Europie i Polsce. Data wejścia na stronę: www.natpol.pl 15.02.2006.
2. Broda G, Rywik S. Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – projekt WOBASZ. Zdefiniowanie problemu oraz cele badania. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 6 (supl. 4).
3. ***500 pogrzebów każdego dnia, <http://www.esculap.pl/main/news.html>. Data wejścia na stronę 15.02.2006.
4. Kornacewicz-Jach Z. Choroby układu krążenia w Polsce – stan obecny, przyczyny i nowoczesne metody zapobiegawcze. <http://www.esculap.pl/FZS>.
5. ***Materiały szkoleniowe dla lekarzy uczestniczących w projekcie PP400M w swoich gminach pt. Wieloośrodkowy projekt interwencyjny i badawczy: Program prewencji zawałów serca i udarów mózgu wśród mieszkańców małych miast i wsi w Polsce, Poznań 2004.
6. ***Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003-2005 opracowany przez zespół Ekspertów. Wyd. Via Media, Gdańsk 2003.
7. ***Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013, s. 12. Data wejścia na stronę www.pzh.gov.pl 5.05.2007.
8. Kara I. Wybrane elementy stylu życia a występowanie choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego na podstawie badania populacji 40-latków Poznania i woj. Poznańskiego. Rozprawa doktorska. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2004.
9. Stamm A. Realizacja programu profilaktyki chorób układu krążenia na terenie Oddziału Wielkopolskiego Narodowego Funduszu Zdrowia wg stanu na dzień 27.06.2008 r. Materiały nieopublikowane.
10. Cybulska B. Dlaczego polscy parlamentarzyści powinni wspierać profilaktykę chorób sercowo-naczyniowych? *Kardiologia Polska* 2007; 65: 5.