

WIEK SERCA POLAKÓW



**CIŚNIENIE
NA ŻYCIE**

TYTUŁ PEŁNY POLSKI

„Wiek serca Polaków” – raport z wyników projektu „Ciśnienie na Życie”

AUTORZY

Łukasz Wierucki

*Zakład Prewencji i Dydaktyki, Gdański
Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska*

Marcin Rutkowski

*Zakład Prewencji i Dydaktyki, Gdański
Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska*

Jakub Stokwiszewski

*Narodowy Instytut Zdrowia
Publicznego – Państwowy Zakład
Higieny, Warszawa, Polska*

Marian Zembala

*Śląskie Centrum Chorób Serca,
Zabrze, Polska*

Tomasz Zdrojewski

*Zakład Prewencji i Dydaktyki, Gdański
Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska
Narodowy Instytut Zdrowia
Publicznego – Państwowy Zakład
Higieny, Warszawa, Polska*

OSOBA I ADRES DO KORESPONDENCJI

Łukasz Wierucki

Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Prewencji i Dydaktyki,
ul. Dębinki 7, bud. nr 1, pokój 1.07
80-952 Gdańsk, Polska

tel. +48 58 349 19 75; **e-mail:** wierucki@gumed.edu.pl

ORGANIZATOR KAMPANII

Organizatorem Kampanii „Ciśnienie na Życie” jest Polfa Warszawa Grupa Polpharma, producent leku Acard.

WSTĘP

Choroby serca i naczyń, pomimo wyraźnej poprawy ich diagnostyki i terapii, nadal są dominującą przyczyną zgonów oraz jedną z głównych przyczyn inwalidztwa w Polsce i w pozostałych krajach Europy. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego za rok 2013, podobnie jak w latach poprzednich najwięcej zgonów w Polsce było następstwem chorób układu krążenia (prawie 46%) oraz nowotworów złośliwych (ponad 24%). Najważniejszymi przyczynami umieralności spośród chorób układu krążenia w Polsce pozostają nadal choroba niedokrwienna serca i choroby naczyń mózgowych. Dominują one również jako przyczyny umieralności przedwczesnej przed 65. rokiem życia. Tak wysoka umieralność z powodu chorób układu krążenia jest związana z wysoką częstotliwością występowania klasycznych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w polskiej populacji. Seria badań NATPOL z lat 1997–2011 oraz badanie WOBASZ umożliwiły precyzyjną ocenę zmian w częstości występowania czynników ryzyka w Polsce oraz wyznaczenie prawdopodobnych trendów do roku 2035. W ostatniej dekadzie w Polsce nastąpiło kilka korzystnych zmian, w tym dwukrotna poprawa skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego (z 12% do 26%). Istotnie zmniejszyło się średnie ciśnienie tętnicze Polaków a liczba osób chorujących na nadciśnienie wynosi, podobnie jak 10 lat temu, ok. 30–32% (10,5 mln dorosłych Polaków). Ponadto zmniejszyła się liczba osób palących papierosy – obecnie odsetek osób palących wynosi 27% i jest o 7% mniejszy niż w 2001 r. Pomimo tych korzystnych zmian sytuacja nadal jest daleka od optymalnej czy zadowalającej.

W celu poprawy obecnej niekorzystnej sytuacji zdrowotnej wiele instytucji zarówno publicznych, jak i niepublicznych przeznacza środki na realizację różnych programów prewencyjnych, profilaktycznych oraz kampanii społecznych. Jednym z przykładów jest program profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK) Narodowego Funduszu Zdrowia, realizowany od 2004 roku. Po początkowym sukcesie programu i znacznej ilości przebadanych pacjentów obecna realizacja profilaktyki Chorób Układu Krążenia w POZ kształtuje się na poziomie kilku procent w skali całego kraju. Oznacza to, że środki finansowe, które powinny zostać przeznaczone na jego realizację, są w znaczącym stopniu niewykorzystywane.

Innym przykładem kompleksowych działań profilaktycznych w odniesieniu do chorób układu krążenia są programy zrealizowane w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego w Polsce POLKARD. Ważną składową POLKARDu, poza zakupami sprzętu i doposażaniem ośrodków kardiologicznych, była edukacja oraz działania profilaktyczne. Działania te były realizowane poprzez kilka programów profilaktycznych, które wzajemnie się uzupełniały. Jednym z nich był Polski Projekt 400 Miast — ogólnopolski program prewencji oraz poprawy wykrywalności i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego, zespołu metabolicznego, zaburzeń lipidowych i węglowodanowych u dorosłych i dzieci, szczególnie w środowiskach małomiastek i wiejskich. Kolejnym programem był Program Edukacji „Pamiętaj o sercu”, który przy współpracy z Telewizją Polską i Polskim Radiem upowszechniał wiedzę o zagrożeniach chorobami układu krążenia we wszystkich możliwych, ale jednocześnie atrakcyjnych dla widzów i słuchaczy formach. W ramach działalności programów POLKARDu działaniami objęto również dzieci, do tego zadania doedytowany był program „Szansa dla Młodego Serca – SMS”, który poprzez zabawę uczył dzieci w szkołach podstawowych, na czym polega zdrowe żywienie, jakie znaczenie ma wysiłek fizyczny, dlaczego palenie jest szkodliwe i jak radzić sobie ze stresem.

Bardzo dobrym przykładem kampanii i działań profilaktycznych organizowanych i finansowanych przez przemysł farmaceutyczny wydaje się ogólnopolska Kampania „Ciśnienie na Życie”. Celem niniejszego raportu jest prezentacja Kampanii i jej wyników oraz ocena jej skuteczności.

OPIS KAMPANII

Kampania społeczna „Ciśnienie na Życie” ma na celu uświadomić Polakom, jakie ryzyko niesie ze sobą brak profilaktyki schorzeń układu krążenia. Jak bowiem wynika z raportu Grupy Polpharma, wiele osób po pięćdziesiątym roku życia nie zamierza diagnozować stanu swojego układu krążenia. Znaczna część ankietowanych deklaruowała, iż zaczęła regularnie mierzyć ciśnienie dopiero po wystąpieniu poważnych powikłań związanych z nadciśnieniem tętniczym. Co więcej, w społeczeństwie wciąż dominują złe nawyki żywieniowe, brak ruchu oraz używki. Panuje też przekonanie, że konsultacja lekarska i badania profilaktyczne są domeną starzejącego się pokolenia.

Działania w ramach Kampanii „Ciśnienie na Życie” rozpoczęto w roku 2012 i jest ona realizowana do dnia dzisiejszego. Jednym z jej głównych zadań jest prowadzenie działalności edukacyjnej na rzecz poprawy skuteczności kontroli czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Dodatkowym celem jest wykonanie możliwie jak największej liczby pomiarów ciśnienia tętniczego. Badania są wykonywane w dużych centrach handlowych, letnich i zimowych kurortach, a także podczas ważnych konferencji (m.in. Europejski Kongres Gospodarczy w Katowicach), masowych wydarzeń sportowych oraz pielgrzymek. Po całym kraju jeździ również mobilne centrum badań – specjalnie przystosowany autobus, w którym można wykonać bezpłatne badania. Sposób realizacji Kampanii jest sukcesywnie zmieniany w celu zwiększenia atrakcyjności dla grupy docelowej, a w konsekwencji poprawy skuteczności. Między innymi w 2013 r. organizatorzy rozpoczęli ocenę wieku serca za pomocą specjalnie w tym celu przygotowanej aplikacji, a w roku 2015 do oceny czynników ryzyka dołączono dodatkowo pomiary cholesterolu.

SPOSÓB ZAPRASZANIA NA BADANIA

Badania realizowano w sposób otwarty, to znaczy mógł w nich wziąć udział każdy dorosły zgłaszający się do zorganizowanego punktu badań. Pomimo zorganizowania badań w sposób otwarty, we wszystkich materiałach informujących i promujących program podkreślano, że badania w sposób szczególny adresowane są do osób, które dotychczas nie miały zdiagnozowanych zaburzeń, oraz osób, które dawno nie miały wykonywanych badań i nie korzystały z porad lekarskich. Podkreślano także, że grupą szczególnie narażoną na występowanie przedwczesnych powikłań sercowo-naczyniowych są mężczyźni i to oni powinni szczególnie dbać o wczesne wykrywanie czynników ryzyka. Kampania informacyjno-promująca była uzależniona od miejsca prowadzenia badań i prowadzono ją w oparciu o:

- artykuły na temat kampanii w gazetach i biuletynach lokalnych, regionalnych oraz na stronach internetowych urzędów miast,
- informacje o badaniach w profilowanych audycjach na temat zdrowia w lokalnym radiu oraz lokalnych programach telewizyjnych, w tym wywiady z realizatorami badań,
- rozwieszane w mieście plakaty informujące o czasie i miejscu badań oraz grupach, do których w szczególności są one adresowane,
- ogłoszenia parafialne.

BADANIA PRZESIEWOWE

Badania przesiewowe w każdej miejscowości odbywały się w mobilnym centrum badań –specjalnie przystosowanym i oznakowanym autobusie. Badania były wykonywane przez wcześniej przeszkolone pielęgniarki. Każdy punkt przesiewowy był aktywny w jednej lokalizacji przez jeden do dwóch dni, w godzinach od 10:00 do 18:00. W trakcie badania przeszkolona pielęgniarka zbierała informacje na temat stanu zdrowia, wcześniej rozpoznanych chorób, leczenia, a także dokonywała pomiarów antropometrycznych wzrostu, wagi i dwóch pomiarów ciśnienia tętniczego. Dodatkowo od roku 2015 rozszerzono procedurę w punkcie przesiewowym o pomiar cholesterolu we krwi metodą paskową.

Wszystkie informacje zbierane przez pielęgniarki oraz wyniki badania były w formie anonimowej archiwizowane w centralnej elektronicznej bazie danych. Aby poprawnie ocenić skuteczność prowadzonych interwencji, miejsca prowadzenia działań profilaktycznych przyporządkowano do jednej z dwunastu kategorii. Celem porównania danych z poszczególnych typów akcji „Ciśnienia na życie” przeprowadzono ważenie obserwacji. Każdą grupę akcji „Ciśnienia na życie” zważono do populacji Polski z roku 2011, względem płci i wieku w dziesięcioletnich grupach wiekowych. Takie postępowanie miało na celu wykluczenie wpływu wieku i płci uczestników przy porównywaniu grup.

Liczba przebadanych osób w poszczególnych miejscach prowadzenia badań profilaktycznych przedstawia tabela 2. W trakcie realizacji od roku 2012 do września 2015 przebadano łącznie 315 672 osoby (kobiety – 55,4%; mężczyźni – 44,6%). Każda zbadana osoba otrzymała kartę informacyjną ze swoimi wynikami, a także komplet materiałów edukacyjnych dotyczących prewencji chorób układu krążenia.

WYNIKI KAMPANII

Charakterystyka przebadanych w kampanii „Ciśnienie na Życie” oraz rozpowszechnienie wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia znajduje się w poniższej tabeli.

		Kobiety	Mężczyźni
Wiek (w latach)	Średnia	46,1	44,9
	Mediana	47	44
Płeć		55,4%	44,6%
Ciśnienie tętnicze (BP) \geq 140/90 mmHg		27,9%	42,3%
Nowo rozpoznane BP \geq 140/90 mmHg		13,9%	23,7%
Dobra kontrola BP < 140/90 mmHg u osób z wcześniej zdiagnozowanym NT		55,3%	47,5%
Nadwaga		27,6%	46,1%
Otyłość		11,6%	17,3%
Palenie tytoniu		21,3%	27,2%
Różnica wieku serca (w latach)	Mediana	4,2	7,0

Tabela 1

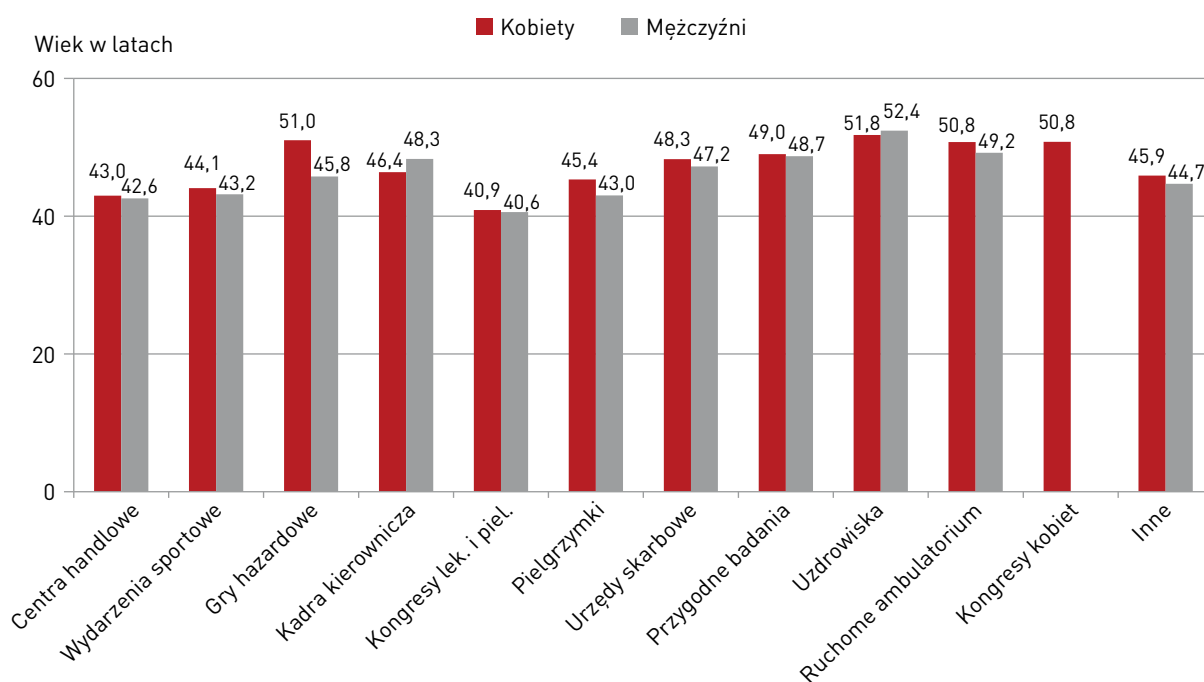
PRZEBADANI W KAMPANII „CIŚNIENIE NA ŻYCIE” DO WRZEŚNIA 2015 R.

W trakcie realizacji Kampanii „Ciśnienie na Życie” przebadano łącznie 315 672 osób. W grupie tej znajdowało się 55,4% kobiet i 44,6% mężczyzn. Wyższy udział mężczyzn w badaniach przesiewowych stwierdzono jedynie w grupie badanej w trakcie wydarzeń sportowych – stanowili oni 51,1% przebadanych. We wszystkich pozostałych grupach dominującą grupą uczestniczącą w badaniach przesiewowych były kobiety. Liczby przebadanych osób przedstawiono w tabeli 2, a średni wiek zbadanych kobiet i mężczyzn na rycinie 1.

Rodzaj akcji profilaktycznej	N kobiet	% kobiet	N mężczyzn	% mężczyzn
Centra handlowe	71 123	54,1%	60 283	45,9%
Wydarzenia sportowe	2 145	48,9%	2 245	51,1%
Gry hazardowe	905	64,7%	492	35,3%
Kadra kierownicza	1 108	57,2%	830	42,8%
Kongresy lek. i piel.	410	71,9%	160	28,1%
Pielgrzymki	9 915	54,4%	8 306	45,6%
Urzędy skarbowe	475	62,3%	288	37,8%
Przygodne badania	3 584	60,4%	2 347	39,6%
Uzdrowiska	3 783	57,9%	2 753	42,1%
Ruchome ambulatorium	43 672	58,2%	31 407	41,8%
Kongresy kobiet	345	100,0%	0	0,0%
Inne	37 546	54,3%	31 552	45,7%

Tabela 2

ŚREDNI WIEK ZBADANYCH

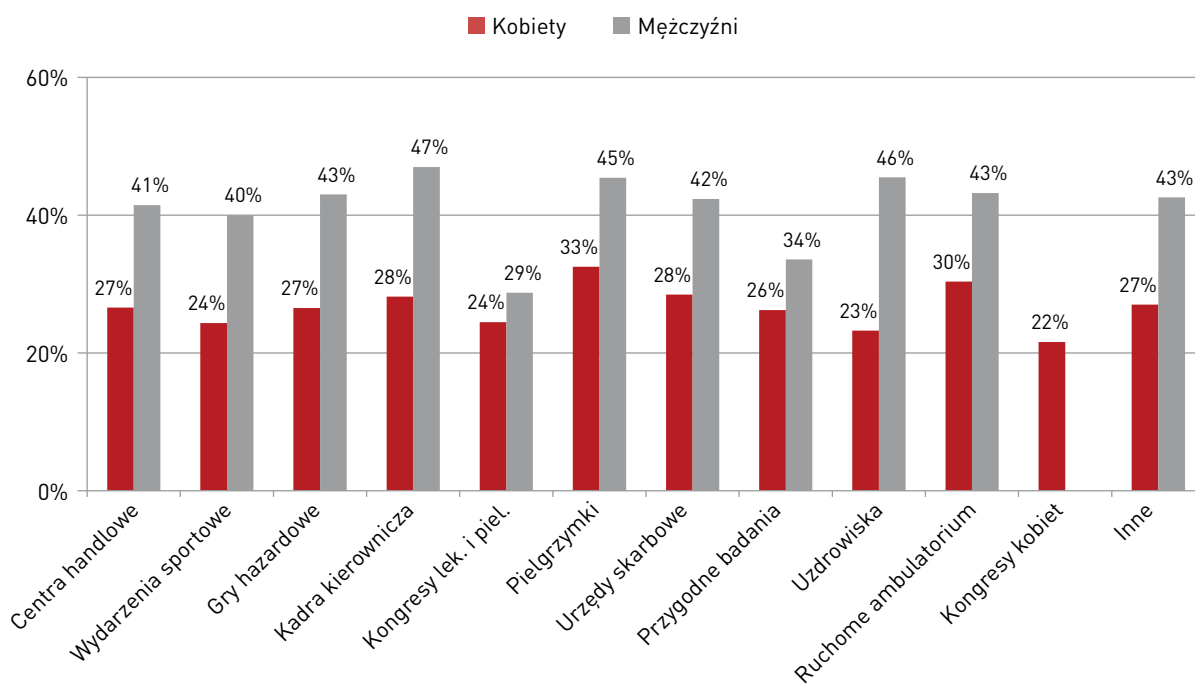


Rycina 1

Średni wiek osób uczestniczących w Kampanii „Ciśnienie na Życie” był wyższy niż średnia dla Polski. Po przeanalizowaniu wyników w grupach stwierdzono istotne różnice w wieku badanych. Osoby istotnie młodsze zgłaszały się do punktów pomiarowych w centrach handlowych, w trakcie wydarzeń sportowych, na pielgrzymkach oraz kongresach lekarskich i pielęgniarzkich. Do pozostałych miejsc prowadzenia interwencji zgłaszały się osoby starsze.

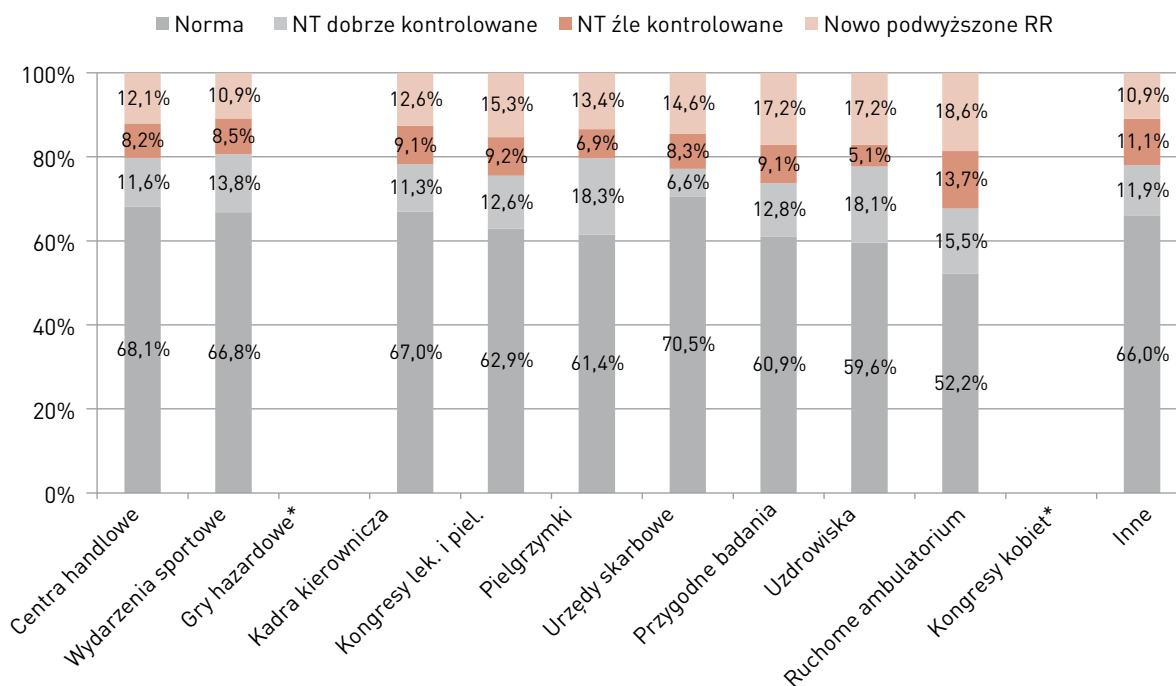
Ciśnienie tętnicze powyżej 140/90 mmHg obserwowano istotnie częściej u mężczyzn w porównaniu do kobiet. W poszczególnych rodzajach akcji Kampanii rzadziej podwyższone wartości ciśnienia tętniczego stwierdzano u mężczyzn na kongresach medycznych, podczas przygodnych badań w centrach handlowych i w trakcie wydarzeń sportowych, natomiast u kobiet w trakcie kongresów kobiet, wydarzeń sportowych oraz w uzdrowiskach. Rozpowszechnienie wysokich wartości ciśnienia tętniczego w poszczególnych rodzajach akcji przedstawiono na rycinie 2, a kontrolę nadciśnienia tętniczego na rycinach 3a i 3b. Ze względu na brak informacji dotyczącej wcześniej stwierdzonego nadciśnienia u osób przebadanych w trakcie kongresu kobiet i podczas grania w gry hazardowe nie było możliwe ocenienie kontroli nadciśnienia tętniczego w tych grupach.

ROZPOWSZECHNIENIE PODWYŻSZONYCH WARTOŚCI CIŚNIENIA $\geq 140/90$ mm Hg



Rycina 2

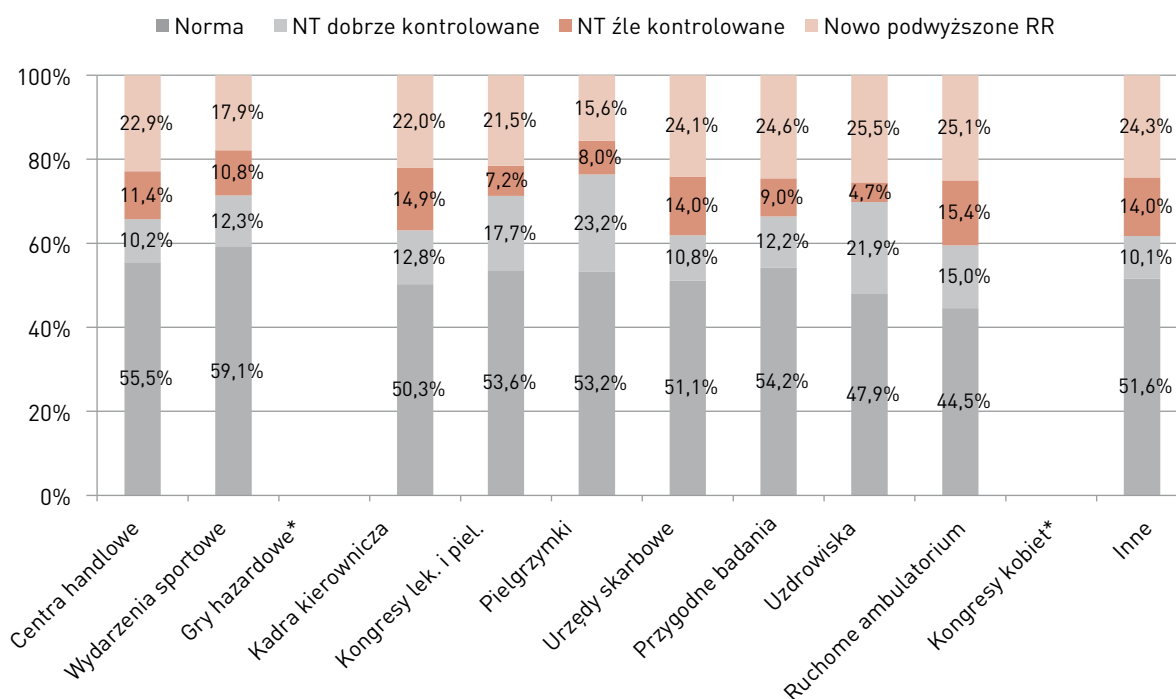
ROZPOWSZECHNIENIE KONTROLI CIŚNIENIA, KOBIECY



* nie pytano o rozpoznanie nadciśnienia tętniczego

Rycina 3a

ROZPOWSZECHNIENIE KONTROLI CIŚNIENIA, MĘŻCZYŹNI

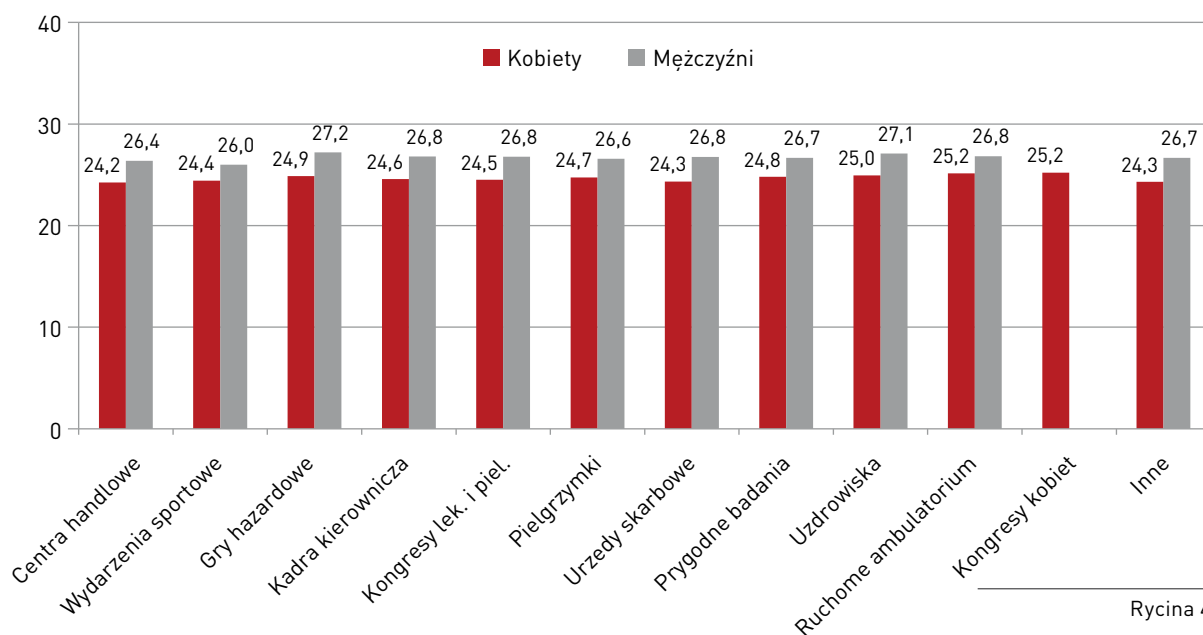


* nie pytano o rozpoznanie nadciśnienia tętniczego

Rycina 3b

Wyniki dotyczące średnich wskaźników masy ciała BMI w podziale na płeć w poszczególnych rodzajach akcji przedstawiono na rycinie 4. Wskaźnik ten posłużył później do oceny rozpowszechnienia nadwagi i otyłości.

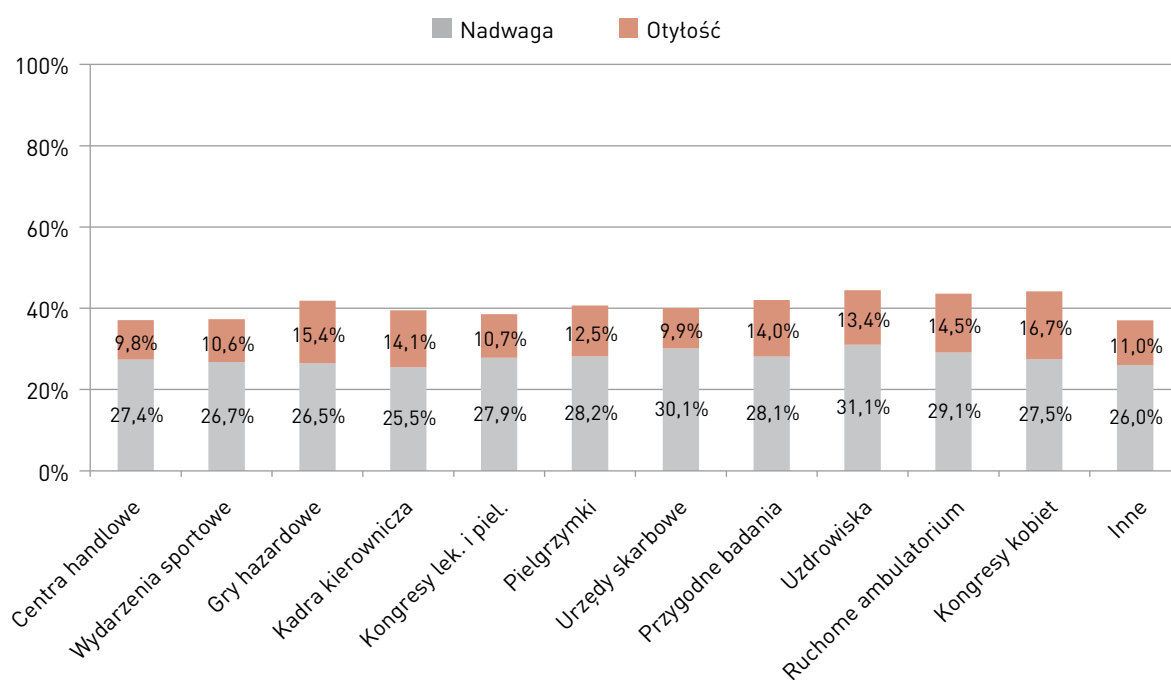
ŚREDNI WSKAŹNIK MASY CIAŁA (BODY MASS INDEX – BMI)



Rycina 4

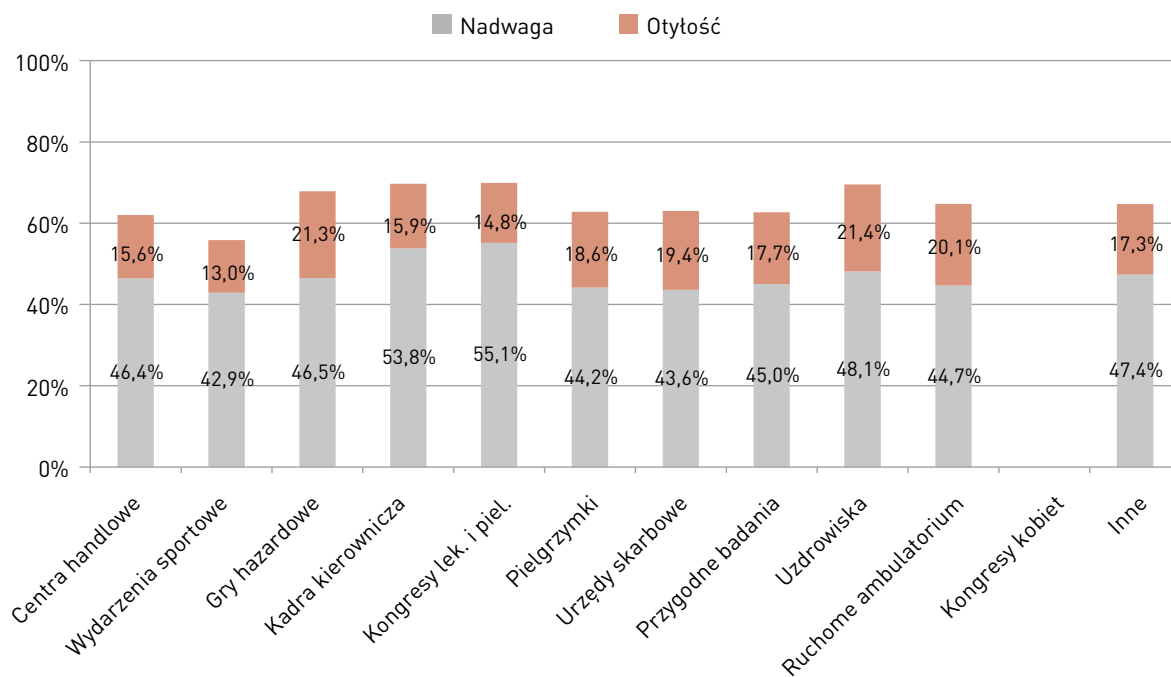
W grupie objętej badaniami przesiewowymi nadwagę (BMI 25–29,9 kg/m²) stwierdzano u 27,6% kobiet i 46% mężczyzn, natomiast otyłość (BMI ≥ 30 kg/m²) – odpowiednio u 11,6% zbadanych kobiet i 17,3% mężczyzn. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości z podziałem na płeć i rodzaj akcji Kampanii przedstawiono na rycinie 5a i 5b. W przypadku nadwagi u kobiet stwierdzano istotnie rzadsze jej występowanie w badanych prowadzonych w centrach handlowych, w trakcie wydarzeń sportowych, gier hazardowych wśród kadry kierowniczej oraz w innych rodzajach akcji. W przypadku mężczyzn sytuacja była odmienna – nadwagę stwierdzano istotnie rzadziej w trakcie badań w trakcie wydarzeń sportowych, pielgrzymek, w urzędach skarbowych oraz w ruchomym ambulatorium. W przypadku otyłości najrzadziej stwierdzano ją u kobiet w centrach handlowych i urzędach skarbowych a u mężczyzn w trakcie wydarzeń sportowych i na kongresach medycznych.

ROZPOWSZECHNIENIE NADWAGI I OTYŁOŚCI, KOBIETY



Rycina 5a

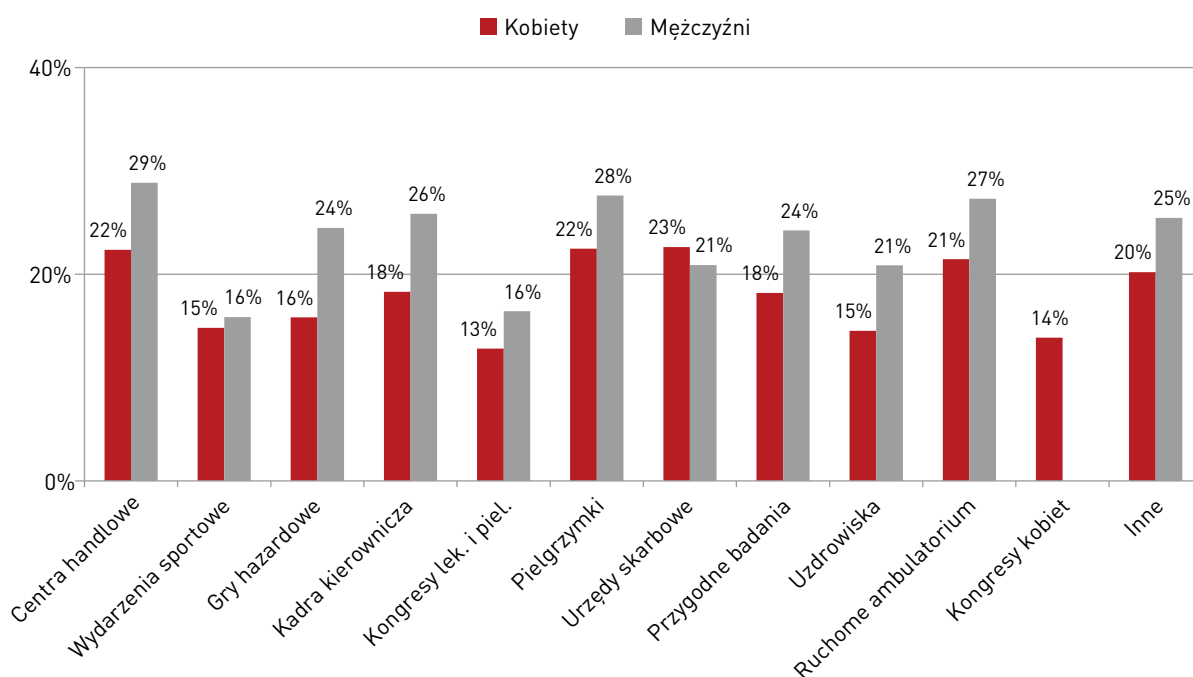
ROZPOWSZECHNIENIE NADWAGI I OTYŁOŚCI MĘŻCZYŹNI



Rycina 5b

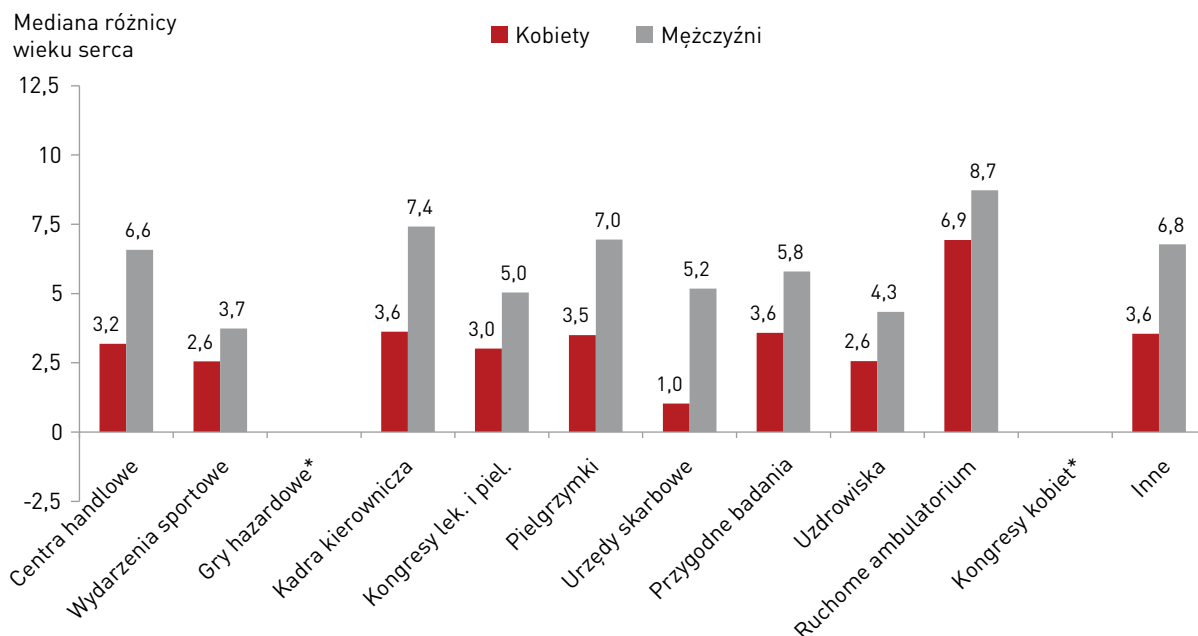
Palenie papierosów wśród uczestników badań przesiewowych deklarowało odpowiednio 21,3% kobiet i 27,2% mężczyzn. Rycina 6 przedstawia odsetek osób palących z podziałem na płeć i rodzaje akcji Kampanii. Najbardziej palący tytoń osoby uczestniczące w wydarzeniach sportowych, a także w trakcie kongresów medycznych oraz kobiety podczas kongresów kobiet. Najwięcej palących obserwowano w centrach handlowych, wśród pielgrzymów, a także w ruchomym ambulatorium.

PALENIE TYTONIU



Rycina 6

MEDIANA RÓŻNICY WIEKU SERCA OD RZECZYWISTEGO WIEKU BADANEJ OSOBY



*nie wyliczono wieku serca opis w tekście

wiek serca wykonano na próbie ponad 112 480 osób

Rycina 7

Wśród uczestników Kampanii „Ciśnienie na Życie” mediana wieku serca zbadanych kobiet i mężczyzn we wszystkich grupach była wyższa od wieku metrykalnego – u kobiet było to 4,2, a u mężczyzn 7,0 roku więcej. Rycina 7 przedstawia mediany wieku serca z podziałem na płeć w różnych rodzajach akcji Kampanii. W przypadku gier hazardowych i kongresu kobiet nie wyliczono wieku serca ze względu na brak informacji na temat wcześniej stwierdzonego nadciśnienia i przyjmowanych leków przeciwnadciśnieniowych. Należy zwrócić uwagę, iż najmniejszą różnicę wieku serca obserwowano u kobiet w urzędach skarbowych, w trakcie wydarzeń sportowych oraz w uzdrowiskach. U mężczyzn natomiast najniższa różnica była obserwowana w trakcie wydarzeń sportowych, w uzdrowiskach i na kongresach medycznych. Najgorszą sytuację i najwyższe różnice wieku serca obserwowano u osób badanych w ruchomym ambulatorium oraz wśród uczestników badań przeprowadzonych u kadry kierowniczej.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W prewencji chorób układu krążenia istnieją dwie strategie działania: strategia ogólnopopulacyjna i strategia wysokiego ryzyka. Pierwsza z nich opiera się na próbie korzystnego oddziaływania na całą populację i jest domeną zdrowia publicznego, a w ramach niej prowadzone są działania mające na celu wprowadzanie odpowiednich regulacji prawnych czy też podnoszące wiedzę ogółu społeczeństwa. Strategia wysokiego ryzyka natomiast polega na aktywnym wyszukiwaniu osób zagrożonych chorobą i wdrażaniu odpowiedniej interwencji. W celu identyfikacji osób należących do grupy podwyższonego ryzyka wykorzystuje się między innymi badania przesiewowe.

Od wielu lat w Polsce były bądź nadal są realizowane liczne projekty mające na celu poprawę sytuacji w zakresie chorób układu krążenia. Bardzo często zasadniczym bądź jedynym ich elementem są badania przesiewowe. Projekty te mają bardzo różny charakter i sposób prowadzenia, adresowane są do różnych grup, różnią się też sposobem zapraszania potencjalnych uczestników, a także sposobem finansowania. Porównanie tych programów w zakresie metodologii, organizacji i finansowania wyraźnie wskazuje na znaczne różnice pomiędzy nimi i brak jednolitego standardu prowadzenia tego typu działań w Polsce.

Wydaje się, iż w dyskusji na temat programów badań przesiewowych najistotniejsze znaczenie ma ich efektywność w dotarciu do potencjalnych niezdiagnozowanych pacjentów oraz problem dalszej opieki nad nowo zdiagnozowanymi. Oba elementy muszą być brane pod uwagę w momencie planowania organizacji i sposobu wykonania programu badań przesiewowych. Do tej pory w Polsce nie była realizowana ocena przydatności realizowanych badań przesiewowych – nie weryfikowano skuteczności badań przesiewowych adresowanych do populacji Polski. Niezbędne do przeprowadzenia takich analiz jest odpowiednie przygotowanie zebranych w trakcie badania informacji, aby nie porównywać wskaźników „surowych”, które obarczone są znacznym błędem i ich analiza może prowadzić do fałszywych wniosków. Ze względu na zależność częstości rozpowszechniania czynników ryzyka sercowo-naczyniowego między innymi z wiekiem i płcią, zasadniczą rolę w ocenie wyników musi odgrywać standaryzacja na wiek i płeć celem wyeliminowania ich wpływu na porównania grup.

W ramach obecnego raportu dokonano porównania wyników badań przesiewowych Kampanii „Ciśnienie na Życie” z jednoczesną oceną, gdzie najefektywniej prowadzić działania przesiewowe wśród dwunastu określonych lokalizacji. Przy takim sposobie organizowania kampanii i zapraszania na badania mężczyźni ze wszystkich lokalizacji poza jedną byli w mniejszości. Jedynie w trakcie wydarzeń sportowych odsetek mężczyzn był istotnie większy, lecz stanowił zaledwie 51,1% populacji. Taka struktura zgłaszalności jest wybitnie niekorzystna ze względu na częstsze występowanie czynników ryzyka u mężczyzn. Rozwiązanie tego problemu wymaga poszerzenia badań nakierowanych na tę grupę, w przeciwnym razie nadal zdecydowaną większość uczestników programów profilaktycznych stanowić będą kobiety, które istotnie częściej są zainteresowane własnym zdrowiem.

Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn średni wiek uczestników był nieznacznie większy od populacji Polski. Przyjrzenie się strukturze wiekowej dla poszczególnych lokalizacji prowadzenia kampanii ukazuje znaczące różnice w średniej wieku uczestników. Istotnie młodszych udało się przyciągnąć jedynie w czterech lokalizacjach: w centrach handlowych, w trakcie wydarzeń sportowych, na kongresach medycznych, a także na pielgrzymkach.

Porównując wyniki kampanii dotyczącej rozpowszechnienia nadwagi i otyłości, zauważamy, że do badań przesiewowych zgłaszało się zdecydowanie mniej osób otyłych. Ponadto w ogromnej większości interwencji zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn odsetek osób z nadwagą był niższy niż średnia dla Polski.

Jednym z celów obecnego raportu była ocena, na ile badania przesiewowe w ramach Kampanii „Ciśnienie na Życie”, prowadzone w sposób otwarty, są skuteczne w identyfikacji osób z niewykrytymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego, a przede wszystkim nadciśnieniem tętniczym. Analiza wyników dotyczących nadciśnienia tętniczego wskazuje, że aż u 28% kobiet i 42% mężczyzn występowało ciśnienie tętnicze powyżej 140/90 mmHg. Znaczną część tej grupy stanowiły osoby z nowo stwierdzanym podwyższonym ciśnieniem tętniczym i w zależności od miejsca prowadzenia kampanii było to od 12 do 22% kobiet i od 16 do 25% mężczyzn. Wszystkie te osoby otrzymały informację, iż muszą zgłosić się do lekarza rodzinnego w celu potwierdzenia nadciśnienia tętniczego w kolejnych pomiarach ciśnienia. Ponadto w każdej grupie badanych obserwowano znaczny odsetek osób z już rozpoznany nadciśnieniem tętniczym. Należy zwrócić uwagę na to, że najlepszą kontrolę ciśnienia obserwowano w dwóch grupach, tj. pielgrzymów i osób w uzdrowiskach. W tych grupach ciśnienie poniżej 140/90 mmHg stwierdzano u ponad połowy osób z nadciśnieniem tętniczym.

Interesujące wyniki dotyczą analizy rozpowszechnienia palenia papierosów. Osoby biorące udział w badaniach przesiewowych zdecydowanie rzadziej deklarują fakt palenia niż średnia dla Polski. Dotyczy to kobiet i mężczyzn przebadanych w każdym rodzaju akcji. Wydaje się więc, iż zarówno niepalenie, jak i udział w badaniach przesiewowych traktowane są jako forma dbania o zdrowie, stąd niepalący zdecydowanie chętniej uczestniczą w tych badaniach.

Wiek serca wyliczany w trakcie Kampanii jest parametrem określającym, w jakim stopniu występujące razem czynniki ryzyka chorób układu krążenia wpływają między innymi na nasze serce. Im większe nasilenie czynników ryzyka, tym starsze od nas jest nasze serce. Wśród uczestników Kampanii „Ciśnienie na Życie” mediana wieku serca zbadanych kobiet i mężczyzn we wszystkich grupach była wyższa od wieku metrykalnego – u kobiet o 4,2 roku, a u mężczyzn o 7,0 roku. Jest to pochodną i wynikiem bardzo dużego rozpowszechnienia głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Co niestety ważne, wyliczony wiek serca można zmniejszyć poprzez między innymi właściwe leczenie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zaburzeń lipidowych, redukcję masy ciała, aktywny tryb życia i uprawianie aktywności fizycznej, a także niepalenie tytoniu. Uzasadnia to więc potrzebę prowadzenia badań przesiewowych w takiej formie i znajduje potwierdzenie w analizie wyników kampanii.

Z drugiej strony analiza ta potwierdza także, iż prowadzenie badań w sposób otwarty nie do końca pozwala realizować założenia w zakresie dotarcia do grupy docelowej, tj. do osób najbardziej narażonych na występowanie chorób układu krążenia. W większości punktów udało się zachęcić do udziału w prowadzonych badaniach w większym stopniu młodych dorosłych, a przede wszystkim mężczyzn w średnim wieku, zagrożonych występowaniem zaburzeń, a unikających kontaktu ze służbą zdrowia. Na tle populacji Polski większość uczestników badań przesiewowych stanowiły osoby starsze, głównie kobiety. Otwarty charakter badań przesiewowych sprawił, że znaczna część tych osób miała już wcześniej rozpoznane choroby takie jak nadciśnienie tętnicze. Stało się tak pomimo tego, że prowadzono specjalną kampanię społeczno-medialną (informacje w mediach lokalnych, na plakatach i ulotkach), mającą na celu minimalizować udział w badaniach takich osób.

Pomiar ciśnienia tętniczego jest stosunkowo prosty, szybki i tani, dlatego stanowi idealny parametr do wykorzystania w badaniach przesiewowych. Z tego też powodu Kampania „Ciśnienie na Życie” za główny cel obrała redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego poprzez poprawę kontroli ciśnienia tętniczego. Szeroko zakrojona kampania edukacyjna i informacyjna miała zachęcić jak największą liczbę osób do udziału w badaniach przesiewowych w ramach Kampanii „Ciśnienie na Życie”. Założenie to zostało wypełnione w stu procentach. W całym okresie realizacji w punktach przesiewowych przebadano się ponad trzysta tysięcy osób. Analizując poszczególne miejsca prowadzenia badań prewencyjnych, dochodzimy do wniosku, że jedynie w centrach handlowych, w trakcie wydarzeń sportowych, na kongresach lekarskich i pielęgniarskich oraz w trakcie pielgrzymek średnia wieku osób zbadanych była niższa niż średnia populacji Polski. Ponieważ profilaktykę sercowo-naczyniową należy prowadzić możliwie u jak najmłodszych osób, uzasadnione jest większe skupienie uwagi na działaniach profilaktycznych we wspomnianych miejscach. W trakcie wykonywania badań przesiewowych realizatorzy zachęcali również do aktywnych indywidualnych działań profilaktycznych, a przede wszystkim do zmiany trybu życia na bardziej aktywny i systematycznej kontroli swojego stanu zdrowia. Głównym celem wykorzystania oceny ryzyka sercowo-naczyniowego za pomocą wieku serca było uatrakcyjnienie przekazu o ryzyku sercowo-naczyniowym, aby pacjenci, przede wszystkim z grup ryzyka, zrozumieli konieczność wprowadzenia zmian profilaktycznych w swoim życiu. Pokazanie wieku serca pacjentów pozwoliło w prosty sposób uświadomić wszystkim przebadanym, że nawet jeżeli nie wystąpił u nich incydent kardiologiczny, to w każdej chwili może do niego dojść.

W podsumowaniu warto podkreślić, że program badań przesiewowych „Ciśnienie na Życie” pomimo pewnych ograniczeń i niedoskonałości jest bez wątpienia skutecznym narzędziem służącym poprawie wykrywania czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Wskazuje na to fakt, iż wśród ponad 300 tysięcy przebadanych osób stwierdzono wiele przypadków nowo wykrytych, podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego – dotyczyło to prawie jednej trzeciej osób badanych. Pomimo swoich ograniczeń działania w ramach Kampanii „Ciśnienie na Życie” będą kontynuowane i prowadzone na terenie całego kraju.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wśród uczestników Kampanii „Ciśnienie na Życie” mediana wieku serca zbadanych kobiet i mężczyzn we wszystkich grupach była wyższa od wieku metrykalnego – u kobiet o 4,2 roku, a u mężczyzn o 7,0 roku. Jest to wynikiem bardzo dużego rozpowszechnienia głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i wskazuje na potrzebę prowadzenia intensywnych działań edukacyjnych i prewencyjnych w celu wczesnego wykrycia i wdrożenia leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego, także za pomocą otwartych badań przesiewowych.

Podobnie jak w badaniach ogólnopolskich wykonanych metodą reprezentatywną wyniki w Kampanii „Ciśnienie na Życie” wykazują gorszą sytuację zdrowotną mężczyzn oraz niedostateczny poziom wykrywania czynników ryzyka u młodych dorosłych.

Na otwarte badania przesiewowe w ramach Kampanii „Ciśnienie na Życie” stosunkowo często zgłaszały się osoby z niewykrytym nadciśnieniem tętniczym, u których rozpoznawano po raz pierwszy podwyższone wartości ciśnienia tętniczego.

Na tradycyjne otwarte badania przesiewowe zgłaszają się istotnie częściej kobiety, osoby w starszym wieku, bez nadwagi lub otyłości, niepalące, generalnie zdrowsze, a z drugiej strony osoby z już zdiagnozowanymi chorobami. Badania te nie realizują zatem głównego celu, czyli wczesnego wykrywania czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Analiza Kampanii „Ciśnienie na Życie” umożliwiła ocenę, w których środowiskach otwarte programy prewencyjne z użyciem nowoczesnego marketingu społecznego powodują zgłaszanie się na badania ludzi w młodym i średnim wieku. Dotarcie do osób młodszych było bardziej skuteczne w centrach handlowych, na pielgrzymkach oraz podczas imprez sportowych.

Poprawa wykrywania i skuteczności terapii nadciśnienia tętniczego w Polsce powinna opierać się na właściwie zaprojektowanych badaniach przesiewowych i uzupełniających je interwencjach edukacyjnych. W związku z dużym rozpowszechnieniem czynników ryzyka już u młodych Polaków niezbędne wydaje się systemowe wdrożenie badań przesiewowych opartych o medycynę pracy lub podstawową opiekę zdrowotną. W przypadku zdiagnozowania nadciśnienia ważna jest prewencja, stosowanie się do zaleceń lekarza i regularne przyjmowanie zaordynowanych leków.

W przypadku zdiagnozowania nadciśnienia ważna jest prewencja, stosowanie się do zaleceń lekarza i regularne przyjmowanie zaordynowanych leków.

Organizatorem Kampanii „Ciśnienie na Życie” jest

 Polfa Warszawa S.A. Grupa  *polpharma*
producent leku

 **Acard**[®]
Acidum acetylsalicylicum