

Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – projekt WOBASZ. Zdefiniowanie problemu oraz cele badania

Grażyna Broda, Stefan Rywik

Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, Warszawa

Choroby układu krążenia – problem społeczny i zdrowotny współczesnych cywilizacji, sytuacja epidemiologiczna w Polsce i na świecie

Choroby układu krążenia (ChUK), spowodowane przede wszystkim miażdżycą tętnic, (choroba wieńcowa czy udar mózgu) są główną przyczyną chorobowości, inwalidztwa oraz przedwczesnej umieralności w krajach rozwiniętych. Pandemia ChUK w coraz większym stopniu zaczyna dotyczyć także krajów rozwijających się. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w 2002 r. z powodu ChUK na świecie zmarło 16,7 mln osób, z tego w Europie odnotowano 4 mln zgonów, co stanowiło 55% wszystkich zgonów kobiet i 43% zgonów mężczyzn. Wśród chorób układu krążenia najczęstszą przyczyną zgonu w obu grupach płci była choroba wieńcowa (50%) i udar mózgu (ok. 30%). Szacuje się, że mimo znacznych postępów w diagnostyce i leczeniu, choroby sercowo-naczyniowe pozostaną w większości krajów świata główną przyczyną zgonów co najmniej do 2020 r. [1].

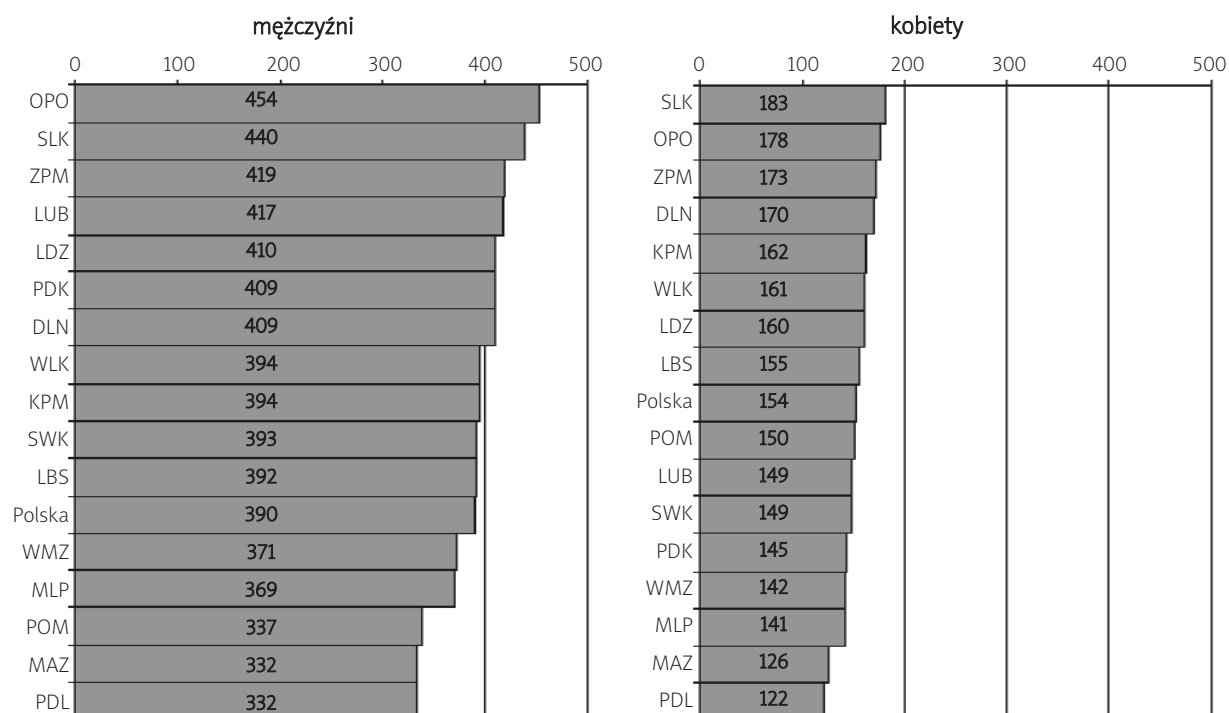
W Polsce w 2001 r. z powodu ChUK zmarło 82 692 mężczyzn i 91 117 kobiet, co stanowiło 43% wszystkich zgonów mężczyzn i 54% wszystkich zgonów kobiet. Co 3. zgon mężczyzn i co 10. zgon kobiet dotyczył osób młodych i w średnim wieku (poniżej 64. roku życia). Wyrażając to w liczbach bezwzględnych, rocznie w naszym kraju umiera ponad 30 000 osób w wieku poniżej 64 lat. Mimo malejącej umieralności z powodu ChUK, która jest obserwowana w Polsce od początku lat 90. (redukcja o około 30% w latach 1997–2001), Polska w 2002 r. miała nadal prawie 2-krotnie wyższe standaryzowane na wiek wskaźniki tej umieralności niż kraje Unii Europejskiej (mężczyźni: 519/100 tys. vs 298/100 tys.; kobiety: 331/100 tys. vs 192/100 tys.) [2]. Szczególnie nie-

pokojący jest fakt, że wyższa umieralność w Polsce w stosunku do krajów UE dotyczy w większym stopniu osób w młodym i średnim wieku, gdzie wskaźniki umieralności w Polsce są około 2,5 raza wyższe niż w krajach UE [2–4]. Ważne jest też, że obserwuje się znaczne regionalne zróżnicowanie umieralności z powodu ChUK – najwyższe wskaźniki w 2002 r. obserwowano w południowo-zachodniej Polsce (opolskie, śląskie, zachodniopomorskie) oraz w województwie łódzkim, a najniższe w Polsce północno-wschodniej (podlaskie, mazowieckie, pomorskie). Różnice umieralności między regionami wynoszą około 25–30% dla osób w przedziale wieku 20–74 lata (Rycina 1.), a dla całego przedziału wieku różnice dochodzą do 50% [3, 4]. Przyczyny takiego zróżnicowania nie są jak dotąd wyjaśnione, mogą zaś zależeć od szeregu czynników: organizacji służby zdrowia, dostępności procedur diagnostycznych i terapeutycznych czy też regionalnego zróżnicowania natężenia czynników ryzyka zależnych od stylu życia i czynników socjoekonomicznych.

Poza umieralnością, ChUK są główną przyczyną chorobowości i hospitalizacji. Jak wynika z raportu NFZ, w 2004 r. [5] z powodu ChUK hospitalizowano w Polsce 987 258 osób, co stanowiło 44% wszystkich hospitalizacji. Wśród ChUK ponad 50% hospitalizacji spowodowanych było chorobą niedokrwienną serca (499 626 pacjentów), z jej różnymi postaciami klinicznymi: dusznicą bolesną, ostrym zawałem serca, przewlekłą chorobą niedokrwienną serca. Z powodu zawału serca hospitalizowano 127 823 osoby, biorąc jednak pod uwagę, że około 20% wszystkich zawałów serca w populacji manifestuje się nagłym zgonem przedszpitalnym, należy szacować, że rzeczywista liczba zawałów serca w Polsce jest wyższa i wynosi około 160 tys. rocznie. Z powodu

Adres do korespondencji:

doc. dr hab. Grażyna Broda, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel. +48 22 815 65 56, faks +48 22 613 38 07



DLN – dolnośląskie, KPM – kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS – lubuskie, LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WMZ – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie

Rycina 1. Umieralność z powodu ChUK w populacji polskiej w wieku 20–74 lat w 2002 r. (na 100 000 mieszkańców)

udar mózgu hospitalizowano 78 559 osób, co stanowiło około 8% hospitalizacji z powodu ChUK.

Jakkolwiek etiopatogeneza miażdżycy nie jest w pełni wyjaśniona, dominującą rolę w jej rozwoju i progresji odgrywają czynniki środowiskowe związane z nieprawidłowym trybem życia (niska aktywność fizyczna, nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu), prowadzące do wzrostu ciśnienia, zaburzeń gospodarki lipidowej i węglowodanowej czy otyłości. Badania epidemiologiczne, kliniczne i interwencyjne udowodniły, że klasyczne ww. czynniki powodują istotny wzrost ryzyka zarówno zachorowania, jak i zgonu z powodu ChUK. W ostatnich 2 dekadach podnosi się także znaczenie nowych czynników ryzyka, takich jak czynniki hemostatyczne, homocysteina, nieswoiste markery zapalne, jak również status społeczno-ekonomiczny czy czynniki psychosocjalne (objawy depresji, typ osobowości, wsparcie społeczne). Wieloośrodkowe badanie kliniczno-kontrolne (*case-control*) INTER-HEART [6] przeprowadzone w 52 krajach wszystkich kontynentów z udziałem blisko 30 000 osób wykazało, że 6 czynników ryzyka (hiperlipidemia, palenie, nadciśnienie, cukrzyca, otyłość brzuszna i czynniki psychosocjalne) oraz 3 czynniki kardioprotekcyjne (spożycie warzyw i owoców, niewiel-

kie spożycie alkoholu oraz regularna aktywność fizyczna) determinowały 90% zachorowań na zawał serca wśród mężczyzn i 94% zachorowań wśród kobiet. Zależność taką stwierdzono we wszystkich regionach świata zarówno u osób młodych, jak i starszych.

Oceny szacunkowe prowadzone w wielu krajach wskazują, że obniżenie poziomu czynników ryzyka w populacji daje większe efekty w redukcji umieralności sercowo-naczyniowej niż poprawa diagnostyki i terapii chorób. I tak, obniżenie w populacji średnich poziomów ciśnienia, stężenia cholesterolu oraz częstości palenia przyczyniło się w 57% do obserwowanego w latach 1980–1990 spadku umieralności z powodu ChUK w USA; w 60% do spadku umieralności w latach 1975–1994 w Szkocji i w 58% do spadku umieralności w latach 1981–2000 w Anglii i Walii [7]. Także polskie badanie Pol-MONICA Warszawa i Pol-MONICA Kraków, monitorujące w latach 1984–2001 poziom czynników ryzyka w prawobrzeżnej Warszawie i w byłym województwie tarnobrzeskim, wykazały, że obniżenie ciśnienia tętniczego i zmniejszenie częstości palenia tytoniu w populacji wiąże się z istotną redukcją globalnego ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego.

Brakuje danych ogólnopolskich, monitorujących w okresie wieloletnim zarówno poziom poszczególnych czynników ryzyka, jak i poziom globalnego ryzyka wieńcowego w sposób kompleksowy, zarówno w całym kraju, jak i w poszczególnych jego regionach dla szerokiego zakresu wieku. Dotychczas prowadzone były głównie lokalne badania epidemiologiczne, których metodyka nie zawsze była standaryzowana, toteż wyniki tych badań nie są porównywalne i nie są reprezentatywne dla całego kraju [8–12]. Jedynie 2 lokalne badania oceniające poziom czynników ryzyka i jego wieloletnie trendy czasowe zostały dotychczas przeprowadzone zgodnie ze standardami międzynarodowymi, w ramach programu Pol-MONICA, będącego niezależną składową międzynarodowego programu WHO MONICA Project (*MONItoring of trends and determinants of Cardiovascular Disease*). Badania te obejmowały populacje w średnim wieku (35–64 lat), mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy (Pol-MONICA Warszawa) i byłego województwa tarnobrzesckiego (Pol-MONICA Kraków) i zostały przeprowadzone w latach 1983/84, 1987/88, 1992/93 oraz jako badanie Pol-MONICA Bis w 2001 r. [8–10, 13]. Innym programem monitorującym stan zdrowia jest polska część międzynarodowego programu CINDI, prowadzonego od początku lat 90. w populacji łódzkiej przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Z innych badań należy wymienić badanie NATPOL Plus, przeprowadzone w 2002 r. przez zespół Akademii Medycznej w Gdańsku na próbie ogólnopolskiej osób powyżej 17. roku życia [12]. Badanie to dostarczyło szeregu cennych informacji o zagrożeniu populacji polskiej osób dorosłych chorobami sercowo-naczyniowymi. Jednakże zbadana próba była stosunkowo niewielka (3050 osób), a sposób pobrania próby nie pozwolił na ocenę zagrożenia populacji polskiej w poszczególnych regionach kraju. Wymienione badania wykazały duże natężenie klasycznych czynników ryzyka w populacji polskiej, jakkolwiek w okresie ostatniego 10-lecia zaobserwowano korzystne tendencje w zakresie częstości palenia papierosów oraz częstości i kontroli nadciśnienia tętniczego, zwłaszcza w regionie miejskim. Zmiany te jednak są daleko niewystarczające i nie tak radykalne, jak zaobserwowane w krajach Europy Zachodniej. W odniesieniu do otyłości i cukrzycy obserwowano trendy wzrostu (badanie Pol-MONICA) [8–11].

Próby rozwiązania problemu pandemii ChUK na forum międzynarodowym i ogólnopolskim

Na 53. Zgromadzeniu Ogólnym ŚOZ (*World Health Assembly*) w 2000 r. kraje członkowskie, w tym Polska, podjęły rezolucję dotyczącą działań na rzecz zredukowania chorobowości, inwalidztwa i przedwczesnych zgonów spowodowanych przewlekłymi chorobami nieza-

każnymi, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia [14]. Rezolucja ta określa 3 główne cele:

1. Opracowanie mapy epidemii przewlekłych chorób niezakaźnych i zanalizowanie ich socjalnych, ekonomicznych, behawioralnych i politycznych determinantów.
2. Zredukowanie poziomu ekspozycji osób na klasyczne czynniki ryzyka.
3. Wzmocnienie opieki nad chorymi na przewlekłe choroby niezakaźne.

Dalej w rezolucji stwierdzono, że funkcjonujący system monitorujący stan zdrowia społeczeństwa musi stanowić integralną część opieki zdrowotnej, gdyż pozwala szybko uzyskiwać informacje o zmianach w stanie zdrowia w celu podjęcia niezbędnych decyzji organizacyjnych, budżetowych itp. Ponieważ niektóre czynniki ryzyka nie mogą być modyfikowane (np. wiek, płeć), należy położyć nacisk na monitorowanie i kontrolę modyfikowalnych czynników ryzyka, jak palenie tytoniu, niewłaściwa dieta i brak aktywności fizycznej, nadwaga, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia metabolizmu, gospodarki lipidowej i węglowodanowej. Takie racjonalne postępowanie zaleca dokument WHO, gdyż:

- 1) wymienione czynniki ryzyka mają największy wpływ na chorobowość i umieralność;
- 2) ich modyfikacja jest możliwa poprzez efektywną prewencję;
- 3) oznaczenie poziomu tych czynników ryzyka nie stwarza trudności;
- 4) pomiary tych czynników można uzyskać, zachowując etyczne standardy.

Dalej rezolucja WHO stwierdza, że uwzględnienie w programach prewencji pierwotnej i wtórnej wyników monitorowania czynników ryzyka przyniesie większe efekty zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne niż tylko leczenie już rozwiniętych chorób.

W 2002 r. Rada UE opracowała i przyjęła program *Europejski plan serca*, którego celem jest ograniczenie epidemii chorób układu krążenia w krajach UE. Plan ten oparty jest na rezolucji podjętej na 59. posiedzeniu ŚOZ w 2000 r. i in. inicjatywach międzynarodowych. Zakłada się, że wspólna strategia krajów członkowskich UE w 2020 r. powinna doprowadzić do redukcji o 40% umieralności z powodu ChUK u osób przed 65. rokiem życia. Cel ten powinien być osiągnięty głównie poprzez poprawę kontroli głównych czynników ryzyka ChUK w populacji, jak również poprawę w zakresie diagnostyki i leczenia ChUK. W stosunku do kontroli czynników ryzyka postuluje się: obniżenie średnich wartości cholesterolu w populacji do wartości poniżej 5,0 mmol/l, wartości ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mmHg i redukcję palenia papierosów, co najmniej o 1% rocznie. Niezbędnym elementem oceny realizacji powyż-

szych założeń jest monitorowanie sytuacji epidemiologicznej poprzez prowadzenie okresowych (optymalnie co 5 lat) badań przekrojowych populacji z zastosowaniem standaryzowanej metodyki. W Polsce podejmowane są również intensywne działania w celu ograniczenia epidemii ChUK. W latach 1993–2001, pod patronatem Ministerstwa Zdrowia, realizowano *Narodowy program ochrony serca* oraz *Narodowy program profilaktyki i leczenia udaru mózgu*. Jako kontynuację tych programów, w 2002 r. grupa ekspertów powołana przez Ministerstwo Zdrowia opracowała *Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych w latach 2003–2005* – POLKARD, którego cele są zbieżne z *Europejskim planem serca*. Prewencja i epidemiologia chorób układu krążenia ze szczególnym uwzględnieniem monitorowania rozpowszechnienia i skuteczności leczenia czynników ryzyka ChUK oraz analiza wpływu poszczególnych czynników ryzyka na globalne ryzyko sercowo-naczyniowe (zadanie 4.1.1.) jest jednym z priorytetowych celów programu POLKARD. W ramach programu POLKARD w latach 2003–2005 zrealizowano *Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności* – WOBASZ, którego autorem, koordynatorem i organizatorem był Zakład Epidemiologii i Prewencji Chorób Układu Krążenia Instytutu Kardiologii w Warszawie. Program został zrealizowany we współpracy z ośrodkami akademickimi z Gdańska, Poznania, Katowic, Łodzi i Krakowa.

Cele badania

1. Ocena zagrożenia populacji polskiej ChUK zarówno w całej Polsce, jak i w poszczególnych regionach (województwach) poprzez ocenę: częstości występowania wielu czynników ryzyka ChUK, zarówno klasycznych, jak i tzw. nowych czynników, oraz ocenę chorobowości (ChUK, cukrzyca, ChNS).
2. Ocena stopnia kontroli modyfikowalnych czynników ryzyka.
3. Ocena stylu życia i wiedzy Polaków na temat prewencji ChUK.
4. Ocena realizacji zasad prewencji przez lekarzy POZ.
5. Ocena, w jakim stopniu natężenie czynników ryzyka i ich kontrola oraz wiedza na temat prewencji i styl życia determinują różnice w regionalnej umieralności z powodu ChUK – analiza taka zostanie w Polsce przeprowadzona po raz pierwszy.

Piśmiennictwo

1. Atlas of Heart Disease and Stroke. WHO, 2004; Sept.
2. WHO Europe. *HFA-HDB* data base, 2004; June.
3. Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna Polski. PZH. *Zakład Statystyki Medycznej*. Warszawa 2003.
4. Jasiński B. Umieralność z powodu chorób układu krążenia w latach 1997–2002. www.zakladepidemiologii.ikard.pl.
5. Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę kardiologiczną w 2004 r. *Raport NFZ*, www.ikard.pl/finanse.
6. Yusuf S, Hawken S, Öunpuu, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937-52.
7. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation* 2004; 109: 1101-7.
8. Program Pol-MONICA Bis Warszawa. Stan zdrowia ludności Warszawy w 2001 r. Część I. Podstawowe wyniki badania przekrojowego. Instytut Kardiologii. *Biblioteka Kardiologiczna*, nr 79. Warszawa 2002.
9. Program Pol-MONICA Bis Kraków. Stan zdrowia ludności woj. tarnobrzeskiego w r. 2001. Część III. Podstawowe wyniki badania przekrojowego. Instytut Kardiologii. *Biblioteka Kardiologiczna*, nr 82. Warszawa 2002.
10. Program Pol-MONICA Warszawa. Kompleksowa ocena stanu zdrowia ludności Warszawy w roku 1993 i jego zmiany w latach 1984–1993. Instytut Kardiologii. *Biblioteka Kardiologiczna*, nr 55. Warszawa 2002.
11. Postępy w profilaktyce i leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych. Materiały VI Seminarium CINDI WHO 2002. *Wyd. Kierownictwo Programu CINDI WHO w Polsce*.
12. Zdrojewski T, Bandosz P, Szpakowski P, et al. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w Polsce: wyniki badania NAT POL Plus 2004. *Kardiol Pol* 2004; 61 (Suppl. 4): 1-26.
13. Rywik S, Broda G, Piotrowski W, et al. Epidemiologia Chorób Układu Krążenia. Program Pol-MONICA Warszawa. *Kard Pol* 1996 (Suppl 2): 7-35.
14. Surveillance of risk factors for noncommunicable diseases. The WHO step rise approach, Summary WHO/NHH/CCS/01.01. Genewa 2002.
15. Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2003–2005. Raport Zespołu Ekspertów. *Via Medica*. Gdańsk 2003.