

Andrzej Szuba¹, Rafał Poręba¹, Vladislav Mlynek¹,
Radosław Gutherc¹, Małgorzata Nowak², Tomasz Brzozowski²,
Paweł Gać², Emilia Kolman², Julia Seniuta², Monika Łukasik²,
Łukasz Cedzyński², Dariusz Szarek², Wiktor Urbański², Karolina Związek²,
Agnieszka Sokół², Wojciech Kucharski¹, Ryszard Andrzejak¹

PRACA ORYGINALNA

¹Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Występowanie, czynniki ryzyka oraz leczenie nadciśnienia tętniczego wśród mieszkańców wsi Boguszyce

Prevalence, risk factors and treatment of arterial hypertension in dwellers of Boguszyce village

Summary

Background Arterial hypertension is the most common cardiovascular risk factor especially in village dwellers. The aim of the study was to estimate the prevalence and risk factors of arterial hypertension in dwellers of the village of Boguszyce in Oleśnica district in Lower Silesia.

Material and methods The study group consisted of dwellers of the village of Boguszyce. Examinations were carried out by the trained medical students and physicians visiting village dwellers at their homes. They determined the body mass, height, and measured blood pressure two times based on the Korotkov method. A custom questionnaire was carried out to determine medical history and coexisting risk factors.

Results Examinations were carried out in 409 persons (50% of adult village population). The remaining half of village population was not examined due to following reasons: absence at home (3 separate visits), lack of consent. The studied group consisted of 40.83% men and — 59.17% women. Arterial hypertension was diagnosed in 51% of studied population; 53% of this group was not diagnosed

earlier with AH. Mean BMI in the study group was 27.25 and was significantly higher in adults with hypertension (30.5 vs. 24; $p < 0.001$). 68% of adults treated for hypertension took prescribed medications but only 18.5% were treated successfully. main prescribed antihypertensives were betablockers, ACEI and diuretics. In spite of frequent use of diuretics potassium substitution was rare.

Conclusions Arterial hypertension is more common in village dwellers than in general polish population. There is significant discrepancy between perception of treatment results and objective hypertension control. The noncompliance to physicians' recommendations, the life style and eating habits of the dwellers of Boguszyce, resulting in low physical activity and high percentage of overweight are the chief reasons for high prevalence and low effectiveness of the treatment of hypertension.

key words: arterial hypertension, risk factors, village population

Arterial Hypertension 2006, vol. 10, no 2, pages 121–127.

Adres do korespondencji: dr hab. med. Andrzej Szuba
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych
i Nadciśnienia Tętniczego Akademii Medycznej we Wrocławiu
ul. Pasteura 4, 50–367 Wrocław
tel.: (071) 784–25–20, faks: (071) 784–09–54
e-mail: szuba@chzaw.am.wroc.pl



Copyright © 2006 Via Medica, ISSN 1428–5851

Wstęp

Na całym świecie w 1996 roku zanotowano 15,3 miliona zgonów z powodu chorób serca i naczyń.

Wśród nich 7,2 miliona zgonów spowodowanych było chorobą niedokrwienną serca, a 4,6 miliona — udarami mózgu [1]. Choroby sercowo-naczyniowe stanowią przyczynę 46% zgonów w krajach wysoko uprzemysłowionych (40% w Unii Europejskiej) oraz 24,5% w rozwijających się [2]. W Polsce w roku 2000 według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) choroby układu krążenia były przyczyną 48% zgonów, nowotwory złośliwe — 23%, przyczyny zewnętrzne — 7%, a pozostałe — 22% [3]. W największym stopniu na dużą liczbę zgonów pochodzenia sercowo-naczyniowego wpłynęły: miażdżyca (16,31%), choroba niedokrwienna serca (12,76%), zawał serca (9,63%) oraz choroba nadciśnieniowa (6,53%) [4, 5]. W ostatnim dziesięcioleciu w Polsce odsetek umieralności na choroby krążenia obniżył się o około 25–30% [6]. Równocześnie jednak w Anglii, Stanach Zjednoczonych i Francji zanotowano redukcję rzędu 50% [7].

Wyniki długofalowego badania Pol-MONICA Kraków wskazują na występowanie nadciśnienia tętniczego u 33,7% mieszkańców miasta i u 59% mieszkańców regionów wiejskich [8, 9]. Mimo to, tylko część z badanych ma świadomość choroby. W reprezentatywnym polskim badaniu Nadciśnienie Tętnicze w Polsce (NATPOL PLUS) 29% mieszkańców wsi deklaruje, że choruje na nadciśnienie tętnicze [10, 11].

Celem obecnej pracy była ocena częstości występowania, czynników ryzyka oraz leczenia nadciśnienia tętniczego wśród mieszkańców wsi Boguszyce.

Materiał i metody

Badana grupa składała się z 409 dorosłych mieszkańców wsi Boguszyce w powiecie oleśnickim (koło Wrocławia) na Dolnym Śląsku. Badania przeprowadzali przeszkoleni studenci medycyny oraz lekarze, odwiedzający mieszkańców wsi w ich domach. Badania przeprowadzono w ramach studenckiego letniego obozu naukowego. W wypadku nieobecności mieszkańców w domu podejmowano trzykrotne próby kontaktu w różnych porach dnia. Badanie obejmowało pomiar masy ciała, wzrostu oraz dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Korotkowa. Ponadto wykonywano pomiary glikemii oraz cholesterolu całkowitego na czczo w krwi kapilarnej metodą paskową przy użyciu aparatu Accutrend GCT. Nadciśnienie tętnicze u danej osoby rozpoznawano zgodnie z zaleceniami 7 raportu *Joint National Committee (JNC)* oraz *European Society Of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC)* i Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego

(PTNT), gdy średnia z dwóch pomiarów wynosiła co najmniej 140 mm Hg w przypadku ciśnienia skurczowego i/lub 90 mm Hg w przypadku ciśnienia rozkurczowego. W sytuacji, gdy badany deklarował przyjmowanie jakichkolwiek leków hipotensyjnych w ciągu ostatnich dwóch tygodni, rozpoznawano nadciśnienie tętnicze niezależnie od zmierzonych wartości ciśnienia tętniczego.

Ponadto przeprowadzono badanie ankietowe, które obejmowało wywiad socjalny, wywiad rodzinny, pytania o aktualne dolegliwości i choroby, wywiad dotyczący stosowania używek, nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej. Dla osób deklarujących chorobę nadciśnieniową ankietę zawierała dodatkowo pytania o stosowaną terapię i jej skuteczność.

Projekt koordynowano i podsumowano w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Komisja Bioetyczna Akademii Medycznej we Wrocławiu wyraziła zgodę na przeprowadzenie badań.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu STATISTICA 5.0. Wyniki przedstawiono w postaci średnich i odchyłeń standardowych oraz wyrażono w postaci zestawień procentowych. Różnice między średnimi sprawdzano testem *t*-Studenta. Za istotne statystycznie przyjmowano wartości dla $p < 0,05$.

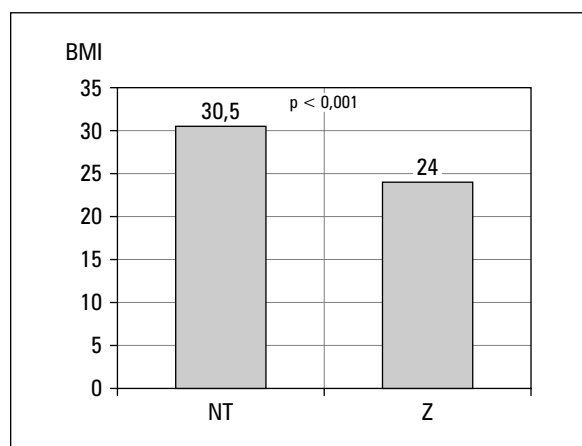
Wyniki

Ankietę wypełniło 409 osób, czyli około 50% dorosłych mieszkańców Boguszyca. Wśród nich mężczyźni stanowili 40,83% (167 osób), a kobiety 59,17% (242 osoby). Starano się zachować reprezentatywność badanej grupy. Średni wiek badanych wynosił $44,95 \pm 23,56$ roku (mężczyźni: $44,08 \pm 22,87$ roku, kobiety: $45,55 \pm 18,57$ roku). Z osób pytanых 8,89% stanowiły osoby poniżej 20 roku życia, 23,25% — osoby w przedziale wiekowym od 20 do 34 lat, 27,87% — w wieku od 35 do 49 lat, 26,47% — w wieku od 50 do 64 lat, a 13,52% — powyżej 65 roku życia. Wykształcenie podstawowe posiadało 33,13% osób, zawodowe — 27,66%, średnie — 33,58%, a wyższe — 5,63% badanych. Wśród ankietowanych 41,51% — osób było aktywnych zawodowo, 18,05% posiadało rentę zdrowotną, 18,32% — emeryturę, pozostałe 22,12% pozostawało bez pracy. Uczniowie lub studenci stanowili 15,4% badanych.

W całej badanej grupie uzyskano następujące średnie wartości: wzrost — $165,54 \pm 10,43$ cm (kobiety: $160,76 \pm 7,85$ cm, mężczyźni: $172,43 \pm 5,62$ cm), masa ciała — $71,57 \pm 10,56$ kg (kobiety: $66,44$

± 8,42 kg, mężczyźni: 79,02 ± 9,56 kg), stężenie cholesterolu całkowitego we krwi — 168,15 ± 54,79 mg% (kobiety: 174,91 ± 57,31 mg%, mężczyźni: 143,33 ± 84,27 mg%), stężenie glukozy we krwi — 100,93 ± 25,67 mg% (kobiety: 101,73 ± 20,43 mg%, mężczyźni: 98,01 ± 34,75 mg%), ciśnienie tętnicze — 135,44/84,66 ± 45,67/20,87 mm Hg (kobiety: 133,17/82,99 ± 34,81/13,76 mmHg, mężczyźni: 138,73/87,09 ± 25,47/17,73 mm Hg) w pierwszym pomiarze oraz 134,93/85,81 ± 55,57/21,96 mm Hg (kobiety: 132,87/84,48 ± 32,35/18,67 mm Hg, mężczyźni: 137,92/87,75 ± 45,63/16,32 mm Hg) w drugim pomiarze. Nadciśnienie tętnicze ($\geq 140/90$ mm Hg) stwierdzono u 209 osób (51%), spośród których 111 (53%) wcześniej nie miało rozpoznanego nadciśnienia. Nadwagę ($25,0 < \text{BMI}$ [body mass index, wskaźnik masy ciała] $< 29,9$) stwierdzono u 48,37% mężczyzn i 36,22% kobiet, a otyłość ($\text{BMI} > 30,0$) u 27,45% mężczyzn i 32% kobiet. Osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze miały istotnie wyższy wskaźnik masy ciała w porównaniu z osobami zdrowymi ($\text{BMI } 29,1 \pm 5,59$ vs. $24,1 \pm 4,92$; $p < 0,001$), a odsetek osób z nadwagą i otyłością ($\text{BMI} > 25,0$) był znacznie wyższy (76%) niż wśród osób bez nadciśnienia (36,4%) ($p < 0,001$) (ryc. 1).

Spośród badanych 49,36% pochodziło z rodzin osób chorujących na nadciśnienie tętnicze. W 38,33% przypadków chorobę rozpoznano u ich rodziców, a w kolejnych 11,03% u dalszych krewnych. Z innych chorób z największą częstotliwością u krewnych badanych występowały choroba wieńcowa lub zawał serca (29,55%) oraz cukrzyca (23,58%). W dalszej kolejności wymieniano miażdżycę tętnic kończyn dolnych (23,09%), udar mózgu lub wylew krwi do mózgu (22,42%) oraz niewydolność nerek (10,56%).



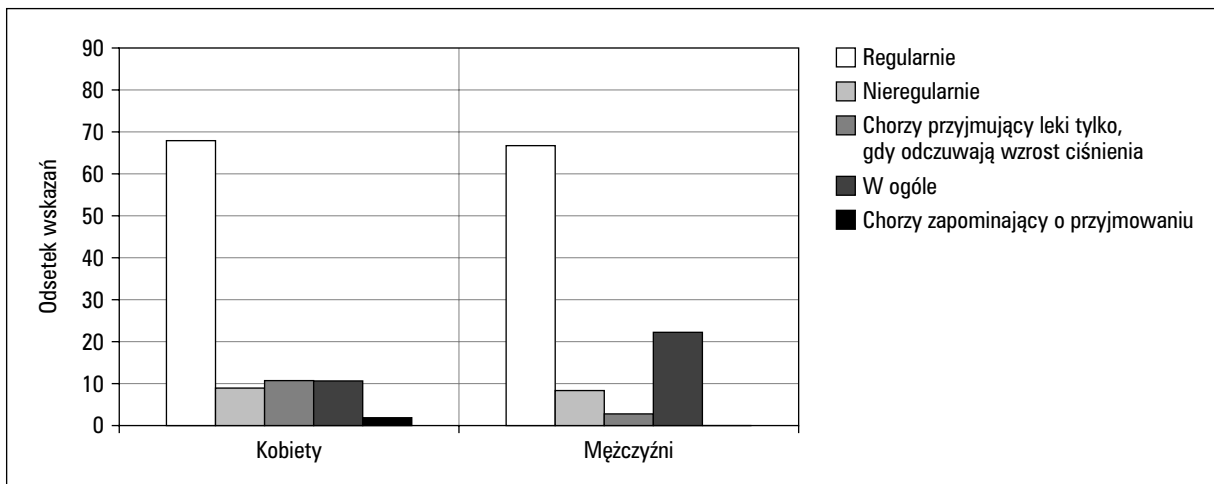
Rycina 1. Porównanie wskaźnika masy ciała (BMI) u chorych z nadciśnieniem tętniczym (NT) oraz u osób zdrowych (Z)

Figure 1. Body mass index (BMI) in persons with arterial hypertension (NT) and healthy subjects (Z)

W grupie mieszkańców z nadciśnieniem tętniczym na pytanie: „Jak często mierzysz ciśnienie?” 45,15% osób (49,44% kobiet i 40,0% mężczyzn) odpowiedziało, że częściej niż raz w tygodniu, 29,55% (33,34% kobiet i 27,12% mężczyzn) raz w tygodniu, 20,75% (16,58% kobiet i 23,67% mężczyzn) kilka razy w roku, a 4,55% (0,64% kobiet i 9,21% mężczyzn) rzadziej niż raz w roku. W przypadku 92,85% chorych lekarz przepisał leki na nadciśnienie tętnicze. Spośród nich 9,89% (7,27% kobiet i 13,89% mężczyzn) stwierdziło, że nie wykupuje wszystkich przepisanych leków. Najczęściej podawanymi przyczynami były brak pewności o potrzebie stosowania leków (83,33%) oraz ich cena (80,0%). Pozostałe 90,11% chorych (92,73% kobiet i 86,11% mężczyzn) wykupuje leki, ale tylko 67,39% z nich (67,86% kobiet i 66,67% mężczyzn) deklaruje, że je regularnie zażywa. Spośród osób wykupujących 8,69% (8,93% kobiet i 8,34% mężczyzn) zażywa leki nieregularnie, a 7,60% (10,71% kobiet i 2,78% mężczyzn) przyjmuje leki tylko wtedy, gdy odczuwa wzrost ciśnienia tętniczego. W ogóle nie stosuje leków 15,22% osób (10,63% kobiet i 22,21% mężczyzn), a 1,1% (wyłącznie kobiety) przyznaje, że zapomina o ich przyjmowaniu (ryc. 2).

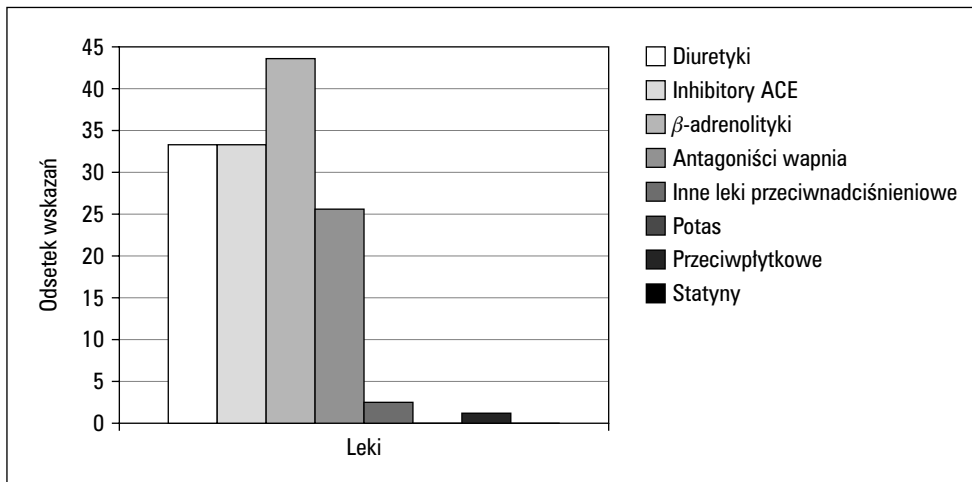
Wśród przepisywanych leków przeważały β -adrenolityki (stosowane przez 44% badanych), inhibitory konwertazy angiotensyny (stosowane przez 33% badanych) i diuretyki (stosowane przez 32% badanych). Zwracał uwagę brak substytucji potasem mimo częstego stosowania leków moczopędnych (ryc. 3). Na pytanie o zmianę leków na nadciśnienie tętnicze w trakcie ostatniego roku odpowiedzi twierdzącej udzieliło 41,17% pytanych. Najczęściej powodem zmiany były nieskuteczność wcześniejszej terapii (w 53,13% przypadków) oraz objawy uboczne wynikające ze stosowania dotychczasowych leków (31,25%). Leki przeciwpłytkowe stosowało tylko 1,2% chorych z nadciśnieniem, a hipolipemizujące nie były przepisywane w ogóle (ryc. 3).

Oprócz farmakoterapii lekarze zalecali również ograniczenie zawartości tłuszczu w diecie (60,44%), zmniejszenie spożycia soli (50,15%), zwiększenie aktywności fizycznej (49,45%) oraz redukcję masy ciała (48,35%). U 84,61% chorych w trakcie leczenia przeprowadzono badanie stężenia cukru we krwi, a u 86,95% oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego. Aż 36,36% badanych nie potrafiło wskazać rodzaju wykonanego badania krwi. Z badań obrazowych wykonywano zdjęcie RTG klatki piersiowej (75,06%), USG brzucha (60,21%) oraz USG serca (59,61%). W większości przypadków chorych kierowano również na konsultację okulistyczną (70,65%). W efekcie, według 78,89% chorych leczenie było skuteczne według ich własnej oceny, czego nie potwier-



Rycina 2. Częstość przyjmowania leków u chorych na nadciśnienie tętnicze w zależności od płci

Figure 2. The frequency of the use of drugs among individuals with arterial hypertension in relationship with gender



Rycina 3. Częstość terapii określonymi grupami leków u chorych z nadciśnieniem tętniczym w badanej grupie

Figure 3. The frequency of the use of different groups of drugs in individuals with arterial hypertension in the study group

dzono w pomiarze ciśnienia tętniczego — tylko u 18,5% osób ciśnienie obniżyło się do wartości poniżej 140/90 mm Hg.

Wśród zgłaszanych przez badanych dolegliwości największy procent stanowiły bóle głowy (49,38%), zawroty głowy (35,39%), ograniczenie tolerancji wysiłku fizycznego (33,67%), zaburzenia widzenia (26,91%), uczucie duszności (26,17%), szumy w uszach (25,43%), bóle kręgosłupa (2,56%) oraz omdlenia (0,76%). U 5,72% badanych w przeszłości rozpoznano cukrzycę. Spośród nich 48,15% stosuje odpowiednią dietę, 55,46% — doustne leki hipoglikemizujące, a 21,43% — insulinę. Z innych schorzeń zaobserwowano znaczący odsetek choroby wrzodowej (11,61%), niewydolności krążenia

(10,37%), stabilnej choroby niedokrwiennej serca (8,18%) oraz miażdżycy tętnic kończyn dolnych (8,16%). Spośród badanych hospitalizowano 70,45%, w tym 11,75% w trakcie ostatniego roku. Na pytanie o przebyte operacje twierdząco odpowiedziało 30,98% badanych.

W badanej grupie 18,86% osób (26,47% kobiet, 7,88% mężczyzn) nie pije i nigdy nie piło alkoholu. Wśród spożywających alkohol 76,69% (88,46% kobiet i 63,57% mężczyzn) pije mało, 21,96% (11,54% kobiet i 33,57% mężczyzn) — umiarkowanie, a 1,35% (0% kobiet i 2,86% mężczyzn) — dużo. Regularnie spożywa alkohol 7,42% badanych (2,66% kobiet, 12,98% mężczyzn), a okazyjnie 91,87% (96,71% kobiet, 86,26% mężczyzn). Jednocześnie 45,9% pytanych

(56,07% kobiet i 31,10% mężczyzn) zadeklarowało, że nigdy nie paliło tytoniu. Odsetek palących wyniósł 41,39% (41,18% kobiet i 41,60% mężczyzn). Nie stwierdzono istotnych różnic między chorymi z nadciśnieniem a pozostałymi mieszkańcami. Średni wskaźnik nikotynowy osób palących tytoń (iloczyn liczby papierosów wypalanych dziennie i liczby lat palenia) był równy 313,15.

Pośród ankietowanych 74,81% nie przestrzega diety, 3,74% ogranicza spożycie soli, 8,73% ogranicza spożycie tłuszczu, natomiast 12,70% stara się ograniczać zarówno spożycie soli, jak i tłuszczu. Największą część osób wskazała olej jako najpowszechniej spożywany rodzaj tłuszczu (67,71%), następnie w kolejności były masło (44,86%) i margaryna (40,52%); stosunkowo najrzadziej wskazywano oliwę (9,11%). Pozytywnej odpowiedzi na pytanie o obecność drobiu w żywieniu udzieliło 83,89% badanych. W wypadku wieprzowiny procent ten wynosił 46,92%, wołowiny — 16,56%, a dziczyzny — 3,18%. Tylko 10,14% pytanych spożywa 2 lub więcej razy w tygodniu potrawy rybne, 48,26% wskazało, że spożywa ryby raz w tygodniu, a 41,33% rzadziej niż raz w tygodniu. Aktywność fizyczną przejawia 99,75% osób, w tym 39,75% przez 20–60 minut 1–2 razy w tygodniu, 20,49% przez 45–60 minut 3–5 razy w tygodniu, 18,02% przez 45–60 minut codziennie, a 7,90% więcej niż 60 minut każdego dnia.

Dyskusja

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie nadciśnienia tętniczego zarówno w Polsce, jak i na świecie jest niezadowalająca [8, 9, 11]. Przyczynami złej sytuacji na terenie Polski są: niski odsetek wykrywalności nadciśnienia tętniczego, mała skuteczność leczenia, złe nawyki żywieniowe, mała aktywność fizyczna oraz niski poziom wiedzy o czynnikach ryzyka nadciśnienia tętniczego wśród mieszkańców [12, 13].

Występująca w całym kraju rozbieżność między deklarowanym a rzeczywistym występowaniem choroby nadciśnieniowej jest szczególnie wyraźna w małych miejscowościach oraz na wsi. W Boguszycach tylko około 25% badanych wskazało, że choruje na nadciśnienie tętnicze. Faktycznie odsetek chorych wynosił prawie połowę badanych i był zbliżony do poprzednio publikowanych danych w populacji wsi. Dodatkowo odsetek też był znacznie wyższy niż średni w populacji polskiej [14].

Niepokój może budzić fakt, że w Polsce odsetek osób deklarujących znajomość wartości własnego ciśnienia tętniczego nieustannie spada. Według Zdrojewskiego i wsp. w 1994 roku wynosił on 71% (w tym

73% w miastach i 70% na wsi), w 1997 roku 66% (73% w miastach i 64% na wsi), a w 2002 roku 59% (66% w miastach i 57% na wsi) [15]. Odsetek deklarujących znajomość wartości swojego ciśnienia tętniczego w Boguszycach (54,78%) potwierdza niestety powyższą tendencję.

Analiza przeprowadzonych badań potwierdza nieskuteczność leczenia choroby nadciśnieniowej. Jako skuteczne leczenie rozumie się normalizację ciśnienia tętniczego poniżej wartości 140/90 mm Hg. Mimo że w większości zdiagnozowanych przypadków lekarz przepisał leki hipotensyjne, to tylko w 18,5% terapię można uznać za efektywną. Jedynie u około połowy pacjentów zalecono zmianę nawyków żywieniowych — ograniczenie zawartości tłuszczów i soli w codziennej diecie, a także zwiększenie aktywności fizycznej, co może również wpływać na niską skuteczność leczenia. Powyższy wynik jest jednak lepszy od przedstawionego dla całej populacji polskiej przez Krupę-Wojciechowską i Zdrojewskiego (9% przypadków leczonych skutecznie, 45% leczonych nieskutecznie, 13% zdiagnozowanych i nieleczonych oraz 33% niewykrytych) [16], a także od odsetka skuteczności terapii dla populacji hiszpańskiej (ok. 5%) i angielskiej (ok. 10%) [7]. Dziwić może jednak fakt, że 75% badanych subiektywnie uważa leczenie za skuteczne. Zadowolone pacjentów wynika najprawdopodobniej z przeprowadzenia szerokiego wachlarza badań i konsultacji. U przeważającej większości chorych wykonano badania krwi, a w znacznej części przypadków również badania obrazowe.

Prawdopodobną przyczynę niskiego odsetka skuteczności leczenia stanowi nieprzestrzeganie zaleconej terapii: jedynie 10% chorych selektywnie wykupuje przepisane lekarstwa, prawie 20% w ogóle ich nie stosuje, a znaczna część pacjentów przyjmuje leki niesystematycznie. Powyższy stan jest zgodny z wykazanim przez Zdrojewskiego dla ogółu ludności w Polsce [10]. Dodatkową przyczynę może stanowić rzadkie stosowanie suplementacji potasu u pacjentów leczonych diuretykami. Ponad połowa chorych nie przywiązuje należytej wagi do systematycznego, regularnego pomiaru wartości ciśnienia tętniczego. Kilka procent osób przyznaje, że mierzy ciśnienie rzadziej niż raz w roku.

Dodatkowy niepokój może budzić fakt, że u zdecydowanej większości chorych leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego nie stosowano leków przeciwłupkowych ani leków hipolipemizujących mimo istnienia wskazań klinicznych.

Nadal niezadowalający jest styl życia i nawyki żywieniowe Polaków, w tym również mieszkańców wsi Boguszyce. Większość dorosłych mieszkańców spożywa alkohol. Uzyskany wynik jest prawdopodob-

nie zaniżony z powodu subiektywnego charakteru oceny. Również w odniesieniu do palenia tytoniu sytuacja ciągle pozostaje niepokojąca. Palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn epidemii chorób układu sercowo-naczyniowego. Wzrost konsumpcji tytoniu po II wojnie światowej wiązał się z podwojeniem częstości zawałów serca i innych chorób układu krążenia [7]. Od lat 90. XX wieku liczba palących papierosy w Polsce wprawdzie powoli spada, ale nie jest to spadek zadowalający. Odsetek palących regularnie papierosy na wsi okazał się wyższy (41,4%) od przedstawionego przez GUS i wynoszącego 33% dla populacji polskiej [3]. Wynik przeprowadzonego badania nie potwierdził powszechnego w opinii społeczeństwa stwierdzenia, że kobiety palą mniej od mężczyzn — w Boguszytach różnica wyniosła mniej niż 0,5%.

Diety nie przestrzegało 75% ankietowanych, niewielki procent osób starał się regulować spożycie soli i tłuszczu. Fakt ten wpisuje się w rzeczywistość Polski. Według Szeremety 91% Polaków nie zna antymiażdżycowego działania niskocząsteczkowych, nienasyconych kwasów tłuszczowych, 75% uznaje węglowodany za główne źródło energii, 53% nie potrafi wskazać średniej zalecanej dziennej liczby kalorii, a 50% nie ma pojęcia o wpływie soli na wzrost wartości ciśnienia tętniczego [17]. Powszechne, częste spożywanie kilku rodzajów tłuszczu, niezmiernie rzadką obecność potraw rybnych w pożywieniu oraz niską w rzeczywistości aktywność fizyczną (wprawdzie prawie wszyscy ankietowani zadeklarowali aktywność fizyczną, jednak tylko u 25% badanych jest to aktywność codzienna) można uznać za główne przyczyny dużego odsetka osób z nadwagą i otyłością [13]. Nadwagą obarczonych jest w Polsce 45,2% dorosłych mężczyzn i 35,1% kobiet, zaś otyłością 22,4% mężczyzn i 29% kobiet [4, 17]. W populacji wsi Boguszyce 55% badanych ma nadwagę lub otyłość ($BMI > 25$), natomiast odsetek ten jest znacznie wyższy u chorych z nadciśnieniem tętniczym (75%), co wskazuje, że nadwaga jest podstawowym czynnikiem ryzyka związanym z nadciśnieniem w tej populacji.

Podsumowując, można stwierdzić, że przekonanie o konieczności rozpoznania i systematycznego leczenia choroby wśród mieszkańców takiej wsi jak Boguszyce, jest niewystarczające. Pierwszym krokiem w kierunku poprawy złej sytuacji epidemiologicznej w tym zakresie powinny się stać szeroko zakrojone akcje i programy o charakterze informacyjnym. Według Burke'a i wsp. przeprowadzenie 12-miesięcznego projektu, zachęcającego do zwiększenia systematyczności leczenia, przynosi w rezultacie normalizację ciśnienia tętniczego [18]. Równocześnie należałoby zwiększyć częstość wykonywa-

nych pomiarów ciśnienia tętniczego poprzez upowszechnienie takiego badania podczas każdej wizyty lekarskiej oraz zwiększenie stosunku liczby ciśnieniomierzy do liczby mieszkańców [19]. Konieczne jest również działanie na rzecz zmiany złych nawyków żywieniowych [13, 20]. Wskazane wydaje się prowadzenie akcji szkoleniowych na temat leczenia nadciśnienia tętniczego i redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego u chorych z nadciśnieniem skierowanych do lekarzy rodzinnych. Tylko kompleksowe programy przesiewowe, profilaktyczne i edukacyjne mogą przynieść widoczne efekty w poprawie sytuacji epidemiologicznej oraz we wzroście świadomości zdrowotnej mieszkańców Polski.

Wnioski

1. Wśród mieszkańców wsi Boguszyce odsetek chorych na nadciśnienie tętnicze jest znacznie wyższy niż w całej populacji polskiej, co wskazuje na konieczność prowadzenia profilaktyki i edukacji w zakresie nadciśnienia szczególnie wśród mieszkańców wsi.

2. Wśród chorych na nadciśnienie tętnicze występuje rozbieżność między subiektywną a obiektywną oceną skuteczności leczenia.

3. Przyczynami małego odsetka skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego są: nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, niehigieniczny styl życia i nieprawidłowe nawyki żywieniowe mieszkańców Boguszyce oraz związane z nimi mała aktywność fizyczna i duży odsetek dorosłych z nadwagą.

4. Skuteczność terapii może być zwiększona poprzez organizowanie akcji edukacyjnych dla pacjentów oraz częstsze przekazywanie zaleceń dotyczących niefarmakologicznych sposobów leczenia nadciśnienia tętniczego przez lekarzy.

5. Zbyt rzadko chorym z nadciśnieniem tętniczym przepisywane są leki hipolipemizujące oraz przeciwplatekcyjne, a pacjenci leczeni diuretykami zbyt rzadko otrzymują suplementację potasu, co może wpływać na pogorszenie skuteczności leczenia i wzrost liczby powikłań sercowo-naczyniowych u chorych z nadciśnieniem.

Streszczenie

Wstęp Nadciśnienie tętnicze jest jednym z podstawowych czynników ryzyka chorób krążenia zwłaszcza wśród mieszkańców wsi. Celem obecnej pracy była ocena częstości występowania, czynników ryzyka oraz leczenia nadciśnienia tętniczego wśród mieszkańców wsi Boguszyce w powiecie oleśnickim na Dolnym Śląsku.

Materiał i metody Badania przeprowadzono u dorosłych mieszkańców wsi Boguszyce. Badania przeprowadzali przeszkoleni studenci medycyny i lekarze, odwiedzający mieszkańców wsi w ich domach. Badanie obejmowało pomiar masy ciała, wzrostu oraz dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Korotkowa. Ponadto przeprowadzono badanie ankietowe, którego celem była ocena wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego oraz współistniejących czynników ryzyka.

Wyniki Badania antropometryczne i ankietowe przeprowadzono u 409 osób, czyli 50% dorosłych mieszkańców Boguszyca. U pozostałych mieszkańców nie wykonano badań z powodu nieobecności w domu (3-krotna próba) lub braku zgody na badania. Wśród badanych mężczyźni stanowili 40,83%, a kobiety 59,17%. Nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 51% mieszkańców, z czego 53% wcześniej nie miało rozpoznanego nadciśnienia. Średni wskaźnik masy ciała (BMI) badanej grupy wynosił 27,25 i był istotnie wyższy u chorych z nadciśnieniem tętniczym niż u zdrowych (30,5 vs. 24; $p < 0,001$). Wśród osób leczonych 68% przyjmowało przepisane leki, a 18,5% było leczonych skutecznie. Wśród przepisywanych leków przeważały β -adrenolityki, inhibitory konwertazy angiotensyny i diuretyki. Zwracał uwagę brak substytucji potasem mimo częstego stosowania leków moczopędnych.

Wnioski Wśród mieszkańców wsi Boguszyce odsetek chorych na nadciśnienie tętnicze jest znacznie wyższy niż średnia w Polsce. Wśród chorych na nadciśnienie tętnicze występuje rozbieżność między subiektywną a obiektywną oceną skuteczności leczenia. Przyczyną niskiego odsetka skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego jest między innymi nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich oraz styl życia i nawyki żywieniowe mieszkańców Boguszyca.

słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, czynniki ryzyka, populacja wiejska

Nadciśnienie Tętnicze 2006, tom 10, nr 2, strony 121–127.

Piśmiennictwo

- Murray C.J., Lopez A.D. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1269–1276.
- Wybrane aspekty stanu zdrowia ludności Polski na tle krajów europejskich. COIS-AS, Warszawa 2000. http://www.stat.gov.pl/publikacje/demogr/stanu_zdrowia_lu.htm.
- Rocznik demograficzny. Warszawa 2002.
- Sytuacja zdrowotna ludności w Polsce w 1995 roku. PZH, Warszawa 1997.
- Ciura G. Stan zdrowia mieszkańców wsi. <http://biuro-sejm.gov.pl/teksty/i-593.htm>.
- Wyrzykowski B., Zdrojewski T. Epidemiologia nadciśnienia tętniczego. *Medycyna po Dyplomie* 2004; supl. 19: 3–7.
- Wolf-Maier K., Cooper R.S., Kramer H. i wsp. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada and the United States. *Hypertension* 2004; 43: 10–17.
- Pająk A., Kawalec E. Rozpowszechnienie i skuteczność postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Wyniki badania długofalowego Pol-MONICA Kraków. *Medipress Kardiologia* 1994; Vol. 1, No. 1.
- Rywik S.L., Davis C.E., Pająk A. i wsp. Poland and U.S. collaborative study on cardiovascular epidemiology hypertension in the community: prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the Pol-MONICA Project and the U.S. Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Ann. Epidemiol.* 1998; 8: 3–13.
- Zdrojewski T. Nadciśnienie tętnicze w Polsce. *Terapia* 2002; 8: 4–7.
- Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i wsp. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL-PLUS. *Kardiol. Pol.* 2004; 61: IV1–IV26.
- Zdrojewski T., Szpakowski P., Bandosz P. i wsp. Arterial hypertension in Poland in 2002. *J. Hum. Hypertens.* 2004; 18: 557–562.
- Babińska Z., Bandosz P., Zdrojewski T., Wyrzykowski B. Epidemiologia otyłości i otyłości brzusznej w Polsce, Europie Zachodniej i USA. *Kardiologia w Praktyce* 2004; 5: 3–7.
- Zdrojewski T., Kozicka-Kąkol K., Chwojnicki K., Szpakowski P., Konarski R., Wyrzykowski B. Arm circumference in adults in Poland as an important factor influencing the accuracy of blood pressure readings. *Blood Press. Monit.* 2005; 10: 73–77.
- Zdrojewski T., Szpakowski P., Bandosz P.A. Znajomość własnego ciśnienia tętniczego wśród dorosłych Polaków w ostatniej dekadzie wyraźnie się obniżyła. VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Poznań 17–19 X 2002 r. Abstrakty. *Nadciśnienie Tętnicze* 2002; R17.
- Krupa-Wojciechowska B., Zdrojewski T. Nadciśnienie Tętnicze 2003. *Przewodnik Lekarza Praktyka* 2003; 8: 16–25.
- Szeremeta A. Edukacja żywieniowa — wołanie o pomoc. Warszawa 2000.
- Burke V., Mori T.A., Giangulio N. i wsp. An innovative program for changing health behaviours. *Asia Pac. J. Clin. Nutr.* 2002; 11: S589–S597.
- Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003–2005 w Polsce. *Via Medica*, Gdańsk 2003.
- Krupa-Wojciechowska B., Semetkowska-Jurkiewicz E., Zdrojewski T. Nadciśnienie tętnicze u chorych z otyłością, cukrzycą i hiperlipidemią. *Przew. Lek.* 2004; 7: 20–31.