

Dlaczego polscy parlamentarzyści powinni wspierać profilaktykę chorób sercowo-naczyniowych?

prof. dr hab. n. med. Barbara Cybulska

Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa



W dniach 23 i 24 maja 2006 r. u 263 posłów (spośród 460) i u 47 senatorów (spośród 100) oceniono główne czynniki ryzyka (stężenie cholesterolu całkowitego, ciśnienie skurczowe krwi i palenie papierosów), które w połączeniu z płcią i wiekiem pozwalają odczytać w „Tabeli ryzyka SCORE” indywidualne zagrożenie zgonem sercowo-naczyniowym w ciągu najbliższych 10 lat [1]. Okazało się, że u 13% badanych było ono duże ($\geq 5\%$). Ponadto określono BMI i obwód w talii. Wprawdzie nie wchodzi one do kalkulacji ryzyka SCORE, ale obwód w talii (>94 cm u mężczyzn i >80 cm u kobiet) zajmuje pierwsze miejsce na liście pięciu czynników wchodzących w skład zespołu metabolicznego (ZMet) wg definicji *International Diabetes Federation* (IDF) [2]. Zespół metaboliczny zwiększa ok. 2-krotnie zagrożenie chorobami sercowo-naczyniowymi [3, 4] oraz 5-krotnie ryzyko cukrzycy typu 2 [4].

Z opisanych wyżej powodów wybór ocenianych czynników ryzyka u polskich parlamentarzystów był słuszny. Według rekomendacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) osoby ze stężeniem cholesterolu całkowitego (TC) ≥ 190 mg/dl (5,0 mmol/l) powinny mieć wykonany pełen lipidogram. Dotyczy to 32% osób, u których hipercholesterolemię wykryto *de novo*, oraz tych parlamentarzystów, którzy mieli wcześniej rozpoznaną hipercholesterolemię (31% badanych), a u których w czasie badania stężenie TC było ≥ 190 mg/dl. Dotyczyło to 2/3 takich osób. Poza tym pełen lipidogram powinien być zawsze wykonany u osób z nieprawidłowym obwodem w talii (80% badanych parlamentarzystów) w celu ewentualnego wykrycia dwóch innych elementów ZMet, tj. zwiększonego stężenia trójglicerydów (TG) i małego stężenia cholesterolu HDL (HDL-C), a także dla określenia stężenia cholesterolu LDL (LDL-C). Uzyskanie docelowego stężenia LDL w zależności od tego, jakie jest indywidual-

ne zagrożenie zgonem sercowo-naczyniowym, należy bowiem dzisiaj, obok porzucenia nałogu palenia papierosów i leczenia nadciśnienia tętniczego, do kanonu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych. Poza lipidogramem, u osób z otyłością brzuszną należy oznaczyć stężenie glukozy na czczo. Jak wiadomo, glikemia na czczo ≥ 100 mg/dl jest elementem ZMet. Wykonanie pełnego lipidogramu i oznaczenie glikemii było niemożliwe w czasie omawianego badania ze względu na to, że pobrania krwi dokonywano w godzinach 8.00–14.00, co oznacza, że część parlamentarzystów nie była na czczo. Osobom z wykrytymi czynnikami ryzyka zalecono zgłoszenie się do lekarza w celu pogłębienia badań i zastosowania odpowiedniego postępowania terapeutycznego.

Wśród polskich parlamentarzystów (dane adjustowane na wiek i płeć) zwraca uwagę duża częstość nadwagi (43,7%) i otyłości (34,6%) – 78,3% badanych miało za duże BMI i 77,5% nieprawidłowe obwody w talii, wskazujące na wewnątrzbrzuszną dystrybucję tkanki tłuszczowej. W porównaniu z badaniem przeprowadzonym wśród parlamentarzystów w roku 2000, u większej liczby osób stwierdzono otyłość (34,6 vs 20,7%) i więcej z nich ma za duży obwód w talii (77,5 vs 57,2%). Oba badania dzieli 6 lat, a w tym czasie w Polsce obserwowano się stały wzrost odsetka ludzi otyłych i dotkniętych ZMet, o czym świadczą wyniki badania Pol-MONICA [5]. Zrozumiałe jest też, że wskaźnik BMI oraz częstość nadwagi i otyłości są większe u posłów i senatorów niż w populacji ogólnopolskiej, która obejmuje ludzi o zróżnicowanej aktywności fizycznej (małej i dużej).

Należy jednak podkreślić, że wśród posłów i senatorów roku 2006, w porównaniu z parlamentarzystami roku 2000 oraz populacją ogólnopolską, rzadziej występuje nadciśnienie tętnicze. Dotyczy to nadciśnienia rozpoznanego wcześniej. Odpowiednie odsetki wynoszą 38, 52 i 74. Obserwacja ta wskazuje na lepszą obecnie kontrolę ciśnienia tętniczego. Okazało się bowiem, że spośród osób, które wcześniej miały rozpoznane nadciśnienie, w 2006 r. 46%

wykazywało prawidłowe wartości RR. Częstość *de novo* rozpoznanego nadciśnienia wśród parlamentarzystów roku 2006 i 2004 była taka sama (20,8 vs 20,4%). Pozytywnym objawem jest również mniejszy odsetek posłów i senatorów roku 2006 palących papierosy (14,9%), w porównaniu z rokiem 2000 (20,1%) oraz z populacją ogólnopolską (35%). Świadczy to o większej świadomości szkodliwości palenia papierosów.

Przeprowadzenie tego rodzaju badań wśród parlamentarzystów jest w najwyższym stopniu uzasadnione koniecznością lobbowania na rzecz ogólnokrajowego programu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych, finansowanego z budżetu państwa. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLCARD nie może być zamknięty w ramach czasowych. Aby w Polsce utrzymał się spadkowy trend liczby zgonów z tego powodu, obserwowany od 1992 r., program ten powinien być zadaniem ciągłym, zwłaszcza że zgony sercowo-naczyniowe w Polsce nadal są dużo częstsze niż w krajach „starej” Unii Europejskiej. Znajduje to odzwierciedlenie w krótszej długości życia Polaków. Należy również dodać, że trend spadkowy umieralności sercowo-naczyniowej w krajach Unii Europejskiej, który rozpoczął się znacznie wcześniej niż w Polsce, trwa nadal, co powoduje, że mimo spadku również u nas liczby zgonów z tego powodu różnica pomiędzy Polską i krajami „starej” Unii się nie zmniejsza.

Spadek liczby zgonów sercowo-naczyniowych w Polsce w ciągu ostatnich 12 lat, u mężczyzn o 38% i u kobiet o 31,5% [6], następuje – podobnie jak we wcześniejszych obserwacjach w innych krajach [7] – na tle korzystnych zmian w odżywianiu się populacji [6, 8]. W latach 1989–2004 zmniejszyło się spożycie tłuszczów zwierzęcych, a wzrosło roślinnych. Spożycie masła wynosiło w 1989 r. prawie 9 kg/głowę/rok, a w 2004 r. ok. 4,5 kg, natomiast tłuszczów roślinnych odpowiednio 9 kg i >19 kg. Spożycie owoców w omawianym czasie zwiększyło się z 30 do ok. 55 kg/głowę/rok. Wzrosło spożycie mięsa drobiowego, a spadło mięsa czerwonego. Nie można również pominąć korzystnego wpływu na umieral-

ność sercowo-naczyniową w Polsce czynników innych niż korzystne zmiany żywienia. Należą do nich poprawa farmakologicznej kontroli czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia lipidowe i węglowodanowe, a także szybsza, skuteczna pomoc w nagłych przypadkach kardiologicznych, między innymi dzięki rozwojowi kardiologii interwencyjnej. Niewątpliwie do tego sukcesu przyczyniły się wieloletnie programy profilaktyki realizowane w Polsce od wielu lat, w tym szkolenie lekarzy i edukacja społeczeństwa.

W podsumowaniu, przeprowadzone badanie ma przede wszystkim znaczenie edukacyjne i powinno lepiej uświadomić parlamentarzystom konieczność stałego wspierania działań na rzecz nieprzerwanej kontynuacji ogólnokrajowego programu profilaktyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych, jakim jest POLCARD.

Piśmiennictwo

1. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne. Europejskie wytyczne dotyczące prewencji chorób układu krążenia w praktyce klinicznej. *Kardiol Pol* 2004; 61 (Supl. I): I1-I9.
2. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J; IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome – a new worldwide definition. *Lancet* 2005; 366: 1059-62.
3. Galassi A, Reynolds K, He J. Metabolic syndrome and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *Am J Med* 2006; 119: 812-9.
4. Grundy SM, Cleeman II, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112: 2735-52.
5. Broda G, Szczęśniewska D, Rywik S. Częstość występowania zespołu metabolicznego w populacji osób dorosłych Warszawy. *Med Metabol* 2003; 7: 25-9.
6. Sekuła W, Figurska K, Jutrońska I, et al. Changes in the food consumption pattern during the political and economic transition in Poland and their nutritional and health implications. *Pol Popul Rev* 2005; 27: 141-58 (Central Statistical Office).
7. Food and health in Europe. A new basis for action. WHO Regional Publications. Robertson A, Triado C, Lobstein T, et al. (eds.). *European Series* No 96, 2004.
8. Szostak WB, Sekuła W, Figurska K. Reduction of cardiovascular mortality in Poland and changes in dietary patterns. *Kardiol Pol* 2003; 58: 173-81.