



Kolegium Redakcyjne

Redaktor Naczelny: dr hab. n. med. Piotr Podolec
Sekretarz: dr Grzegorz Kopec

Członkowie

Dr n. med. Maciej Godycki-Ćwirko
Dr n. med. Elżbieta Kozek
Prof. dr hab. n. farm. Marek Naruszewicz
Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Pająk
Prof. dr hab. n. med. Jerzy Stańczyk
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Tykarski
Dr hab. n. med. Anetta Undas
Dr n. med. Adam Windak

Eksperti Rady Redakcyjnej PFP

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas
Prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Rynkiewicz
Dr n. med. Adam Windak

Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia

Honorowy Członek PFP
Prof. dr hab. n. med. Michał Tendera
Prezes Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Koordinator Polskiego Forum Profilaktyki

Prof. dr hab. n. med. Adam Torbicki
Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Przewodniczący Rady Redakcyjnej PFP

Dr hab. n. med. Piotr Podolec

Sekretarz Rady Redakcyjnej PFP

Dr Grzegorz Kopec

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Prof. dr hab. n. med. Adam Torbicki
Prezes Elekt PTK
Prof. dr hab. n. med. Mirosław Dłużniowski

Prezes Towarzystwa Internistów Polskich

Prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Kucharz
Prezes Elekt TIP
Prof. dr hab. n. med. Jacek Musiał

Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Prof. dr hab. n. med. Jacek Sieradzki
Wiceprezes PTD
Prof. dr hab. n. med. Władysław Grzeszczak

Prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Januszewicz
Prezes Elekt PTNT
Prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzicki

Prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą

Prof. dr hab. n. farm. Marek Naruszewicz

Prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Prof. dr hab. n. med. Krystyna Wąsowska-Królikowska

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Stelmasiak
Prezes Elekt PTN
Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala

Siedziba Rady Redakcyjnej PFP

Klinika Chorób Serca i Naczyni CM UJ
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków
tel/fax: (12) 614 25 99
e-mail: pfp@szpitalp2.krakow.pl
strona: www.pfp.edu.pl

Współpraca redakcyjna

Katarzyna Siwiec
Wirginia Tajnert-Krupińska
Marta Belowa

Wydawca

Medycyna Praktyczna
ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków
tel. (012) 293 40 00, fax (012) 293 40 10
e-mail: listy@mp.pl, http://www.mp.pl

Polskie Forum
Profilaktyki
Chorób Układu
Krążenia (PFP)

www.pfp.edu.pl

ISSN 1734-9591

FORUM

PROFILAKTYKI

Nr 1 (1) wrzesień 2005

WYDANIE DLA LEKARZY

ROZMOWA DNIA Dlaczego Polskie Towarzystwo Kardiologiczne weszło w skład Polskiego Forum Profilaktyki?

Prof. dr hab. n. med.
Adam Torbicki, Prezes
Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego (PTK)



Ścisłej – dlaczego PTK zainicjowało powstanie Forum? Z inicjatywą wystąpił doc. Piotr Podolec, Przewodniczący nowo utworzonej Komisji Prewencji PTK. Powołaliśmy ją, ponieważ pierwszym statutowym celem PTK jest zwalczanie i profilaktyka chorób układu krążenia. Chociaż większość z ponad 3,5 tysięcy a naszych członków zrzeszonych w 17 oddziałach i 12 sekcjach na co dzień zajmuje się kardiologią naprawczą, nie ma żadnej wątpliwości, że dla zdrowia społecznego równie ważna jest prewencja. Dlatego ostatnio tak wiele uwagi poświęcamy temu zagadnieniu. W stosunkowo krótkim czasie PTK rozwinęło bardzo różnorodną działalność. Zdobyliśmy doświadczenia i kontakty, którymi chętnie będziemy się dzielić z innymi organizacjami, których

Czytaj dalej – s. 7

Polskie prawo w walce z niktynizmem

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala,
Prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński,
Dr Grzegorz Kopec,
Renata Mikołajczyk (MP),
Dr hab. n. med. Piotr Podolec

Palenie tytoniu stanowi od lat jedną z najważniejszych przyczyn zagrożenia zdrowia społeczeństwa polskiego. Obecnie w naszym kraju na choroby odtytoniowe umiera przedwcześnie około 43 tysiące

Czytaj dalej – s. 2

OD REDAKCJI

Żyjemy w niełatwych dla serca czasach. Pośpiech, który sobie narzucamy, by sprostać coraz to nowym wyzwaniom, niezdrowa dieta, uzależnienie od nikotyny i alkoholu, a także nieumiejętność radzenia sobie ze stresem – wszystko to nie może podobać się naszemu sercu. Dlatego my, lekarze, z niepokojem obserwujemy gwałtowny wzrost częstości występowania chorób układu krążenia, które zajmują pierwsze miejsce na liście przyczyn zgonów. O tym, że łatwiej zapobiegać chorobom, niż je leczyć w zaawansowanym stadium, wiedzieliśmy już od wieków. Doskonale zdajemy sobie sprawę, że bez profilaktyki nie uda się opanować epidemii chorób układu krążenia, a trudno nie nazwać epidemią sytuacji, kiedy z przyczyn sercowo-naczyniowych umiera co drugi człowiek w naszym kraju.

Dlatego cieszę się, że 4 marca 2005 r. w Krakowie udało się powołać do życia Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PFP). Będąc Przewodniczącym Komisji Promocji Zdrowia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, czułem się zobowiązany do podjęcia starań na rzecz lepszej kondycji polskich serc. Jak żyć, by ich lekko myślnie nie krzywdzić? Na to pytanie będziemy starali się odpowiadać w każdym kolejnym numerze *Forum Profilaktyki*, pisma o charakterze edukacyjnym, który powołaliśmy po to, by szerzej realizować założenia powstałego w Krakowie Forum. Do lektury zapraszamy nie tylko lekarzy; współczesna medycyna, a zwłaszcza zyskująca coraz większe znaczenie profilaktyka to dziedzina, która – z definicji – nie może być wiedzą tajemną, zarezerwowaną dla zamkniętego grona osób. Zmiana stylu życia na prozdrowotny powiedzie się przecież tylko wówczas, jeśli sami zainteresowani będą wiedzieli, jak zabrać się do dzieła. Sądzę, że nie jest przesadą twierdzenie, iż w wielu przewlekłych schorzeniach długość i jakość życia jest również pochodną stopnia wyedukowania pacjentów.

Niełatwo poruszać się w gąszczu najrozmaitszych (często wątpliwych) rad, zaleceń i modnych rewelacji na tematy zdrowotne, którymi codziennie atakują nas media. Niechaj o zdrowiu wypowiadają się specjaliści! Dlatego w skład Kolegium Redakcyjnego

Forum Profilaktyki wchodzi reprezentanci Towarzystw Naukowych będących członkami Polskiego Forum Profilaktyki. Mamy nadzieję, że w najbliższym czasie zespół ten rozszerzy się o dalszych przedstawicieli środowisk naukowych związanych z szeroko rozumianą prewencją i epidemiologią w medycynie. Prezentowane przez nas rady i zalecenia zawsze będą się opierać na poważnych badaniach naukowych. Chcemy, by najnowsze europejskie wytyczne dotyczące profilaktyki chorób układu krążenia zostały zaadaptowane w Polsce.

My, kardiolodzy, musimy działać wspólnie z reprezentantami innych gałęzi medycyny. Chorób serca nie można dzisiaj analizować oddzielnie, w oderwaniu od schorzeń na pozór niezwiązanych z układem krążenia. „Serce przecież umiera jako ostatnie”. Od naszego ogólnego zdrowia, od przebiegu innych chorób i od profilaktyki właśnie zależy, jak długo bić będzie nasze serce. Dlatego Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zaprosiło do współpracy w ramach Polskiego Forum Profilaktyki sześć innych polskich towarzystw medycznych. Są to: Towarzystwo Internistów Polskich, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Polskie Towarzystwo Badań nad Miażdżycą, Polskie Towarzystwo Pediatryczne oraz Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Niebawem dołączy do nas – mam

nadzieję – Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Stanowisko koordynatora PFP na 2005 rok objął prof. dr hab. n. med. Adam Torbicki – Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zaś honorowym członkiem został prof. dr hab. n. med. Michał Tendera – Prezes Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

W pierwszym numerze przedstawiamy Państwu między innymi: najważniejsze założenia programu pierwotnej i wtórnej prewencji chorób układu krążenia oraz propozycję reaktywowania ustawy antynikotynowej.

Serdecznie witam i zapraszam do współpracy wszystkich tych, których wiedza i doświadczenie mogą uratować wiele polskich serc.

dr hab. n. med. Piotr Podolec

Czas profilaktyki

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Andrzejem Rynkiewiczem, Przewodniczącym Europejskiej Grupy Roboczej ds. Epidemiologii i Prewencji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Kiedy prewencja chorób układu krążenia stała się jednym z priorytetowych zadań Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego?

Celem Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology) jest zmniejszenie zagrożenia chorobami układu krążenia i – co za tym idzie – poprawa jakości życia mieszkańców Europy. Wprawdzie ESC zajmuje się przede wszystkim medycyną naprawczą, jednak ostatnio jednym z najważniejszych wyzwań stała się prewencja. Wiemy już, że opanowanie epidemii chorób układu krążenia (zwłaszcza choroby wieńcowej)

bez wdrażania profilaktyki nie jest możliwe. Dlatego od początku lat 90. minionego stulecia prewencja stała się jednym z naczelnych zadań Towarzystwa. Dwa lata temu powstała koncepcja połączenia dwóch grup roboczych, które zajmują się podobnymi problemami: Grupy ds. Epidemiologii i Prewencji (której przewodniczę) oraz Grupy ds. Rehabilitacji i Wysiłku Fizycznego. Powstała nowa struktura – Europejskie Stowarzyszenie Prewencji Chorób Sercowo-Naczyniowych i Rehabilitacji (EACPR). Zagadnienia związane z prewencją uzyskały dziś wyższą rangę – wprowadzenie prewencji stało się zadaniem priorytetowym.

Epidemia chorób układu krążenia pojawiła się u nas znacznie później niż w krajach wysoko rozwiniętych.

A więc jesteśmy w lepszej sytuacji. Możemy korzystać z obcych doświadczeń. Wiemy, jakie parametry powinniśmy śledzić, modyfikować; możemy ponadto naśladować sprawdzone programy, jak choćby program dotyczący Północnej Karelii w Finlandii. Po stwierdzeniu, że w pewnych regionach Finlandii nagle zaczęła gwałtownie wzrastać częstość występowania zawałów serca i zgonów związanych z układem krążenia, zaczęto badać parametry czynników

Czytaj dalej – s. 2

Czas profilaktyki



Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Rynkiewicz

Cd. ze s. 1

ryzka: palenie tytoniu, stężenie cholesterolu czy ciśnienie tętnicze. Wprowadzono bardzo intensywną profilaktykę na bardzo różnych poziomach – poprzez edukację społeczną, udział lekarzy rodzinnych, media. Udało się radykalnie zmniejszyć liczbę zgonów związanych z układem krążenia. Jak pokazał fiński projekt, jest to proces długotrwały, wymagający cierpliwości, stanowczości i dużej wiedzy. Ale – w konsekwencji – opłacalny. A więc profilaktyka! Tyle dziś nowych możliwości – choćby edukacja poprzez internet.

A – tak na marginesie – jeśli chodzi o historię idei profilaktyki w Europie, to oprócz Fina Kalevi Pyörälä, jednego z twórców Grupy Roboczej Epidemiologii i Prewencji i współautora programu przeprowadzonego w Północnej Karelii, bardzo znaczącą postacią był badacz angielski, Jeffrey Rose z Londynu, który wprowadził do kardiologii epidemiologię i podstawy prewencji.

Jako Przewodniczący Grupy Roboczej ds. Epidemiologii i Prewencji ESC jest Pan również członkiem Komitetu Europejskich Towarzystw ds. Prewencji Chorób Sercowo-Naczyniowych (JESCVCPC). Co to za struktura?

Przypomina tę, która tworzy Polskie Forum Profilaktyki. Grupuje reprezentantów ośmiu towarzystw europejskich, w tym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które jest liderem wspólnego komitetu. Najwyższy czas, by również w Polsce przy jednym stole zgromadzić reprezentantów towarzystw naukowych i dyskutować nad priorytetami i celami prewencji chorób układu krążenia. Różne towarzystwa w Europie opracowują własne rekomendacje, zalecenia, standardy postępowania w różnych sytuacjach chorobowych. Diabetolodzy pracują nad zaleceniami dotyczącymi leczenia cukrzycy, a kardiolodzy formułują dość liczne zalecenia poświęcone wybranym zagadnieniom w zakresie chorób sercowo-naczyniowych. W 1993 roku Europejskie Towarzystwa: Kardiologiczne, Miażdżycowe i Nadciśnieniowe opracowały pierwsze wspólne standardy dotyczące prewencji; kolejne powstały w 1997 roku, a ostatnie, znowelizowane w 2003 roku, zostały już podpisane przez łącznie osiem towarzystw europejskich. Proponujemy, żeby podobne zalecenia powstawały w Polsce. W tym celu do PFP zaproszono towarzystwa medyczne, które mogą nawiązać ścisłą współpracę i bardzo aktywnie włączyć się w prewencję chorób układu krążenia.

Należy dodać, że członkiem Komitetu Towarzystw Europejskich ds. Prewencji Sercowo-Naczyniowej jest Towarzystwo Medycyny Behavioralnej. Zmiana stylu życia na pro-

zdrowotny powinna się stać zadaniem także i dla psychologów. Na ogół wszyscy zdają sobie sprawę ze szkodliwości palenia papierosów czy uzależnienia od niezdrowej diety, nie wszyscy jednak umieją się od zgubnego nawyku oderwać. Nie wszyscy też potrafią skutecznie radzić sobie ze stresem, uważanym za istotny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Bardzo przydatna może się również okazać psychologia kliniczna, zwłaszcza na etapie profilaktyki, ale także medycyny naprawczej. Pacjent po zawale serca, a także po innych ostrych incydentach kardiologicznych przeżywa niezwykle ciężki stres. Do przezwyciężenia go niezbędna jest pomoc psychologów. Lekarze zajmujący się medycyną naprawczą, interwencyjni kardiolodzy, nie są w stanie samodzielnie sobie z tym poradzić.

W działania profilaktyczne włączają się specjaliści różnych dziedzin. Czy oznacza to powrót do źródeł medycyny, która traktowała człowieka jako integralną całość?

Można tak powiedzieć. My w Polsce nadal entuzjastycznie tworzymy nowe specjalności (aktualnie – rzecz niebywała – jest ich około dziewięćdziesięciu!), nowe towarzystwa naukowe czy nowe czasopisma medyczne. Tymczasem w Europie już dawno pojawiła się tendencja, by liczbę specjalizacji zredukować do około trzydziestu. Oczywiście, powstają nowe metody diagnostyczne, nowe sposoby leczenia, nowe choroby i związane z nimi nowe specjalizacje. Jednak mamy poczucie, że należy powrócić do źródeł; próbować wspólnie analizować problemy chorego, które często są ze sobą powiązane. Czas życia się wydłużył, również w Polsce. A im dłuższe życie, tym więcej schorzeń różnych układów. Holistyczna medycyna wydaje się dziś niezbędna, ponieważ pacjent nie może odwiedzać piętnastu różnych specjalistów.

Musi dojść do większej integracji poszczególnych specjalności i do tego dążymy również i w Polsce. Nielatwe to zadanie (nawet w Europie), bo mamy do czynienia z indywidualnymi dążeniami, ambicjami poszczególnych towarzystw naukowych czy środowisk. Czasami trudno kolegów namówić do wspólnego dyskusowania czy opracowania jakiegoś dokumentu. Ale powoli to się udaje. Dlatego jestem bardzo zadowolony, że dr. hab. n. med. Piotrowi Podolcowi udało się spowodować, by takie wspólne forum powstało. To bardzo dobry krok i jesteśmy – dzięki temu – liderami również w Europie.

To krok, na razie, formalny.
W najbliższym czasie czeka nas sporo pracy, by Forum zaczęło żyć swoim życiem. Nasze zadanie to rozwiązywanie problemów prewencji wspólnie z innymi towarzystwami. Dla pacjenta będzie lepiej, jeżeli na to samo zagadnienie spojrzymy z różnych stron. Jednocześnie chodzi nam o to, aby uniknąć zamieszania wśród pacjentów czy lekarzy rodzinnych, którzy otrzymują różne zalecenia dotyczące tego samego problemu zdrowotnego. Weźmy na przykład nadciśnienie tętnicze. Inaczej na ten temat wypowiedzą się nefrologi, inaczej kardiolodzy, jeszcze inaczej diabetolodzy czy hipertensjologowie. Dla pacjenta najistotniejsze jest jednak to, by otrzymał zrozumiałe dla siebie i możliwe do wykonania zalecenia. Powinniśmy więc dążyć do ujednoczenia stano-

wisk w wielu sprawach i do opracowywania wspólnych dokumentów.

Jednocześnie mamy okazję wykorzystać wiedzę i doświadczenie kolegów – przedstawicieli różnych gałęzi medycyny. Pacjent z chorobą wieńcową, po zawale czy zagrożony zawałem to często człowiek cierpiący jednocześnie na inne schorzenia, które mogą prowadzić i do miażdżycy, i do zawałów. Może on chorować na cukrzycę czy mieć nadciśnienie tętnicze, dawniej stanowiące domenę zainteresowania hipertensjologów, czyli kolegów działających w PTNT (które zresztą pod koniec lat 80. wyłoniło się z PTK). Teraz próbujemy wrócić do wspólnego traktowania problemów kardiologicznych u chorych z nadciśnieniem. To samo dotyczy diabetologów, nefrologów, kolegów zajmujących się angiologią, miażdżycą itp. Zainteresowanie profilaktyką chorób układu krążenia wśród niekardiologów jest dzisiaj ogromne. Powstają nawet nowe dyscypliny, jak diabetokardiologia czy (jak wolą kardiolodzy) – kardiadiabetologia. Albo – kardionefrologia (lub nefrokardiologia, jak wolą nefrologi). Podobnie Towarzystwo Przeciwmiażdżycowe, które tak aktywnie działało na forum prewencyjnym, wdrażało standardy przeciwmiażdżycowych towarzystw

Musi dojść do większej integracji poszczególnych specjalności i do tego dążymy również i w Polsce. Nielatwe to zadanie (nawet w Europie), bo mamy do czynienia z indywidualnymi dążeniami, ambicjami poszczególnych towarzystw naukowych czy środowisk. Czasami trudno kolegów namówić do wspólnego dyskusowania czy opracowania jakiegoś dokumentu. Ale powoli to się udaje. Dlatego jestem bardzo zadowolony, że dr. hab. n. med. Piotrowi Podolcowi udało się spowodować, by takie wspólne forum powstało. To bardzo dobry krok i jesteśmy – dzięki temu – liderami również w Europie.

europejskich i światowych, a nie było do tej pory formalnie włączone w działalność PTK.

Może faktycznie taka postawa jest czymś w rodzaju powrotu do źródeł medycyny, która kiedyś traktowała człowieka jako całość?

Ciężko namawiać do zmiany stylu życia na prozdrowotny tam, gdzie jednocześnie przeznacza się ogromne pieniądze na subwencje dla producentów tytoniu.

To bardzo poważny problem. Być może potrzebni są i politycy, którzy wykształcą pewien model konsumpcji. Dyskusja o standardach żywieniowych w Unii Europejskiej jest bardzo trudna, chociażby ze względu na politykę rolną wspomagającą sektor rolniczy. Trudno ograniczyć konsumpcję pewnego rodzaju żywności, a mało kto wie, że w Europie przeznaczają się olbrzymie środki na subwencje dla producentów tytoniu. Z drugiej strony wydajemy wielkie sumy na prewencję, zapobieganie paleniu, leczenie konsekwencji palenia itd. Wprowadzanie działań profilaktycznych jest więc niezwykle trudne. To problem społeczny, ekonomiczny i nawet podatkowy – państwo traci, jeśli spadają wpływy budżetowe z akcyzy związanej ze sprzedażą papierosów. Widzimy zatem, że pojawiają się nagle bardzo różne problemy, które nie są proste do rozwiązania dla lekarza. By przeciwdziałać takim paradoksom, trzeba tworzyć silne struktury, właśnie takie jak Forum, które umożliwią podejmowanie omawianych zagadnień na forum publicznym.

rozmawiała Katarzyna Siwiec

Polskie prawo w walce z niktynizmem

Odsetek przedwczesnych zgonów (w wieku 35–69 lat) z wybranych przyczyn wynikających z palenia tytoniu (liczba zgonów wynikających z palenia tytoniu/liczba zgonów ogółem w tys.), Polska 2000

przyczyna zgonu	mężczyźni	kobiety
nowotwór złośliwy płuca	9,5/10 95%	1,7/2,4 71%
nowotwory złośliwe ogółem	15/27 55%	2,2/18 12%
choroby układu krążenia	13/35 37%	2,2/15 15%
choroby układu oddechowego	2,2/3,5 63%	0,5/1,5 33%
inne	6,2/30 21%	1,0/9,9 10%
łącznie wszystkie przyczyny zgonów	37/95 38%	5,9/44 13%

Cd. ze s. 1

osób rocznie – 38% mężczyzn i 13% kobiet (tab. 1).

Podstawę ustalenia skutecznej polityki zdrowotnej w tym zakresie stanowi przyjęta przez rząd RP „Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych” z 1995 roku¹ (Dz. U. z 1996 r. nr 10, poz. 55) wraz z rządowym „Programem ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce”².

Ustawa ta:

- zabrania **palenia wyrobów tytoniowych** poza wyraźnie wyodrębnionymi i odpowiednio przystosowanymi miejscami w zakładach opieki zdrowotnej, szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, a także „w pomieszczeniach zakładów pracy oraz innych obiektów użyteczności publicznej”;
- zabrania **sprzedaży wyrobów tytoniowych** na terenie zakładów opieki zdrowotnej, szkół i placówek oświatowo-wychowawczych, obiektów sportowo-rekreacyjnych oraz w automatach, a także osobom do 18. roku życia;
- zabrania **reklamy i promocji wyrobów tytoniowych**, rekwizytów tytoniowych i produktów imitujących wyroby lub rekwizyty tytoniowe oraz symboli związanych z używaniem tytoniu;
- zabrania **sponsorowania przez firmy tytoniowe** działalności sportowej, kulturalnej,

oświatowej, zdrowotnej i społeczno-politycznej,

- gwarantuje **bezpłatne leczenie** uzależnienia od używania tytoniu w publicznych zakładach opieki zdrowotnej;
- zobowiązuje Radę Ministrów do **ustalenia programu polityki zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej**, zmierzającego do zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych oraz do corocznych sprawozdań z realizacji tego programu w terminie do 30 kwietnia, przeznaczając na realizację programu z budżetu państwa 0,5% wartości podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych;
- nakłada na producentów papierosów i innych wyrobów tytoniowych wymóg **umieszczenia na opakowaniach ostrzeżeń przed szkodliwością palenia, a w przypadku papierosów także informacji o zawartości substancji smolistych i nikotyny w jednym papierosie**. Treść, wzory i sposób umieszczania napisów o szkodliwości palenia w sposób szczegółowy określa akt wykonawczy do ustawy. Obecnie obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia z 24 lutego 2004 roku „w sprawie badania zawartości niektórych substancji w dymie papierosowym oraz informacji i ostrzeżeń zamieszczanych na opakowaniach wyrobów tytoniowych”. To właśnie na mocy tego rozporządzenia na paczkach papierosów i innych wyrobów tytoniowych po jednej stronie (na 30%

Czytaj dalej – s. 8



Andrzej Pająk*, Adam Windak**

Zdażyć przed epizodem

Program pierwotnej i wtórnej prewencji chorób układu krążenia w praktyce klinicznej

Wstęp

Celem prewencji chorób układu krążenia jest zmniejszenie częstości występowania pierwszych lub kolejnych epizodów, związanych z chorobą niedokrwienną serca, niedokrwiennym udarem mózgu oraz chorobą tętnic obwodowych, co w efekcie ma zapobiec inwalidztwu i przedwczesnym zgonom. Dla osiągnięcia tego celu szczególne znaczenie ma wprowadzanie zmian stylu życia, zwalczanie najważniejszych czynników ryzyka oraz – w uzasadnionych przypadkach – stosowanie metod farmakologicznej prewencji.

Konieczność niezwłocznego, szeregowego wdrożenia prewencji chorób układu krążenia w Polsce wynika z kilku dobrze udokumentowanych przesłanek:

- Choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów, w tym w znacznej mierze zgonów przedwczesnych. Ponadto często stają się przyczyną inwalidztwa i źródłem dużej części rosnących kosztów opieki zdrowotnej.
- Choroby te występują najczęściej w związku z miażdżycą tętnic, która postępuje bezobjawowo przez wiele lat i na ogół w momencie wystąpienia objawów choroby jest już znacznie zaawansowana i nieodwracalna.
- Zgony z powodu chorób układu krążenia występują często nagle lub przed udzieleniem pomocy, a nawet wezwaniem efektywnej pomocy medycznej i z tego powodu wiele metod leczenia nie znajduje w ich przypadku w ogóle zastosowania.
- Wystąpienie pierwszych objawów zawału serca lub udaru mózgu często nie skłania chorych i ich otoczenia do dostatecznie szybkiego wezwania pomocy medycznej. Opóźnienie we wdrożeniu leczenia zmniejsza jego skuteczność, a niekiedy powoduje, że leczenie nabiera wyłącznie charakteru paliatywnego.
- Występowanie chorób układu krążenia jest w znacznym stopniu związane ze stylem życia i czynnikami fizjologicznymi, które można modyfikować (palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, niewłaściwa dieta, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemie).
- Wykazano, że modyfikacja czynników ryzyka zmniejsza zachorowalność i śmiertelność z powodu chorób układu krążenia, a skuteczność prewencji

należy do najlepiej udowodnionych i zbadanych prawd w medycynie.

- Wykazano, że w krajach rozwiniętych zmniejszenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca można w około 70% wyjaśnić spadkiem zachorowalności.

W 1994 roku pięć międzynarodowych towarzystw naukowych sygnowało uzgodnione stanowisko dotyczące zasad prewencji chorób układu krążenia. Postęp wiedzy oraz wyniki badań określających, w jakim stopniu zalecenia były wdrażane w życie, zdecydowały o wydaniu kolejnych wersji stanowiska w latach 1998 i 2003¹⁻³. Ostat-

Wykazano, że w krajach rozwiniętych zmniejszenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca można w około 70% wyjaśnić spadkiem zachorowalności.

nia wersja stanowiska – sygnowana przez 8 międzynarodowych towarzystw naukowych – została również opublikowana w polskiej wersji⁴. Politycy zainteresowani problematyką zdrowotną, organizatorzy ochrony zdrowia oraz lekarze w Polsce otrzymali cenny dokument, który na podstawie całej dostępnej wiedzy jednoznacznie wskazuje, że w zakresie środków, których skuteczność została udowodniona w prewencji chorób układu krążenia, należy podjąć długofalowe i konsekwentne działania, które istotnie zmniejszą narażenie na modyfikowalne czynniki ryzyka i tym samym doprowadzą do istotnego zmniejszenia zachorowalności na choroby układu krążenia, rozwijające się na podłożu miażdżycy. W dokumencie jasno i precyzyjnie ujęto wszystkie dotyczące kardiologii prewencyjne zadania i cele, które stoją przed systemem opieki zdrowotnej. Jego autorzy traktują własne opracowanie jako podstawę do tworzenia krajowych zaleceń, biorących pod uwagę szczególnie uwarunkowania polityczne, ekonomiczne, społeczne i medyczne. Zachęcają przedstawicieli różnych grup zawodowych w poszczególnych krajach Europy do podejmowania współpracy w celu wypracowania narodowych wersji wytycznych.

Idea zapobiegania chorobom układu krążenia nie jest nowa. Od lat czterdziestych XX wieku wiadomo, że istnieją modyfikowalne czynniki ryzyka chorób układu krążenia, a pierwsze badania kliniczne, które dowiodły skuteczności metod prewencji, datuje się na lata 60. i 70. XX wieku. W Polsce

pierwszy eksperyment w ramach projektu Światowej Organizacji Zdrowia (Euro 8202) przeprowadzono w latach 70.⁵ W eksperymencie tym dowiedziano, że w grupach wysokiego ryzyka zmiany w stylu życia, które doprowadzają do zmniejszenia stężenia cholesterolu, obniżenia ciśnienia tętniczego oraz zaprzestania palenia tytoniu – powodują zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu krążenia. Następne lata nie przyniosły jednak znaczącego postępu. W ciągu dwóch dekad (lata 1970–1990) odnotowywano niemal stały wzrost umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca. Ten niekorzystny trend odwrócił się dopiero w 1992 roku⁶. W badaniach obserwacyjnych, przeprowadzonych w ramach projektu POL-MONICA, wykazano, że spontaniczne zmiany w narażeniu na czynniki ryzyka były niewielkie, miały przeciwny kierunek i nie wyjaśniały w istotnym stopniu odwrócenia się trendu umieralności⁷. Odnotowano natomiast korzystne spontaniczne zmiany w sposobie odżywiania się, które chociaż nie były na tyle silne, aby znacząco oddziaływać na średnie stężenia lipidów we krwi, to jednak mogły wpłynąć niezależnie na umieralność⁸. Nie prowadzono badań, które wyjaśniłyby, jaki wpływ na trend umieralności z powodu chorób układu krążenia miały zmiany czynników ryzyka w dalszych latach. W ostatnio przeprowadzonych badaniach stwierdza się jednak, że narażenie na czynniki ryzyka nadal jest wysokie, a skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii jest niedostateczna. Wyjątek stanowi palenie tytoniu, którego częstość u mężczyzn zmniejszyła się znacznie, a u kobiet stwierdzono zahamowanie trendu wzrostowego^{9,10}.

Strategie prewencji

Prewencja chorób układu krążenia wymaga równoległego wdrożenia dwóch strategii postępowania:

- strategii ogólnopopulacyjnej oraz
- strategii wysokiego ryzyka.

Strategia ogólnopopulacyjna polega na działaniach wpływających na uwarunkowania zdrowia w całej populacji. Należą do nich: promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, prawodawstwo na rzecz zdrowia, budowanie odpowiedniej infrastruktury do uprawiania sportu itp. Działania typowe dla strategii ogólnopopulacyjnej są

domeną zdrowia publicznego i powinny być podejmowane przez odpowiednie jednostki administracji państwowej i inne instytucje użyteczności publicznej. Istotną rolę w edukacji zdrowotnej pełnią środki masowego przekazu. W ciągu ostatnich lat w Polsce podejmuje się wiele działań w zakresie ogólnopopulacyjnej strategii zapobiegania chorobom układu krążenia. Warto tutaj wymienić uchwalenie Ustawy antytytoniowej przez Sejm RP oraz regulacje prawne dotyczące podawania składu żywności na opakowaniach. Wspomnieć należy o dystrybucji plakatów, ulotek i innych materiałów edukacyjnych, włączeniu zagadnień związanych ze zdrowym stylem życia do programów nauczania w szkołach, corocznych obchodach Światowego Dnia Serca, Programie 400 Miast i wielu innych inicjatywach podejmowanych tak na szczeblu krajowym, jak i na poziomie społeczności lokalnych. W większości działań prowadzonych w ramach strategii ogólnopopulacyjnej wymagają jednak uzupełnienia próbami racjonalnego rozwiązywania problemów na poziomie jednostki, czyli wdrożenia strategii wysokiego ryzyka.

Strategia wysokiego ryzyka polega na aktywnym wyszukiwaniu wszystkich zagrożonych osób i objęciu ich odpowiednią opieką. W prewencji chorób układu krążenia strategia wysokiego ryzyka pozostaje zwykle domeną instytucji opieki zdrowotnej. Działania w zakresie strategii wysokiego ryzyka nie są żadną nowością dla świata medycznego w Polsce. Od dziesięcioleci w „nauczaniu” przed- i podyplomowym wskazuje się na konieczność leczenia nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii czy podkreśla potrzebę zwalczania nałogu palenia papierosów. Zwalczanie tych czynników ryzyka znalazło się również wśród celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia, jednak w skali ogólnopolskiej dotychczasowe wyniki należy uznać za słabe. Zaledwie u 13% chorych na nadciśnienie tętnicze osiąga się cel leczenia, czyli obniżenie ciśnienia tętniczego do wartości poniżej 140/90 mm Hg¹¹. Szczególnie niepokojący jest niezadowalający stopień wdrożenia metod wtórnej prewencji u chorych na chorobę niedokrwienną serca, wśród których u połowy stwierdza się podwyższone stężenie cholesterolu, u połowy podwyższone ciśnienie tętnicze, a blisko 20% nadal pali papierosy. Znaczna część osób

Zaledwie u 13% chorych na nadciśnienie tętnicze osiąga się cel leczenia, czyli obniżenie ciśnienia tętniczego do wartości poniżej 140/90 mm Hg.

z chorobą niedokrwienną serca nie przyjmuje także leków zapobiegających wystąpieniu następnego ostrego epizodu choroby^{12,13}. Ten stan rzeczy wskazuje, że aby zwiększyć skuteczność zwalczania czynników ryzyka chorób układu krążenia, należy rozszerzyć postępowanie o nowe skuteczniejsze metody.

Z niewielkim uproszczeniem można stwierdzić, że skuteczność i korzyść ekonomiczna działań prewencyjnych prowadzonych w ramach strategii wysokiego ryzyka jest tym większa, im wyższe jest ryzyko osób objętych tymi działaniami. Z tego względu w uzgodnionym stano-

wisku 8 europejskich towarzystw naukowych³ określono następujące priorytety dotyczące zapobiegania chorobom układu krążenia w praktyce klinicznej:

1. Osoby z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca, chorobami tętnic obwodowych i chorobami tętnic mózgowych, rozwijającymi się na podłożu miażdżycy.

2. Osoby bez objawów, z dużym ryzykiem wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, rozwijających się na podłożu miażdżycy, wynikającym z obecności:

- licznych czynników ryzyka wskazujących, że obecnie (lub po oszacowaniu – dla wieku 60 lat) 10-letnie ryzyko zgonu z powodu CVD (*cardiovascular disease* – chorób sercowo-naczyniowych) wynosi $\geq 5\%$,
 - jednego bardzo silnego czynnika ryzyka, jak: stężenie cholesterolu ≥ 8 mmol/l (320 mg/dl), stężenie cholesterolu LDL ≥ 6 mmol/l (240 mg/dl), ciśnienie tętnicze $\geq 180/110$ mm Hg,
 - cukrzycy typu 2 lub cukrzycy typu 1 z mikroalbuminurią.
3. Osoby blisko spokrewnione z:
- chorym, u którego wcześniej wystąpiła choroba sercowo-naczyniowa rozwijająca się na podłożu miażdżycy,
 - osobami bez objawów o szczególnie dużym ryzyku.
4. Inne osoby spotkane w rutynowej praktyce klinicznej.
- Już sam przegląd najwyższych priorytetów wskazuje, że w polskim systemie opieki zdrowotnej zadania muszą być adresowane zarówno do jednostek medycyny pierwszego kontaktu, jak i placówek specjalistycznych.

Program edukacji i rehabilitacji kardiologicznej w prewencji wtórnej

Osoba z objawami choroby sercowo-naczyniowej, czyli choroby niedokrwiennej serca, choroby naczyniowej mózgu lub choroby naczyń obwodowych jest z definicji osobą wysokiego ryzyka i jako taka powinna zostać objęta interwencją. Rozpoznanie choroby, poza podjęciem leczenia zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, powinno się wiązać z możliwością przekazania pacjentowi informacji o jego chorobie i o możliwościach zmniejszenia ryzyka wystąpienia zgonu lub innych ostrych epizodów choroby, tj. głównie zawału serca i udaru mózgu. Wiedzę tę należy uzupełniać działaniami motywującymi do długofalowego porządkowania się zaleceń lekarskim i do dokonania odpowiednich zmian stylu życia, a także poddania się kontroli skuteczności podjętych działań. Zakres koniecznej wiedzy jest spory i przyswojenie go wymaga pewnego wysiłku. Ponadto przekazanie pacjentowi informacji nie wyczerpuje problemu, gdyż właściwym celem programu prewencji nie jest wiedza sama w sobie, ale wprowadzona dzięki niej zmiana stylu życia. Przekazanie i utrwalenie odpowiedniego poziomu wiedzy jest zatem koniecznym warunkiem wstępnym, ale wymaga uzupełnienia o wiele innych działań, jak: demonstracje, próby samodzielnego wykonania zalecanych czynności, dyskusja umożliwiająca kontrolę właściwego rozumienia problemów, zapewnienie wsparcia społecznego, kontrola reakcji organizmu, ocena

własnych doświadczeń i możliwość konfrontacji z osiągnięciami innych, kontrola skuteczności zastosowanych metod itd.

Programy rehabilitacji mają swoje stałe miejsce w opiece kardiologicznej. Tradycyjnie są jednak adresowane do chorych po zawale serca i ograniczają się do nadzorowanych sesji ćwiczeń fizycznych, które mają im pozwolić na powrót do normalnych czynności w pracy i w życiu prywatnym. Ostatnio cele programu rehabilitacji uległy jednak rozszerzeniu, stopniowo przekształcając go w bardziej uogólnioną interwencję dotyczącą stylu życia, obejmując między innymi: zaprzestanie palenia tytoniu, modyfikację diety, zwiększenie aktywności fizycznej, kontrolę ciśnienia tętniczego, hiperlipidemii i cukrzycy, poznanie sposobów radzenia sobie ze stresem oraz stosowanie leków profilaktycznych. Taką ewolucję rehabilitacji kardiologicznej przewidują zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Światowej Organizacji Zdrowia^{14,15}. Jest rzeczą oczywistą, że osiągnięcie wszystkich wymienionych wyżej celów nie jest możliwe w czasie jednego spotkania lub nawet kilku krótkich rozmów w trakcie kolejnych wizyt lekarskich. Konieczne jest więc stworzenie specjalnego programu edukacji i rehabilitacji kardiologicznej, który uzupełni rutynową opiekę specjalistyczną i na który złożą się cykl spotkań edukacyjnych oraz nadzorowanych zajęć z rehabilitacji ruchowej. Głównym celem programu jest wsparcie pacjenta we wprowadzeniu takich zmian w stylu życia, które maksymalnie ograniczą ryzyko zgonu lub zawału serca czy udaru mózgu. Podjęcie wszystkich zadań przekracza możliwości jednego specjalisty. Rozwiązaniem skutecznym może się okazać praca zespołowa z udziałem fizjoterapeuty oraz dietetyka. Wydaje się także, że zadania lekarza, a zwłaszcza specjalisty, w całym programie szkolenia w znacznym stopniu można ograniczyć i wiele z nich można przekazać przeszkolonym do tego celu pielęgniarkom. Do takich zadań należą: koordynacja programu i znaczna część zajęć edukacyjnych, a także standardowy program kontroli. Lekarza nie uda się jednak wyręczyć w najistotniejszym zadaniu – to on musi podjąć decyzję i skierować pacjenta do udziału w programie oraz przekonać go

o bezpośrednich korzyściach z uczestnictwa. Ten zakres zadań nie wymaga jednak czasu przekraczającego czas rutynowych wizyt. Zadaniem lekarzy pozostanie także ostateczna ocena skuteczności programu. Ewentualne miejsce programu edukacji i rehabilitacji kardiologicznej w systemie opieki kardiologicznej obrazuje rycina 1. Do uczestnictwa w programie powinni kierować swoich pacjentów lekarze zatrudnieni w poradniach kardiologicznych (lub równoważnych) oraz na oddziałach kardiologicznych (lub równoważnych). W pierwszym rzędzie do uczestnictwa w programach powinni być kierowani chorzy po przebytych zawałach serca, z nowo rozpoznaną stabilną dławicą piersiową, chorzy po pierwszej hospitalizacji z powodu choroby niedokrwiennej serca (stabilna lub niestabilna dławica piersiowa) oraz chorzy po przebytych pro-

Fakt, że można jakiejś chorobie zapobiec, ma bardzo istotne znaczenie dla pojedynczego pacjenta; decyduje przecież o długości i jakości jego życia. Natomiast dla nas wszystkich jako społeczeństwa ma to ogromne znaczenie ekonomiczne.

cedurach rewaskularyzacyjnych. Czas skierowania powinien być dobrany indywidualnie według wskazań lekarskich, jednak należy pamiętać, że udział w programie chory powinien rozpocząć możliwie krótko po przebytych epizodzie choroby. Polskie środowisko lekarskie ma stosunkowo niewielkie doświadczenie w prowadzeniu kompleksowych programów prewencji. Jedną z nowych inicjatyw jest polska część programu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego „EuroAction”, w którym opracowano cykl 8 sesji edukacyjno-rehabilitacyjnych, obejmujących nadzorowane ćwiczenia fizyczne, umożliwiające określenie właściwego poziomu aktywności fizycznej, i naukę ćwiczeń możliwych do samodzielnej kontynuacji¹⁶. Po ćwiczeniach odbywały się zajęcia seminaryjne, które umożliwiały zdobycie podstawowej wiedzy dotyczącej choroby, diety, radzenia sobie ze stresem, przyjmowania leków, kontroli ciśnienia tętniczego, kontroli lipidemii, zaprzestania palenia tyto-

niu. Zajęcia – koordynowane przez przeszkolonego magistra pielęgniarstwa – prowadzili również dietetycy i fizjoterapeuta. Jednocześnie w zajęciach uczestniczyło nie więcej niż 10 osób. Zespół prowadzący program pozostawał w stałym kontakcie z lekarzami, którzy opiekowali się chorymi zakwalifikowanymi do programu. Lekarze, choć nie prowadzili szkoleń i ćwiczeń fizycznych, odgrywali niezwykle istotną rolę w rekrutacji pacjentów do programu. Otrzymywali ponadto informacje dotyczące efektów programu, zwłaszcza w zakresie kontroli ciśnienia tętniczego czy hiperlipidemii, i na bieżąco mogli dokonywać potrzebnych zmian w swoich zaleceniach. Program EuroAction dostarczył kilku ważnych doświadczeń. Możliwe okazało się wdrożenie i systematyczne prowadzenie programu edukacji i rehabilitacji kardiologicznej przez zespoły składające się z pielęgniarki, dietetyka i fizjoterapeuty. Organizacja programu wymagała jednak specjalnego przeszkolenia, a zdobywane z czasem doświadczenia własne zespołu pozwoliły na uzyskanie większej sprawności i efektywności. Początkowa nieufność chorych w stosunku do zespołu niezłożonego z lekarzy przestała być problemem w miarę jasnego i konsekwentnego wyrażania przez nich aprobaty i aktywnego wsparcia. Brak bezpośredniego udziału lekarzy w programie edukacji i rehabilitacji kardiologicznej nie zmniejszył w żadnym stopniu ich autorytetu, a pozostawił im więcej czasu na ściśle zawodowe czynności. Przyswojenie podstawowej wiedzy o swojej chorobie i o metodach zmniejszenia ryzyka następnego ostrego epizodu umożliwiło pacjentom lepszy kontakt z lekarzem i bardziej konsekwentne stosowanie się do jego zaleceń. Standardowy program badań kontrolnych, którego wyniki były na bieżąco przekazywane lekarzom, mógł wpłynąć również na poprawę jakości zaleceń lekarskich. Z kolei zespół prowadzący program edukacji i rehabilitacji kardiologicznej mógł modyfikować swoje czynności zgodnie z indywidualnymi wskazówkami lekarskimi dotyczącymi poszczególnych chorych. W programie chorzy cenili sobie wszystkie formy bezpośredniego kontaktu, natomiast w znacznie mniejszym stopniu skłonni byli do wnikliwej analizy dystrybuowanych materiałów drukowanych. W programie EuroAction wypróbowano także metody włączania do programu rehabilitacji partnerów życiowych chorych na chorobę niedokrwinną serca oraz identyfikacji krewnych pierwszego stopnia u osób, u których wystąpiła tzw. wczesna postać choroby niedokrwiennej serca, tj. u mężczyzn poniżej 55. roku życia i u kobiet poniżej 65. roku życia.

Pierwsze doświadczenia zdobyte podczas prowadzenia programu EuroAction wskazują na modelowe rozwiązanie kompleksowego programu edukacji i rehabilitacji kardiologicznej. Należy jednak pamiętać, że chorzy wymagający udziału w programach prewencji wtórnej są pacjentami również innych jednostek specjalistycznych, w tym zwłaszcza neurologicznych i zajmujących się schorzeniami naczyń obwodowych. Pacjenci tych jednostek wymagają najczęściej innych schematów rehabilitacji oraz edukacji obejmującej specyfikę ich schorzeń. Znaczna część programu edukacyjnego w ich przypadku jest jednak zbieżna z programem edukacji i rehabilitacji kardiologicznej. Z do-

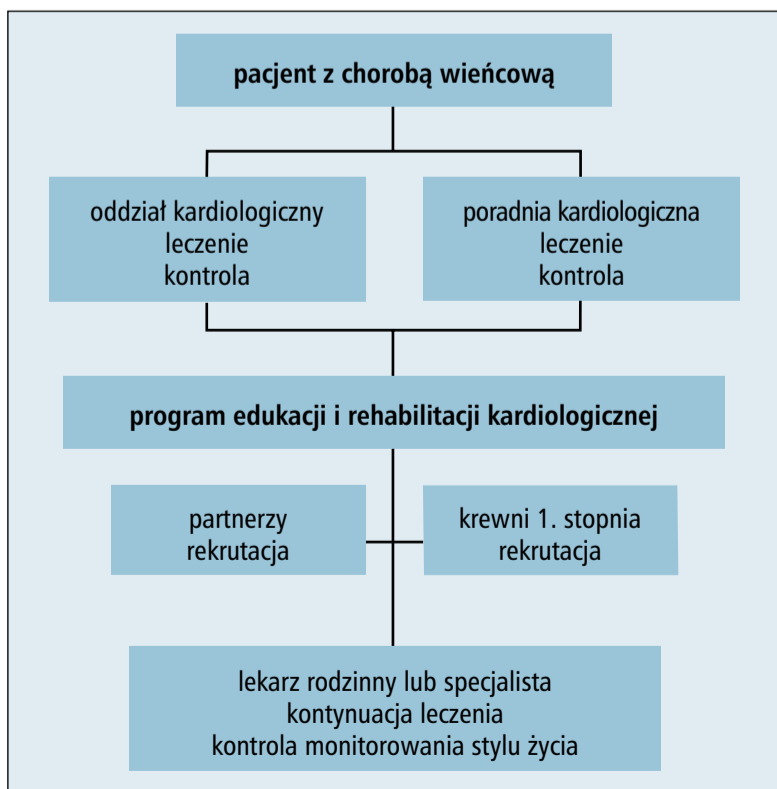
świadczeń kardiologicznych programów wtórnej prewencji mogą również w znacznym stopniu skorzystać prowadzący edukację w poradniach diabetologicznych, gdyż jak wiadomo chorzy na cukrzycę mają wysokie ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych. Z kolei program edukacji i rehabilitacji kardiologicznej może w większym stopniu skorzystać z metod stosowanych w poradniach diabetologicznych w zakresie opieki nad chorymi na cukrzycę z powikłaniami kardiologicznymi. Zobrazowana na rycinie 1 „instytucjonalizacja” programu wtórnej prewencji odnosi się zatem nie tylko do oddziałów i poradni kardiologicznych, ale do wszystkich specjalistycznych poradni i oddziałów szpitalnych, w których leczy się schorzenia związane z podwyższonym ryzykiem wystąpienia zawału serca, udaru mózgu lub też nagłego zgonu sercowego.

Program edukacji kardiologicznej w prewencji pierwotnej

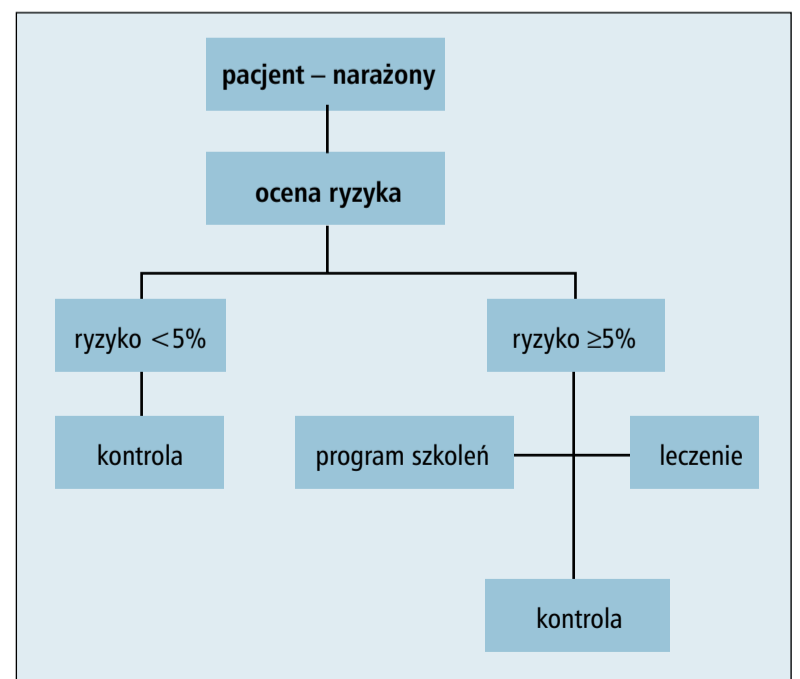
Realizacja zadań w zakresie strategii wysokiego ryzyka w prewencji pierwotnej wymaga nieco innych rozwiązań niż opisany powyżej program edukacji i rehabilitacji kardiologicznej. W odróżnieniu od osób z chorobą naczyniowo-sercową lub cukrzycą, które z powodu dolegliwości same zgłaszają się do lekarza, osoby bez objawów obciążone wysokim ryzykiem należy najpierw zidentyfikować. Zgodnie z obowiązującymi obecnie standardami, gdy zapewnione są właściwe środki, zwykłe procedury medyczne pozwalają na identyfikację i niezwłoczne objęcie leczeniem osób ze stężeniem cholesterolu całkowitego ≥ 8 mmol/l (320 mg/dl) lub ze stężeniem cholesterolu LDL ≥ 6 mmol/l (240 mg/dl) lub z ciśnieniem tętniczym $\geq 180/110$ mm Hg lub z cukrzycą typu 1 lub 2 z mikroalbuminurią. W celu dokonania właściwej oceny całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego, która warunkuje decyzje dotyczące dalszego postępowania u pozostałych osób, konieczne jest uwzględnienie stopnia narażenia na każdy czynnik ryzyka. Należy także uwzględnić zależność pomiędzy czynnikami ryzyka potencjalnie podlegającymi modyfikacji i indywidualnym profilem ryzyka, którego nie można zmodyfikować. Całkowite ryzyko można odczytać ze schematów opracowanych i rozpowszechnianych przez Europejskie Towarzystwo Kardiolo-

giczne. Można również skorzystać z dostępnego w Internecie programu SCORECARD (dostępna jest również wersja polskojęzyczna), który pozwala również na przewidywanie, w jakim stopniu całkowite ryzyko zmniejszy się po osiągnięciu celu leczenia. Obie metody – od dawna szeroko propagowane na Świecie – nie znalazły dotychczas szerszego zastosowania w opiece medycznej w Polsce. Na przeszkodzie stoi czasochłonność i to nie tyle dotycząca samej procedury oceny ryzyka, ile konieczności wyjaśnienia wyniku i potrzeby podjęcia zmiany stylu życia. Zgodnie z przyjętymi zasadami ocena ryzyka jest jednak konieczna do podejmowania indywidualnych decyzji dotyczących wdrożenia działań prewencyjnych. Może się to wiązać z zastosowaniem większych ograniczeń dietetycznych, indywidualizacji programu treningu fizycznego czy też rozpoczęcia leczenia farmakologicznego lub jego zmiany. Poza opisanymi powyżej przypadkami znacznych narażeń, decyzji takich nie powinno się podejmować na podstawie oceny jednego czynnika ryzyka czy też jednej, arbitralnie przyjętej wartości „odcicia” na krzywej rozkładu całkowitego ryzyka CVD.

Podobnie jak w przypadku prewencji wtórnej, możliwe rozwiązanie stanowi zorganizowanie zespołów odpowiedzialnych za działania w ramach prewencji pierwotnej (ocena ryzyka i program szkoleń) usytuowanych w systemie podstawowej opieki zdrowotnej (ryc. 2). Szczególną rolę mogłyby na przykład odegrać pielęgniarki środowiskowo-rodzinne. Wyjściowa ocena ryzyka niekoniecznie wymaga skierowania lekarskiego. Może poprosić o nią sam zainteresowany, odpowiednio poinformowany i zmotywowany poprzez edukacyjno-promocyjne programy ogólnopopulacyjne. Możliwość poddania się ocenie ryzyka na własne życzenie jest bardzo dobrym środkiem stymulującym działania w ramach prewencji pierwotnej. Należy tylko zadbać, aby częstość oceny „na własne życzenie” była zgodna z obowiązującymi rekomendacjami. Skierowanie na konieczne do takiej oceny badania stężenia cholesterolu i glukozy we krwi może wystawić lekarz rodzinny lub odpowiednio przeszkolona pielęgniarka. Konsekwencją oceny ryzyka będzie wyłonienie grupy osób o podwyższonym ryzyku, które powinny zostać objęte opieką. Na tym etapie o wyniku oceny ryzyka musi być powiadomiony lekarz prowadzący, który podejmie decyzję o skierowaniu pa-



Ryc. 1. Program edukacji i rehabilitacji kardiologicznej w opiece specjalistycznej.



Ryc. 2. Prewencja pierwotna w podstawowej opiece zdrowotnej.

zajrzyj na stronę internetową PFP


www.pfp.edu.pl


cja do udziału w programie edukacyjnym, realizowanym w strukturze podstawowej opieki zdrowotnej lub w przypadku osób szczególnie zagrożonych w wyspecjalizowanej jednostce. Informacja o wysokości ryzyka może wpłynąć również na zlecenie nowego leczenia lub modyfikację dotychczasowego.

Podobnie jak w przypadku prewencji wtórnej, cenne są doświadczenia w zakresie prewencji pierwotnej prowadzonej według ostatnich rekomendacji w ramach polskiej części programu EuroAction. W programie tym zespół złożony z dwóch pielęgniarek przeprowadza identyfikację pacjentów wysokiego ryzyka, organizuje trzy sesje edukacyjne, obejmujące zagadnienia związane z dietą, aktywnością fizyczną, leczeniem nadciśnienia i hipercholesterolemii, prowadzi grupy wsparcia dla zrywających z nałogiem palenia oraz indywidualne konsultacje. Zespół pozostaje w ścisłym kontakcie z lekarzami, u których zarejestrowane są osoby biorące udział w programie. Do udziału w programie zapraszani są również partnerzy życiowi osób wysokiego ryzyka. Program cieszy się dużą popularnością i uczestniczy w nim blisko 80% zakwalifikowanych osób.

Podsumowanie

Przedstawione propozycje programów prewencji stanowią próbę rozwiązania problemu małej skuteczności strategii wysokiego ryzyka i tym samym próbę podniesienia standardów postępowania w polskiej kardiologii prewencyjnej. Należy jednak zauważyć, że istnieją

również inne sposoby oddziaływania, zwłaszcza w zakresie identyfikacji osób obciążonych wysokim ryzykiem. Między innymi podejmowane są próby oparcia działań prewencyjnych na badaniach przekrojowych (przesiewowych), których organizacja jest niezależna od istniejącego systemu opieki zdrowotnej. Nie ma obecnie danych, które pozwoliłyby na porównanie skuteczności obu metod prewencji, a tym bardziej ich ekonomicznej efektywności. W Polsce 12 milionów dorosłych osób ma nadciśnienie tętnicze, 40% mężczyzn i 30% kobiet w średnim wieku pali papierosy, a u 60% stwierdza się hipercholesterolemię. Wydaje się zatem, że orga-

W Polsce 12 milionów dorosłych osób ma nadciśnienie tętnicze, 40% mężczyzn i 30% kobiet w średnim wieku pali papierosy, a u 60% stwierdza się hipercholesterolemię.

nizacja nowego systemu, który doprowadziłby do identyfikacji wszystkich osób obciążonych wysokim ryzykiem, nie ma racjonalnych podstaw ekonomiczno-organizacyjnych. Ponadto konsekwencją wykrycia osoby o wysokim ryzyku w czasie jednorazowego badania jest konieczność skierowania jej do instytucji, w której zostanie objęta odpowiednią opieką. Takimi instytucjami są w Polsce tylko jednostki istniejącego systemu opieki zdrowotnej, z którymi osoby o wysokim ryzyku są związane na co dzień i które mogą podjąć trud wielokrotnych wizyt i edukacji umożliwiającej zmianę stylu życia. Warunek konieczny stanowi zapewnienie odpowiednich środków

wszystkim jednostkom, które przyjmą odpowiedzialność za realizację prewencji w ramach strategii dużego ryzyka, o wysokości określonej na podstawie racjonalnego rachunku ekonomicznego stosownie do wielkości zadań. Rola populacyjnych badań przekrojowych w osiąganiu celów naukowych i w określaniu skuteczności programów prewencji na poziomie populacyjnym pozostaje niezmiennie istotna. Jednak wydaje się, że tak w wykrywaniu jednostek zagrożonych, jak i w modyfikacji ich stylu życia takie badania mogą mieć co najwyżej rolę pomocniczą. Główny ciężar zadań związanych z identyfikacją osób zagrożonych powinien spoczywać na jednostkach opieki zdrowotnej, z którymi większość zagrożonych utrzymuje naturalny kontakt. Modelowe rozwiązania zaproponowane w programie EuroAction mogą zostać szerzej zaadaptowane w warunkach polskich, aczkolwiek mogą się różnie sprawdzać w lokalnych społecznościach. Należy jednak przewidywać, że doświadczenia zespołów prowadzących programy pierwotnej i wtórnej prewencji w wielu wypadkach mogą doprowadzić do istotnych ulepszeń po uwzględnieniu specyfiki lokalnych potrzeb.

Piśmiennictwo dostępne u autorów

* **Prof. dr hab. n. med. Andrzej Pająk** jest kierownikiem Zakładu Epidemiologii Klinicznej i Badań Populacyjnych Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Od marca 2005 roku przewodniczy Sekcji Epidemiologii i Prewencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jest również Członkiem Rady Redakcyjnej Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, nominowanym z ramienia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

** **Dr n. med. Adam Windak** jest kierownikiem Pracowni Medycyny Rodzinnej Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Od marca 2001 roku jest prezesem Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Od marca 2005 roku pełni funkcję Eksperta Rady Redakcyjnej Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.

Dlaczego powstało Forum?

Prof. dr hab. n. med. Jacek Musiał, Prezes Elekt Towarzystwa Internistów Polskich (TIP)



Już od wielu lat my, lekarze, zdajemy sobie sprawę z tego, że łatwiej chorobom zapobiegać niż później je leczyć. Łatwiej i taniej. Fakt, że można jakiejś chorobie zapobiec lub jej wystąpienie opóźnić, ma bardzo istotne znaczenie dla pojedynczego pacjenta; decyduje przecież o długości i jakości jego życia. Natomiast dla nas wszystkich jako społeczeństwa ma to ogromne znaczenie ekonomiczne. Dlaczego Towarzystwo Internistów Polskich przystąpiło do Forum? To zrozumiałe: przecież wszystkie niezabiegowe dziedziny medycyny, jak choćby kardiologia, diabetologia, czy nefrologia, wyrosły z interny, są jej częścią. Ze zrozumiałych względów pewne duże działy chorób wewnętrznych wyodrębniły się, kardiologia chyba najwcześniej. Zatem trudno, żeby internistów nie było wśród tych, którzy popierają powołanie Forum Profilaktyki. Inicjatywy szczegółowe, dotyczące poszczególnych chorób będą – rzecz jasna – wypływać od różnych specjalistów. W przypadku cukrzycy rolę tę podejmą endokrynolodzy i diabetolodzy, w przypadku chorób nerek prym będą wiedli nefrolodzy, a w chorobach układu krążenia, miażdżycy, chorobie wieńcowej, nadciśnieniu tętniczym – kardiolodzy. Ponieważ choroby układu krążenia są najpowszechniejszymi schorzeniami w naszym społeczeństwie, właśnie kardiolodzy podjęli tę ideę. Bardzo słusznie.

Warto jeszcze podkreślić, że zapobieganie wszelakim schorzeniom wymaga rekomendacji ze strony wszystkich towarzystw naukowych i zawodowych w danym kraju. W gazetach, radiu i telewizji stale słyszymy o pomysłach, jak zapobiec tej czy innej chorobie, czy jak ją leczyć. Niestety, szereg tych pomysłów to pomysły abso-

lutnie chybione, jak choćby ten, że należy się objadać smalcem i słoniną, by zapobiec miażdżycy tętnic. W związku z tym uważam, że do naszych obowiązków należy dopilnowanie, aby poważne polskie towarzystwa naukowe rekomendowały takie sposoby postępowania, których skuteczność została sprawdzona. Potrzeba profilaktyki i potrzeba mówienia o niej istnieje zarówno w środowisku lekarzy, jak i pacjentów. Istnieje również potrzeba odwoływania się do pewnych wiarygodnych wzorców postępowania. Należy więc powiedzieć, że właśnie teraz, zgodnie z naszą najlepszą wiedzą, zgodnie z tym, co udowodniono w badaniach naukowych mających odpowiednią rangę, możemy zalecić takie czy inne postępowanie. Dlatego uważam, że powołanie Polskiego Forum Profilaktyki to bardzo cenna inicjatywa.

Czy w naszym społeczeństwie i wśród naszych decydentów panuje przekonanie, że taniej zapobiegać chorobom niż je leczyć? Powiedziałbym, że to wiedza dość podstawowa w dzisiejszych czasach, zwłaszcza jeśli chodzi o osoby zajmujące się administracją ochrony zdrowia. Szkoda tylko, że od wiedzy do działania droga bywa czasem dość daleka.

Prof. dr hab. n. med. Jacek Sieradzki – Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD)



Czy każdy chory na cukrzycę powinien się spodziewać powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego?

Obecnie cukrzyca należy do najważniejszych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Statystyki nieubłagane dowodzą, że zapadalność na wyżej wymienione schorzenia, a także śmiertelność z ich powodu jest trzykrotnie

Pytania z zakresu epidemiologii i profilaktyki chorób układu krążenia dla lekarzy wszystkich dziedzin przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych

W związku z planowanym wprowadzeniem zagadnień z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia do programu specjalizacji wszystkich dziedzin medycyny na łamach *Forum Profilaktyki* znajdują Państwo przykładowe pytania dotyczące podstawowej wiedzy z tego zakresu.

Pytania są i będą przygotowane na podstawie artykułów zamieszczonych w *Forum Profilaktyki*.

Każde pytanie ma tylko jedną prawidłową odpowiedź.

1. Prawidłową kontrolę ciśnienia tętniczego stwierdza się u następującego odsetka Polaków chorujących na nadciśnienie tętnicze:
 - a) 5–10%
 - b) 10–15%
 - c) 25–30%
 - d) 50–55%
2. Czy to prawda, że wśród osób z chorobą niedokrwinną serca aż 10% kontynuuje palenie tytoniu?

- a) tak, z czego 40% stanowią kobiety
 - b) nie, odsetek ten jest jeszcze większy
 - c) nie, w ostatnich latach odsetek ten zmniejszył się dwukrotnie
3. Częstość występowania hipercholesterolemii wśród dorosłych Polaków szacuje się na około:
 - a) 20%
 - b) 40%
 - c) 60%
 - d) 80%
 4. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego do grupy dużego ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia należy zaliczyć:
 - a) osoby, u których rozpoznano chorobę niedokrwinną serca, chorobę tętnic obwodowych lub chorobę tętnic mózgowych, rozwijającą się na podłożu miażdżycy

- b) osoby bezobjawowe z licznymi czynnikami ryzyka, w przypadku których ryzyko wylczone na podstawie karty ryzyka SCORE wynosi $\geq 5\%$
 - c) osoby, u których rozpoznano jeden bardzo silnie wyrażony czynnik ryzyka, np. stężenie cholesterolu całkowitego ≥ 8 mmol/l (320 mg/dl)
 - d) wszystkie wyżej wymienione grupy
5. Tak zwaną wczesną postać choroby niedokrwiennej serca rozpoznaje się u mężczyzn w wieku:
 - a) tylko <40. roku życia
 - b) tylko <45. roku życia
 - c) tylko <50. roku życia
 - d) tylko <55. roku życia

Prawidłowe odpowiedzi na stronie www.pfp.edu.pl i w następnym numerze *Forum Profilaktyki*.

większa u chorych na cukrzycę niż w pozostałej populacji. W praktyce lekarza ogólnego problematyka cukrzycowa obejmuje około 20% zagadnień. Ale wagę problemu dojrzymy lepiej, jeżeli pomnożymy te 20% przez trzykrotnie większą wśród chorych na cukrzycę częstość występowania chorób układu krążenia. Czy wszystkich chorych czeka podobny los? Nie dramatyzujmy. Dobrze wyrównanie cukrzycy, a także jej odpowiednia profilaktyka stanowią jeden z czołowych aspektów profilaktyki chorób układu krążenia. Oto główny powód, dla którego nasze towarzystwo aktywnie włączyło się do tworzenia Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.

Czy można mówić o profilaktyce cukrzycy w Polsce? Czy Narodowy Fundusz Zdrowia rozumie, czym jest profilaktyka w odniesieniu do tej choroby?

Profilaktyki cukrzycy typu 1 na razie nie ma. Eksperymentalne próby zapobiegania tej chorobie zakończyły się niepowodzeniem. Dla nas, lekarzy diabetologów i w ogóle ludzi nauki jest to ciągle jeszcze wyzwanie. Można natomiast (poprzez zmianę stylu życia, a również i farmakoterapię) zapobiegać rozwojowi cukrzycy typu 2, co udowodniły liczne badania, m.in. amerykańskie, fińskie, a nawet chińskie. Aby zapobiegać, trzeba wyszukiwać osoby z grupy ryzyka, a więc innymi słowy czynnie poszukiwać chorych na cukrzycę. Niełatwe to zadanie, trzeba bowiem wychwytywać takie osoby, które we własnym mniemaniu są zdrowe. Nie istnieje jednak w Polsce jakikolwiek program finansowany przez NFZ, którego celem byłoby wcześniejsze wykrywanie, a nawet i profilaktyka cukrzycy. Myślę, że jego stworzenie wykracza poza działalność Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. To zadanie dla decydentów.

A jak jest w innych krajach Europy?

Jedyny narodowy program zapobiegania cukrzycy ogłosili Finowie. Jest przewidziany na lata 2003–2010. Do podobnego projektu poważnie przygotowują się Niemcy. Przeprowadzone przez Finów badania wykazały, że prozdrowotny styl życia (redukcja masy ciała, zdrowa dieta, właściwie dawkowany wysiłek fizyczny) może być skuteczny w ciągu 5 lat u 58% osób, które są zagrożone cukrzycą. Czy chodzi o odsunięcie w czasie powikłań, które niesie z sobą ta choroba, czy też o całkowite pozbycie się zagrożenia – tego jeszcze nie wiadomo. Wyniki badań poznamy w 2010 roku.

Profilaktyka cukrzycy to zadanie bardzo trudne i – moim zdaniem – wprowadzenie programu profilaktyki narodowej w Polsce to sprawa dość odległa. Finowie wprowadzili specjalną edukację dietetyczną, zajęcia fizyoterapeutyczne, czyli zaangażowali dietetyków, specjalistów rehabilitacji ruchowej, aerobiku itp. Wszystko to sporo kosztuje. My powinniśmy prowadzić profilaktykę za pośrednictwem mediów, w ramach działalności lekarza rodzinnego, poprzez akcje społeczne. Potrzeba na to – rzecz jasna – czasu i pieniędzy. Takich przedsięwzięć u nas wciąż brakuje (poza sporadycznymi akcjami firm farmaceutycznych, które realizują szereg pomysłów, za co spotyka je zarzut autopromocji).

Kto w największym stopniu narażony jest na rozwój cukrzycy?

Mamy ściśle ustaloną listę. Są to: osoby pochodzące z rodzin, w których występuje ta choroba, pacjenci z chorobami układu krążenia (ponieważ – jak mówiłem – wśród tych chorych cukrzycę spotyka się częściej), osoby otyłe, z zaburzeniami lipidowymi oraz kobiety, które urodziły duże (powyżej 4 kg) dzieci. Przekroczenie 45. roku życia również powinno być wskazaniem do kontroli stężenia cukru we krwi. PTD wydało odpowiednie zalecenia, adresowane m.in. do lekarzy rodzinnych. Poszukiwanie chorych na cukrzycę (w odróżnieniu od profilaktyki tej choroby) jest stosunkowo łatwym zadaniem, bo przecież rzecz polega na prostym pomiarze. Oczywiście, masowość tego zjawiska wiąże się z kosztami i narzuca pewne konieczności organizacyjne. Prowadziliśmy swego czasu badania dotyczące częstości występowania nieznanej cukrzycy u pacjentów zgłaszających się do lekarza rodzinnego z jakiegokolwiek powodu. Lekarz zbadał pierwszych 100 pacjentów i okazało się, że u 8% z nich wykryto zaburzenia gospodarki węglowodanowej, o których chorzy nie wiedzieli. A więc to lekarz rodzinny powinien zlecić badanie cukru i – co za tym idzie – poświęcić pacjentowi trochę więcej czasu. Kontrakty NFZ takiej ewentualności, niestety, nie przewidują.

Ależ to się opłaca, leczenie powikłań cukrzycy jest drogie!

W szerokim, społecznym wymiarze opłaca się na pewno. Ale korzyści z tego, że pacjenci, u których wcześniej wykryto cukrzycę, będą dobrze leczeni i unikną – być może – powikłań, ujawnią się dopiero po latach. Decydenci nie są tym zainteresowani. Wolą doraźne, spektakularne akcje, a nie długotrwały efekt. Dlatego w takich przypadkach potrzebne są programy narodowe.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne stworzono również po to, by edukować pacjentów.

Statutowym celem Towarzystwa jest dbałość o rozwój polskiej diabetologii, jesteśmy towarzystwem o charakterze naukowym i profesjonalnym. Drugi cel towarzystwa to dbałość o edukację i postęp w jakości leczenia. Organizujemy co dwa lata zjazdy, które gromadzą 2500 uczestników. Wzbudzają zainteresowanie nie tylko diabetologów, ale również lekarzy rodzinnych, kardiologów, ginekologów oraz lekarzy szeregu innych specjalności. Towarzystwo ma 12 oddziałów wojewódzkich; działa 5 sekcji: diabetologii dziecięcej, diabetologiczno-polożnicza, genetyczna, diabetologii społecznej oraz sekcja kardiadiabetologiczna. Powołujemy specjalne grupy robocze, jak choćby grupę do spraw stopy cukrzycowej czy grupę opracowującą specjalne zalecenia, które wydajemy co roku. Redagujemy ponadto aż trzy czasopisma diabetologiczne. Tak, edukacja społeczna jest niezwykle ważna w przypadku cukrzycy. Zrobmy teraz coś dla profilaktyki.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Januszewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT)

Istnieje kilka powodów, dla których tak ważne jest zaproszenie Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) do Forum Profilaktyki. Przede wszystkim



kim Forum Profilaktyki skupia najwybitniejszych ekspertów z wielu dziedzin – m.in. kardiologii, diabetologii, hipertensjologii, nefrologii czy neurologii. Daje ono również możliwość połączenia działań Towarzystw, które weszły w skład Forum – przyczynia się to do żywej wymiany poglądów, a także do ujednolicenia zasad postępowania w wielu wspomnianych powyżej dziedzinach. Fakt ten nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do nadciśnienia tętniczego, które jako choroba bardzo często współistnieje z innymi chorobami układu sercowo-naczyniowego czy zaburzeniami metabolicznymi. Konieczne jest zatem wspólne – właśnie na łamach Forum – przedyskutowanie zasad postępowania z chorym na nadciśnienie tętnicze pod kątem chorób współistniejących.

Ponadto nadciśnienie tętnicze jest chorobą, w której zasadniczą rolę odgrywa profilaktyka – zgodnie z badaniami NATPOL III w naszym kraju żyje ponad 8 milionów dorosłych Polaków z tzw. wysokim prawidłowym ciśnieniem tętniczym. Jest to populacja szczególnie zagrożona rozwojem nadciśnienia tętniczego, w przypadku której profilaktyka i wdrażanie zasad modyfikacji stylu życia mają zasadnicze znaczenie dla zapobiegania rozwojowej choroby. Jest to jeden z głównych celów działalności Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego w nadchodzących latach.

Prof. dr hab. n. farm. Marek Naruszewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą (PTBnM)



Polskie Towarzystwo Badań nad Miażdżycą z siedzibą w Szczecinie powstało w 1992 roku, od 1993 roku jest członkiem stowarzyszonego International Atherosclerosis Society (IAS).

Członkami Towarzystwa są zarówno przedstawiciele nauk podstawowych i klinicznych, jak i lekarze pierwszego kontaktu oraz pracownicy laboratoriów diagno-

stycznych. Obecnie PTBnM liczy około 200 aktywnych członków.

PTBnM wydaje kwartalnik „Czynniki Ryzyka”, osiągający średni nakład około 2000 rozprawdanych bezpłatnie egzemplarzy.

Podstawowym zadaniem statutowym PTBnM jest stymulowanie rozwoju badań nad patogenezą miażdżycy w Polsce oraz popularyzacja profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia. Swoje obowiązki statutowe Towarzystwo realizuje poprzez organizowanie konferencji naukowych, także międzynarodowych (dotychczas odbyło się 11 Zjazdów Naukowych PTBnM, w tym 3 międzynarodowe), a także poprzez szkolenia lekarzy na kursach z akredytacją naukową IAS. PTBnM prowadzi również badania naukowe, skupiając się głównie na środkach niefarmakologicznych.

Do największych osiągnięć PTBnM należy zaliczyć prowadzenie 1-tygodniowych kursów, na których przeszkolono w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia ponad 1200 lekarzy, zainicjowanie prac nad Polskim Consensusem Tuszczowym, w którym zaleca się ograniczenie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych w polskiej diecie, oraz opublikowanie Złotej Karty Prawidłowego Żywienia, którą podpisało siedem Towarzystw Lekarskich.

W ciągu ponad 12 lat naszej działalności dzięki finansowemu wsparciu Towarzystwa na międzynarodowe zjazdy wyjechało ponad 200 polskich naukowców. Prowadziliśmy również wiele akcji medialnych dotyczących profilaktyki miażdżycy w prasie, radiu i telewizji. Ostatnio zalecenia żywieniowe prezentowaliśmy w tygodniku „Polityka”.

Przystąpiliśmy z entuzjazmem do Polskiego Forum Profilaktyki, gdyż uważamy, że należy dążyć do zwiększenia wiarygodności w nakłanianiu polskiego społeczeństwa do zmiany sposobu życia, co powinno zaowocować obniżeniem ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia. W tym celu powinniśmy połączyć działania wszystkich fachowych sił medycznych w Polsce. Trzeba bowiem naszym rodakom przekazywać uzgodnione wcześniej wspólne stanowisko, które w sposób klarowny wyjaśni, dlaczego należy w codziennym żywieniu zmniejszać spożycie nasyconych tłuszczów zwierzęcych i soli kuchennej czy też kiedy i dlaczego trzeba mierzyć ciśnienie tętnicze i oznaczać stężenie cholesterolu we krwi. Powinniśmy również informować społeczeństwo o prawidłowych wartościach parametrów fizycznych i biochemicznych, które mogą warunkować bezpieczeństwo zdrowotne. Nie ulega więc wątpliwości, że skuteczność tych zadań zwiększy wspólne działanie medycznych towarzystw naukowych działających w Polsce.

Zdecydowanie zwiększą się również nasze oddziaływania na ustawodawców (Sejm i Rząd).

Dla naszego Towarzystwa najważniejsze jest uzyskanie przez Forum wsparcia dla idei wczesnego rozpoznawania zagrożenia miażdżycą u dzieci i młodzieży. Wtedy bowiem możemy w sposób niefarmakologiczny wpłynąć na losy zdrowotne młodych osób. Chodzi o to, żeby nie dopuścić do uszkodzeń śródbłonna naczyniowego u osób w młodym wieku, co doprowadza do zmian, które po 40. roku życia można usunąć już tylko za pomocą metod kardiologii inwazyjnej.

Należy więc koniecznie wprowadzić standardy profilaktyki kardiologicznej dla młodego pokolenia Polaków.

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Stańczyk, Sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (PTP)



Polskie Towarzystwo Pediatryczne (PTP) jest stowarzyszeniem zrzeszającym lekarzy pediatrów, czyli specjalistów sprawujących opiekę nad populacją dzieci i młodzieży do 18. roku życia. W charakterze pracy i zadania lekarzy pediatrów wpisana jest profilaktyka. To pediatra jest odpowiedzialny za realizację programu szczepień profilaktycznych zapobiegających chorobom zakaźnym, prowadzenie bilansów zdrowia i wynikających z nich zaleceń profilaktycznych, to wreszcie pediatra w rozmowach z rodzicami i małym pacjentem przekazuje wiedzę na temat korzyści, jakie wynikają z działań profilaktycznych. A te korzyści są tym większe, im wcześniej zostaną podjęte odpowiednie działania, co w konsekwencji może mieć ogromne znaczenie dla stanu zdrowia populacji osób dorosłych. Okresem, w którym te działania winny być najbardziej propagowane, jest bez wątpienia wiek rozwojowy. Dlatego idea powstania Polskiego Forum Profilaktyki uzyskała pełne poparcie środowiska pediatrów, konsekwencją czego była deklaracja przystąpienia Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego do Polskiego Forum Profilaktyki.

Założeniem Polskiego Forum Profilaktyki jest opracowywanie w gronie wybitnych specjalistów zaleceń dla pacjentów, czyli również dla dzieci i ich rodziców, dotyczących zachowań prozdrowotnych. Szeroko propagowane postępowania profilaktyczne mające zapobiegać tym schorzeniom, które są obecnie największym problemem w Polsce, powinno w dalszej perspektywie przynieść poprawę sytuacji. Ta szeroka informacja winna dotrzeć do dzieci począwszy od przedszkolaków, na licealistach kończąc. Przekazywanie informacji i wdrażanie pewnych nawyków jest możliwe już w wieku wczesnodziecięcym, forma przekazu musi być jednak zrozumiała i akceptowana przez dziecko. Nabyte w tym okresie nawyki prozdrowotne mały pacjent najczęściej zachowuje przez całe życie.

Tego typu działania propagują wszyscy pediatrzy zrzeszeni w Polskim Towarzystwie Pediatrycznym, które liczy około 5000 członków.

Celem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego jest:

- upowszechnianie wiedzy medycznej ze szczególnym uwzględ-

nieniem medycyny wieku rozwojowego, współudział w tworzeniu programów w celu zapewnienia możliwie najlepszej opieki zdrowotnej oraz ochrony interesów dzieci i młodzieży,

- podnoszenie poziomu naukowego i kwalifikacji zawodowych lekarzy pediatrów,
- propagowanie zasad deontologii i etyki zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie,
- reprezentowanie interesów ogółu polskich lekarzy pediatrów,
- nawiązywanie i podtrzymywanie międzynarodowej współpracy w dziedzinie medycyny wieku rozwojowego.

Polskie Towarzystwo Pediatryczne realizuje swoje cele poprzez:

- organizowanie zjazdów, sympozjów, konferencji i posiedzeń naukowych oraz prowadzenie systematycznej działalności szkoleniowej,
- prowadzenie działalności wydawniczej,
- współpracę z właściwymi władzami, instytucjami i gremiami w rozwiązywaniu problemów medycyny wieku rozwojowego oraz lekarzy pediatrów,
- prezentowanie stanowisk i wydawanie oświadczeń w sprawach istotnych dla ochrony zdrowia dzieci i młodzieży oraz interesów lekarzy pediatrów,
- organizowanie konkursów na prace naukowe oraz przyznawanie nagród za działalność organizacyjną na rzecz Towarzystwa lub medycyny wieku rozwojowego,
- promowanie osiągnięć naukowych oraz najlepszych rozwiązań organizacyjnych w zakresie ochrony zdrowia dziecka,
- delegowanie członków Towarzystwa na międzynarodowe kongresy, zjazdy i sympozja.

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (PTN)



Neurologia z kardiologią idą w parze. Czy to jest właśnie powód przystąpienia reprezentowanego przez Pana Towarzystwa do Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia?

Działania w zakresie profilaktyki nie można zawęzić do jednej specjalności. Choroby układu nerwowego zależą od wielu czynników (również zewnętrznych), a zapobieganie im stanowi bardzo istot-

ny element obrony przed inwalidztwem. Jeśli chodzi o układ krążenia, istnieje – jak wiemy – ścisła relacja pomiędzy procesami, które dotyczą chorób naczyń, serca i mózgu. Stąd też działania terapeutyczne w okresie, kiedy choroba jest w pełni rozwinięta, najczęściej są mało skuteczne. Leczenie daje wówczas niewielkie efekty, a wymaga ogromnych nakładów i kosztów.

Szansą jest profilaktyka!

Właśnie. Działania prozdrowotne mogą się okazać w przypadku wielu chorób układu nerwowego, a w szczególności tych, które rozwijają się na podłożu zaburzeń krążenia mózgowego, bardzo ważne. Nie trzeba dodawać, że z pewnością przyniosą wymierne korzyści.

Inny aspekt stanowi niewesoły fakt, że w Polsce chory, który trafia na oddział neurologiczny, czy też u którego rozwijają się choroby naczyniowe układu nerwowego, częściej niż w innych krajach cierpi na kilka innych chorób. Tym bardziej należy dążyć do tego, by podejście do profilaktyki miało charakter interdyscyplinarny. Dlatego właśnie współpraca w ramach Polskiego Forum Profilaktyki interesuje nas szczególnie.

W jakim stopniu można zapobiegać schorzeniom neurologicznym?

Dobry przykład zależności pomiędzy wczesną profilaktyką chorób układu krążenia a chorobami naczyniowymi układu nerwowego stanowi udar mózgu. Udało się zmniejszyć zapadalność oraz – przede wszystkim – śmiertelność z powodu udaru mózgu wszędzie tam, gdzie jednym z głównych kierunków wczesnego wykrywania chorób układu krążenia jest profilaktyka nadciśnienia tętniczego. Przeprowadzone w wielu państwach badania epidemiologiczne unaocznily, że w ciągu ostatnich lat w USA i w państwach zachodnich uzyskano spadek zapadalności na te choroby i śmiertelności z ich przyczyn, natomiast w krajach dawnego bloku komunistycznego zaobserwowano stały wzrost liczby zachorowań i zwiększoną śmiertelność. Niestety, ta niekorzystna tendencja utrzymuje się w Polsce. Dlatego zwłaszcza profilaktyka powinna nas interesować. Tu nie chodzi przecież tylko o hipotezy czy przypuszczenia; korzystamy z doświadczeń tych, którzy wcześniej doszli do ważnych wniosków.

Dlaczego obywatele krajów byłego bloku komunistycznego częściej doświadczają incydentów sercowo-naczyniowych? Dlaczego częściej stają się ofiarami udarów?

Ponieważ, jak mawia prof. Witold Zatoński, demokracja generalnie jest zdrowsza. To chyba zrozumiałe, że człowiek wolny, który ma swobodę podejmowania decyzji, odczuwa większy komfort psychiczny niż ten, który żyje w warunkach totalitarnych. W definicji zdrowia WHO mówi się o dobrostanie fizycznym, psychicznym i społecznym. Prócz bezpieczeństwa społecznego liczy się na pewno poziom opieki, poziom życia, sposób odżywiania. Tymczasem w systemie totalitarnym takie czynniki jak nadużywanie alkoholu, nieodpowiednia dieta czy nadmierna liczba wypalanych papierosów traktowano jak coś w rodzaju rekompensaty za brak bezpieczeństwa społecznego. Zdrowie nie stanowiło istotnej wartości.

W jaki sposób, uwzględniając działania profilaktyczne, moż-

na zmniejszyć śmiertelność w wyniku udarów mózgu?

Śmiertelność zależy od kilku czynników, m.in. od organizacji udzielania szybkiej pomocy po wystąpieniu udaru. Aby pomoc była skuteczna, muszą zostać spełnione trzy warunki: dobry poziom świadomości społecznej, dobrze zorganizowany system transportu i dobrze zorganizowany system leczenia w wyspecjalizowanych do tego celu ośrodkach (pododdziałach udarowych). Warto podkreślić, że w Polsce udar mózgu jest pierwszą przyczyną inwalidztwa w populacji po czterdziestym roku życia. Tak więc w tym aspekcie zapobieganie, czy nawet przesuwanie granicy wiekowej to zadanie profilaktyki.

Ale przecież trzeba na coś umrzeć!

Oczywiście. Ale przesunięcie granicy wiekowej oznacza również zmniejszenie kosztów ponoszonych przez społeczeństwo; należy też pamiętać o komforcie życia bez niepełnosprawności.

Do tej pory w Polskim Towarzystwie Neurologicznym nie wypracowaliśmy dobrej komunikacji społecznej. Koncentrowaliśmy się bardziej na własnym środowisku. Myślę, że czas na to, by nawiązać – również poprzez Polskie Forum Profilaktyki – społeczny dialog. W wielu bowiem przypadkach szansa terapeutyczna, szansa na uratowanie zdrowia lub życia zależą od samego pacjenta, od jego świadomości i wiedzy.

Dr n. med. Adam Windak, Prezes Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce



Dlaczego lekarze rodzinni powinni się przylażyć do Polskiego Forum Profilaktyki?

Założenia programowe i cele Forum są niezwykle istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego całej populacji. Dotyczą profilaktyki zwłaszcza chorób układu krążenia, które w naszym społeczeństwie nadal stanowią główną przyczynę zgonów. Ich rozpowszechnienie jest ogromne; pacjentów, których dotknęła ta grupa schorzeń, są w Polsce miliony. Jeśli zamierzamy być skuteczni w zwalczaniu tak poważnego problemu – a koniecznie trzeba podejmować w tym kierunku wysiłki – trudno sobie wyobrazić, by można było pominąć lekarzy rodzinnych i lekarzy pierwszego kontaktu. Ich udział stanowi bowiem warunek powszechności oddziaływania. Relacja lekarz rodzinny-pacjent jest przecież bardzo bliska. Szczególna rola lekarza rodzinnego polega również na tym, że ma kontakt nie tylko z pacjentem chorującym, ale także z pacjentem zdrowym. Takiej możliwości nie ma żaden inny specjalista; u kardiochirurga przecież nie szukają pomocy ludzie

całkiem zdrowi. Taka sytuacja daje lekarzom rodzinnym szczególnie dobrą możliwość oddziaływania, zwłaszcza na polu profilaktyki.

Jaka jest rola lekarzy rodzinnych w prewencji chorób układu krążenia?

Powinna niezwłocznie zostać sprecyzowana. Przed Forum stoi zatem ważne zadanie. Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce chce się włączyć w działania na rzecz profilaktyki, przedtem jednak należy jak najlepiej i najbardziej realnie sformułować zadania, które lekarze rodzinni powinni podejmować w odniesieniu do pacjentów najbardziej zagrożonych chorobami układu krążenia. Pierwsza sprawa to oczywiście identyfikacja osób z grupy wysokiego ryzyka. By móc ją skutecznie przeprowadzić, trzeba pacjenta poznać, wykonać pewne dodatkowe badania, zebrać wywiad, przeprowadzić badanie fizykalne. To wszystko lekarze powinni systematycznie wykonywać. Drugi element to oczywiście

edukacja zdrowotna. W zakresie profilaktyki bowiem najwięcej zależy od samych pacjentów; to przecież oni sami muszą zmienić swój styl życia. Nie będą popełniali błędów, jeśli lekarz pierwszego kontaktu czy też ktoś z jego zespołu (ogromne wyzwanie przed pielęgniarkami rodzinnymi!) udzieli im instruktażu, dostarczy odpowiednich wyjaśnień, materiałów edukacyjnych itp. To wszystko lekarz rodzinny może i powinien zrobić.

Rozmawiała Katarzyna Siwiec

Zgodnie z planem Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce formalnie przystąpi do Polskiego Forum Profilaktyki 24 września w Katowicach. Aktualnie Kolegium uczestniczy w pracach Forum i bierze udział w różnego rodzaju spotkaniach.

ROZMOWA DNIA

Dlaczego Polskie Towarzystwo Kardiologiczne weszło w skład Polskiego Forum Profilaktyki?

Cd. ze s. 1

działalność zmierza do poprawy zdrowia społecznego w zakresie chorób serca i naczyń. Dotyczy to przede wszystkim naszych polskich obchodów Światowego Dnia Serca, stawianych innym krajom za przykład przez World Heart Federation, Kampanii Edukacji Medialnej „Pomóż Sercu”, realizowanej wspólnie z Instytutem Kardiologii w Warszawie i finansowanej z funduszu POLKARD (którą przyjęto z ogromnym zainteresowaniem podczas niedawnej sesji Komisji Europejskiej w Luksemburgu), wreszcie przesiewowych badań POLSCREEN, zmierzających do oceny najważniejszych czynników ryzyka u 1 mln Polaków, finansowanych przez firmę POLPHARMA.

Już na przykładzie tych trzech programów widać, iż dążymy do współpracy, ponieważ w niej widzimy gwarancję działania na szeroką skalę, co jest niezbędne w strategiach populacyjnych. Naturalnym krokiem jest więc szukanie sprzymierzeńców wśród innych Towarzystw Naukowych promujących zdrowy styl życia

Jakie są cele Forum?

Przede wszystkim koordynacja działań, z zachowaniem jednak tożsamości poszczególnych Towarzystw uczestników Forum. Na przykład, jeśli organizujemy Światowy Dzień Serca czy realizujemy edukacyjny program telewizyjny, z przyjemnością skorzystamy z pomocy ekspertów diabetologów lub hipertensjologów. Z drugiej strony chętnie weźmiemy udział w działaniach proponowanych przez inne Towarzystwa lub chociażby w promocji tych działań. Ważne, żeby stworzyć wspólny kalendarz aktywności i określić priorytety. W tym drugim powinno pomóc przyjęcie wspólnego dokumentu,

rodzaju Polskich Wytucznych Prewencji, pozwalającego na uzgodnienie rzeczywiście wspólnego stanowiska. Najgorsze jest bowiem przekazywanie przez rozmaite grona ekspertów różniących się od siebie zaleceń. Przykład takich nieporozumień stanowi chociażby sprawa wpływu diety czy otyłości na nasze zdrowie. W przyszłości, mam nadzieję, Polskie Forum Profilaktyki zwiększy swój skład i rozszerzy zainteresowania poza układ krążenia, i oprócz organizacji imprez czy programów stanie się pierwszoplanowym partnerem merytorycznym parlamentu, Ministerstwa Zdrowia i ubezpieczycieli w kreowaniu polityki zdrowotnej państwa

Jakie korzyści dla pacjentów wiąże się z założeniem Forum?

Największe korzyści, mam nadzieję, odniosą nie pacjenci, ale osoby zdrowe, które przed chorobą chcemy uchronić. A zgodnie z aktualną wiedzą modyfikacja czynników ryzyka jest bardzo silnym narzędziem leżącym w naszym zasięgu. Chcemy przede wszystkim pracować nad nawykami w rodzinie, zwracać się do kobiet, które mają ogromny wpływ na zachowanie członków rodziny i to od najmłodszych lat. To one decydują, co ich najbliżsi jedzą, czy nie są przekarmiani, ile używają soli, czy aktywnie wypoczywają, jaki jest ich stosunek do palenia papierosów. Wskaźniki epidemiologiczne w Polsce – gdzie z powodu chorób układu krążenia umiera ponad dwukrotnie więcej osób w wieku porównywalnym z obywatelami Unii Europejskiej – pokazują, ile mamy jeszcze do zrobienia.

Rozmawiała Katarzyna Siwiec

JAK ZOSTAĆ PARTNEREM POLSKIEGO FORUM PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA?

Z Regulaminu PFP

Celem powstania Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (w dalszej części nazywanego Polskie Forum Profilaktyki – PFP) jest nawiązanie współpracy pomiędzy Towarzystwami Naukowymi, które zajmują się prewencją chorób układu krążenia oraz wspólne poszukiwanie nowych Partnerów i form działania w tym zakresie.

Najważniejsze kierunki działania Polskiego Forum Profilaktyki:

- wymiana informacji oraz ujednolicenie wytycznych profilaktyki w Polsce,
- dostosowanie zasad profilaktyki europejskiej do warunków i specyfiki naszego kraju,
- opracowanie wspólnego systemu promocji i informacji o epidemiologii i zasadach prewencji chorób układu krążenia,
- koordynacja działań w zakresie prewencji i edukacji w skali kraju,

- przygotowanie i wprowadzenie programu nauczania w szkołach podstawowych, gimnazjach, liceach i innych szkołach ponadpodstawowych o epidemiologii i prewencji chorób układu krążenia.

Partnerem PFP może zostać: Towarzystwo Naukowe, Instytucja lub osoba prywatna zajmujące się epidemiologią i profilaktyką chorób układu krążenia oraz propagowaniem ich zasad w społeczeństwie.

Deklarację Partnerską można pobrać ze strony internetowej: www.pfp.edu.pl

- 6.1. Partner PFP ma prawo do:
 - 6.1.1. używania tytułu Partnera Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia
 - 6.1.2. zgłaszania uwag dotyczących „Wytycznych Polskiego Fo-

rum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia”

6.1.3. podejmowania inicjatyw dotyczących propagowania profilaktyki chorób układu krążenia zgodnie z Regulaminem PFP

6.1.4. otrzymywania informacji o planowanych działaniach PFP.

Członkowie PFP oraz Partnerzy PFP, po przyjęciu wspólnego programu: „Wytyczne Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia”, zobowiązują się do propagowania tych zasad.

Decyzje i uchwały PFP, w tym: wybory Przewodniczącego i Sekretarza Rady Redakcyjnej PFP, przyjęcie nowych Członków i Partnerów PFP oraz zmiany w regulaminie są przyjmowane większością głosów przy minimum 50% frekwencji Członków PFP. W przypadku równej liczby głosów o przyjęciu lub nieprzyjęciu uchwały decyduje Koordynator PFP.

Rozwiązanie PFP może nastąpić na wniosek 6 Członków PFP i użyciu większości głosów przy minimum 75% frekwencji. W przypadku równej liczby głosów o przyjęciu lub nieprzyjęciu uchwały decyduje Koordynator PFP.



Dlaczego zapadamy

na choroby serca i naczyń

Treść poradnika – opracowana na podstawie wytycznych:

- Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (2003)
 - III Raportu Zespołu Ekspertów National Cholesterol Education Program (2002)
 - Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (2005)
 - Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (2003)
- została uzgodniona przez Radę Redakcyjną Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.

Polskie prawo w walce z niktynizmem

Cd. ze s. 2.

powierzchni) widnieje ogólne hasło – „Palenie zabija” lub „Palenie poważnie szkodzi Tobie i osobom w Twoim otoczeniu” – a po drugiej stronie (40% powierzchni) jedno z następujących ostrzeżeń dodatkowych:

- „Palacze tytoniu umierają młodo”,
- „Palenie tytoniu zamyka naczynia krwionośne i jest przyczyną zawałów serca i udarów mózgu”,
- „Palenie tytoniu powoduje śmiertelny raka płuc”,
- „Palenie tytoniu w czasie ciąży szkodzi Twojemu dziecku”,
- „Chrońcie dzieci – nie zmuszajcie ich do wdychania dymu tytoniowego”,
- „Twój lekarz lub farmaceuta pomoże Ci rzucić palenie”,
- „Palenie tytoniu silnie uzależnia – nie zaczynaj palić”,
- „Zaprzestanie palenia zmniejsza ryzyko groźnych chorób serca i płuc”,
- „Palenie tytoniu może spowodować powolną i bolesną śmierć”,
- „Dzwoniąc pod numer telefonu 0801108108, uzyskasz pomoc w rzuceniu palenia”,
- „Palenie tytoniu może zmniejszyć przepływ krwi i powodować impotencję”,
- „Palenie tytoniu przyspiesza starzenie się skóry”,
- „Palenie tytoniu może uszkodzić nasienie i zmniejszać płodność”,
- „Dym tytoniowy zawiera benzen, nitrozoaminy, formaldehyd i cyjanowodor”.

Dzięki optymalnej realizacji postanowień omawianej ustawy w drugiej połowie lat 90. udało się ograniczyć epidemię raka płuca w Polsce.

Niestety, w ostatnich latach nastąpiło drastyczne zmniejszenie finan-

sowania programu, co doprowadziło do scentralizowania, ograniczenia, a nawet zaniechania szeregu prowadzonych wcześniej skutecznych działań w tym zakresie. Dotyczy to zwłaszcza działań profilaktycznych i interwencyjnych adresowanych do dzieci i młodzieży, kobiet w ciąży, społeczności lokalnych oraz najbardziej niebezpiecznych warstw społeczeństwa. Zmniejszono również liczbę i zakres projektów badawczych mających na celu monitorowanie rozpowszechnienia i mechanizmów palenia tytoniu w społeczeństwie polskim, jego skutków zdrowotnych oraz efektywności programu rządowego. Doprowadziło to do zahamowania wielu obserwowanych wcześniej, pozytywnych zmian w postawach wobec palenia tytoniu w Polsce. W populacji mężczyzn nastąpiło zmniejszenie tempa spadku częstości palenia tytoniu u osób powyżej 30. roku życia. W najmłodszej wiekowej grupie dorosłych kobiet (20–29 lat), u których w latach 80. i 90. częstość palenia gwałtownie spadła (z 45% do 23%), trend spadkowy został całkowicie zahamowany. Jeśli niekorzystne zmiany w postawach polskich palaczy będą się pogłębiać, to może dojść do zahamowania spadku umieralności na raka płuca u mężczyzn i ponownego wzrostu umieralności u młodych kobiet.

Bardzo aktywnie na rzecz walki z tytoniem działa Komisja Europejska. Unijny komisarz ds. zdrowia i ochrony konsumentów Markos Kyprianou, podobnie jak jego poprzednik David Byrne, jest gorącym zwolennikiem wprowadzenia zakazu palenia w miejscach publicznych na terenie całej Unii Europejskiej. Decyzję w tej sprawie muszą jednak podjąć same państwa członkowskie. Komisja może je jedynie do tego namawiać. W marcu bieżącego roku Unia Europejska zainaugurowała nową kampanię przeciwko paleniu papierosów, skierowaną przede

wszystkim do młodzieży i osób dorosłych przed 30. rokiem życia. Zaplanowana na 4 lata kampania, której budżet wynosi 72 mln euro, obejmuje między innymi objazdowe imprezy rozrywkowe, reklamy w kinach i telewizji oraz portal internetowy dla palaczy chcących zerwać z nałogiem. Kampania pod hasłem: „HELP – For a life without tobacco” jest już drugą unijną akcją antynikotynową. Pierwszą, zatytułowaną „Feel free to say no”, prowadzono w latach 2002–2004. Jej celem było przede wszystkim wspieranie młodych ludzi w decyzji niepalenia papierosów.

Ograniczenie palenia tytoniu jest też przedmiotem pierwszego w historii międzynarodowego traktatu w dziedzinie ochrony zdrowia, przyjętego pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), to jest Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu.

Polska należąca w latach 90. do tych państw europejskich, w których polityka w zakresie problemu niktynizmu była najbliższa standardom Światowej Organizacji Zdrowia, w latach 1998–2000 należała do inicjatorów wspomnianej Konwencji i brała aktywny udział we współpracy z Kwaterą Główną WHO w jej przygotowaniu i opracowaniu. Przedstawiciele rządu i parlamentarzyści występowali na forum WHO w tej sprawie.

Światowa Organizacja Zdrowia i środowisko liderów zdrowia publicznego są zdumione faktem, że Polska podpisała wstępny protokół Konwencji jako ostatni kraj Unii Europejskiej, a dziś jest jednym z sześciu państw w Europie, które jej nie ratyfikowały.

Konwencja ta stanowi podstawę prawa międzynarodowego, regulującego produkcję, sprzedaż i kon-

Światowa Organizacja Zdrowia i środowisko liderów zdrowia publicznego są zdumione faktem, że Polska podpisała wstępny protokół Konwencji jako ostatni kraj Unii Europejskiej, a dziś jest jednym z 6 państw w Europie, które jej nie ratyfikowały.

sumpcję tytoniu zgodnie ze zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym interesem państwa, społeczeństwa i obywatela. Jej szybka ratyfikacja i wprowadzenie w życie stanowi niezbędny warunek kontynuacji efektywnej polityki zdrowotnej w tym zakresie i powrotu Polski do rodziny państw realizujących nowoczesną politykę zdrowia publicznego.

Wprowadzenie całkowitego zakazu palenia tytoniu w miejscach publicznych, w tym barach i restauracjach, w wielu państwach europejskich (m.in. Irlandii, Norwegii, Szkocji, Anglii, Włoszech), a także w USA i Kanadzie, okazało się skutecznym narzędziem ochrony zdrowia niepalących, również w miejscu pracy, przed toksycznym i rakotwórczym działaniem dymu tytoniowego.

¹ Wraz z jej nowelizacją z 1999 roku (Dz. U. 99.96.1107) i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2004 roku (Dz. U. 04.31.275)

² Program na lata 2002–2006 został przyjęty przez Radę Ministrów RP w lipcu 2002 r.

SPONSORZY

Sponsor wydania

AstraZeneca

Sponsorzy spotkania założycielskiego Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Kraków, 4 marca 2005 r.

AstraZeneca

Pfizer

polpharma

sanofi aventis
Zdrowie przede wszystkim

SERVIER