

Pierwotna prewencja chorób układu krążenia.
Założenia programu badań przesiewowych i interwencji

Andrzej Pająk

Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Komitet Zdrowia Publicznego, Polska Akademia Nauk, Posiedzenie 20 stycznia 2016 r.

W roku 2007 parlament Europejski uchwalił Europejską Kartę Zdrowia Serca (*European Heart Health Charter*), która określa, że każdy obywatel Europy ma prawo do uwarunkowań zdrowia, które obejmują: niestosowanie tytoniu, odpowiednią aktywność fizyczną (co najmniej 30 min. 5 × w tygodniu), zdrowe zwyczaje żywieniowe, uniknięcie nadwagi, ciśnienie tętnicze w zakresie poniżej 140/90 mm Hg, stężenie cholesterolu we krwi poniżej 5 mmol/l (190 mg/dl), prawidłowy metabolizm glukozy oraz unikanie nadmiernego stresu. Badania przeprowadzone w Polsce w latach 2013/14 wskazują jednak, że ponad 90% dorosłych osób ma co najmniej jeden czynnik ryzyka, który zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na choroby sercowo-naczyniowe. Eliminacja tych czynników stanowi poważne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Istnieją dwie strategie prewencji. Pierwsza to strategia ogólnopopulacyjna, która polega na wywieraniu korzystnego wpływu na uwarunkowania zdrowia całej populacji tj. oddziaływaniu na wszystkich, którzy do niej należą tzn. zarówno chorych jak i zdrowych, a wśród zdrowych zarówno tych, którzy mają wysokie i niskie ryzyko zachorowania. Druga to strategia wysokiego ryzyka, która obejmuje dwie główne czynności: 1) aktywne zidentyfikowanie wszystkich osób, które mają większe ryzyko zachorowania (badanie przesiewowe) i 2) objęcie ich odpowiednią, skuteczną opieką. Wdrażanie tych strategii powinno być równoległe, a wyznaczanie priorytetów w ich obrębie powinno być m. in. uwarunkowanie komplementarnością względem działań w ramach drugiej strategii.

Zasady prowadzenia skryningu przyjęte przez WHO (tzw. kryteria Wilsona), obejmują m.in. warunki, że badania przesiewowe można organizować tylko wtedy kiedy zapewniona jest pełna dostępność do diagnostyki i leczenia oraz że wykrywanie zagrożonych osób powinno być procesem ciągłym, a nie działaniem „od przypadku do przypadku”. Program profilaktyki chorób układu krążenia (procedura finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)), określa jednostki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jako wykonawców obu składowych strategii wysokiego ryzyka. Taka delegacja zadań jest słuszna gdyż tylko jednostki POZ mają dostęp do populacji ogólnej (zarejestrowane osoby) i jednocześnie są w stanie zapewnić ciągłość opieki. Jest to również zgodne z zalecaniami międzynarodowych towarzystw naukowych. Jednak skuteczność programu NFZ potwierdzono tylko w zakresie wykrywania stanów zagrożenia (obecność czynników ryzyka), co nie przełożyło się na istotną redukcję narażenia na uznane czynniki ryzyka. Wyjaśnieniem tego stanu rzeczy jest to, że badanie przesiewowe miało dokładnie opracowany zakres i sposób wykonania jego składowych, natomiast nie zaproponowano żadnej struktury dalszego postępowania. Tymczasem wyniki prac badawczych wskazują, że programy obejmujące strukturalną, kompleksową i wielokierunkową interwencję, które są prowadzone przy użyciu prostych i akceptowalnych metod i które mogą być prowadzone przez pielęgniarki, są skutecznym i kosztowo efektywnym narzędziem prewencji, pod warunkiem ich dobrego zintegrowania w systemie opieki zdrowotnej.

Dlatego też, zakładając że w metodach prewencji nadal istnieje znaczny, niewykorzystany potencjał zwalczania chorób sercowo-naczyniowych, należy wprowadzić sprawdzoną w badaniach naukowych strukturalną interwencję, jako uzupełnienie istniejącego programu profilaktyki chorób naczyniowo-sercowych, który jest oparty na racjonalnych założeniach i jest właściwie usytuowany. Konieczne jest jednak stopniowe i kontrolowane wdrożenie takiej interwencji, które obejmie ocenę jej skuteczności i efektywności kosztów.