

УДК 371.7

ZDROWIE PUBLICZNE: CZY MOŻE BYĆ DROGĄ DO ZDROWIA NEUTRALIZACJĄ CZYNNIKÓW RYZYKA ZACHOROWAŃ?

Ела BULICZ, Igor MURAWOW

Wyższa Szkoła Nauk Społecznych i Technicznych

Анотація. Реальною та ефективною стратегією позбавлення від хвороб є не їх профілактика за рахунок усунення чинників ризику захворювань за допомогою специфічних медичних засобів, а зміцнення потенціалу здоров'я, стимуляція захисних сил, опірності організму до несприятливих впливів.

Ключові слова: здоров'я і його стимуляція, чинники ризику, хвороба, профілактика захворювань.

Wstęp. Już od dawna było wiadomo, że zwalczanie choroby, w trakcie jej trwania stawia przed sobą bardzo skomplikowane zadanie, zdecydowanie trudniejsze, niż jej zapobieganie. Dlatego jeszcze w odległej starożytności, kiedy choroby zakaźne powodowały epidemie i pandemie wykorzystywano radykalne środki w celu uniknięcia kontaktu z chorymi (izolowanie chorych, palenie ciał zmarłych w wyniku chorób infekcyjnych itp.) W miarę pogłębienia wiedzy o zachorowaniach i mechanizmach ich rozwoju, działania profilaktyczne stawały się coraz bardziej rezolutne, dlatego też przynoszące większe nadzieje.

Strategia walki z zachorowaniami, mimo wykorzystania najlepszych współczesnych środków farmakologicznych oraz antybiotyków i innych preparatów przeciw drobnoustrojom chorobotwórczym w wielu sytuacjach staje się nieefektywna. Stało się jasne, że prosty schemat działalności lekarskiej, która przewiduje po postawieniu diagnozy realizację odpowiedniego leczenia, często nie prowadzi do oczekiwanego skutku.

Wyjaśniono ponadto, że im wcześniej podejmie się działania we wczesnej fazie rozwoju choroby, tym te działania będą skuteczniejsze. Jeszcze Paracelsus (1493–1541) rozpatrywał chorobę jako żywą istotę, która rodzi się, rośnie, rozwija się i jeśli nie zastosuje się odpowiednich środków przeciw niej, to stanowi ona realną groźbę dla życia. I chociaż przedstawienie choroby jako żywej istoty było niepoprawne, to zrozumienie etapowości rozwoju zachorowania było absolutnie prawidłowe. Dlatego, w ciągu wielu stuleci lekarze starali się jak najwcześniej rozpoznać objawy choroby, aby w miarę możliwości móc neutralizować możliwość jej rozwoju.

Analiza ostatnich badań, publikacje. Tego rodzaju próby okazały się skuteczne tylko w połowie XX wieku. Udało się mianowicie wyjaśnić, że jeszcze na długo przed rozwojem choroby w organizmie pojawia się szereg jej symptomów – swego rodzaju zwiastunów albo – jak ich nazwano – czynników ryzyka zachorowań (J. Stamler, 1973; W.B Kannel, 1975, 1990; E.H. Epstein, K. Pyorala, 1987; G. Farchi, A. Menotti, S. Conti, 1987, И.С. Глазунов, 1989 i in.). Oprócz oznak, które można zaobserwować w organizmie (na przykład, nadmierna ilość cholesterolu w surowicy krwi, szczególnie cholesterolu lipoprotein¹ niskiej gęstości; zwiększone ciśnienie tętnicze krwi; nadwaga, zwiększenie poziomu glukozy we krwi itp.), odkryto również czynniki ryzyka właściwe zachowaniu człowieka. Już w latach 80-ch ubiegłego stulecia ilość wykrytych czynników ryzyka przekroczyła liczbę 200 (J. McCormick, P. Skrabanek, 1988). Okazało się, że największe niebezpieczeństwo wśród tych czynników ryzyka zagraża człowiekowi ze strony palenia, niedostatecznej aktywności fizycznej, nadmiernego solenia potraw, nadmiaru słodczy, a także psychologiczne i społeczne podłoże osobowości człowieka.

¹ Lipoproteiny – to kompleksy białek z lipidami, w których białka mogą przejawiać swą aktywność biologiczną

Do czynników ryzyka zalicza się również odczucie ogromnego zmęczenia w końcu dnia, które można wykryć za pomocą specjalnych testów opracowanych przez psychologów (A. Appels, P. Mulder, 1988).

Omówienie wyników. Wypracowanie odpowiednich prawidłowości teoretycznego programu profilaktyki zachorowań było logicznie uzasadnione. Wydawało się, że obniżenie wiarygodności zachorowań staje się swego rodzaju „sprawą techniki” – trzeba było zmniejszyć w jednostkach ilościowych wyrażenia pewnego czynnika ryzyka i realizować odpowiednio rekomendacje, które są zdolne neutralizować ten czynnik. Jednak praktyka realizacji programów profilaktycznych często nie układała się w ten schemat. Wykorzystując bardziej optymalne, naukowo uzasadnione strategie walki z czynnikami ryzyka – w tym strategię integralną – badacze bynajmniej nie zawsze uzyskiwali oczekiwane rezultaty. Bardziej szczegółowo skutki bezsilności programów profilaktycznych, skierowanych na walkę z ryzykiem były przeanalizowane w ciągu ostatnich lat (И.А. Гундаров и др. 1989; И.С. Гундаров, С.В. Матвеева, 2000).

Wiele programów profilaktycznych skierowanych na walkę z czynnikami ryzyka okazało się mało albo wcale nie efektywnymi. I tak, narodowy program pierwotnej profilaktyki wieńcowej choroby serca (MRFIT) przeprowadzony w USA na próbie 12 866 mężczyzn w wieku 35-37 lat z wysokim ryzykiem rozwoju tego zachorowania nie ujawnił rozbieżności w śmiertelności ani z powodu choroby wieńcowej serca, ani w wyniku innych przyczyn. Istotne jest, że w tym programie było realizowane nie tylko leczenie farmakologiczne nadciśnienia tętniczego, ale wykorzystano także rekomendacje lekarskie takie, jak zaprzestanie nałogu palenia tytoniu i prawidłowe odżywianie się. Urzeczywistniono zatem program kompleksowy dotyczący ogólnej profilaktyki zachorowań. Działania profilaktyczne prowadzone były przez siedem lat. W efekcie nie ujawniono różnicy między śmiertelnością w grupie aktywnej profilaktyki i grupie kontrolnej (J.A. Culter et al., 1986). Norweski program profilaktyczny zaplanowany początkowo na pięć lat, a następnie przedłużony o kolejne pięć (I. Holme et al., 1985) oraz fiński wieloczynnikowy program profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych (T.A. Miettinen et al., 1986) także nie ujawnił pozytywnego skutku. Podobnie północno – karelski projekt profilaktyczny, w którym aktywne działania były realizowane na grupie 181 tys. osób, przy czym grupą kontrolną była wyznaczona ludność prowincji Kuopio – 253 tys. osób (Community..., 1981; J. Tuomilehto et al., 1985) oraz sześcioletni program profilaktyki chorób krążenia prowadzony w Słowacji (I. Riečansky et al., 1985).

Nawet w tych sytuacjach, w których programy profilaktyczne okazują się pod pewnymi względami skuteczne, skrupulatna analiza ujawnia wpływ innych, nieuwzględnionych czynników prozdrowotnych. Jako przykład można przytoczyć kompleksowy program skierowany na wywołanie i kontrolę nadciśnienia tętniczego z wykorzystaniem środków farmakologicznych i rekomendacji prozdrowotnych. Programem objęto 10 940 osób obojga płci w wieku 30-69 lat z nadciśnieniem tętniczym. Pięcioletnie obserwacje nie wykazały obniżenia ogólnej śmiertelności przy ciśnieniu rozkurczowym powyżej 104 mm Hg u białych kobiet w wieku 30-49 lat. Nie zwiększyła się także trwałość życia uczestników tego programu. Ujawniono także szereg zmian pozytywnych jakie udało się zaobserwować badaczom, lecz mogły one wynikać z działań lekarskich prowadzonych na grupie aktywnej profilaktyki, w której w odróżnieniu od grupy kontrolnej prowadzono kontrole stanu zdrowia nie mniej, niż 4 razy do roku (Hypertension..., 1979, 1982).

Analizując programy profilaktyczne, które zabezpieczają osiągnięcie bezpośredniego rezultatu – usunięcie jednego lub kilku czynników ryzyka, ale bez obniżania ogólnej śmiertelności – specjaliści doszli do wniosku, że takie programy nie mogą być rekomendowane dla szerszego wykorzystania (G. Rose et al., 1980).

Przytoczone powyżej dane o nieskuteczności programów profilaktycznych (И.А. Гундаров и др., 1989) oczywiście nie są przeglądem reprezentacyjnym dla programu profilaktyki zachorowań. Wiele publikacji traktujących o takich programach wskazuje na ich skuteczność. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że w tego rodzaju publikacjach często podawane są wiadomości dotyczące nie najważniejszych zmian w stanie zdrowia i jakości życia uczestników programu, a dane charakteryzujące oddzielne strony stanu organizmu pacjentów.

Najważniejszym wnioskiem, uzasadnieniem którego może służyć podany wyżej materiał, jest zrozumienie tego, że przy pomocy profilaktyki medycznej, tj. zarówno środków leczniczych jak i prowadzeniu działań polegających na wyeliminowaniu zachowań niesprzyjających zdrowiu nie zawsze możliwe jest przywrócenie zdrowia człowiekowi (E. Bulicz, I. Murawow 2007).

Istota sprawy polega na tym, że zabiegami medycznymi można tylko osłabić rolę pewnego czynnika ryzyka, co przy tym samym poziomie integracji funkcji i energetyki organizmu zwiększa zagrożenie ze strony innych czynników ryzyka. Wiadomym jest, że współczesna patologia charakteryzuje się kompleksowością, połączeniem różnych procesów patologicznych (И.С. Глазунов, 1989; С.Т. Карпадога, Е.А. Amsterdam, 1994; В.А. Chambers et al., 1999; D.S. Bell, F. Ovalle, 2000; О.П. Щенин, 2001), które gwałtownie się nasilają podczas procesu starzenia (Д.Ф. Чеботарев, 1977; О.У. Korkusko, D. Nelius, 1978; V.M. Dilman, 1981, 1986; L. Hayflick, 2000).

Dlatego, wywołane przez zabiegi medyczne, osłabienie roli jednego czynnika ryzyka lub już istniejącego naruszenia zdrowia, w sposób nieunikniony powoduje wzrost zagrożenia ze strony innego czynnika ryzyka. Zdarza się to również podczas realizacji programów profilaktycznych z wykorzystaniem środków medycznych, które regulują funkcje życiowe organizmu, ale nie podnoszą jego poziomu zdolności do życia. Programy te prowadzą do przegrupowania śmiertelności: osłabiają jedne czynniki ryzyka, a inne wzmacniają, czyniąc je bardziej niebezpiecznymi.

Zdecydowanie inna sytuacja ma miejsce wtedy, gdy działania profilaktyczne zwiększają poziom zdolności organizmu do życia. Taki wpływ wywołują właściwie dobrane metody treningu fizycznego. Zwiększają one potencjał energetyczny i poziom integracji morfofunkcjonalnej, co z kolei prowadzi do zwiększenia odporności organizmu (G. Rose, 1969; M.A. Greenberg, 1979; R.S. Paffenbarger, R.T. Hyde, 1984; M.F. Oliver, 1986; P.-O. Astrand, K. Rodahl, 1994; A.Z. Le Croix et al., 1996; R.J. Spina et al., 1997; I. Thune et al., 1997; F. Schena et al., 2000; K.H. Tan et al., 2000). Charakterystycznym jest, że odpowiednio dozowane treningi fizyczne wykazują wielostronny stymulujący wpływ na organizm (И.В. Муравов, 1989; D. Mucha, 2004; P.-O. Astrand, И.В. Муравов, 2003), obniżając ryzyko śmiertelności z jakichkolwiek przyczyn (L.H. Kushi et al., 1997; G. Erikssen et al., 1998; A.A. Hakim et al., 1998; V. Bernsbein, 2000; S. Goya Wannamethee et al., 2000; G.R. Elley et al., 2003; E.W. Gregg et al., 2003). W eksperymencie na zwierzętach i w badaniach klinicznych wykazano, że dozowane treningi fizyczne stwarzają możliwość zapobiegania wczesnemu procesowi starzenia się (I.W. Murawow, 1969) oraz obniżają wiek biologiczny i zwiększają długość życia (И.В. Муравов, 1976).

Z powyższych faktów wynika, iż profilaktyka założeń końcowych najbardziej masowych zachorowań nie powinna być realizowana poprzez strategię usunięcia czynników ryzyka za pomocą specyficznych środków farmakologicznych. Jest jasne, że profilaktyka, tylko z tego powodu, że jest profilaktyką chorób- nie wzmacnia zdrowia (В.А. Лищук, 1994).

Coraz więcej uczonych skłania się ku konieczności rewizji założeń wyjściowych, które uzasadniałyby strategię profilaktyki zachorowań, jak i zdrowego stylu życia. Większość z jedno- i wieloczynnikowych programów profilaktycznych, skierowanych na walkę z paleniem, nadciśnieniem tętniczym, hipercholesterolemią, nadmierną masą ciała i niską aktywnością fizyczną okazały niską skuteczność w obniżeniu ogólnej śmiertelności. Współczynnik sprawności profilaktyki według kryterium obniżenia śmiertelności wskutek w/w przyczyn stanowi tylko 0,5–0,7 % (И.А. Гундаров, и др. 1989).

Wnioski

Te i wiele innych faktów świadczą o tym, że problem neutralizacji czynników ryzyka okazuje się o wiele trudniejszy, aniżeli sądzono wcześniej. Trudności i paradoksy, które napotyka się przy próbach wzmocnienia zdrowia człowieka na drodze usuwania czynników ryzyka zachorowań, wskazują na konieczność nie tylko pogłębionych badań tych czynników oraz mechanizmów ich kształtowania, ale i nowego podejścia do całego problemu profilaktyki zachorowań.

Bibliografia

1. Bulicz E., Murawow I. Czy profilaktyka medyczna prowadzi do zdrowia? Radom: wyd. PSL 2007.-207 s.
2. Fagard R.H. Physical exercise and coronary artery disease // Acta Cardiol. – 2003. – 57, № 2 – P. 91-100.
3. Frick M.H., Heinonen O.P., Hirttunen J.K., Koskonen P., Manttari M., Man-ninen V. Efficacy of gemfibrozil in dyslipidaemic subjects with suspected heart disease. An ancillary study in the Helsinki Heart Study frame population // Ann. Med. – 1993. – 25. – P. 41-45.
4. McCormick J., Skrabanek P. Coronary heart disease is not preventable by population interventions // Lancet. – 1988. – 2, № 8615. – P. 839-841.

ZDROWIE PUBLICZNE: CZY MOŻE BYĆ DROGĄ DO ZDROWIA NEUTRALIZACJĄ CZYNNIKÓW RYZYKA ZACHOROWAŃ?

Ella BULICZ, Igor MURAWOW

Wyższa Szkoła Nauk Społecznych i Technicznych, Radom, Polska

Streszczenie. Realna i efektywna strategia pozbawienia od chorób polega nie na profilaktyce ich kosztem neutralizacji czynników ryzyka za pomocą specjalistycznych środków medycznych, a we wzmocnieniu potencjału zdrowia, stymulacja obronnych sił organizmu, odporności jego na wpływy chorobotwórcze.

Słowa kluczowe: zdrowie i jego stymulacja, czynniki ryzyka, choroba, profilaktyka zachorowań.

PUBLIC HEALTH: CAN THE NEUTRALIZATION OF RISK FACTORS BE WAY TO HEALTH?

Ella BULICZ, Igor MURAWOW

High School of Social and Technical Sciences, Radom, Poland

Abstract. The real and effective strategy of disease deliverance is not the prevention at the expense of elimination of diseases' risk factors through specific medical means, but strengthening of the health potential, stimulation of protective forces and organism's resistibility to the adverse influences.

Key words: Heath and sits simulation, risk factors, disease, prophylactic of disease.