

Elżbieta Kozak-Szkopek, Jerzy Baraniak, Jolanta Mieczkowska
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie

Rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w szóstej dekadzie życia

Prevalence of coronary heart disease risk factors in the sixth decade of life

Abstract

Background. The aim of the study was to assess the prevalence of coronary heart disease risk factors and the risk of cardiovascular incidences occurrence in the sixth decade of life as the prediction of health state in elderly adults. The main risk factors were analysed: hypertension, smoking, age, elevated levels of lipid fractions, premature occurrence of cardiovascular incidences in the family history and obesity.

Material and methods. 1214 subjects, aged 30–60 years, were enrolled in the study. The group of 521 individuals, aged 50–60 years, were selected from this population. The correlation of main risk factors occurrence in this group, between the subgroups: before and after age of 55 and in women (W) and men (M) and in comparison to the groups of younger persons were determined.

Results. Hypertension was primarily treated in 30.32% of examined individuals, coronary heart disease in 6.14%, diabetes in 4.41%, positive family history of cardiovascular incidence was observed in 18.81% and smoking in 30.58% of examined subjects.

Hypercholesterolaemia was the most frequently occurring risk factor (72.69% W and 72.92% M), overweight and obesity were the second (65.79% W and 75.36% M), hypertension was the third (51.45% K and 62.28% M) and smoking was fourth (26.51% W and 41.72% M) most frequent risk factors in the sixth decade of life.

Conclusions. High prevalence of coronary heart disease risk factors in the sixth decade of life was determined and thus it is necessary to investigate and actively eliminate risk factors of coronary heart disease in this age group in order to prevent cardiovascular events in the elderly subjects.

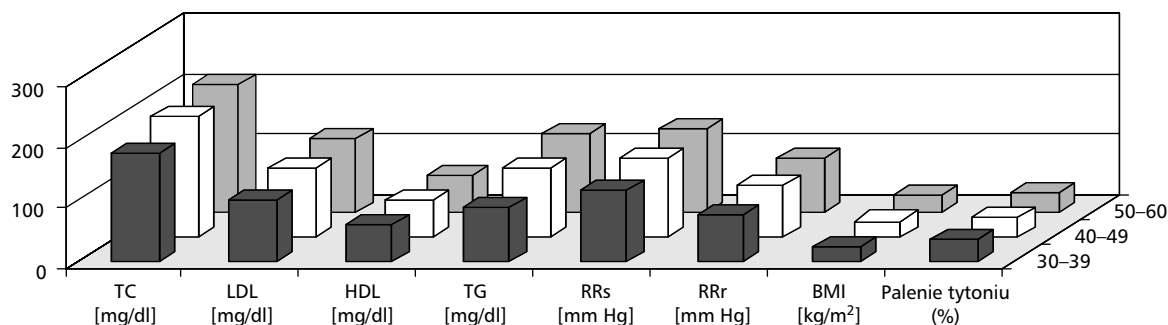
key words: risk factors, coronary heart disease, sixth decade of life

Wstęp

Ze względu na duże rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji polskiej ich zwalczanie pozostaje nadal podstawą profilaktyki choroby niedokrwiennej serca [1].

Celem pracy była ocena występowania czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w szóstej dekadzie życia oraz określenie ryzyka wystąpienia epizodu choroby niedokrwiennej serca w tej grupie wiekowej. Stan zdrowia między 50 a 60 rokiem życia stanowi czynnik predykcyjny dla dobrego starzenia się [2]. Analizowano główne czynniki ryzyka, takie jak: nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, wiek, podwyższone stężenie poszczególnych frakcji lipidowych, przedwczesne występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego w rodzinie oraz otyłość [3].

Adres do korespondencji:
dr med. Elżbieta Kozak-Szkopek
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych
Akademii Medycznej w Lublinie, SPSK1
ul. Staszica 16, 20–081 Lublin
tel./faks: (081) 532 77 17



Rycina 1. Rozkład wartości głównych czynników ryzyka wieńcowego w grupach wiekowych badanej populacji
Figure 1. Results of the main risk factors of coronary heart disease in the examined groups of age

Materiał i metody

Badaniami objęto 1214 kolejnych pacjentów zgłaszających się do Poradni Profilaktyki Chorób Układu Krążenia w wieku 30–60 lat, wyodrębniając z tej populacji grupę 521 osób w wieku 50–60 lat i porównując występowanie czynników ryzyka w obrębie tej grupy wiekowej oraz w stosunku do młodszych grup. Za pomocą kwestionariusza przeprowadzono wywiad uwzględniający informacje dotyczące czynników ryzyka, wykonano badanie przedmiotowe z pomiarem ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego, obliczono wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*), oznaczono lipidogram (cholesterol całkowity, cholesterol frakcji LDL, cholesterol frakcji HDL, triglicerydy) metodą enzymatyczną, stosując zestaw firmy bioMerieux oraz wykonano EKG. Materiał opracowano statystycznie, używając programu komputerowego Statistica 5,0.

Wyniki

Zbadano 521 osób w wieku 50–60 lat, w tym 381 (73,13%) kobiet (K) i 140 (26,87%) mężczyzn (M). Wyodrębniono 2 podgrupy: 289 osób między 50 a 54 rokiem życia i 223 osoby między 55 a 60 rokiem życia. Wśród wszystkich badanych pacjentów 161 (30,90%) osób miało wykształcenie wyższe, 254 (48,75%) osoby — średnie, 78 (14,97%) osób — zawodowe, a 28 (5,37%) — podstawowe. W populacji kobiet 26,51% badanych podało wykształcenie wyższe, 54,33% — średnie, 13,65% — zawodowe, a 5,51% — podstawowe. W populacji mężczyzn wykształcenie wyższe miało 42,86% badanych, średnie — 33,57%, zawodowe — 18,57%, a podstawowe 5,00%.

W badanej populacji nadciśnienie tętnicze wcześniej leczyło 30,32% ogółu pacjentów (26,77% K; 40,00% M), chorobę niedokrwinną serca — 6,14% (3,15% K; 14,28% M), a cukrzycę — 4,41% (2,88% K i 8,57% M). Obciążający wywiad rodzinny stwierdzono u 18,81% badanych (18,64% K; 19,29% M).

Średnie wartości analizowanych czynników ryzyka wieńcowego w badanej populacji w grupach wiekowych przedstawiono na rycinie 1.

Palenie tytoniu

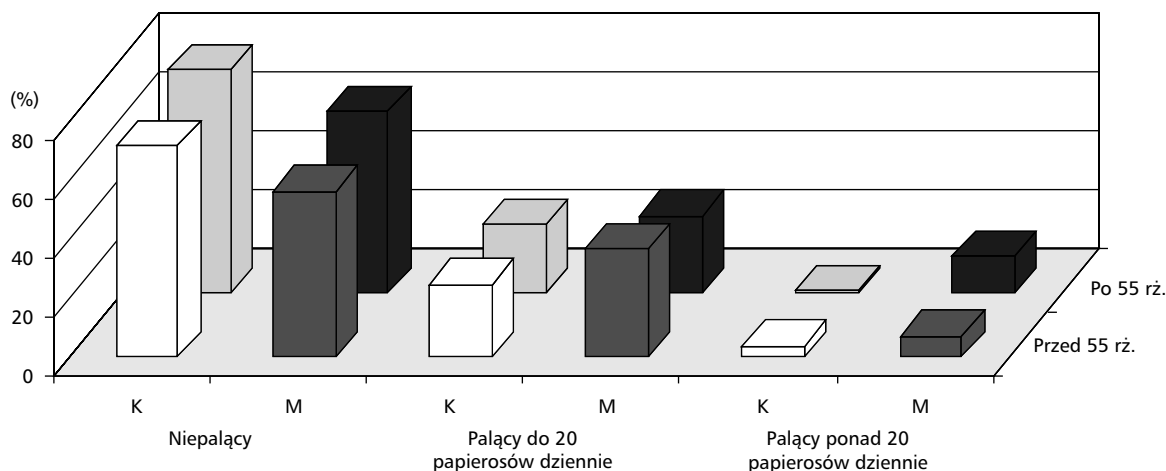
W badanej populacji 30,58% osób paliło tytoń, jednak ponad 20 papierosów dziennie wypalało 2,36% K i 9,35% M. Nałóg palenia istotnie częściej występował wśród M niż u K (41,72% vs. 26,51%; $p < 0,001$). Po 55 roku życia odsetek palaczy był nieistotnie niższy w stosunku do osób przed 55 rokiem życia zarówno wśród M (43,91% vs. 38,60%; $p = 0,5$), jak i K (28,37% vs. 24,09%; $p = 0,34$). Rozpowszechnienie nałogu palenia w szóstej dekadzie życia nie różniło się istotnie w stosunku do młodszych grup wiekowych ($p = 0,471$) zarówno wśród M ($p = 0,570$), jak i K ($p = 0,180$).

Rozpowszechnienie nałogu palenia tytoniu w badanej populacji przedstawiono na rycinie 2.

Wskaźnik masy ciała

Pacjenci badani w szóstej dekadzie mieli istotnie wyższy BMI w stosunku do osób młodszych (27,44 kg/m² vs. 25,71 kg/m²; $p < 0,0001$). Szczególnie widoczne było to w populacji K (27,30 kg/m² vs. 25,28 kg/m²; $p < 0,00001$), natomiast w populacji M BMI był stale podwyższony (27,83 kg/m² vs. 27,04 kg/m²; $p = 0,089$). W szóstej dekadzie średnia wartość BMI była podobna u K i M (27,29 vs. 27,83; $p = 0,227$). Zaobserwowano istotne narastanie BMI po 55. roku życia wśród K (26,78 vs. 27,93; $p < 0,014$), czego nie stwierdzono u M (28,25 vs. 27,21; $p = 0,142$), u których wystąpiło nieistotne zmniejszenie BMI.

Nieprawidłowy BMI (≥ 25 kg/m²) występował u 65,79% K i 75,36% M ($p = \text{NS}$) i był on na podobnym poziomie przed i po 55 roku życia. Nadwaga nieznamienne częściej występowała u M (42,75%) niż u K (38,73%) ($p = \text{NS}$). Otyłość



Rycina 2. Palenie tytoniu w badanej populacji
Figure 2. Smoking prevalence in the examined population

również nieco częściej stwierdzano u M (32,61%) niż u K (27,06%) ($p = \text{NS}$).

Wśród badanych kobiet do 55 roku życia 22,07% było otyłych w porównaniu z 33,54% po 55 roku życia ($p < 0,05$). Wśród M odsetek otyłych zmniejszył się z 35,37% przed 55 rokiem życia do 28,57% po 55 roku życia ($p = \text{NS}$).

Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości przedstawiono na rycinie 3, natomiast zaburzenia lipidowe w badanej populacji na rycinie 4.

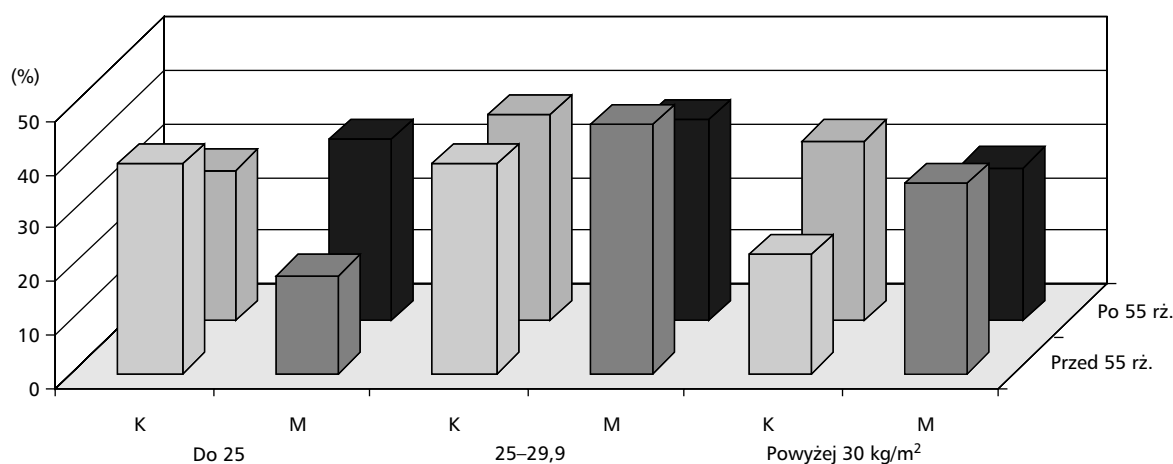
Cholesterol całkowity (TC)

Średnie stężenie cholesterolu całkowitego (TC, *total cholesterol*) w szóstej dekadzie było istotnie wyższe w stosunku do młodszych grup wiekowych (208,07 mg/dl vs. 193,02 mg/dl; $0 < 0,0001$). Różnica ta była bardziej widoczna w populacji K (210,04 mg/dl vs. 190,96 mg/dl;

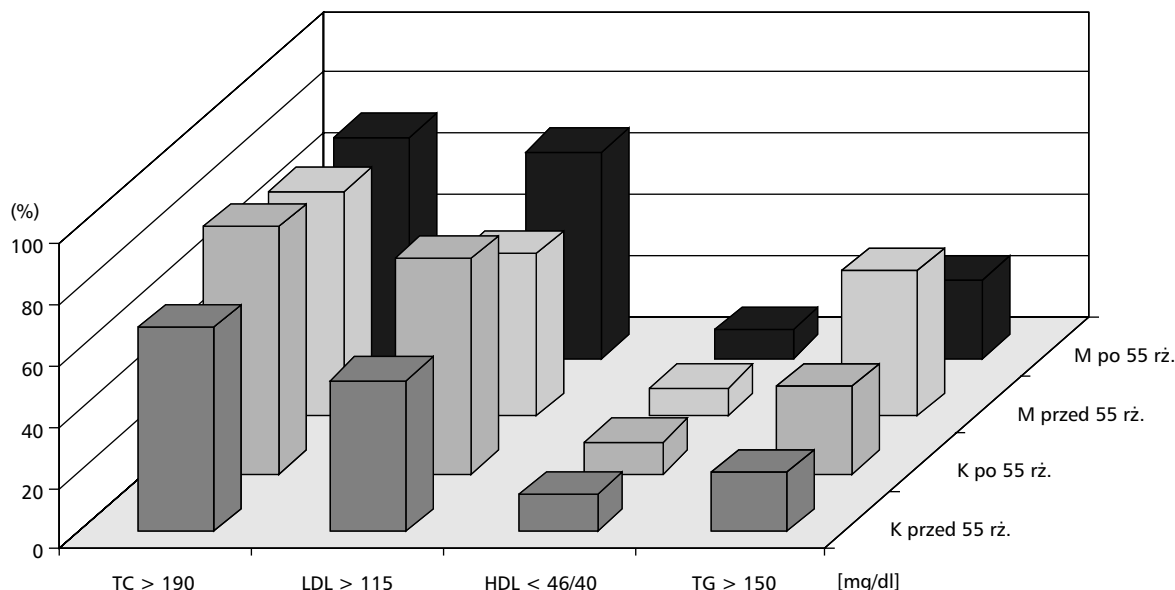
$p < 0,0001$); nieistotny wzrost obserwowano u M (202,65 mg/dl vs. 199,78 mg/dl; $p = 0,50$).

W obrębie szóstej dekadzie stężenie TC było wyższe u K w porównaniu z M (K 210,04 mg/dl vs. M 202,65 mg/dl; $p = 0,059$). Średnie stężenie TC było istotnie wyższe po 55 roku życia (202,78 mg/dl vs. 215,06 mg/dl; $p < 0,0003$), co było szczególnie znamienne wśród K (202,92 mg/dl vs. 219,57 mg/dl; $p < 0,0000$), a nieistotne wśród M (202,37 mg/dl vs. 203,00 mg/dl; $p = 0,92$).

Podwyższone stężenie TC (≥ 190 mg/dl) stwierdzono u 72,69% K i u 72,92% M w szóstej dekadzie ($p = \text{NS}$). Hipercholesterolemia występowała nieznamienne częściej u K po 55 roku życia w stosunku do K przed 55 rokiem życia (66,66% vs. 80,87%; $p = \text{NS}$). Odsetek M z podwyższonym stężeniem TC był wysoki przed 55 rokiem życia i później (73,58% vs. 72,09%; $p = \text{NS}$).



Rycina 3. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości w badanej populacji
Figure 3. Overweight and obesity prevalence in the examined population



Rycina 4. Występowanie zaburzeń lipidowych w badanej populacji
Figure 4. Occurrence of lipid disturbances in the examined population

Cholesterol frakcji LDL

Średnie stężenie cholesterolu frakcji LDL (*low-density lipoprotein*) w szóstej dekadzie wynosiło 121,93 mg/dl i było istotnie wyższe w stosunku do młodszych grup wiekowych (111,61 mg/dl; $p < 0,0001$), co było szczególnie wyraźne w populacji K (123,32 mg/dl vs. 109,08 mg/dl; $p < 0,0000$).

W obrębie szóstej dekady życia średnie stężenie cholesterolu frakcji LDL było podobne wśród K i M (K: 123,32 mg/dl, M: 117,92 mg/dl; $p = \text{NS}$). W populacji kobiet średnie stężenie cholesterolu frakcji LDL było istotnie wyższe po 55 roku życia niż przed 55 rokiem życia (116,37 mg/dl vs. 132,82 mg/dl; $p < 0,000$), czego nie stwierdzono wśród M (116,64 mg/dl vs. 119,49 mg/dl; $p = 0,63$).

U 68,58% badanych stężenie cholesterolu frakcji LDL wynosiło nie mniej niż 115 mg/dl (K: 58,30%, M: 59,37%; $p = \text{NS}$). Rozpowszechnienie podwyższonego stężenia cholesterolu frakcji LDL było istotnie wyższe w szóstej dekadzie życia w stosunku do osób młodszych. Odsetek osób z podwyższonym stężeniem cholesterolu frakcji LDL był wyraźnie wyższy po 55 roku życia niż przed 55 rokiem życia zarówno wśród K, jak i M, choć nie osiągnął istotności statystycznej (K: 49,36% vs. 70,43%; $p = \text{NS}$; M: 52,83% vs. 67,44%; $p = \text{NS}$).

Cholesterol frakcji HDL

Średnie stężenie frakcji cholesterolu frakcji HDL (*high-density lipoprotein*) w szóstej dekadzie wynosiło 61,19 mg/dl i było istotnie wyższe wśród K w stosunku do M (K: 62,80 mg/dl, M: 56,60 mg/dl; $p < 0,000$). Nie

obserwowano istotnej różnicy między osobami w szóstej dekadzie a młodszymi, jak również w obrębie szóstej dekady (przed 55 r. i później).

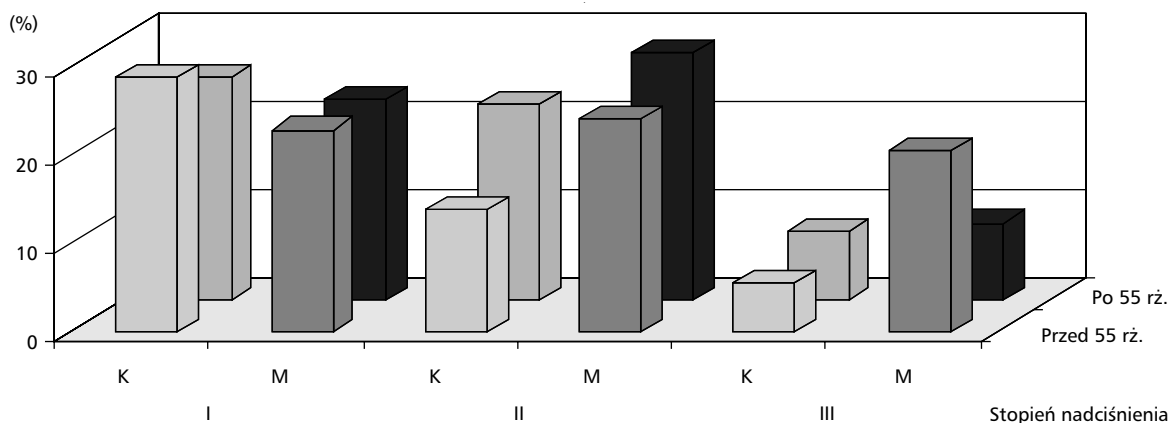
Częstość obniżonego stężenia cholesterolu frakcji HDL stwierdzono u 10,89% badanych (K < 46 mg/dl: 11,44% vs. M < 40 mg/dl: 9,37%; $p = \text{NS}$). Rozpowszechnienie obniżonego stężenia cholesterolu frakcji HDL było podobne przed 55 rokiem życia i później zarówno u K, jak i M.

Triglicerydy

Średnie stężenie triglicerydów (TG, *triglyceride*) w szóstej dekadzie wynosiło 127,12 mg/dl i było istotnie wyższe wśród M w stosunku do K (K: 118,90 mg/dl, M: 151,76 mg/dl; $p < 0,000$).

Analizując średnie wartości stężenia TG, odnotowano, że były one istotnie wyższe niż u osób młodszych (104,89 mg/dl vs. 127,12 mg/dl; $p < 0,000$), co wyraźnie obserwowano w populacji K (95,70 mg/dl vs. 118,90 mg/dl; $p < 0,000$). Średnie stężenia TG narastały istotnie po 55 roku życia w populacji K (111,19 mg/dl vs. 128,17 mg/dl; $p < 0,007$). Natomiast wśród M były wysokie przed 55 rokiem życia i później (160,51 mg/dl vs. 140,97 mg/dl; $p = 0,263$).

Hipertriglicydemia (TG ≥ 150 mg/dl) dotyczyła 26,97% badanych i występowała ona znacznie częściej wśród M (37,50%) niż u K (23,25%) ($p < 0,007$). Rozpowszechnienie hipertriglicydemii było istotnie większe w szóstej dekadzie w stosunku do osób młodszych, zwłaszcza w populacji K. Podwyższone stężenie TG występowało u 19,23% K do 55 roku życia



Rycina 5. Nadciśnienie tętnicze w badanej populacji
Figure 5. Hypertension prevalence in the examined population

i u 28,69% po 55 roku życia ($p = 0,068$), analogicznie wobec 47,17% i 25,58% M ($p = 0,029$).

Ciąśnienie tętnicze

Średnia wartość jednorazowego pomiaru ciśnienia skurczowego dla badanej populacji wynosiła $138,11 \pm 22,56$ mm Hg. U kobiet wynosiła $136,03 \pm 21,01$ mm Hg i była istotnie niższa niż u mężczyzn $143,78 \pm 25,56$ mm Hg ($p < 0,000$). Średnia wartość ciśnienia rozkurczowego wynosiła $86,88 \pm 13,28$ mm Hg i była istotnie wyższa wśród M w stosunku do K ($K: 84,93 \pm 12,06$ mm Hg, $M 92,25 \pm 14,81$ mm Hg; $p < 0,000$).

Średnie wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego były istotnie wyższe w szóstej dekadzie w stosunku do młodszych, zarówno w populacji M, jak i K. Nie zaobserwowano natomiast istotnych różnic przed 55 rokiem życia i później.

Nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 64,28% badanych M i u 51,45% K ($p = NS$).

Nadciśnienie I° występowało u 27,3% badanych kobiet (28,84% do 55 r. i u 25,30% po 55 r.) oraz u 22,86% mężczyzn (u 22,89% do 55 r. i u 22,81% po 55 r.).

Nadciśnienie tętnicze II° stwierdzono u 17,59% kobiet (u 13,95% przed 55 r. i 22,29% po 55 r.) oraz u 25,71% mężczyzn (u 24,10% przed 55 r. i 28,07% po 55 r.).

Nadciśnienie tętnicze III° występowało u 6,56% kobiet (u 5,58% przed 55 r. i 7,83% po 55 r.) oraz u 15,71% mężczyzn (u 20,48% przed 55 r. i 8,77% po 55 r.).

Powyższe różnice nie osiągnęły istotności statystycznej. Graficzne rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w badanej populacji przedstawiono na rycinie 5.

Grupy ryzyka wieńcowego

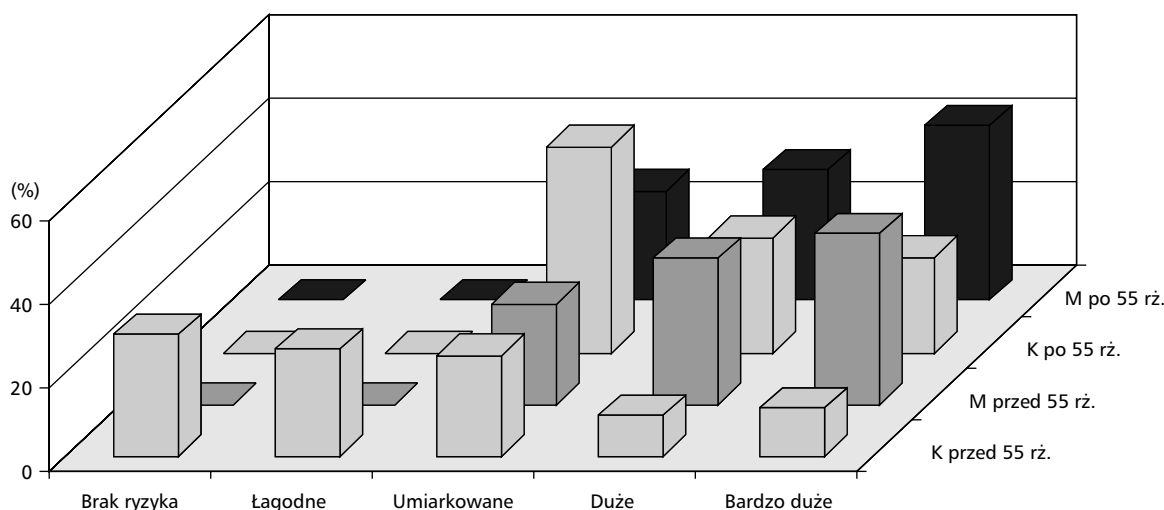
Wydzielono 4 kategorie ryzyka wieńcowego według kryteriów podanych przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne w 2000 roku [4]. Ryzyko łagodne występowało u 14,44% badanych K, umiarkowane — u 35,17% K i u 23,36% M, duże — u 17,59% K i u 34,31% M, a bardzo duże u — 16,27% K i u 42,33% badanych M. Zaobserwowano istotne narastanie odsetka kobiet z dużym i bardzo dużym ryzykiem po 55 roku życia; ryzyko u mężczyzn pozostawało na bardzo wysokim poziomie przed 55 rokiem życia i później. Występowanie grup ryzyka wieńcowego w badanej populacji zobrazowano na rycinie 6.

Dyskusja

Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w badanej populacji osób w szóstej dekadzie życia było bardzo duże.

Najczęściej występowały **zaburzenia lipidowe**. Hipercholesterolemia dotyczyła 72,69% K i 72,92% M. W badaniu NATPOL PLUS wśród osób między 40 a 59 rokiem życia podwyższone stężenie cholesterolu występowało u 71,0% badanych [5]. Hipercholesterolemia częściej występowała u K po 55 roku życia w stosunku do K przed 55 rokiem życia (66,66% vs. 80,87%; $p = NS$) w badanej populacji. Podobną tendencję stwierdzono wśród kobiet w badaniu POL-MONICA 2001 (61,9% vs. 70,97%). Stężenie TC u M było podobne przed 55 rokiem życia i później [6].

Częstość występowania podwyższonego stężenia cholesterolu frakcji LDL w badanej populacji wynosiła 58,58% i była niższa niż w badaniu NATPOL PLUS (76,4%). Odsetek osób z hipercholesterolemią



Rycina 6. Ryzyko wieńcowe w badanej populacji
Figure 6. Coronary risk in the examined population

w zakresie frakcji LDL był wyższy po 55 roku życia niż przed 55 rokiem życia zarówno wśród K i M, co również zaobserwowano w populacji badania POL-MONICA. Obniżone stężenie cholesterolu frakcji HDL dotyczyło 10,89% badanych i było niższe w stosunku do 16,6% w populacji NATPOL PLUS w przedziale 40–59 lat.

Hipertriglicydemia dotyczyła 26,97% badanych w przedziale wiekowym 50–60 lat w badanej populacji. W badaniu NATPOL PLUS występowała u 34,8% osób w wieku 40–59 lat. W badanej populacji kobiet stwierdzono wzrost odsetka K z podwyższonym stężeniem TG po 55 roku życia (do 55 rż.: 19,23% vs. po 55 rż.: 28,69%; $p = 0,068$). Podobna tendencja wystąpiła w populacji kobiet w badaniu POL-MONICA (do 55 rż.: 21,77%, po 55 rż.: 27,74%). Odwrotną tendencję zaobserwowano w populacji mężczyzn. Odsetek M z hipertriglicydemią był wyższy przed 55 rokiem życia w porównaniu z osobami po 55 roku życia. W próbie przeprowadzonej przez autorów niniejszej pracy z 47,17% spadł on do 25,58% po 55 roku życia, a w badaniu POL-MONICA — z 38,97% do 24,84% badanych.

Drugim najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka była **nadwaga i otyłość**. Wskaźnik masy ciała równy lub większy niż 25 kg/m² stwierdzono u 65,79% badanych K i u 75,36% badanych M w szóstej dekadzie życia. W badaniu NATPOL PLUS podwyższone BMI dotyczyło podobnie części M (66,4%) niż K (58,3%) w przedziale wieku 40–59 lat. Jeszcze wyższe wskaźniki odnotowano w badaniu POL-MONICA. W grupie wiekowej 55–64 lat 76,28% K i u 81,99% M miało podwyższoną masę ciała.

Trzecim w kolejności rozpowszechnienia czynnikiem ryzyka sercowo-naczyniowego było **nadciśnienie tętnicze**. W próbie przeprowadzonej przez autorów niniejszej pracy stwierdzono je u 51,45% K i 62,28% M w szóstej dekadzie życia. W badaniu NATPOL PLUS w grupie wiekowej 40–59 lat występowało u 34,0% K i u 34,1% M. W badaniu POL-MONICA nadciśnienie tętnicze wykazano w grupie wiekowej 45–54 lat u 27,21% K i u 44,53% M, a w grupie 55–64 lat — u 50,0% K i u 60,24% M.

Nałóg palenia tytoniu był czwartym w kolejności występowania czynnikiem ryzyka sercowo-naczyniowego i dotyczył 26,51% K oraz 41,72% badanych M. Odsetek osób palących tytoń w badaniu NATPOL PLUS wynosił 36,0% wśród K i 50,1% wśród M w grupie wiekowej 40–59 lat i zmniejszał się po 60 roku życia (K: 10,2%, M: 26,3%). W badaniu POL-MONICA w grupie wiekowej 45–54 lat 35,37% K i 51,09% M paliło tytoń, a w grupie 55–64 lat palących było 28,21% K i 39,75% M. W badanej populacji również zaobserwowano spadek odsetka palaczy po 55 roku życia zarówno wśród K, jak i M.

Wyniki badań POL-MONICA BIS 2001 i NATPOL PLUS 2002, jak również przedstawione rezultaty obserwacji autorów i wielu innych badaczy, wskazują na duże rozpowszechnienie klasycznych czynników ryzyka w populacji polskiej [7, 8]. Największe nasilenie występowania czynników ryzyka obserwuje się w populacji osób w wieku przedemerytalnym, a zwłaszcza dotyczy to kobiet po 55 roku życia [9]. Dlatego konieczne należy podjąć intensywne działania w kierunku aktywnego poszukiwania czynników ryzyka, ich redukcji w starszych grupach wiekowych, jako prewencji niepomyślnej starości [10, 11].

Wnioski

1. Występowanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w badanej populacji było podobne do stwierdzonego w innych badaniach populacyjnych i wskazuje na bardzo duże ich rozpowszechnienie w szóstej dekadzie życia.
2. W porównaniu z młodszymi grupami wiekowymi stwierdzono istotnie wyższe wartości średnich pomiarów ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego, średniej wartości BMI, stężenia cholesterolu całkowitego i frakcji LDL w szóstej dekadzie życia.
3. W szóstej dekadzie życia istotnie częściej występowały główne czynniki ryzyka w populacji męż-

czyn w stosunku do populacji kobiet, takie jak palenie tytoniu czy hipertriglicerydemia, natomiast równie często występowało nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia oraz nadwaga i otyłość.

4. W szóstej dekadzie życia obserwowano istotny wzrost częstości występowania czynników ryzyka po 55 roku życia przede wszystkim w populacji kobiet.
5. Ze względu na stwierdzone bardzo duże rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w wieku przedemerytalnym konieczne jest ich aktywne poszukiwanie i zwalczanie w tej grupie wiekowej, jako prewencja niepomysłnej starości.

Streszczenie

Wstęp. Celem pracy była ocena rozpowszechnienia czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz określenie ryzyka wystąpienia epizodu wieńcowego w szóstej dekadzie życia jako prognoza stanu zdrowia u progu starości. Analizowano główne czynniki ryzyka, takie jak: nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, wiek, podwyższone stężenie poszczególnych frakcji lipidowych, przedwczesne występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego w rodzinie oraz otyłość.

Materiał i metody. Badaniem objęto 1214 pacjentów w wieku 30–60 lat, wyodrębniając z tej populacji grupę 521 osób w wieku 50–60 lat i porównując występowanie głównych czynników ryzyka w obrębie tej grupy wiekowej, przed 55 rokiem życia i później, wśród kobiet (K) i mężczyzn (M) oraz w stosunku do młodszych grup.

Wyniki. W badanej populacji nadciśnienie tętnicze wcześniej leczyło 30,32% osób, chorobę niedokrwinną serca — 6,14%, cukrzycę — 4,41%, obciążający wywiad rodzinny miało 18,81%, paliło tytoń — 30,58% badanych. W szóstej dekadzie życia najczęstszym czynnikiem ryzyka była hipercholesterolemia (72,69% K i 72,92% M), na drugim miejscu występowały nadwaga i otyłość (65,79% K i 75,36% M), na trzecim nadciśnienie tętnicze (51,45% K i 62,28% M), natomiast na czwartym nałóg palenia tytoniu (26,51% K i 41,72% M).

Wnioski. Ze względu na stwierdzone bardzo duże rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w szóstej dekadzie życia konieczne jest ich aktywne poszukiwanie i zwalczanie w tej grupie wiekowej, jako prewencja niepomysłnej starości.

słowa kluczowe: czynniki ryzyka, choroba niedokrwienności serca, szósta dekada życia

PIŚMIENNICTWO

1. Third Joint Task Force of European Prevention In Clinical Practice: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur. Heart J. 2003; 24: 1601–1610.
2. Houterman S., Boshuizen H.C., Verschuren W.M. i wsp.: Predicting cardiovascular risk in the elderly in different European countries. Eur. Heart J. 2002; 23: 294–300.
3. Oxford J.L., Sesso H.D., Stadman M. i wsp.: A comparison of the Framingham and European Society of Cardiology coronary heart risk prediction models in the Normative Aging Study. Am. Heart J. 2002; 144: 95.
4. Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca. Rekomendacje Komisji Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kardiologia. Pol. 2000; 53 (supl. I): 1–48.
5. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. Kardiologia. Pol. 2004; 61 (supl. IV).
6. PROGRAM POL-MONICA BIS WARSZAWA: Stan zdrowia ludności Warszawy w roku 2001. Część I. Podstawowe wyniki badania przesiewowego. Praca zespołowa. Instytut Kardiologii w Warszawie. Warszawa 2002.
7. Herman W.A., Łącka K.: Ocena częstości występowania zaburzeń lipidowych, nadciśnienia tętniczego oraz otyłości trzewnej w populacji zdrowych mężczyzn powyżej 40 roku życia. Gerontologia. Pol. 2004; 12 (4): 187–194.
8. Prewencja Chorób Układu Krążenia. Wytyczne ESC. Kardiologia. Pol. 2004; 61 (supl. I).
9. Szostak W.B., Cybulska B., Kłosiewicz-Latoszek L., Nowicka G., Szostak-Wegierek D.: Nowe europejskie rekomendacje dotyczące profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych w odniesieniu do sytuacji Polski. Kardiologia. Pol. 2004; 61: 624–627.
10. Wald N.J., Law M.R.: A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. Brit. Med. J. 2003; 326: 1419.
11. Cybulska B., Kłosiewicz-Latoszek L., Walczak A.: Czy profilaktyka choroby niedokrwiennej serca jest odrębna u ludzi starszych. Kardiologia. Pol. 2003; 58: 302–307.