

Uvodnik/Leading article

# PREVENTIVA BOLEZNI SRCA IN ŽILJA

*Jožica Maučec-Zakotnik<sup>1</sup>, Mitja Lainščak<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Ministrstvo za zdravje, Republika Slovenija, Štefanova 5, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup> Interni oddelek, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota

Kronične nenalezljive bolezni, med katerimi predstavljajo največji delež bolezni srca in žilja, so vodilni vzrok zbolewnosti in umrljivosti v večini evropskih držav (1). V Sloveniji so bolezni srca in žilja leta 2000 predstavljale 40% vzrokov vseh smrti (2). Polovica bolnikov umre v prvih dveh urah po začetku simptomov (3) in niso kandidati za kakršnokoli zdravljenje. Ishemična bolezen srca je najpogostejša in najpomembnejša bolezen. Kljub napredkom v obravnavi tako akutnih zapletov kot stabilne oblike bolezni še vedno predstavlja pomemben zdravstveni in socialnoekonomski problem (4, 5). Ateroskleroza je v veliki večini primerov povezana z nastankom in razvojem ishemične bolezni srca. Etiologija ateroskleroze še vedno ni natančno poznana, znane pa so nevarnosti in dejavniki tveganja, ki povečajo verjetnost pojavnosti ateroskleroze in pospešujejo njeno napredovanje (6). Razdelimo jih lahko na nespremenljive oz. osebne (moški spol, starost, pozitivna družinska in osebna anamneza) in spremenljive. Med slednje spadajo arterijska hipertenzija, dislipidemije, motnje tolerance za glukozo, debelost, telesna neaktivnost, neredna in/ali neustrezna prehrana, kajenje, prekomerno uživanje alkohola in stres. Ker imamo na področju zdravljenja akutnih zapletov relativno malo možnosti za nadaljnje izboljšanje (7), moramo večino svojih aktivnosti usmeriti v preventivne dejavnosti, da bi do nastopa bolezni ali pojavnosti zapletov prišlo čim pozneje ali pa sploh ne. V ZDA so v obdobju med letoma 1980 in 1990 dosegli 34% zmanjšanje smrtnosti zaradi koronarne bolezni. Največji delež (43%) so pripisali napredku v obravnavi akutnih zapletov, medtem ko so aktivnosti sekundarne in primarne preventive prispevale po 29% in 25% (8).

Sodobni način življenja spodbuja nastanek in razvoj t. i. civilizacijskih bolezni in ima številne negativne posledice za javno zdravje. Zmanjšanje bremena srčnožilnih bolezni je zato zelo odvisno od primarne preventive. Pomembno je vključiti kar največ ljudi, ne glede na prisotnost kroničnih nenalezljivih bolezni. Pri tem se pogosto srečujemo z organizacijskimi in finančnimi problemi, pomanjkanjem izobraženega kadra in ne nazadnje tudi motivacije ljudi. V sekundarni preventivi bi pričakovali manj težav, saj imamo opravka z bistveno manjšo skupino bolnikov, ki je že utrpela koronarni dogodek ali ima klinično pomembno obliko koronarne bolezni. Kljub temu pogosto naletimo na slabo sodelovanje s strani bolnikov in tudi neupoštevanje smernic s strani zdravstvenega osebja. Zelo neizkoriščen je tudi terapevtski učinek sprememb načina življenja.

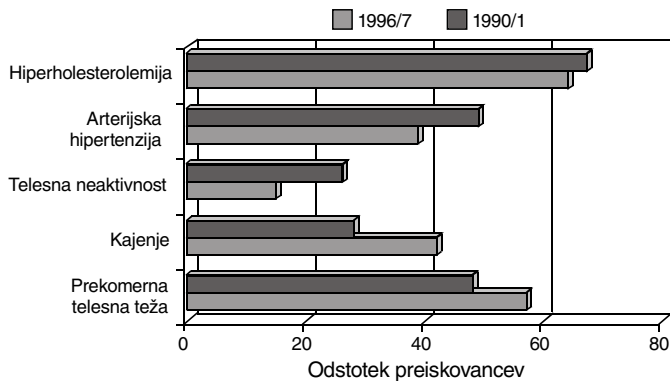
Dejavniki tveganja za aterosklerozo so bili predmet številnih intervencijskih raziskav na področju primarne preventive. Ob njihovi uporabi se je zmanjšalo število bolnikov z manifestno ishemično boleznijo srca (9). Ustrezna koncentracija serumskih lipidov, urejena arterijska hipertenzija in sladkorna bolezen in opustitev kajenja pomembno izboljšajo preživetje bolnikov z manifestno koronarno boleznijo (10). Na vse našete dejavnike lahko poleg zdravljenja z zdravili vsaj deloma vplivamo tudi s spremenjenim načinom življenja, ki predstavlja temeljni ukrep pri vseh oblikah preventive. Kljub obilici do-

kazov je udejanjanje smernic v klinični praksi pogosto nezadostno. V raziskavi EUROASPIRE so raziskovali spremembe v sekundarni preventivi bolnikov s klinično pomembno koronarno boleznijo v obdobju štirih let (11). V obe raziskavi je bilo vključenih 9 evropskih držav, med njimi tudi Slovenija. Raziskovalci so ugotovili večje predpisovanje vseh skupin zdravil, predvsem statinov, kar je vodilo do izboljšanja vsebnosti lipidov, vendar je večina bolnikov še vedno imela koncentracijo holesterola višjo od 5 mmol/L. Obenem so pri vseh ostalih dejavniki tveganja, razen arterijske hipertenzije, katere prevalenca se praktično ni spremenila, ugotovili poslabšanje stanja. Podatki za Slovenijo so še nekoliko bolj neugodni, saj nam je uspelo znižati le število bolnikov s povišano vrednostjo holesterola. Podatki kažejo na to, da smo izboljšali le farmakološko obravnavo bolnikov, medtem ko smo popolnoma zapostavili zelo pomembne nefarmakološke ukrepe. Glavni sklep raziskovalcev je bil, da je šlo za skupinski neuspeh evropskih zdravnikov glede znižanja tveganja za smrt ali ponovitev bolezni pri bolnikih z razvito koronarno boleznijo.

Na osnovi podatkov iz raziskav imamo na voljo več pripomočkov za oceno ali izračun koronarne ogroženosti (10, 12), med katerimi so bila priporočila Evropskega kardiološkega združenja (ESC) prevedena tudi v slovenščino (13).

V Sloveniji imamo malo podatkov o prevalenci dejavnikov tveganja za razvoj bolezni srca in žilja. Največ podatkov smo pridobili z dvema raziskavama CINDI v ljubljanski regiji. V presečno raziskavo je bil povabljen reprezentančni vzorec ljudi v starosti 25-64 let. Povabilo se je odzvalo 1692 (leta 1990/91) in 1342 (leta 1996/97) preiskovancev od 2000 povabljenih. Podatki o dejavniki tveganja in načinu življenja so bili zajeti z vprašalnikom, kliničnim pregledom in odvzemom vzorca krvi. Rezultati kažejo na večjo pojavnost večine dejavnikov tveganja, do česar je prišlo kljub številnim aktivnostim na področju promocije zdravja in zdravega načina življenja (sl. 1). Na telesno neaktivnost kaže tudi večje število preiskovancev s koncentracijo HDL holesterola pod 1,0 mmol/L (20% vs. 35%), predvsem moških, medtem ko je imelo manj preiskovancev koncentracijo glukoze nad 5,6 mmol/L (57% vs. 48%). Posledično je bilo višje tudi 10-letno tveganje za pojav akutnega koronarnega dogodka (14). Sredi leta 2001 je bila v Sloveniji opravljena mednarodna raziskava »Z zdravjem povezan vedenjski slog« (CINDI Health Monitor Survey). Na Finskem jo izvajajo več kot 30 let, v baltskih državah več kot 10 let, v več kot 30 državah CINDI pa si primerljiva raziskava utira pot v zadnjih letih. Tudi v Sloveniji smo jo osvojili in jo bomo ponavljali v dvehletnih obdobjih. Z raziskavo smo želeli pridobiti podatke o trenutnem stanju vedenjskega sloga v Sloveniji, na osnovi katerih bo moč načrtovati in izvajati ustrezne ukrepe. Prvi rezultati (15) kažejo izrazite regionalne razlike, ki se sorazmerno dobro pokrivajo s karto socialnoekonomskega stanja Slovenije. V grobem lahko povemo, da od vzhoda proti zahodu naraščajo tako življenjska doba, socialnoekonomske prilike in kazalci zdravega načina življenja. Ravno na osnovi teh rezultatov smo se odločili, da tudi v tretji raziskavo CINDI o

dejavnikih tveganja, poleg ljubljanske demonstracijske regije, vključimo tudi dve geografsko skrajni regiji: pomursko in goriško. Prvi obsežni rezultati raziskave »Z zdravjem povezan vedenjski slog« bodo predvidoma objavljeni maja 2003. Raziskave CINDI o dejavnih tveganja pa konec leta 2003. Predvidevamo, da bomo odkrili pomembne razlike med regijami tako glede življenjskega sloga, kot tudi glede kliničnih podatkov (krvni tlak, krvni sladkor in serumski lipidi).



Sl. 1. Pojavnost dejavnikov tveganja v raziskavah CINDI leta 1990/1 in 1996/7 (14).

CINDI Slovenija je leta 1998 predložil na Zdravstveni svet predlog Programa promocije zdravja in preventive srčnožilnih in drugih kroničnih bolezni (KB), ki ga je Zdravstveni svet potrdil in predlagal v financiranje ZZZS. Program je vključeval identifikacijo in povezavo partnerjev na področju preventive in promocije zdravja, nacionalno in regijsko izobraževanje na področju promocije zdravja in preventive KB. V izobraževanje je bilo vključenih skoraj 300 strokovnjakov s primarne in sekundarne/terciarne ravni ter iz regijskih Zavodov za zdravstveno varstvo. Izmed teh strokovnjakov so se oblikovale t.i.m. regijske/lokalne promocijske preventivne skupine (LPPS). Poleg naloge izobraževanja svojih sodelavcev s področja preventive ter sodelovanja pri implementaciji promocije zdravja in preventive v zdravstveno dejavnost so LPPS prevzele tudi sodelovanje v programih promocije zdravja, ki se izvajajo v lokalnih skupnostih (mediji, projekt »Slovenija v gibanju«, delavnice zdrave prehrane). CINDI Slovenija je v projektu Promocija zdravja in preventiva srčnožilnih in drugih KB skupaj s sodelavci iz primarne in sekundarne ravni razvil tudi pristop primarne preventive srčnožilnih bolezni v osnovnem zdravstvu. Pristop obsega tudi preventivne preglede odraslih, presejalne teste ogroženih za srčnožilne bolezni ter obravnavo ogroženih znotraj zdravstvenovzgojnih programov za spremembo življenjskega sloga (delavnice za zdravo hujšanje, opuščanje kajenja, svetovanje za zdravo prehrano in telesno dejavnost ter individualno svetovanje za manjše uživanje alkohola in opuščanje kajenja). Zdravstvenovzgojne delavnice se izvajajo v zdravstvenih domovih/zdravstvenovzgojnih centrih. Program je ustrezno podprt z informacijskim sistemom in bo omogočal spremljanje dejavnikov tveganja in ogroženosti na ravni posameznika in države.

Cilj programa, ki ga je Ministrstvo za zdravje z Navodili, objavljenimi v Uradnem listu avgusta 2001 (16), vgradilo v delovno obvezo osnovnega zdravstva, je zgodnje odkrivanje in ustrezna obravnava zelo ogroženih posameznikov za srčnožilne in druge KB ter zmanjšanje predvsem zgodnje zbolelosti in umrljivosti zaradi teh bolezni.

V zdravstvenovzgojnih centrih v zdravstvenih domovih je potrebno v ustrezno zdravstvenovzgojno obravnavo vključiti poleg visoko ogroženih tudi že obbolele zaradi bolezni srca in žilja in sladkorne bolnike.

Poleg ustreznega preusmerjanja zdravstvene službe v preventivo je za učinkovito ukrepanje potrebno na osnovi verodostojnih raziskav in sledenja kazalnikov zdravja oblikovati zdrave medresorne javne politike, strategije in programe. Programi morajo biti oblikovani tako, da bodo vplivali na socialnoekonomsko razmere, pomembne za zdravje (finančna, socialna, izobraževalna, zaposlitvena, zdravstvena politika ...), kot tudi neposredno ali posredno na življenjski slog (izobraževalna, okoljska, prehranska politika vključno z zdravju prijazno kmetijsko politiko in promocijo gibanja za zdravje, strategijo promocije zdravja v različnih bivalnih in delovnih okoljih, kot je šolsko in delovno okolje). Na Ministrstvu za zdravje, v sektorju za javno zdravje, dajemo velik pomen medresornemu sodelovanju. S stroko javnega zdravja razvijamo tudi metodologijo in orodja za proaktivni pristop k oblikovanju zdravih resornih politik s tako imenovano »Oceno vplivov politik, strategij in programov na zdravje«. Primer takega pristopa je »Ocena vplivov kmetijske in prehranske politike na zdravje«. Rezultati te ocene, ki jo izvajamo s pomočjo Svetovne zdravstvene organizacije ter tujo in domačo medresorno skupino, bodo služili predlogom za oblikovanje javnemu zdravju prijaznejše kmetijske politike ter za celovito prehransko politiko.

Na osnovi finskih izkušenj, kjer so prek intervencijskih programov uspeli pomembno znižati pojavnost in zaplete ishemične bolezni srca, možganskožilnih bolezni in raka, smo se tudi pri nas odločili, da v Pomurju kot zdravstveno- in socialnoekonomsko najbolj ogroženi regiji začnemo s inovativnim medresorskim razvojnim projektom MURA. S projektom želimo razviti nove načine medresornega sodelovanja na nacionalni in lokalni ravni, spodbujati in podpirati tiste projekte, ki so tržno uspešni, ki širijo pozitivne učinke na širšo populacijo, ki izboljšujejo zdravje in ne kvarijo okolja. Osnovna razvojna in interventna področja so se identificirala v 4 podprojektihi: 1) zdrava hrana in prehrana (pridelava, predelava, ponudba in zdravo prehranjevanje), 2) zdrava skupnost, 3) zdrava turistična in druga ponudba in 4) zdravo delovno in drugo okolje. Promocija zdravja, ki poteka znotraj projekta MURA, se izvaja na vseh ravneh: v vaseh v obliki delavnic za zdravo življenje (prehrana, gibanje, zdravo hujšanje, zdrava pridelava hrane), v šolah in vrtcih, v obratih turistične ponudbe in druge javne ponudbe hrane in na delovnem mestu. S projektom želimo vzpostaviti novo razvojno ideologijo ter prek izboljšanja socialnoekonomskega položaja in seznanitve prebivalcev z dejavniki tveganja, možnostmi preventivnih ukrepov ter spremembe življenjskega sloga prispevati k zmanjšanju zbolelosti in umrljivosti zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni.

Ministrstvo za zdravje ima v programu poleg vzpostavitve učinkovitega medresornega sodelovanja tudi oblikovanje lastne zakonodaje, strategij in programov s področja javnega zdravja, ki bodo ob učinkoviti implementaciji prispevali k zmanjšanju KB. Mednje spadajo Zakon za zmanjšanje škodljive rabe alkohola, Sprememba zakona za zmanjšano rabo tobaka, kot tudi strategije in programi: Nacionalni program zdravstvenega varstva do 2010, celovita Alkoholna politika, Strategija in akcijski načrt za zmanjšano rabo tobaka, Strategija promocije gibanja za zdravje (HEPA), Nacionalna strategija prehranske politike in akcijski načrt za prehrano do 2008, Strategija preprečevanja samomora, Strategija zdravja v šolskem okolju in drugi.

Program promocije zdravja na delovnem mestu (»Fit for work« ali »Čili za delo«) je program, ki ga razvijamo in ga bomo izvajali od 2004 do 2008. Program bo izboljšal zdravje delovne populacije kot tudi produktivnost in konkurenčnost podjetij in ga zato podpira Ministrstvo za gospodarstvo. Program umeščamo tudi v Skupni programski dokument Evropske skupnosti za črpanje strukturnih skladov.

Srčnožilne bolezni predstavljajo glavno zdravstveno in pomembno socialnoekonomsko breme v Sloveniji. Velik je delež dejavnikov tveganja, ki so posledica nezdravega življenja-

skega sloga in jih slabo obvladujemo tako na ravni politike kot tudi stroke. Do nedavnega ni bilo organiziranega primarno preventivnega pristopa na področju bolezni srca in žilja, sekundarna preventiva pa se je izkazala v Sloveniji kot dokaj neučinkovita. Za obvladovanje bolezni srca in žilja in drugih kroničnih bolezni je potrebno kakovostno spremljati kazalnike zdravja in na osnovi podatkov oblikovati učinkovito politiko in programe. Potrebno je sistematično informiranje in izobraževanje, tako strokovnjakov na vseh ravneh, kot tudi populacije, od vrtec dalje. Pomembno vlogo pri zgodnjem odkrivanju in ustrezni obravnavi bolezni srca in žilja ter drugih kroničnih bolezni ima medicina, ki mora poleg pridobivanja ustrezne izobrazbe s področja preventive preusmeriti svojo dejavnost od prevladujoče kurative k sistematični, integrirani in učinkovitejši preventivi bolezni srca in žilja in drugih kroničnih bolezni, na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Nujni sestavni del učinkovitih programov pa je spremljanje in ocenjevanje učinkovitosti politike in programov.

## Literatura

1. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D on behalf of the Task Force. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on cardiovascular mortality and morbidity statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997; 18: 1231-48.
2. Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 2000. *Zdrav Var* 2000; 39: Suppl 1: 53-3.
3. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Lancet* 1999; 353: 1547-57.
4. The task force on the management of acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2002; 24: 28-66.
5. A report of the ACC/AHA task force on practice guidelines (Committee on the management of patients with chronic stable angina). ACC/AHA 2002 Guideline Update for the management of patients with chronic stable angina - summary article. *Circulation* 2003; 107: 149-58.
6. Libby P, Ridker PM, Maseri A. Inflammation and atherosclerosis. *Circulation* 2002; 105: 1135-43.
7. Hasdai D, Begar S, Wallentin L et al. A prospective survey of the characteristics, treatments, and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin. The Euro Heart Survey on Acute Coronary Syndromes (Euro Heart Survey ACS). *Eur Heart J* 2002; 23: 1190-201.
8. Hunink MGM, Goldman L, Tosteson ANA et al. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990. The effect of secular trends in risk factors and treatment. *JAMA* 1997; 277: 535-42.
9. Lengfelder W. Primäre Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen durch nichtpharmakologische Maßnahmen. *Med Klin* 2002; 97: 77-87.
10. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: the recommendations of the second joint task force of European and other Societies on coronary prevention. *Eur Heart J* 1998; 19: 1434-503.
11. EUROASPIRE I and II group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001; 357: 995-1001.
12. Grundy SM, D'Agostino RB, Mosca L et al. Cardiovascular risk assessment based on US cohort studies: findings from a national heart, Lung, and blood institute workshop. *Circulation* 2001; 104: 491-6.
13. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Preventiva koronarne bolezni v klinični praksi. Povzetek priporočil druge delovne skupine evropskih in drugih združenj za koronarno preventivo. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije, 1998: 1-12.
14. Maučec-Zakotnik J, Fras Z. Ogroženost odraslih Slovencev s koronarno boleznijo. *ISIS* 2001; 12 (2): 47-9.
15. Anon. <http://www.javnozdravje.com>
16. Ur. list RS 2003; 12 (03): 4333-3.
17. Vartainen E, Jousilahti P, Alftan G, Sundvall J, Pietinen P, Puska P. Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972-1997. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 49-56.