

Prevenција kardiovaskularnih bolesti

Kardiovaskularne bolesti (KVB), kao vodeći uzrok smrti u suvremenom svijetu, sa značajnim udjelom u prijevremenom umiranju, morbiditetu i dizabilitetu stanovništva, važan su javnozdravstveni problem. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, uzrok su smrti 17,3 milijuna ljudi diljem svijeta, odnosno uzrokuju 30% sveukupne smrtnosti. Od toga je 7,3 milijuna smrti od ishemijskih bolesti srca (IBS), a 6,2 milijuna od cerebrovaskularnih bolesti.¹ Udio prijevremenih smrti od KVB-a iznosi od 4% u visokodohodovnim zemljama do 42% u niskodohodovnim zemljama, što dovodi do rastuće nejednakosti u pojavnosti i ishodu od kardiovaskularnih bolesti među zemljama i populacijama.² Na razini Europe ta skupina bolesti odgovorna je za 4,3 milijuna smrti godišnje, odnosno 48% svih smrti (54% smrti u žena i 43% smrti u muškaraca), a u zemljama Europske unije odgovorna je za 42% smrti. Nešto manje od polovice smrti od KVB-a uzrokovano je IBS-om, a oko trećine cerebrovaskularnim bolestima.³

U većini zemalja sjeverne, zapadne i južne Europe smrtnost od KVB-a smanjuje se zadnjih tridesetak godina, dok u zemljama istočne Europe još uvijek raste ili stagnira. Međutim, stope bolničkog liječenja pokazuju trend porasta u većini europskih zemalja.

Kardiovaskularne bolesti u Hrvatskoj

U Hrvatskoj je KVB također vodeći uzrok smrti s udjelom od 48,3% u ukupnom mortalitetu 2012. godine. U toj je godini umrlo 24.988 osoba od KVB-a, od toga 14.133 žene i 10.855 muškarca. KVB je uzrok smrti u 54,5% umrlih žena i 42,1% umrlih muškaraca. U dobnoj skupini do 65 godina KVB je drugi uzrok smrtnosti s 2702 umrlih, odnosno udjelom od 26,6% u mortalitetu te dobne skupine. Na prvom mjestu uzrok smrtnosti u toj dobi su maligne bolesti s 4056 umrlih, odnosno udjelom od 40%.⁶ U

Kardiovaskularne bolesti predstavljaju na razini svijeta prioritetni zdravstveni problem s obzirom da su vodeći uzrok smrti, sa značajnim udjelom u prijevremenom umiranju, morbiditetu i dizabilitetu stanovništva. Poznato je da su u velikoj mjeri preventabilne. Prema studijama provedenim u različitim populacijama, čak 44–76% smanjenja smrtnosti od koronarne bolesti srca pripisuje se prevenciji i promjeni rizičnog ponašanja, dok se 23–47% smanjenja smrtnosti pripisuje terapijskim intervencijama. U okviru Posebnog programa Ministarstva zdravlja „Prevenција srčano–žilnih bolesti“ organiziran je stručni skup „Prevenција kardiovaskularnih bolesti“. Cilj skupa bio je prikazati stanje na području prevencije kardiovaskularnih bolesti te donijeti smjernice za buduće aktivnosti, odnosno potaknuti izradu i provođenje preventivnog programa.

prim. Verica Kralj, dr. med.

Služba za epidemiologiju, Odsjek za srčano–žilne bolesti, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

toj dobnoj skupini KVB je uzrok smrti u 21,7% umrlih žena (650 žena) i 28,7% umrlih muškaraca (2052 muškarca), što pokazuje da u mlađoj dobi od bolesti srca i krvnih žila umire više muškaraca, a starijoj više žena.⁴

Najčešće dijagnostičke podskupine kao uzrok smrti su ishemijske bolesti srca s udjelom od 22,7% (11.464 umrle osobe) i cerebrovaskularne bolesti s udjelom od 14,1% (7291 umrlo osoba) u ukupnom mortalitetu, slijede srčana insuficijencija s 1555 umrlih osoba (3%) i hipertenzija s 1545 umrlih (3%). Analizirajući kretanje mortaliteta od KVB-a uočava se trend smanjenja smrtnosti posljednjih deset godina, što je izraženije za cerebrovaskularne bolesti nego za ishemijsku bolest srca. Dobno standardizirana stopa smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj je 2000. iznosila 572,6/100.000, a do 2011. godine pala je na 350,1/100.000, što je pad smrtnosti za 38,7%. Za ishemijsku bolest srca pad smrtnosti u tom razdoblju iznosi 22,9%, a za cerebrovaskularne bolesti 41,2% (slika 1).

U odnosu na druge europske zemlje, Hrvatska sa standardiziranim stopom smrtnosti za KVB od 350,1/100.000 pripada među zemlje koje imaju srednje visoke stope smrtnosti. Prosjek za „stare“ članice EU-a, prije 2004., iznosi 168/100.000, za zemlje članice EU-a koje su pristu-

pile od 2004. godine 414,2/100.000, a prosjek za europsku regiju iznosi 372,1/100.000. Slovenija ima znatno nižu stopu smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti – 218,4 – a Češka nižu od Hrvatske 331,5/100.000. Zemlje istočne Europe imaju uglavnom više stope smrtnosti od Hrvatske, a zemlje zapadne i južne (mediteranske) Europe znatno niže stope smrtnosti od Hrvatske, sa stalnim trendom smanjenja^{5,6} (slika 2).

Mogućnosti prevencije kardiovaskularnih bolesti

Poznato je da su kardiovaskularne bolesti u velikoj mjeri preventabilne, tj. moguće ih je spriječiti ili odgoditi njihov početak i nastanak komplikacija, djelujući na čimbenike rizika važne za nastanak bolesti kao što su pušenje, nepravilna prehrana, tjelesna neaktivnost i prekomjerna konzumacija alkohola. Nezdrava ponašanja rezultiraju nizom metaboličkih promjena, poput povišenoga krvnog tlaka (hipertenzija), prekomjerne tjelesne mase i debljine, povišene razine šećera (dijabetes) i lipida (dislipidemije) u krvi. Ti rizični čimbenici uzrokuju oštećenje srčanih i moždanih krvnih žila zbog ateroskleroze, koja se počinje razvijati još u djetinjstvu, a manifestira se u osoba srednje životne dobi u obliku srčanog ili moždanog udara. Budući da je patofiziološki proces u podlozi srčanih i moždanih udara

sličan, preventivni pristupi koji se bave bihevioralnim i metaboličkim rizičnim čimbenicima su učinkoviti načini prevencije oba stanja.

Dokaz za to su zemlje koje su sustavno, tijekom duljeg vremenskog razdoblja provodile mjere primarne, sekundarne i tercijarne prevencije kao i promicanja zdravlja, i dokazale da je dizabilitet i prijevremenu smrtnost od KVB-a moguće smanjiti. Prema studijama provedenim u različitim populacijama, čak 44-76% smanjenja smrtnosti od IBS-a pripisuje se prevenciji i promjeni rizičnog ponašanja, dok se 23-47% smanjenja smrtnosti pripisuje terapijskim intervencijama.³

Suvremeni pristup prevenciji zalaže se za uravnoteženu kombinaciju populacijskog pristupa i pristupa visokorizičnim skupinama za postizanje učinkovitog nadzora nad epidemijom srčano-žilnih bolesti. Dakle, preventivne mjere mogu biti usmjerene pojedincu, odnosno liječenju čimbenika rizika u visokorizičnim skupinama i cijeloj populaciji. Populacijski pristup uključuje mijenjanje načina života i čimbenika okoliša, društvenih i ekonomskih odrednica, te mora biti sastavnim dijelom javne politike i uključivati druge sektore društva.⁷ Geoffrey Rose je devedesetih godina dao ključni argument: populacijski je pristup najisplativiji i ima najveći učinak na incidenciju, prevalenciju i mortalitet. Naime, dokazao je da male promjene u cijeloj populaciji

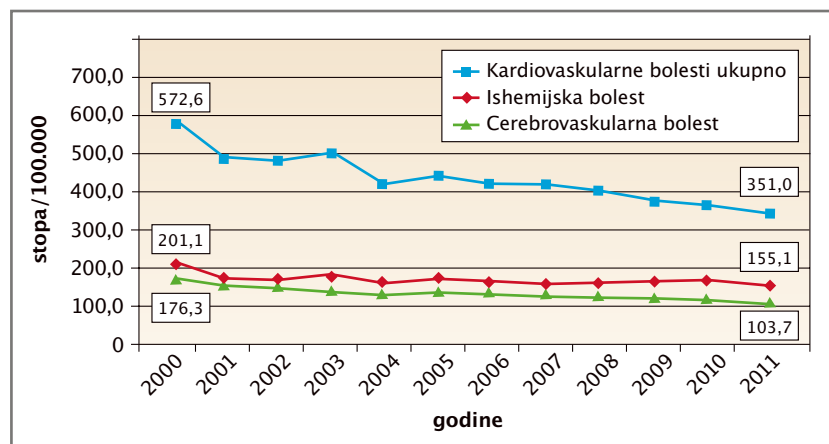
postizu veće smanjenje smrtnosti, nego velike promjene u relativno malom broju osoba s visokim rizikom.⁸

Najisplativije intervencije na populacijskoj razini su zaštita od duhanskog dima, uključujući zabranu pušenja na javnim mjestima, upozorenja o opasnosti uporabe duhana, provedba zabrane oglašavanja i reklamiranja duhanskih proizvoda te sponzorstva duhanske industrije, povećanje poreza na duhanske proizvode, ograničavanje dostupnosti alkohola, provedba zabrane oglašavanja alkoholnih pića, povećanje poreza na alkohol, smanjenje unosa soli i količine soli u hrani, zamjena transmasnih kiselina u hrani s višestruko nezasićenim kiselinama, podizanje svijesti o važnosti pravilne prehrane i provođenja tjelesne aktivnosti.³

Prema Europskim smjernicama za prevenciju kardiovaskularnih bolesti iz 2012. godine moguće je spriječiti više od 50% smrti zbog koronarne bolesti djelujući na čimbenike rizika. U tim smjernicama postoji podjela stupnjeva rizika na četiri razine sukladno SCORE sustavu: vrlo visoki, visoki, umjereni i niski rizik. Naime, uvidjelo se da nije dovoljno posvetiti pozornost samo osobama s visokim rizikom i samo njih liječiti, već je treba usmjeriti i na osobe s umjerenim rizikom, koje su u većini te trebaju dobiti savjet o promjeni načina života, a po potrebi i farmakološku terapiju.⁹

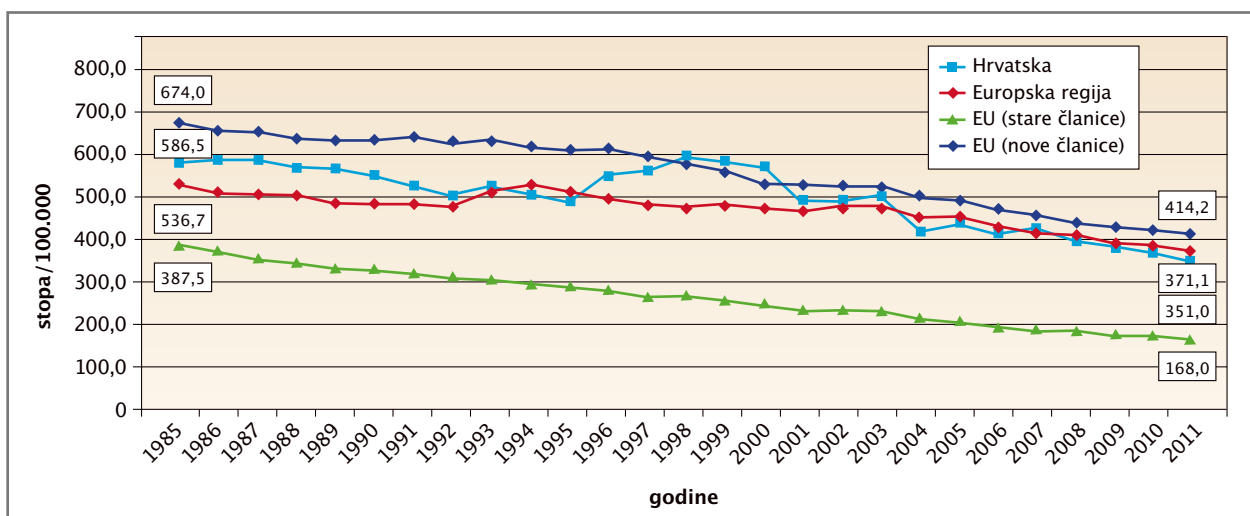
Liječnici opće/obiteljske medicinske ključni su u provođenju prevencije srčano-žilnih bolesti. Naime, uloga liječnika važna je u identificiranju osoba u riziku, te procjene i odabira

SLIKA 1. Dobno standardizirane stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u razdoblju od 2000. do 2011. godine u Hrvatskoj



Izvor podataka: WHO, *Health for All*, 2013.

SLIKA 2. Dobno standardizirane stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti ukupno, u razdoblju od 1985. do 2011. godine, usporedba s Europom



Izvor podataka: WHO, *Health for All*, 2013



Skup su otvorili zamjenik ministra zdravlja prim. mr. sc. Marijan Cesarik i ravnatelj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prim. Siniša Varga, uz nazočnost i sudjelovanje uglednih uzvanika prof. dr. sc. Bojana Jelakovića, predsjednika Hrvatskog društva za hipertenziju, i prof. dr. sc. Viktora Peršića, predsjednika Radne skupine za prevenciju i rehabilitaciju bolesti srca i krvnih žila HKD-a



Na skupu su sudjelovali ugledni stručnjaci (s desna): prof. dr. sc. Vesna Šerić – ravnateljica KBC-a „Sestre milosrdnice“, prof. dr. sc. Biserka Bergman Marković – predsjednica Društva nastavnika obiteljske/opće medicine, akademik Željko Reiner – predsjednik Hrvatskog društva za aterosklerozu, autor Europskih smjernica za liječenje dislipidemija te koautor Europskih smjernica za prevenciju kardiovaskularnih bolesti, dr. sc. Tamara Poljičanin – ravnateljica Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, akademik Davor Miličić – predsjednik Hrvatskog kardiološkog društva, dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

moguće intervencije na temelju rizičnog profila pojedinca. Kako se 90% osoba javlja svom liječniku u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koji ga dalje prati, to je i najbolje mjesto za otkrivanje i liječenje osoba u riziku. Iako je zadnjih desetak godina prisutan trend smanjenja smrtnosti od srčano-žilnih bolesti u Hrvatskoj, kao što je to već ranije zabilježeno u razvijenim zemljama svijeta, one su i dalje vodeći uzrok smrtnosti i pobola.¹⁰

Stoga je potrebno donijeti sveobuhvatnu strategiju prevencije koja zagovara provođenje mjera prevencije i promicanja zdravlja istovremeno na populacijskoj razini, aktivni pristup skupinama i pojedincima pod povećanim rizikom i osiguranje maksimalnog obuhvata oboljelih učinkovitim liječenjem i zdravstvenom skrbi. Treba ojačati postojeće mogućnosti na nacionalnim i lokalnim razinama za planiranje i implementaciju odgovarajućih multisektorskih politika i programa promicanja zdravlja. Valja unaprijediti suradnju svih razina zdravstvene zaštite na sprječavanju i suzbijanju rizičnih čimbenika i postići konsenzus kako na najučinkovitiji način provesti stručne smjernice u djelo. Od posebne je važnosti pravodobno otkrivanje i liječenje čimbenika rizika od liječnika obiteljske medicine, te jačanje osobne odgovornosti svakog pojedinca u biranju životnog stila i aktivno uključivanje u terapijski proces.

Kako je u Hrvatskoj KVB prioritetni zdravstveni problem, u okviru Posebnog programa Ministarstva zdravlja „Prevencija srčano-žilnih

bolesti“ organiziran je stručni skup te izrađeni edukacijski materijali za odraslu populaciju, koji su distribuirani u ambulante liječnika obiteljske medicine, edukacijska brošura za liječnike obiteljske medicine te edukativno-promotivni plakati.

Stručni skup „Prevencija kardiovaskularnih bolesti“

Hrvatski zavod za javno zdravstvo u suradnji s Ministarstvom zdravlja Republike Hrvatske organizirao je 13. veljače 2014. godine stručni skup „Prevencija kardiovaskularnih bolesti“. Cilj skupa bio je kroz izlaganja istaknutih stručnjaka koji se bave navedenom problematikom prikazati sadašnje stanje na području prevencije kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj te donijeti smjernice za buduće aktivnosti, odnosno potaknuti izradu i provođenje sustavnoga preventivnog programa. Isto tako, svrha skupa je bila uključivanje i usuglašavanje svih dionika važnih za prevenciju kardiovaskularnih bolesti, kao i usklađivanje aktivnosti na svim razinama zdravstvene zaštite radi što učinkovitije i organiziranije prevencije kardiovaskularnih bolesti. Skup je prvenstveno bio namijenjen liječnicima obiteljske medicine i liječnicima iz Zavoda za javno zdravstvo.

Skupu su nazočili u ime Ministarstva zdravlja prim. mr. sc. Marijan Cesarik, zamjenik ministra, ravnatelj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prim. Siniša Varga,

te ravnateljica Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo dr. sc. Tamara Poljičanin. Predavači su bili vodeći stručnjaci na području prevencije kardiovaskularnih bolesti, predsjednici stručnih društava i istaknuti članovi akademske zajednice.

Prim. Verica Kralj održala je uvodno izlaganje o veličini problema kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj i potrebi sveobuhvatne kontinuirane prevencije KVB-a. Akademik Davor Miličić prikazao je nove Europske smjernice za prevenciju kardiovaskularnih bolesti iz 2012. godine, procjenu rizika prema SCORE tabelama, podjelu stupnjeva rizika na četiri razine, razine dokaza za pojedine preporuke, ciljne vrijednosti pojedinih parametara, potrebu promjene bihevioralnih čimbenika rizika. Naglašeno je da nije dovoljno pozornost obraćati samo osobama s visokim rizikom i samo njih liječiti, već i onima s umjerenim, koji su u većini, pa i oni trebaju barem dobiti savjet o promjeni nezdravog načina života, a neki od njih i lijekove.

Prof. Vesna Šerić prikazala je smjernice u prevenciji moždanog udara, s naglaskom na primarnu i sekundarnu prevenciju, te najnovije preporuke za zbrinjavanje bolesnika s moždanim udarom. Akademik Željko Reiner prikazao je prve Europske smjernice za liječenje dislipidemija, preporuke za analizu lipida u cilju probira KV rizika, preporuke za ciljne vrijednosti i preporuke za



Prim. Verica Kralj, epidemiolog iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, održala je uvodno predavanje „Zašto je potrebna prevencija kardiovaskularnih bolesti“ s prikazom veličine problema kardiovaskularnih bolesti, potrebi i mogućnostima prevencije

farmakološko liječenje, a naglašeno je da treba LDL kolesterol koristiti kao primarnu analizu lipida za probir i procjenu rizika i cilj liječenja. Prof. Bojan Jelaković prikazao je nove Smjernice za dijagnosticiranje i liječenje arterijske hipertenzije iz 2013. godine. Govorio je o nefarmakološkim mjerama prevencije arterijskog tlaka i snižavanja KV rizika, odnosno promjeni životnih navika koje su usmjerene cijeloj populaciji, te o liječenju i kontroli bolesnika s hipertenzijom. Posebni naglasak stavio je na kroničnu bubrežnu bolest kao KV rizik i prognostičku vrijednost kronične bubrežne bolesti, te bubrežnu funkciju kao odrednicu ukupne i kardiovaskularne smrtnosti.

Dr. sc. Tamara Poljičanin govorila je o problemu dijabetesa kao KV rizika te o čimbenicima rizika za KVB (pušenje, nepravilna prehrana, tjelesna neaktivnost, alkohol). Stavila je naglasak na izradu Strategije za prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti, koja će obuhvatiti i četiri najznačajnije kronične bolesti (KVB, dijabetes, maligne bolesti i KOPB). Prof. Biserka Bergman Marković prikazala je prijedlog programa prevencije kardiovaskularnih bolesti u obiteljskoj medicini, koji je prvi put izrađen 2003. godine, zatim neko-

liko puta noveliran, ali nikada nije zaživjela provedba programa. Naglasila je prijeku potrebu sustavne prevencije KVB-a na razini primarne zdravstvene zaštite, što je i provedivo i isplativo. Na kraju je održano izlaganje dr. sc. Marijana Ercega „Jesu li resursi za prevenciju kardiovaskularnih bolesti dostatni“, uz prikaz broja liječnika OM-a i kardiologa na broj stanovnika, broj timova ugovorenih u preventivnim djelatnostima, opremu i broj operativnih zahvata, te zaključak da Hrvatska ima dovoljne resurse za prevenciju.

Svi su predavači iznijeli čvrste znanstvene dokaze, na temelju kojih su i sve suvremene smjernice prevencije izrađene, o učinkovitosti i isplativosti sustavnih preventivnih aktivnosti na području kardiovaskularnih bolesti. U skladu s tim doneseni su zaključci. Postoji potreba za izradom i primjenom posebno organiziranog, sustavnog i sveobuhvatnog programa prevencije kardiovaskularnih bolesti koji zagovara integrirani pristup, i koji istodobno na populacijskoj razini promiče zdravlje i provodi preventivne programe, aktivno pristupa pojedincima i skupinama s visokim rizikom osigurava maksimalni obuhvat populacije učinkovitim liječenjem te

utječe na determinante zdravlja.

U izradi i primjeni programa potreban je multidisciplinarni pristup, uz uključenje svih nadležnih institucija, stručnih društava, akademske zajednice, kao i organizacija civilnog društva. Izrada i implementacija sveobuhvatnog integriranog programa prevencije kardiovaskularnih bolesti uključuje mjere primarne, sekundarne i tercijarne prevencije i promicanje zdravlja usmjereno suzbijanju glavnih čimbenika rizika (pušenje, nepravilna prehrana, tjelesna neaktivnost, štetna konzumacija alkohola). Treba unaprijediti suradnju svih razina zdravstvene zaštite na sprječavanju i suzbijanju KVB-a te postići konsenzus kako na najučinkovitiji provesti stručne smjernice u djelo.

Za primjenu programa potrebni su odgovarajući zakonski okvir, strateški i provedbeni dokumenti zdravstvene politike (Strategija prevencije kroničnih nezaraznih bolesti), usklađene aktivnosti cijele vlade kroz različite sektore, uključivanje svih raspoloživih resursa i jačanje kapaciteta zdravstvenog sustava, posebno primarne zdravstvene zaštite i javnog zdravstva. Za provođenje preventivnog programa ključna je uloga liječnika obiteljske medicine, odnosno provođenje programa na razini primarne zdravstvene zaštite (izrađen Prijedlog programa prevencije kardiovaskularnih bolesti u obiteljskoj medicini – prof. Bergman Marković).

Program prevencije kardiovaskularnih bolesti mora uključivati sustavno praćenje i evaluaciju programa. Potrebno je predložiti Ministarstvu zdravlja formiranje Radne skupine koja bi pripremila sveobuhvatni program prevencije i na populacijskoj i individualnoj razini, uz analizu postojećih ljudskih i financijskih resursa, odnosno kapaciteta za provedbu programa, kao i procjenu financijskog učinka.

LITERATURA

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2011.
3. Allender S, Scarborough P, Peto V, et al. European cardiovascular disease statistics, 2012 edition. Oxford: University of Oxford; 2012.
4. Kralj V, Brkić-Biloš I. Mortalitet i morbiditet od

kardiovaskularnih bolesti. *Cardiologia Croatica*. 2013; 8(10-11):373-8.

5. Kralj V, Sekulić K, Šekerija M. Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravlja RH; 2013.
6. World Health Organization. „Health for All“ Database. Copenhagen, 2013.
7. World Health Organization. Gaining Health, The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen: WHO- Re-

gional Office for Europe, 2006.

8. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.
9. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. European Cardiovascular Disease Statistics 2012 edition. Brussels: European Heart Network; Sophia Antipolis: European Society of Cardiology; 2012.
10. Kralj V. Kardiovaskularne bolesti – veličina problema i mogućnosti prevencije. *Cardiologia Croatica*. 2012;7(9-10):231-3.