

Kardiológia népegészségügyi szemmel

Prof. Dr. Tóth Kálmán, Dr. Sándor Barbara,
Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika,
Kardiológiai és Angiológiai Tanszék, Pécs

Az utóbbi évtizedekben a kardiovaszkuláris halálozás jelentősen megemelkedett a világon. A legújabb OECD adatok alapján jelenleg ez a szám meghaladja az évi 17 milliót. A legfrissebb adatok szerint Magyarország számottevő lemaradással rendelkezik az Unió tagországaihoz képest, mind a primér mind a szekunder prevenció irányelvek betartása terén. Jelen összefoglaló célja a lemaradás okainak feltárása és megoldás keresése a kialakult problémára. A rizikófaktorok közül részletesebben áttekintjük a rendszeres testmozgás, a dohányzás leszoktató programok és a mediterrán diéta hiányának, valamint az elhízás folyamatosan növekvő prevalenciájának oki szerepét.

In the last decades cardiovascular mortality has significantly increased worldwide. Based on the latest OECD data the mortality rate is up to more than 17 million a year. According to the newest data Hungary has a significant fallback compared to the other European Union countries in connection with the adherence of the primary and secondary guidelines. Present publication aims to evolve the reasons of this phenomenon and to find solutions. We investigated the effect of risk factors in details, such as the lack of regular physical activity, Mediterranean diet and smoking cessation programs, as well as the increasing incidence and prevalence of obesity.

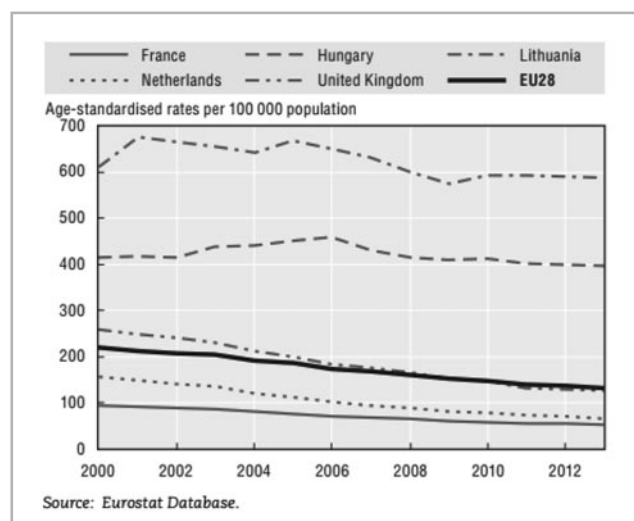
BEVEZETÉS

A kardiovaszkuláris mortalitás az elmúlt évek statisztikai adatai alapján folyamatos növekedést mutat az egész világon. A tendenciákat áttekintve 2020-ra 25 millió halálesetért kardiovaszkuláris ok tehető majd felelőssé. Az Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) által tömörített államokban ma a mortalitási statisztikákat továbbra is a kardiovaszkuláris betegségek vezetik. Ennek oka egyértelműen az öregedő társadalomban keresendő, az 50 éves kor feletti populációban ugyanis kardiovaszkuláris eredetű a leggyakoribb halálok. Európában a 75 év alatti nők halálát 42%-ban, férfiaknál 38%-ban ezen betegségek okozzák. Ezzel szemben a fiatal populációban jelenleg is a daganatos betegségek vezetik a halálozási statisztikákat [1,2,3].

A sikeres populációs és egyéni rizikóbecslésen alapuló kardiovaszkuláris prevenció egyik legpontosabb meghatározója a 65 év feletti lakosság egészséges és betegségben eltöltött éveinek száma. Magyarország lakossága a V4

lakossághoz képest 2 évvel, az EU15 három legjobban teljesítő országának átlagához képest pedig 12,5 évvel kevesebb évet tölt el egészségben 65 éves kora után. Lényeges nemi különbség is mutatkozik a magyarországi 65 év feletti populációban, mivel a nők több, mint kétszer annyi évet töltenek el betegségben, mint a férfiak [1,2,3]. Bár a magyar nők tovább élnek ugyan, mint a férfiak, de ezen évek nagy részét már betegségben töltik el. Az ún. idő előtti halálozás a V4 államok között Magyarországon a legmagasabb, de a megelőzhető halálozási arányszám is hazánkban a legnagyobb a négy állam közül [1].

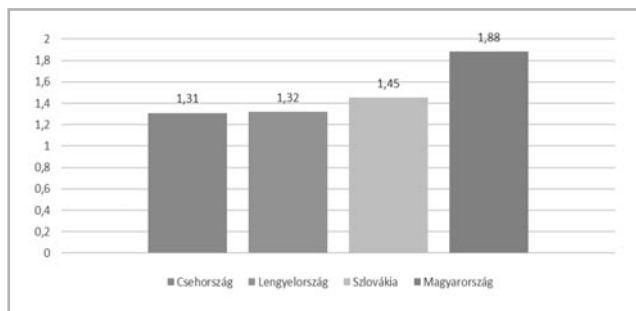
A 2015-ben közzétett OECD adatok rámutatnak, hogy Magyarország az 5. legrosszabb helyen áll az iszkémiás szívbetegség (ISZB) miatt bekövetkező halálozási rangsorban. Bár az utóbbi években észlelt 13%-os javulás mindenképpen pozitív, a sorban mögöttünk csak Szlovákia, Litvánia, Lettország és Oroszország áll [3]. Azt is érdemes megemlíteni, hogy 1990 óta az OECD államok gyakorlatilag mindegyikében átlagosan 50%-kal csökkent az ISZB miatti halálozás. Sőt a legjobban teljesítő országokban (pl. Norvégia, Dánia, Hollandia, Izrael) ez a szám 70% felett van. Ezzel párhuzamosan az EU országainak nagy részében az iszkémiás szívbetegség miatti halálozás 2000 óta egy lassú, de egyenletes és jelentős csökkenést mutat. Ezzel szemben Magyarországon a trend jóval később jelent meg (2006 környékén), és a csökkenés is lényegesen lassabb. Ennek megfelelően az olló



1. ábra

Az EU országainak nagy részében az iszkémiás szívbetegség miatti halálozás 2000 óta egy lassú, de egyenletes és jelentős csökkenést mutat. Ezzel szemben Magyarországon a trend csak jóval később jelent meg (2006 környékén) és a csökkenés is lassabb. A magyar lakosság egészségügyi állapota mind rosszabbá válik az EU tagállamok átlagához képest.

továbbra is nyíló tendenciát mutat [1], tehát a magyar lakosság egészségügyi állapota az EU tagállamok átlagához képest összességében folyamatosan rosszabbá válik (1. ábra). A háttérben az egyik legjelentősebb mérőszám, a magyarországi magasabb idő előtti (férfiaknál kb. 50-55 éves, nőknél kb. 60-65 éves kor alatti) halálozási ráta áll (idő előtt meghalt férfiak, illetve nők arányát adja meg 100.000 főre). Ebben jelenleg egyetlen európai országnak sincs rosszabb mutatója, mint hazánknak [3] (2. ábra).



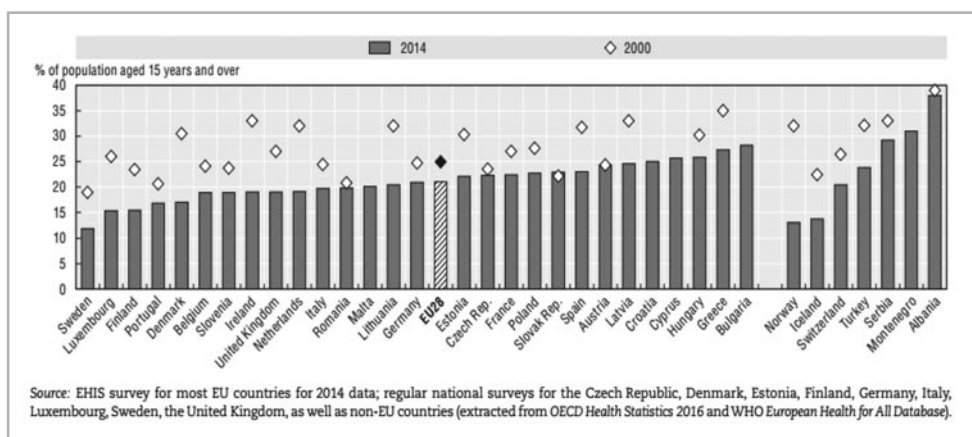
2. ábra
A Visegrádi államok között Magyarországon a legmagasabb az idő előtti halálozás aránya.

RIZIKÓFAKTOROK ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON ÉS EURÓPÁBAN

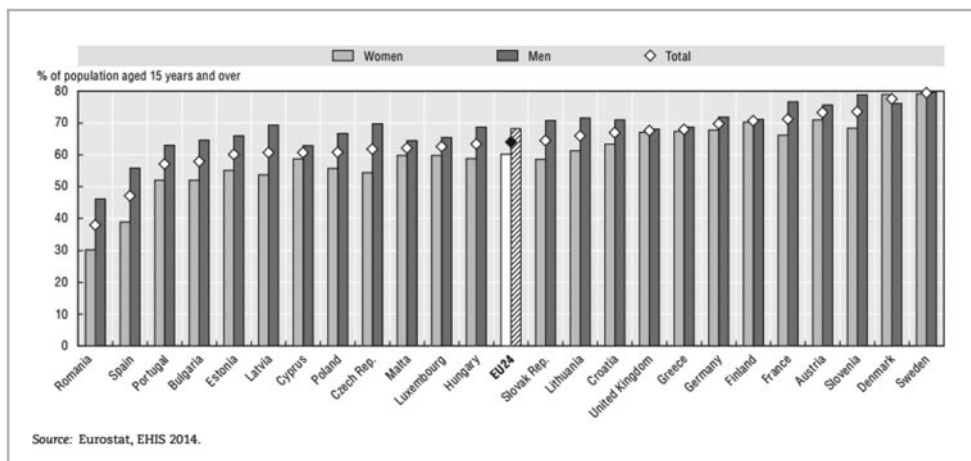
A dohányzás napjaink legfontosabb rizikóját jelenti az elvesztett egészséges évekre vonatkozóan; Magyarországon kb. az egészséges évelemek 15%-a ezen okból vész el. [4]. Az EU12 tagországában a felnőtt, dohányzó lakosság aránya nem éri el a 20%-ot, a skandináv államokban 12%, Luxemburgban 15% és Portugáliában 17%. Magyarországon az EU12 átlagához képest a felnőtt lakosság 26%-a dohányzik (3. ábra). Ugyan a dohányosok száma hazánkban 2000 óta csökken, ám ennek ellenére is mindössze Görögországban dohányzik csak több felnőtt az EU-ban. Érthető tehát, ha Magyarországon is populáció szintű stratégia került kidolgo-

zásra a dohányzás incidenciájának és prevalenciájának csökkentéséért („Nemdohányzók védelméről” szóló törvény, jelentős ÁFA emelés a dohányipari cikkeknel, a forgalmazás hozzáféréseinek csökkentése). Sajnálatos tény viszont, hogy az állami keretek megteremtése mellett az egyéni vagy csoportos kezelések nem megfelelő mennyiségben és minőségben valósulnak meg. A kezelés/leszoktatás legmegfelelőbb helye a beteg és az egészségügyi finanszírozási szempontjából is – bár a leszoktatás iniciálása és támogatása minden egészségügyben dolgozónak abszolút feladata – a primer egészségügyi ellátók által fenntartott családorvosi praxisok lennének [4].

Az elhízás prevalenciája is folyamatos növekedést mutat az elmúlt 30 évben, és mára jelentős népegészségügyi problémává vált a fejlett világ országaiban. Habár az utóbbi években a kutatások azonosítottak egy ún. metabolikusan egészséges elhízott populációt, ez a csoport mindössze 20-30%-át teszi ki az egész obez populációnak. Így természetesen továbbra is fontos epidemiológiai kockázat az elhízás, hiszen a metabolikus elváltozások (pl. inzulin rezisztencia és krónikus gyulladás) komoly egészségügyi és ezzel finansziális terhet rónak mind a betegek, mind az egészségügyi ellátóra. [5]. Magyarországon a felnőttkori elhízás már a populáció 21%-át érinti. A legkevesebb túlsúlyos felnőtt Romániában (9%), Olaszországban (10%) és Hollandiában (13%) él. A magyarországi adathoz az EU területén Litvánia (21%), Írország (23%) és Málta (26%) mutatói rosszabbak csupán. Az obezitás háttérben feltétlen szerepet játszik a nem megfelelő minőségű és a nem megfelelően megválasztott mennyiségű táplálék fogyasztása. A 2014-es OECD adatok alapján a magyarországi agrárium tradíciójának köszönhetően a gyümölcsfogyasztás hazánkban (62%) jobb az EU átlagánál (57%). A népesség több mint 70%-a fogyaszt naponta gyümölcsöt Olaszországban és Portugáliában, de kevesebb, mint 40%-a Bulgáriában, Lettországban és Romániában. A zöldségfogyasztás terén hazánk (50%) ugyan nem nagy mértékben, de ismételten elmarad az EU átlagától (58%) [1,3]. A leg-



3. ábra
A 2000-es adatokhoz képest Magyarországon a dohányzó felnőtt lakosság aránya csökkent 2014-re, ekkor a felnőtt lakosság 26%-a dohányzott. Így is jelentős mértékben, csaknem 5%-kal elmaradunk az EU átlagától. Mindössze csak Görögországban dohányzik több felnőtt az EU területén.



4. ábra
 Magyarországon a népesség 64%-a végez hetente rendszeresen testmozgást, ezzel gyakorlatilag megfelel az eredményünk az EU átlagnak (65%).

kevesebb zöldséget Romániában, Hollandiában és Németországban, a legtöbbet Belgiumban, Írországon és az Egyesült Királyságban fogyasztják [1]. Az obezitás prevalenciája, valamint a gyümölcs- és zöldségfogyasztás mértéke között észlelt ellentétet (pl. a magyar és a román adatok közti különbség) az adatgyűjtés önbevallásos módja oldja fel.

A kardiovaszkuláris rizikó csökkentésének következő tényezője a heti rendszerességgel végzett mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás mértéke. A rendszeresen végzett testmozgás csökkenti az obezitás és az osteoporosis kialakulásának rizikóját, valamint javítja a mentális egészséget (csökkenti a szorongást, valamint a depresszió és a szociális izoláció kialakulásának esélyét); így jelentősen befolyásolja a kardiovaszkuláris betegségek incidenciáját [6,7]. Az ajánlott heti 150 perces fizikai aktivitás nagy variabilitást mutat Európában. Magyarországon a népesség 64%-a végez hetente rendszeresen testmozgást, ez pedig megfelel az EU átlagnak (65%) (4. ábra). A legtöbben Svédországban (80%), Dániában (79%) és Szlovéniában (74%) teljesítik a fizikai aktivitással kapcsolatos európai ajánlásokat. A legkevesebben Romániában mozognak (39%). Tudni kell azonban ezen adatok értelmezésekor, hogy ezeket önbevallásos kérdőívek segítségével gyűjtötték.

AZ INTERVENCIÓ LEHETŐSÉGEI

1985-ben Geoffrey Rose két fő kardiovaszkuláris megelőző stratégiát írt le [8]. A populációs stratégia populációs szinten hosszú távú életmódbeli és környezeti változtatásokkal csökkenti a koronáriabetegség incidenciáját. Ez jogi szabályozások vagy közösségi intervenció révén valósulhat meg. A rizikó stratégia magas kardiovaszkuláris kockázattal élő betegek azonosításában segít, és hozzájárul az adott alanynál a kardiovaszkuláris rizikófaktorok megfelelő életmódbeli és gyógyszeres kontrollálásához. A populációs stratégia (sóbevitel meghatározása a közétkeztetésben, chips adó, dohány termékek árának magas ÁFA tartalma vagy a

fizikai aktivitás szabályozása az iskolákban stb.) természetesen költséghatékonyabb, de a rizikó stratégián belül kidolgozott farmakológiai terápiák, a sikeres dohányzás leszokást segítő és összetett kardiológiai rehabilitációs programok mégis hatékonyabb rizikócsökkentést tesznek lehetővé. Ezek alapján nem meglepő, ha a legnagyobb sikert a két stratégia kombinációja jelenti. Ezen tény ismeretében is a hatékony szekunder prevenció lényegesen ritkábban valósul meg az irányelvek által meghatározott módon.

Az előbbieken ismertetett kardiovaszkuláris mortalitási ráták hátterében azonban nem csak az említett rizikófaktorok magas prevalenciája áll, hanem a diagnosztika és a kezelés hiányosságai is fellelhetők. Egy 2014-es kutatás adatai alapján jelentős összmortalitásbeli különbség van Svédország és Magyarország között. Míg a svédeknek a hospitalizációval eltöltött napok számával lassan ugyan, de csökken a halálozás, addig Magyarországon ez a tendencia éppen ellenkező; minél tovább tart a kórházi kezelés, annál magasabb a halálozási ráta. A STEMI-t elszenvedett betegek 30 napos mortalitási rátája Magyarországon 9,5%, míg az 1 éves adat már 16,5%. Ezzel szemben Svédországban a 30 napos halálozás 7,9%-os, míg az 1 éves adat már lényegesen jobb, mint hazánkban: 12,4%. A két ország közti különbség okai közt a betegek prehospitalis késlekedése, a primér ellátó (OMSZ, családorvos) értesítésének csúszása, valamint a nem megfelelően meghatározott betegutak találhatóak meg. A későbbi ellátási szinteken pedig a rehabilitációs lehetőségek kihasználatlansága és a betegek rossz gyógyszer adherenciája és hiányos szekunder prevenciók ismeretei állnak. A Magyar Kardiológusok Társasága elkötelezett a helyzet javítása érdekében és egy folyamatban lévő kampány, a „Túlélési ismeretek szívinfarktust követően” eredményeként reméljük, hogy az elkövetkezendő időszakban komoly fejlődés következik be Magyarországon az akut miokardiális infarktus felismerésében, ellátásában és rehabilitációjában, melynek eredményeként a rizikófaktorok jövőbeni incidenciája és a kardiovaszkuláris halálozás javulni fog.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>, 2018.08.01.
- [2] <http://ksh.hu>, 2018.08.01.
- [3] http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en, 2018.08.01.
- [4] Sipos V, Pálincás A, Kovács N, Csenteri KO, Vincze F, Szöllősi JG, Jenei T, Papp M, Ádány R, Sándor J: Smoking cessation support for regular smokers in Hungarian primary care: a nationwide representative cross-sectional study, *BMJ Open*, 2018, e018932, doi: 10.1136/bmjopen-2017-018932
- [5] Boonchaya-anant P, Apovian CM: Metabolically healthy obesity-does it exist? *Curr Atheroscler Rep*, 2014, doi: 10.1007/s11883-014-0441-1.
- [6] Perk J, De Backer G, Gohlke H et al.: European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012), *Eur Heart J*, 2012, 33, 1635–1701.
- [7] Aktas MK, Ozduran V, Pothier CE et al.: Global risk scores and exercise testing for predicting all-cause mortality in a preventive medicine program, *JAMA*, 2004, 292, 1462–1468.
- [8] Rose G. Sick individuals and sick populations, *Int J Epidemiol*, 1985, 14, 32–38.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Prof. Dr. Tóth Kálmán 1983-ban végzett a POTE-n, s azóta különböző beosztásokban a POTE AITI, majd a PTE KK I.sz. Belgyógyászati Klinika orvosa, jelenleg egyetemi tanár és klinika igazgató. Belgyógyász, kardiológus és aneszteziológus-intenzív terápiás szakorvos. Tudományos munkájának fő területe a hemoreológia és a kísérletes kardiológia. 1990–1991-ben kutató ösztöndíjasként a University of Southern California Élettani és Biofizikai Intézetében (Los Angeles, USA), 1993-ban visiting assistant professor-ként a University of Toronto Kardiológiai Osztályán (Toronto, Kanada) dolgozott. A fenti témakörökben először kandidátusi (1992), majd MTA doktori (2003) fokozatot szerzett. 1996-ban akkreditált PhD programjában eddig 31 kolléga szerzett tudományos fokozatot. Több hazai és nemzetközi társaság tagja. Ezek közül kiemelendő, hogy egyik alapítója és azóta, 1993-tól a Magyar Haemorheológiai Társaság vezetőségi tagja,

2000–2006 között elnöke. 1993-tól az International Society for Clinical Hemorheology vezetőségi tagja, 1995–99 között elnöke. 1994-től a European Society of Clinical Hemorheology vezetőségi tagja, 2011-2016 között alelnöke. A Magyar Kardiológusok Társasága elnöke. 1998-2002 között Széchenyi Professzori Ösztöndíjas. Kiemelkedő tudományos szervező tevékenysége elismeréséül 2003-ban PAB Tudományos-szervezési Díjat kapott, 2015-ben megkapta a Nemzetközi Klinikai Haemorheológiai Társaság életmű díját. Az IME, valamint több hazai és nemzetközi tudományos folyóirat szerkesztőbizottsági tagja. A PTE belgyógyászat és kardiológia grémium vezetője. 2004 és 2006 között a PTE ÁOK tudományos dékánhelyettese, 2006 és 2008 között a PTE OEKK elnökhelyettese. 2009-től 2010-ig a PTE rektori megbízottja, majd 2010 és 2012 között rektori szaktanácsadó, a TIOP2 2.7 projekt orvos-szakmai vezetője. 2014 és 2018 között a PTE tudományos és innovációs rektorhelyettese. Teljes közleményeinek összesített impakt faktora: 314,886; összes idézettség 3664, h-index: 34.



Dr. Sándor Barbara 2011-ben végzett a PTE Általános Orvostudományi Karán. Közvetlenül a diplomaszerezést követően csatlakozott Prof. Dr. Tóth Kálmán „Kísérletes Kardiológia” PhD programjához, ahol 2014-ben PhD minősítést

sírt szerzett. Azóta is aktív kutatómunkát végez a kísérletes kardiológia és hemoreológia területén. 2013. februárjában a Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Karán egészségügyi menedzsment B.Sc. oklevelet szerzett. Kumulatív impakt faktora 38,491, összes idézettsége 57.

IME

XVIII. IME Outsourcing – Szolgáltatásmenedzsment Konferencia

2018. november. 8. (csütörtök)
Hotel Hungária City Center Budapest