

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske



Svjetska zdravstvena organizacija



Znanstveni skup

Kardiovaskularno zdravlje
Javnozdravstveni aspekti sekundarne prevencije i
rehabilitacije

Knjiga sažetaka radova sa
znanstvenog skupa održanog 30. studenoga 2007. u Zagrebu



Zagreb
MMVII

KARDIOVASKULARNO ZDRAVLJE
JAVNOZDRAVSTVENI ASPEKTI SEKUNDARNE PREVENCIJE I
REHABILITACIJE

**KARDIOVASKULARNO ZDRAVLJE
JAVNOZDRAVSTVENI ASPEKTI SEKUNDARNE PREVENCIJE I
REHABILITACIJE**

Urednici

Silvije Vuletić, Josipa Kern, Inge Heim i Marija Strnad

Izdavač

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske

Tisak

Medicinska naklada, Zagreb

Ilustracija na naslovnoj stranici

Alma Šimunec Jović

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 651436.

Tiskanje omogućila tvrtka DUKAT d.d.

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Kolegij javnog zdravstva
Svjetska zdravstvena organizacija

Znanstveni skup

**KARDIOVASKULARNO ZDRAVLJE
JAVNOZDRAVSTVENI ASPEKTI SEKUNDARNE PREVENCIJE
I REHABILITACIJE**

Knjiga sažetaka radova prikazanih na znanstvenom skupu
Zagreb, 30. studenoga 2007.

Urednici:

Silvije Vuletić
Josipa Kern
Inge Heim
Marija Strnad

Zagreb
MMVII

Organizacijski odbor:

Prof.dr.sc. Silvije Vuletić, predsjednik
Prim.dr.sc. Inge Heim, tajnica
Prim.mr.sc. Željko Baklaić
Prof.dr.sc. Mijo Bergovec
Prof.dr.sc. Vida Demarin
Prim.mr.sc. Mirjana Jembrek-Gostović
Prof.dr.sc. Antoinette Kaić-Rak
Prof.dr.sc. Josipa Kern
Prof.dr.sc. Luka Kovačić
Dubravka Kruhek-Leontić, prof.
Doc.dr.sc. Mirjana Kujundžić Tiljak
Mr.sc. Sanja Musić-Milanović
Prof.dr.sc. Željko Reiner
Prof.dr.sc. Marija Strnad

Sponzori:

Badel 1862 d.d.
DUKAT d.d.
Jamnica d.d.
Svjetska zdravstvena organizacija, Regionalni ured za Europu
(World Health Organization, Regional Office for Europe)

Predgovor

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske organizira svoj treći znanstveni skup posvećen značajnom i vrlo proširenom problemu visoke prevalencije kardiovaskularnih faktora rizika (KVFR) u populaciji Hrvatske. Tema prvog znanstvenog skupa bila je prostorna distribucija kardiovaskularnih rizika u populaciji Hrvatske. Potvrđene su visoke prevalencije KVFR-a te pokazano da KVFR-i nisu jednoliko i homogeno distribuirani diljem populacije Hrvatske. Drugi skup je bio posvećen strategiji i intervenciji na razini lokalnih zajednica.

Glavni je zaključak prvog skupa bio: treba intervenirati u populacijskim skupinama, djelovati na smanjenje KVFR-a, a ne samo procjenjivati veličinu problema. Drugi skup zaključuje da u modernom menadžmentu javnog zdravstva postoje dva srodna pojma: *'case based reasoning'* što znači pronaći jasne i očite slučajeve o rizičnim ponašanjima a zatim djeluj na njih te *'personalized information'* tj. sustav u kojem se rizičnim osobama dostavljaju informacije o rizicima i zdravlju podešeno njihovom individualnom poznavanju i stavovima problema o kardiovaskularnom rizičnom ponašanju.

Teme simpozija svrstane su u četiri bloka: sekundarna prevencija, rehabilitacija, hrvatska zdravstvena anketa te iskustva iz prakse.

Prva dva bloka obuhvaćaju široki raspon tema koje pokrivaju javnozdravstvenu strategiju, politiku SZO u prevenciji kardiovaskularnih bolesti, sekundarnu prevenciju u kliničkoj praksi i obiteljskoj medicini, zatim ambulantnu i stacionarnu rehabilitaciju kao i niz specifičnosti poput: sekundarne prevencije moždanog udara, stresa kao čimbenika rizika na primjeru obitelji poginulih u ratu, zatim uloga psihološke dimenzije u sekundarnoj prevenciji, kao i sadašnjost i budućnost rehabilitacije te problem preporuka za praksu.

Treći blok prikazuje Hrvatsku zdravstvenu anketu, prvu kohortnu populacijsku studiju u nas. U okviru simpozija prikazat će se temeljne komponente javnozdravstvenog menadžmenta u borbi za kardiovaskularno zdravlje populacije te model sekundarne prevencije putem patronažne službe.

Četvrti blok donosi iskustva iz bogate prakse u danas aktualnom sustavu zdravstvene zaštite. Kao problem spominje se metodološke aspekte procjene rizika, razumijevanje socijalnih interesa i politike, regionalne strategije za smanjivanje razlika u zdravlju, te problemi vezani uz razne populacijske/etničke skupine (dijabetičari, stari, vulnerabilni radi stresa, etnička skupina).

Želimo da ovaj simpozij, ove godine s gostima iz Slovenije, bude tek treća karika u lancu simpozija o kardiovaskularnom zdravlju, da inicira četvrtu kariku, četvrti simpozij u lancu nastojanja cjelokupnog zdravstva, Akademije medicinskih znanosti Hrvatske i Svjetske zdravstvene organizacije da reducira kardiovaskularne rizike i unaprijedi kardiovaskularno zdravlje u našoj zemlji.

Urednici

Sadržaj

Sekundarna prevencija

| | |
|--|----|
| Javnozdravstvene strategije u zaštiti kardiovaskularnog zdravlja (<i>Marija Strnad</i>) | 1 |
| Sekundarna prevencija kardiovaskularnih bolesti u kliničkoj praksi (<i>Željko Reiner</i>) | 2 |
| Sekundarna prevencija moždanog udara (<i>Vida Demarin</i>) | 3 |
| Sekundarna prevencija u obiteljskoj medicini (<i>Biserka Bergman Marković, Josipa Kern, Milica Katić, Davorka Vrdoljak, Ksenija Kranjčević, Venija Cerovečki Nekić, Goranka Petriček, Zlata Ožvačić, Jasna Vučak, Dragica Lalić Ivezić</i>) | 6 |
| Čimbenici rizika i srčanožilne bolesti u obiteljima poginulih u ratu u Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini (<i>Mijo Bergovec, Vjekoslava Raos, Hrvoje Vražić, Mirjana Vasilj, Ivan Vasilj, Marko Bergovec, Tina Katić, Mario Udovičić, Zumreta Kušljugić, Elnur Smajić</i>) | 7 |
| SZO smjernice za prevenciju kardiovaskularnih bolesti (<i>Antoinette Kaić-Rak, Zrinka Laido, Jasna Pucarin, Katica Antonić-Degač</i>) | 8 |
| Preporuke vs. praksa (<i>Inge Heim, Vladimir Jonke, Dubravka Kruhek Leontić, Mirjana Jembrek-Gostović</i>) | 9 |
| Psihološka dimenzija u sekundarnoj prevenciji srčanih bolesti (<i>Dubravka Kruhek Leontić</i>) | 10 |

Rehabilitacija

| | |
|--|----|
| Sadašnjost i budućnost rehabilitacije srčanih bolesnika (<i>Duško Cerovec</i>) | 11 |
| Ambulantna rehabilitacija srčanih bolesnika (<i>Vladimir Jonke, Mirjana Jembrek-Gostović, Inge Heim</i>) | 12 |
| Stacionarna rehabilitacija srčanih bolesnika (<i>Viktor Peršić, Alen Ružić, Bojan Miletić, Vesna Pehar-Pejčinović, Slobodanka Vučković-Rapajić</i>) | 13 |

Hrvatska zdravstvena anketa

| | |
|--|----|
| Kardiovaskularno zdravlje - temeljne komponente javnozdravstvenog managementa (<i>Silvije Vuletić, Aleksandar Džakula, Josipa Kern</i>) | 14 |
| Intervencijski model prevencije kardiovaskularnih bolesti u patronažnoj djelatnosti (<i>Sanja Musić Milanović, Jadranka Pavić, Mara Županić, Kristina Fišter, Aleksandar Džakula</i>) | 15 |

Iskustva iz prakse

| | |
|--|----|
| Pitanje uspješnosti javno-zdravstvenih programa za prevenciju srčano-žilnih bolesti: kako uspjeti bez razumijevanja socijalnih interesa i politike? <i>(Želimir Jakšić)</i> | 16 |
| Uloga regionalne strategije za smanjivanje razlika u zdravlju u prevenciji bolesti srca - primjer dobre prakse <i>(Branislava Belović, Tatjana Krajnc-Nikolić, Zdenka Verban Buzeti)</i> | 17 |
| Gerontološko-javnozdravstveni aspekti prevencije gerijatrijskih bolesnika oboljelih od cirkulacijskih bolesti <i>(Spomenka Tomek-Roksandić, Tihomir Majić, Zvonimir Šostar, Hrvoje Radašević, Diana Mihok, Tihomira Ivanda)</i> | 18 |
| Neki metodološki aspekti procjene kardiovaskularnog rizika <i>(Hrvoje Tiljak, Mirjana Kujunžić Tiljak, Ranko Stevanović, Krunoslav Kuna, Davor Ivanković)</i> | 20 |
| Izabrani rezultati istraživanja čimbenika rizika za bolesti srca i žila u Roma u Pomurju <i>(Branislava Belović, Anica Fujs, Ema Mesarič)</i> | 21 |
| Opći i kardiovaskularni mortalitet u osoba sa šećernom bolešću <i>(Tamara Poljičanin, Ivana Pavlić-Renar, Željko Metelko)</i> | 22 |
| Važnost cijepljenja protiv gripe u sekundarnoj prevenciji komplikacija kardiovaskularnih bolesti <i>(Goran Perko, Vanja Tešić, Velimir John)</i> | 23 |
| | 24 |

Indeks autora

Javnozdravstvene strategije u zaštiti kardiovaskularnog zdravlja

Marija Strnad

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb

Pod sekundarnom prevencijom mislimo na prevenciju rekurentne bolesti i smrti nakon simptomatske KVB. Primarna prevencija obuhvaća tradicionalno prevenciju simptomatske bolesti djelovanjem na rizične čimbenike za bolest, a to su oni bihevioralni i fiziološki ne zanemarujući one na koje ne možemo djelovati ali koji identificiraju visoko rizične populacije (primjerice genetski utjecaj). Ponašanje, odnosno izloženost najvažnijim rizičnim čimbenicima, uvjetovano je našim psihičkim zdravljem, socijalnim okruženjem u kojem živimo i radimo te širim determinantama kao što su primanja, zaposlenost, stanovanje, edukacija i fizikalni okoliš. U javnozdravstvenim strategijama stoga moramo obuhvatiti i njih. [1,2]

To zahtijeva osim mikro i makro-intervencije, odnosno više političkih, strukturalnih i okolišnih intervencija. Primordijalna prevencija odnosi se na sve ono što smanjuje pojavu rizičnih čimbenika koji su predispozicija za KVB. Primjerice modifikacija životnih navika za održavanje idealne tjelesne težine u prevenciji povišenog krvnog tlaka. Sekundarna prevencija kardiovaskularnih obuhvaća promociju smanjenja rizika (prehrana, pušenje, tjelesna aktivnost), identifikaciju i liječenje bolesnih kao i onih s velikim rizikom obolijevanja, aktivnu kontrolu postojeće bolesti i odgovarajuću terapiju i rehabilitaciju kako bi se prevenirao ponovni kardiovaskularni ili cerebrovaskularni događaj. Tu je i optimalna kontrola hipertenzije i dijabetesa. U sekundarnu prevenciju spada i godišnje cijepljenje protiv gripe i pneumokoka.

Stopa ponovne pojave kardiovaskularnog događaja je 5-7 puta veća nego što kod onih koji su već imali neku KVB, nego kod onih koji je nisu imali. Osobe s dijabetesom imaju sličnu stopu pojave bolesti kao i osobe s preboljelim IM. Poznat je povećan rizik ponovnog infarkta miokarda ili kardijalne smrti preživjelih akutni infarkt, 10% rizika smrti u prvoj i 5% narednih godina.

Možemo reći da sekundarna prevencija obuhvaća skrining /kontrolu multiplih rizičnih čimbenika ako je prisutan makar jedan od njih, kao i skrining /kontrolu individualnih rizičnih čimbenika kao što su kolesterol, krvni tlak, dijabetes. [2]]

Modifikacija rizičnih čimbenika, ne zanemarujući uzimanje potrebne terapije, ključna je u sekundarnoj prevenciji KVB. Dokazane strategije uključuju osim sniženja kolesterola, krvnog tlaka, kontrolu dijabetesa, potrebne terapije i prestanak pušenja, odgovarajuću prehranu, umjerenu konzumaciju alkohola, kontrolu težine i tjelesnu aktivnost.

Javnozdravstvene komprehenzivne strategije usmjerene na modifikaciju rizičnih čimbenika velikim su dijelom zajedničke za primarnu i sekundarnu prevenciju KVB. Učinke primarne prevencije možemo pratiti kroz stope incidencije bolesti, a uspješnost sekundarne prevencije preko «case fatality rate». Za to pak nemamo dosta dobre ili potpune pokazatelje. Iako se naglašava prioritarna važnost primarne prevencije, a znamo i što treba napraviti za smanjenje rizika u populaciji, zbog nedovoljne sigurnosti kako to postići, ne daje se joj još uvijek potreban prioritet. [3]

Literatura

- [1] Hobbs FDR. Cardiovascular disease: different strategies for primary and secondary prevention. *Heart*. 2004;90(10):1217-1223.
- [2] Lowther M, Mordue A. Primary prevention of Cardiovascular Disease in Scotland. Edinburgh: Health Scotland, 2006.
- [3] Greten H. Letter to the editor. Principles of prevention of cardiovascular disease. *European Heart Journal* 2004;25(5):446.

Sekundarna prevencija kardiovaskularnih bolesti u kliničkoj praksi

Željko Reiner

Klinika za unutrašnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Pojam sekundarna prevencija odnosi se na sveukupnost mjera i načina liječenja koji se poduzimaju da se spriječi pojava kardiovaskularnih događaja u bolesnika koji već od ranije imaju dokazanu kardiovaskularnu bolest (koronarnu bolest, preživjeli su infarkt miokarda, imaju dokazane aterosklerotičke promjene perifernih arterija i sl.). Budući je doživotni rizik bolesnika s dijabetesom načelno podjednak onome kojeg imaju takvi bolesnici, osobito ako uz dijabetes imaju neki od čimbenika rizika ili mikroalbuminuriju, i oni se ubrajaju u tu skupinu. Pri tome je uvijek nužno, kao i u primarnoj prevenciji, procjenjivati ukupni rizik, a ne pozornost posvećivati samo jednom čimbeniku rizika. Ciljne su vrijednosti čimbenika rizika u sekundarnoj prevenciji nešto drugačije nego u primarnoj jer su ti bolesnici, po samoj definiciji, osobe s izrazito velikim rizikom. Budući je hiperlipidemija jedan od ključnih čimbenika rizika u sekundarnoj se prevenciji trebaju postići koncentracije ukupnog kolesterola u krvi manje od 4,5 mmol/l ili, ako je to ikako moguće, manje od 4 mmol/l dok bi LDL-kolesterol morao biti manji od 2,5 mmol/l ili, ako je to ikako moguće, manji od 2,0 mmol/l. Što se pak arterijskog tlaka tiče, njegove bi vrijednosti trebale u sekundarnoj prevenciji biti manje od 130/80 mmHg. Svi bi bolesnici u sklopu sekundarne prevencije obvezatno trebali prestati pušiti. Ciljne vrijednosti koje su navedene moraju se pokušati postići promjenama načina života (smanjenjem prekomjerne tjelesne tako da indeks tjelesne mase bude manji od 25, smanjenim unosom kuhinjske soli – najviše 3,8 g dnevno, smanjenjem unosa alkohola - najviše 10-30 g dnevno, redovitom tjelesnom aktivnošću i prehranom temeljenom poglavito na voću i povrću sa što manje zasićenih masti). Međutim, većina će bolesnika uz to trebati uzimati lijekove protiv povećanih lipida u krvi – poglavito statine, mnogi i antihipertenzive – poglavito betablokatore i/ili ACE inhibitore, te eventualno antagoniste kalcija, gotovo svi trebaju dobivati antiagregacijske lijekove dok će neki trebati antikoagulacijske lijekove.

Sekundana prevencija moždanog udara

Vida Demarin

*Klinika za neurologiju KB Sestre milosrdnice, Referentni centar za neurovaskularne poremećaje
Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske
Vinogradska 29, Zagreb*

Usprkos značajnom napretku na području liječenja ishemijskog i hemoragijskog moždanog udara, prevencija je i nadalje najbolji pristup moždanom udaru. Cilj prevencije je smanjiti rizik od nastanka moždanog udara djelovanjem na čimbenike rizika. Najčešći čimbenici rizika uključuju hipertenziju, povišene vrijednosti lipida u serumu, infarkt miokarda, atrijsku fibrilaciju i karotidnu stenozu, šećernu bolest, pušenje i konzumiranje alkohola, neprimjerenu prehranu te smanjenu tjelesnu aktivnost. Međutim, u zadnje vrijeme se sve više pažnje posvećuje novim čimbenicima rizika za nastanak moždanog udara kao što su frakcije lipida, subklinička karotidna bolest, zadebljanje intime i medije karotidnih arterija, povećani indeks tjelesne mase, povećani omjer struka i bokova, infekcije i upale, hiperhomocisteinemija, genetski faktori, jer se klasičnim čimbenicima rizika ne može objasniti nastanak gotovo trećine svih moždanih udara.

Antiagregacijska terapija je terapija izbora u sekundarnoj prevenciji ishemijskog moždanog udara, tranzitornih ishemijskih ataka i srčanog infarkta jer primjena antiagregacijskih lijekova smanjuje učestalost vaskularnih incidenata i moždanog udara za 25%. U MATCH studiji uspoređivana je primjena klopidogrela 75 mg u odnosu na udruženu terapiju klopidogrel 75 mg i ASK 75 mg. Kroz 18 mjeseci su praćena 7599 pacijenta, a rezultati su pokazali da je relativno smanjenje rizika za moždani udar 6.4 %; međutim, u grupi koja je primala klopidogrel i ASK bio je veći broj hemoragijskih komplikacija-uglavnom iz GI trakta, (2.6 %) u odnosu na grupu koja je primala samo klopidogrel (1.3%). U CARESS studiji ispitivan je učinak kombinirane terapije klopidogrela 75 mg i ASK 75 mg u odnosu na ASK 75 mg kod osoba sa stenozom karotidnih arterija >75 % s nedavno preboljelim moždanim udarom ili TIA-om, a mjerio se broj embolijskih signala pomoću transkranijalnog doplera. U grupi koja je primala dvojnju terapiju bilo je manje embolijskih signala i ujedno i manje ishemijskih komplikacija (moždani udar, TIA) u odnosu na grupu koja je primala samo ASK.

Najznačajniji klasični čimbenici rizika i nadalje su povišen krvni tlak i hiperlipoproteinemije, a pogotovo hiperkolesterolemije. Oba poremećaja su široko rasprostranjena u pučanstvu, a danas raspoložemo učinkovitim lijekovima kojima se oba poremećaja mogu adekvatno liječiti i na taj način doprinijeti smanjenju rizika nastanka moždanog udara.

Već duže vrijeme je poznato da liječenje hipertenzije i hiperkolesterolemije ima vrlo važnu ulogu kako u primarnoj, tako i u sekundarnoj prevenciji moždanog udara. U zadnjim godinama objavljeni su rezultati velikih randomiziranih kliničkih studija koji su pouzdano pokazali da je sniženje krvnog tlaka i povišenog kolesterola povezano sa značajnim smanjenjem rizika od nastanka moždanog udara.

U posljednjih nekoliko godina provedene su (i još su u tijeku) brojne studije koje ispituju učinak pojedinih skupina antihipertenzivnih lijekova, njihove kombinacije te mogući učinak i na arterijsku stijenkku. Već je studija HOPE pokazala da se primjenom ramiprila snižava sistoličkog tlaka za samo 3.3 mm Hg i dijastoličkog za 1.4 mm Hg, međutim i to malo smanjenje tlaka dovodi do relativne redukcije moždanog udara za 32% i 20% srčanog infarkta u odnosu na grupu koja je primala placebo. U PROGRESS studiji primjenom perindopрила i indapamida krvni tlak je bio prosječno smanjen za 9/4 mm Hg što je dovelo do 28% smanjenja relativnog rizika nastanka moždanog udara. U studiji LIFE nije bilo razlike u utjecaju na snižavanje krvnog tlaka između losartana i lijeka u komparaciji atenolola, međutim tijekom perioda praćenja od 4.8 godina, zabilježeno je 25% sniženje relativnog rizika za nastanak moždanog udara u grupi bolesnika koji su uzimali losartan. U studiji SCOPE grupa koja je uzimala kandesartan imala je 11% smanjenje rizika od moždanog udara, infarkta miokarda ili vaskularne smrti. U studiji ELSA nakon četverogodišnjeg praćenja ustanovljeno je značajno smanjenje debljine intime i medije (intima media thickness – IMT), a i broj bolesnika kod kojih je došlo do povećanja aterosklerotskih plakova bio je manji u grupi bolesnika koja je uzimal lacidipin. Studija ASCOT BPLA pokazala je tijekom 5,5 godina da se u grupi bolesnika koji su uzimali amlodipin smanjio rizik nastanka moždanog udara za 23%.

Rezultati tih studija govore u prilog tezi da ACE inhibitori i sartani (blokatori angiotenzinskih receptora) pored učinka na snižavanje krvnog tlaka imaju i neke druge protektivne uloge. Čini se da bi novije generacije antihipertenziva (ACE inhibitori, noviji antagonisti kalcijevih kanala, sartani) mogli uz djelovanje na snižavanje tlaka imati i dodatne povoljne učinke na smanjivanje rizika od moždanog udara. ACE inhibitori i blokatori angiotenzinskih receptora mogu poboljšati funkciju endotela i usporiti progresiju ateroskleroze. Antagonisti kalcijevih kanala koji su visoko lipofilni imaju i neka antioksidativna svojstva. Rezultati na životinjskim modelima pokazali su da statini reduciraju oksidaciju i

ulaz LDL čestica u stanice arterijske stijenke. Amlodipin, lacidipin i nifedipin suprimiraju stvaranje trombocita u bolesnika koji boluju od hipertenzije i imaju potencijalna anti-aterosklerotična svojstva.

I za statine postoje dokazi da bi mogli imati dodatno povoljno djelovanje u prevenciji moždanog udara, uz njihovo povoljno djelovanje na snižavanje razine kolesterola. Izgleda da statini, uz smanjivanje koncentracije kolesterola, pospješuju vazodilataciju, stabiliziraju plak, utječu na upalni odgovor u endotelnim stanicama, smanjuju stvaranje krvnih ugrušaka i smanjuju adheziju trombocita na rupturiranom plaku. Ostala anti-aterosklerotična svojstva statina uključuju smanjenje akumulacije upalnih stanica u plaku, inhibiciju proliferacije glatkih mišićnih stanica krvne stijenke, inhibiciju funkcije trombocita i poboljšanje vaskularne funkcije endotelnih stanica.

U studiji HPS bolesnici su dobivali 40 mg simvastatina ili placebo a nakon 5 godina praćenja došlo je do smanjenja velikih vaskularnih događaja za oko jednu trećinu. ASCOTT-LLA studija je pokazala da atorvastatin značajno smanjuje rizik od velikih vaskularnih incidenata i u grupi hipertoničnih pacijenata koji su imali blago povišene koncentracije kolesterola za razliku od grupe koja je primala samo antihipertenzivnu terapiju i placebo. ASAP studija je tijekom 2 godine pokazala da se kod osoba koje su uzimale atorvastatin IMT značajno smanjila za razliku od onih iz grupe koji su uzimali simvastatin. U CARDS studiji pokazana je 37% redukcija akutne koronarne bolesti srca i 48% redukcija moždanog udara u grupi bolesnika koja je uzimala atorvastatin. Meta analiza 14 studija statina koje su uključile ukupno 90056 bolesnika pokazala je da se primjenom statina smanjuje rizik infarkta miokarda i koronarne bolesti za 23%, moždanog udara za 17%, a svih vaskularnih događaja za 21%. Na temelju navedenog, može se pretpostaviti da bi šira primjena novijih antihipertenziva i statina mogla značajno poboljšati prevenciju svih cerebrovaskularnih bolestima a poglavito moždanog udara.

Literatura

- [1] PROGRESS collaborative group. Randomized trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischemic attack. *Lancet* 2001;358:1033-1041.
- [2] The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000;342:145-153.
- [3] Dahlöf B, Ibesen H, Kristiansson K. et al for the LIFE study group. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:995-1003.
- [4] ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002;288:2981-97.
- [5] The Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Events Trial Investigators. Effects of Clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2001;345:494-502.
- [6] Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals. A randomized placebo controlled trial. *Lancet* 2002;360:7-22.
- [7] Smilde TJ, Wissen S et al. Effect of aggressive versus conventional lipid lowering on atherosclerosis progression in familial hypercholesterolemia (ASAP): a prospective, randomized, double-blind trial. *Lancet* 2001;357:577-81.
- [8] Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart protection Study of antioxidant vitamin supplementation in 20536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;360:23-33.
- [9] Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324:71-86.
- [10] Sever P, Dahlöf B, et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOTT-LLA): a multicentre randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361:1149-58.
- [11] Diener HC, Bogousslavsky J, Brass L et al. Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischemic stroke or transient ischemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:331-337.

- [12] CARESS Steering Committee. Carotid revascularization using endarterectomy or stenting systems (CARESS). *J Endovasc Ther* 2003 (Dec), 10:1021-30.
- [13] Julius S, Kjeldsen S, Weber M et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. *Lancet* 2004;363:2022-2031.
- [14] MRC Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) Collaborative Group. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 363:1491-1502.
- [15] Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005; 366:1267-78.
- [16] Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, Thomason MJ, Mackness MI, Charlton-Menys V, Fuller JH. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364:685-96. Poulter NR, Wedel H, Dahlöf B, Sever PS, Beevers DG, Caulfield M, Kjeldsen SE, Kristinsson A, McInnes GT, Mehlsen J, Nieminen M, O'Brien E, Östergren J, Pocock S. Role of blood pressure and other variables in the differential cardiovascular event rates noted in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA). *Lancet* 2005; 366:895-906.

Sekundarna prevencija u obiteljskoj medicini

Biserka Bergman Marković¹, Josipa Kern², Milica Katić¹, Davorka Vrdoljak³, Ksenija Kranjčević⁴, Venija Cerovečki Nekić¹, Goranka Petriček¹, Zlata Ožvačić¹, Jasna Vučak⁵, Dragica Lalić Ivezić⁶

¹ Katedra za obiteljsku medicinu, ŠNZ «Andrija Štampar», Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

² Katedra za medicinsku statistiku, epidemiologiju i medicinku informatiku, ŠNZ «Andrija Štampar», Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

³ Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

⁴ Ordinacija opće medicine, Dom zdravlja Zagreb Zapad

⁵ Privatna ordinacija opće medicine, Sukošan

⁶ Privatna ordinacija opće medicine, Novska

Sekundarna prevencija u obiteljskoj medicini promatrana je kroz analizu upućivanja na specijalističko konzilijarne preglede (SKZ) i dijagnostičku obradu (DO).

Analizirane su sva upućivanja u rujnu 2007. godine u šest ordinacija specijalista obiteljske medicine. U kontinentalnoj Hrvatskoj su bile uključene tri gradske ordinacije Zagreba te jedna seoska u Novskoj, a u priobalju jedna gradska u Splitu i jedna seoska u Sukošanu. Promatrana su upućivanja prema spolu, dobi pacijenta, dijagnozi (MKB), postavljanju indikacije za DO, i za SKZ (pacijent, isključivo liječnik obiteljske medicine (LOM), specijalista, i zajedničkom odlukom LOM i specijalista). Određena je subjektivna procjena doprinosa DO i mišljenja specijaliste u postavljanju dijagnoze, liječenju i kontinuiranom praćenju pacijenata. Doprinos je valoriziran skalom od „izrazito velika“, „velika“, „neodređena“, „mala“ i „beznačajna“ korist. Analizirani su prvi i kontrolni pregledi, razlika između grada i sela kao i između kontinentalne regije i priobalja.

Analizom odnosa tko postavlja indikaciju za DO i procjenom njenog doprinosa, ako su indikaciju postavljali sami „LOM“, „LOM u suglasju sa specijalistima“ ili sami „specijalisti“, doprinos je bio veliki. Ako je indikaciju postavio „pacijent“ doprinos je bio mali. Doprinos u ovisnosti o tome tko je postavio indikaciju bili su podjednako ocijenjeni u gradu, selu i kontinentalnom dijelu, dok je u priobalju doprinos u skrbi kada je indikaciju postavio specijalista bio neodređen.

Za većinu vrsta DO doprinos je u gradu ocijenjen velikim, osim za magnetsku rezonanciju (MR) čiji je doprinos ocijenjen neodređenim (zastupljena sa 0,84%). DO na selu je bila dva puta manja nego u gradu, neke pretrage u tom periodu nisu rađene, a doprinos ergometrije je bio ocijenjen, podjednako, kao veliki i neodređeni. Doprinos holtera i spirometrije ocijenjeni su kao neodređeni. Doprinos DO u kontinentalnom dijelu je bio ocijenjen kao velik za sve pretrage osim ergometrije. Doprinos ergometrije je bio podjednako neodređen i velik. Doprinos holter bio je ocijenjen neodređenim, a druge oftalmološke pretrage pokazale su se s malim doprinosom. U priobalju su CT, MR, EEG, ergometrija i druge oftalmološke pretrage imali neodređen. Ostale DO pokazale su veliki doprinos u kontinuiranoj skrbi.

Prvi pregledi u SKZ iskazuju veliki doprinos kontinuiranom praćenju pacijenata kako u gradu i na selu tako i prema regijama (kontinentalnoj regiji, i priobalju). Kontrolni pregledi su ocijenjeni skoro podjednako (s velikim, beznačajnim i sa malim doprinosom) u gradu, kontinentalnoj regiji i priobalju, a na selu sa malim doprinosom u kontinuiranoj skrbi pacijenta.

Analizom upućivanja na DO i SKZ moguće je procijeniti doprinos upućivanja na postavljanje dijagnoze i kvalitetu praćenja bolesnika. Korištenje DO i SKZ znatno je uvjetovano dostupnošću, što potvrđuje rezultat našeg istraživanja o manjem korištenju DO i SKZ u seoskim ordinacijama obiteljske medicine. Prema rezultatima ovog istraživanja najveći doprinos u skrbi bolesnika postiže se upućivanjem koje zajednički indiciraju liječnik obiteljske medicine i specijalist konzultant.

Literatura

- [1] Caoimne OS, Rumana ZO, Gareth A, Azeem M. Case-mix and variation in specialist referrals in general practice. *BMJ* 2005; 386: 529-533.
- [2] Bowling A, Redfern J. The process of outpatient referral and care: the experiences and views of patients, their general practitioners, and specialists. *BMJ* 2000; 50: 116-120.
- [3] Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluation. *Lancet* 1993; 342: 1317-1320.
- [4] O' Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract* 2000; 17: 462-471.

Čimbenici rizika i srčanožilne bolesti u obiteljima poginulih u ratu u Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini

Mijo Bergovec¹, Vjekoslava Raos¹, Hrvoje Vražić¹, Mirjana Vasilj², Ivan Vasilj³, Marko Bergovec⁴, Tina Katić¹, Mario Udovičić¹, Zumreta Kušljugić⁵, Elnur Smajić⁵

¹Zavod za bolesti srca i krvnih žila, Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet - KB Dubrava, Zagreb

²Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet - KB Mostar, Mostar

³Katedra za epidemiologiju, Medicinski fakultet, Mostar

⁴Klinika za ortopediju, Medicinski fakultet - KBC Zagreb, Zagreb

⁵Odjel za kardiologiju, Klinika za unutarnje bolesti, UKC Tuzla, Tuzla

U zadnja dva desetljeća postoji povećani interes istraživača o učincima stresa na razvoj mnogih organskih i psihičkih bolesti. Postoje brojni dokazi da akutni i kronični stres utječu na razvoj čimbenika rizika, kao što su npr. hiperlipoproteinemija i arterijska hipertenzija, što ukupno može dovesti do razvoja aterosklerotskih bolesti. U prospektivnoj studiji Ghiadoni et al. dokazali su kako emocionalno opterećenje i stres inducira endotelnu disfunkciju u ljudi.[1] Kaprio et al. u studiji koja je obuhvatila 95 647 osoba koje su praćene u periodu do 5 godina, dokazali su da je gubitak akutni stresogeni činitelj povezan s 2-3 puta većom učestalošću razvoja akutnog koronarnog sindroma.[2] Hemingway et al. je u svojoj studiji Whitehall II dokazao kako je stres povezan s povišenim vrijednostima CRP, glukoze i triglicerida. Ova grupa autora u svojim prijašnjim istraživanjima također pokazuje utjecaj rata (kratkoročne i dugoročne izloženosti stresu) na povećanje broja koronarnih bolesnika.[3-5]

Republika Hrvatska i Bosna i Hercegovina prošle su kroz ratno razdoblje tijekom 1991.-1995. g., i u mnogim obiteljima bilo je i poginulih članova, što je nedvojbeno izazvalo akutno i kronično stresno stanje. Imajući na umu da su kardiovaskularne bolesti glavni uzrok smrti u Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini (preko 50% svih smrtnih slučajeva prema podacima iz 2004. g.), od nacionalnog, no i internacionalnog je interesa utvrditi utjecaj tih događaja na razvoj čimbenika rizika i ishemijske bolesti srca u obiteljima poginulih branitelja i logoraša.

Očekujemo da će se ovim istraživanjem otkriti rasprostranjenost čimbenika rizika za razvoj ishemijske bolesti srca na uzorku obitelji poginulih branitelja (roditelji i preživjeli supružnik), te na uzorku zatvorenika u koncentracijskim logorima za vrijeme rata u Republici Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini; te da će se utvrditi pojavnost ishemijske bolesti srca i njenog ishoda u ispitivanim skupinama u razdoblju od 1995.-2006.g.; zatim da će se ponovno istražiti stanje svih ispitanika u drugoj, trećoj i četvrtoj godini istraživanja. Pretpostavljamo da će izloženost stresu (gubitak člana obitelji u Domovinskom ratu, odnosno zatočeništvo u koncentracijskim logorima) rezultirati većom prevalencijom čimbenika rizika, većom učestalošću ishemijske bolesti srca i komplikacija bolesti, te pojavnosti drugih teških bolesti i hospitalizacija. Dobiveni rezultati će ukazati jesu li ove dvije skupine ispitanika ugroženije od kontrolne skupine za razvoj čimbenika rizika, ishemijske bolesti srca, te ishoda bolesti.

Literatura

- [1] Ghiadoni L, Donald AE, Cropley M, Mullen MJ, Oakley G, Taylor M, et al. Mental stress induces transient endothelial dysfunction in humans. *Circulation* 2000;102:2473-2478.
- [2] Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health*. 1987;77(3):283-7.
- [3] Bergovec M, Heim I, Vasilj I, Jembrek-Gostovic M, Bergovec M, Strnad M. Acute coronary syndrome and the 1992-1995 war in Bosnia and Herzegovina: a 10-year retrospective study. *Mil Med*. 2005;170(5):431-4.
- [4] Bergovec M, Vasilj I. Bosnia and Herzegovina and Croatia: the medicalisation of the experience of war. *Lancet*. 1999;354(9180):771-2.
- [5] Bergovec M, Mihатов S, Prpic H, Rogan S, Batarelo V, Sjerobabski V. Acute myocardial infarction among civilians in Zagreb city area. *Lancet*. 1992;339(8788):303.

SZO smjernice za prevenciju kardiovaskularnih bolesti

Antoinette Kaić-Rak¹, Zrinka Laido², Jasna Pucar³, Katica Antičić-Degač²

¹ SZO, Ured SZO u Hrvatskoj

² Hrvatski zavod za javno zdravstvo

³ Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar"

Prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije tijekom 2005. godine u svijetu je umrlo oko 58 milijuna ljudi. Procjenjuje se da je uslijed kardiovaskularnih bolesti (KVB) umrlo 30 %, od čega čak 46% osoba mlađih od 70 godina. Nadalje, očekuje se da će u razdoblju 2006-2015 doći do porasta smrtnosti uslijed kroničnih nezaraznih bolesti za 17 %, od čega će se polovina odnositi na KVB. Značajan dio pobola i smrtnosti uslijed KVB moguće je prevenirati intervencijama koje su cost-effective i dostupne. SZO u svojim dokumentima (Globalna strategija za prevenciju i kontrolu kroničnih nezaraznih bolesti, Globalna strategija za unaprjeđenje prehrane, tjelesne aktivnosti i zdravlja te Europska strategija za prevenciju i kontrolu kroničnih nezaraznih bolesti) potiče zemlje članice na provođenje integriranog pristupa prevenciji KVB kroz primjenu znanstveno utemeljenih, cost-efektivnih preventivnih programa usmjerenih na smanjenje kardiovaskularnog rizika, naročito u osoba s povećanim kardiovaskularnim rizikom. Kardiovaskularni rizici (nepravilna prehrana i tjelesna neaktivnost, pušenje, hipertenzija, dislipidemija i dijabetes) doprinose razvoju ateroskleroze. Kontinuirana prisutnost kardiovaskularnih rizika utječe na progresiju ateroskleroze što rezultira nestabilnim aterosklerotskim plakovima, sužavanjem i obstrukcijom krvnih žila te naposljedku kliničkim manifestacijama poput angine pektoris, miokardijalnog infarkta, tranzitorne cerebralne ishemije i inzulta. U cilju učinkovitije prevencije i kontrole kardiovaskularnog rizika, SZO je izradila kartograme za procjenu stupnja rizika u pojedinca i predikciju kardiovaskularnih incidenata u razdoblju od 10 godina. Također su izrađene smjernice za primarnu i sekundarnu prevenciju KVB. Primarna prevencija KVB odnosi se na usvajanje zdravih životnih stilova, a smjernice obuhvaćaju preporuke vezano za pušenje, tjelesnu aktivnost, kontrolu tjelesne težine i kontrolu konzumacije alkohola. Pored spomenutih preporuka, primarna prevencija obuhvaća i po potrebi primjenu antihipertenzivne terapije, antilipemika, hipoglikemičkih lijekova, te antitrombotičku terapiju. Ne preporuča se davanje hormonalne nadomjestne terapije, vitamina B,C i E te folne kiseline. U svrhu sekundarne prevencije, SZO stavlja naglasak na promjenu životnih navika kao i u primarnoj prevenciji u kombinaciji sa primjenom lijekova. Sekundarna prevencija odnosi se na upozorenja o potrebi prestanka pušenja, dijetoterapiju, provođenje umjerene tjelesne aktivnosti, postizanje poželjne tjelesne težine i kontrolu konzumacije alkohola. Pored spomenutih mjera, sekundarna prevencija obuhvaća primjenu antihipertenzivne terapije, antilipemika, hipoglikemika, antitrombotičku i antikoagulantnu terapiju te ovisno o indikacijama primjenu ACE inhibitora u svih pacijenata nakon miokardijalnog infarkta, te ovisno o indikacijama koronarnu vaskularizaciju i endarterektomiju karotida. Lijekovi koji se ne preporučuju su tip I anti-aritmici, blokatori kalcijevih kanala, antioksidansi, folati i hormonalna nadomjestna terapija.

Preporuke vs. praksa

Inge Heim, Vladimir Jonke, Dubravka Kruhek Leontić, Mirjana Jembrek-Gostović

Poliklinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju, Zagreb

Intenzivni rad na prevenciji i veliki napredak u liječenju kardiovaskularnih bolesti (KVB) doveli su u zadnjih nekoliko desetljeća do znatnog smanjenja morbiditeta i mortaliteta. No, tijekom zadnjih godina očito je da se početni trend smanjenja više ne nastavlja. Stoga je Europsko kardiološko društvo provelo nekoliko istraživanja u razdoblju od 12 godina u 8 zemalja Europske Unije (EUROASPIRE I, II i III) radi utvrđivanja stanja u europskim zemljama. Rezultati ovih studija ukazuju da se prevalencija pušenja među koronarnim bolesnicima nije znatno promijenila. Nadalje, ustanovljeno je da veliki broj bolesnika ne poštuju upozorenja liječnika i ne prihvaća savjete koji im se daju preko medija pa je među koronarnim bolesnicima došlo do povećanja broja pretilih osoba i osoba s prekomjernom tjelesnom težinom. Povećan je i broj osoba s dijabetesom i nekontroliranom hipertenzijom. Dakle, naša nastojanja da pacijenti promjene način života nisu bila djelotvorna, što se negativno odrazilo i na liječenje hipertenzije i dijabetesa.

Međutim, veliki napredak postignut je u liječenju hiperlipidemija, u čemu je glavnu ulogu odigrala povećana upotreba statina. Unatoč tome, još uvijek postoji priličan broj bolesnika s vrijednostima lipida iznad preporučenih granica. U liječenju koronarne bolesti povećala se i upotreba ostalih lijekova kao što su antiagregansi, ACE - inhibitori i beta blokatori. Nažalost, usprkos povećanom broju antihipertenzivnih lijekova, kontrola krvnog tlaka i dalje ostaje problem jer samo 1/3 bolesnika ima dobro reguliran krvni tlak. Isto tako se povećala prevalencija dijabetesa, a i njegova regulacija je još uvijek neadekvatna. Prema podacima Registra akutnog koronarnog sindroma za Grad Zagreb za 2003. godinu medikamentozna terapija nije bila dovoljno korištena (antiagregansi nešto više od 80%, ACE-inhibitori i beta-blokatori u oko 70% bolesnika). U EUROASPIRE I, II i III taj postotak je viši, ali općenito gledano, djelotvorna terapija još uvijek nije dovoljno korištena niti u Europi niti u nas. Nedovoljno korištenje djelotvorne terapije djelomično je odgovorno za visoku stopu bolničke smrtnosti od KVB.

Podaci za opću populaciju ukazuju da su mjere primarne prevencije nedovoljno učinkovite jer broj osoba s prekomjernom tjelesnom težinom i pretilih raste, ima sve više pušača među mladima, dok su se tjelesna aktivnost i unos voća i povrća smanjili, što su sve čimbenici rizika koji mogu dovesti do pojave KVB. Prema podacima Hrvatske zdravstvene ankete (HZA 2003) u populaciji Hrvatske je 34% muškaraca i 22% žena pušilo. Naročito je visoka učestalost pušenja u mlađih osoba (18-29 god), hipertenziju je imalo 46% muškaraca i 43% žena, dok je prekomjernu tjelesnu težinu imalo 43% muškaraca i 34% žena, a pretilih je bilo nešto preko 20% muškaraca i žena. Nedovoljno tjelesno aktivno bilo je 44% muškaraca i 30% žena. Uz sve to ne treba zaboraviti i starenje populacije, što je samo za sebe daljnji čimbenik rizika. Svi ti čimbenici rizika dovode do nastanka KVB pa, nažalost, i u buduće možemo očekivati njihovu visoku prevalenciju.

Više istraživanja pokazalo je da je primjena znanja u praksi, što se tiče medikamentozne terapije i promjene načina života, još uvijek nezadovoljavajuća. Razloge treba tražiti, osim u manjkavoj primarnoj prevenciji, među liječnicima i pacijentima. Liječnici su često preopterećeni, sumnjičavi u kapacitete bolesnika, nedostaje im edukativni materijal za bolesnike (leci, brošure) i sl. Pacijenti su nedovoljno informirani, teško prihvaćaju promjene životnih navika, ne prihvaćaju da neke lijekove trebaju uzimati doživotno i dr. Svjetska iskustva pokazuju da dobro koncipirane smjernice bitno pridonose učinkovitoj sekundarnoj prevenciji. Preduvjet za postizanje boljih rezultata na tom području je timski rad kardiologa, liječnika obiteljske medicine, medicinske sestre i ostalih zdravstvenih djelatnika, jer samo medikamentozna terapija neće dovesti do uspjeha, ako nije povezana s promjenom načina života.

Literatura

- [1] Burgers JS, Grol RPTM, Zaat JOM, et al. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. Br J Gen Pract 2003;53:15-19.
- [2] www.escardio.org
- [3] Hobbs FDR. Guidelines and management of global risk: the European perspective. Eur Heart J 2004;6(Suppl C): C5-C14.
- [4] Erhardt LR. Managing cardiovascular risk: reality vs. perception. Eur Heart J 2005;7(Suppl L): L11-L15.
- [5] Smith SC, Allen J, Blair SN, et al. AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic and Vascular Disease: 2006 Update. Circulation 2006; 113: 2363-72.

Psihološka dimenzija u sekundarnoj prevenciji srčanih bolesti

Dubravka Kruhek Leontić

Poliklinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju "Srčana", Zagreb

Sekundarna prevencija koronarne bolesti kroz ambulantnu kardiološku rehabilitaciju u Poliklinici "Srčana" usmjerena je na:

- uspostavljanje bolesnikove optimalne razine tjelesnog funkcioniranja
- poboljšanje kvalitete života i
- smanjenje rizika od ponovnih koronarnih događaja.

Ambulantna rehabilitacija u Poliklinici po svom karakteru spada u sveobuhvatni tip rehabilitacijskog programa jer uključuje početnu medicinsku procjenu bolesnika, određivanje optimalne medikamentozne terapije, tjelesni trening, edukaciju bolesnika i upute o promjeni ponašanja u vezi čimbenika rizika te psihološku podršku, a u rehabilitacijskom su timu kardiolozi, specijalist medicine rada, fizijatar, psiholog, inženjer medicinske biokemije, fizioterapeuti i medicinske sestre.

Tradicionalni čimbenici rizika (hipertenzija, hiperlipemija, pušenje, tjelesna neaktivnost i dr.) mogu objasniti samo 75% varijance mortaliteta od koronarne bolesti srca. Preostali dio varijance istraživanja su, između ostalog, pokušala pronaći u psihološkim čimbenicima rizika na razini ponašanja, emocionalnog funkcioniranja i ličnosti. Iako dobiveni rezultati nisu sasvim jednoznačni, danas se zna da su depresivnost, anksioznost, nedostatak socijalne podrške, stres i hostilnost povezani s nepovoljnim ishodom koronarne bolesti u smislu povećanog rizika od novih koronarnih događaja i smrtnosti od koronarne bolesti. Klinički značajna depresija povećava vjerojatnost ponovnog koronarnog incidenta za oko 4 puta, a depresivno raspoloženje za oko 2 puta. Rizik povezan s depresivnošću usporediv je s onim koji imaju pretili bolesnici, a niži je od onoga koji imaju pušači. Osim depresivnosti, anksioznost, sklonost srdžbi/hostilnost, stres i nedostatak socijalne podrške također su povezani s ubrzanim procesom ateroskleroze i negativnim ishodom koronarne bolesti.

U sekundarnoj je prevenciji koronarne bolesti stoga nužno posvetiti pozornost identifikaciji psiholoških čimbenika rizika i njihovom efikasnom zbrinjavanju. Pritom se danas najbolji rezultati postižu bihevioralno-kognitivnim pristupom, a imperativ je što ranija intervencija.

Literatura

- [1] Lane D, Douglas C, Lip GYH, Anxiety, depression and prognosis after myocardial infarction. J Am Coll Cardiol, 2003; 42:1808-1810
- [2] Dalal H, Evans PE, Campbell JL, Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. BMJ 2004; 328:693-7
- [3] McAlister FA, Lewanson FME, Teo KK, Armstrong PW, Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. BMJ 2001; 323; 957-962
- [4] Das S, O'Keefe JH, Behavioral cardiology: recognizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health. Curr. Atheroscler Rep. 2006; 8(2): 111-8

Sadašnjost i budućnost rehabilitacije srčanih bolesnika

Duško Cerovec

Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice

Najvažniji učinci rehabilitacije srčanih bolesnika (RSB) prema dosadašnjim znanstvenim radovima jesu: poboljšanje podnošenja napora, smanjenje simptoma bolesti, poboljšanje lipidnog statusa, smanjenje pušenja, poboljšanje osjećaja dobrog zdravlja i smanjenje stresa, smanjenje smrtnosti (prosječno 25%). Brojna su istraživanja potvrdila odličan omjer troškova i učinaka RSB, uz smanjenje cijene dugotrajne medicinske skrbi rehabilitiranih srčanih bolesnika. Unatoč tome, RSB je danas nedovoljno dostupna srčanim bolesnicima, premalo korištena i podcijenjena. Ciljevi sekundarne prevencije komplementarni su onima RSB, no ipak manje obuhvatni, osobito u području kvalitete života [1].

Europsko kardiološko društvo kao i Američka srčana asocijacija prepoznali su vrijednosti RSB i podržavaju njezino provođenje u bolesnika s poznatom kornarnom bolesti [2-3].

Uz «klasične» indikacije za RSB (srčani infarkt, kardiokirurški zahvati), danas je poznata vrijednost rehabilitacije i u drugim podskupinama srčanih bolesnika, npr. nakon perkutane revaskularizacije srca (PCI), nakon ugradnje srčanih elektrostimulatora, kao i u bolesnika s kroničnim zatajenjem srca i slabom sistoličkom funkcijom lijeve klijetke.

RSB je evoluirala od fizičkog treninga u sveobuhvatni proces koji uz fizički trening obuhvaća i optimiziranje medikamentne terapije, postizanje kliničke stabilnosti, prognostičku procjenu i procjenu rizika, procjenu potrebe za daljom dijagnostikom i liječenjem, edukaciju i savjetovanje, kao i interencije u načinu prilagodbe na bolest i savjetovanje oko povratka na posao. Kvalitetna RSB trebala bi obuhvatiti i prikladno dugotrajno praćenje srčanih bolesnika.

RSB uobičajeno se provodi u tri faze: I. faza - akutna i rana postakutna hospitalna faza, II. kasna postakutna hospitalna faza koja se provodi u ustanovama za stacionarnu ili ambulantnu rehabilitaciju i III. faza dugotrajne održavajuće rehabilitacije [4].

Organizacijski model provođenja II. faze RSB (stacionarna ili ambulantna) ovisi pretežito o stratifikaciji rizika kardioloških bolesnika, ali i o dostupnosti pojedinih oblika rehabilitacije, geografskim, transportnim, tradicijskim, financijskim i drugim čimbenicima.

Prema WHO organizacijske strukture za provođenje RSB organiziraju se u tri nivoa: kao 1. bazične strukture na komunalnoj razini, 2. intermedijarni centri (obično uz bolnice za akutno liječenje) i 3. napredni veliki (nacionalni) centri koji su visoko strukturirani i pružaju visoku razinu medicinskih usluga i sveobuhvatne rehabilitacijske programe. U Hrvatskoj trenutno postoje tri veća centra za RSB: Krapinske Toplice i Opatija za stacionarnu RSB i Poliklinika «Srčana» u Zagrebu za ambulantnu RSB.

RSB u budućnosti očekuju brojni izazovi. Populacija kardioloških bolesnika postaje starija, bolesnija, s većim udjelom žena, s više komorbiditeta što će zahtijevati i promjene u pristupu njihovoj rehabilitaciji. Isto tako biti će potrebno naći model usklađivanja i integriranja prevencije i rehabilitacije, prilagoditi se povećanim potrebama za rehabilitacijom uz ograničene resurse. Važan je cilj povećanje dostupnosti RSB koja bi u optimalnim uvjetima trebala biti dostupna za 85% srčanih bolesnika. U Hrvatskoj će biti važno otvoriti nove centre za ambulantnu RSB, osobito u većim gradovima, ali i promijeniti svijest liječnika i društva o važnosti prevencije i rehabilitacije uz prilagodbu propisa o upućivanju na rehabilitaciju.

RSB će u se u budućnosti razvijati kao i cijela kardiološka struka uz stalna nova istraživanja njenih učinaka na razne podskupine srčanih bolesnika, prilagodbu organizacije i načina provođenja prema društvenim i znanstvenim promjenama. «Očekuje se da će prevencija i RSB postati glavna zadaća Europskog kardiološkog društva tijekom slijedećih 20 godina.», naglasio je njegov predsjednik tijekom uvodnog govora na kongresu Društva u Amsterdamu 2000. godine.

Literatura

- [1] W. Benzer, N. B. Oldridge. Current Concepts in Cardiac Rehabilitation Medical Considerations and Outcomes Evaluations. *J Clin Basic Cardiol* 2001; 4: 211-219.
- [2] Working Group on Rehabilitation of the European Society of Cardiology. Long-term comprehensive care of cardiac patients. Recommendations by the Working Group on Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 1992; 13 (suppl C): 1-45.
- [3] 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* 2003; 24:28-66.
- [4] Wenger NK, Froelicher ES, Smith LK i sur. Cardiac Rehabilitation. Clinical Practice Guideline No. 17. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung, and Blood Institute. AHCPR Publication No. 96-0672, 1995.

Ambulantna rehabilitacija srčanih bolesnika

Vladimir Jonke, Mirjana Jembrek-Gostović, Inge Heim

Poliklinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju, Zagreb

Rehabilitacija srčanih bolesnika je koordinirani skup svih postupaka koji su potrebni za osiguravanje najboljih fizičkih, psiholoških i socijalnih uvjeta bolesnicima s kroničnom ili postakutnom kardiovaskularnom bolešću kako bi oni vlastitim snagama mogli sačuvati ili ponovo uspostaviti svoje optimalno funkcioniranje u društvu i poboljšanjem zdravstvenog ponašanja usporiti ili zaustaviti napredovanje bolesti. Rehabilitacija bi morala biti neizostavni dio dugoročne sveobuhvatne skrbi o srčanom bolesniku. Za postizanje navedenog cilja postupci se provode u tri faze:

1. faza - hospitalna – mobilizacija bolesnika;
2. faza - hospitalna ili ambulantna – razdoblje oporavka u trajanju 4-12 tjedana;
3. faza – u kući ili manje formalnim, pretežno laičkim centrima u lokalnoj zajednici radi održavanja postignutih učinaka – traje doživotno.

Ambulantna rehabilitacija je, dakle, jedan od organizacijskih oblika 2. faze rehabilitacije koji se u medicinskom pogledu ni u čemu bitno ne razlikuje od hospitalnog provođenja 2. faze, jedina je stvarna razlika u tome da bolesnik ostaje u svojem socijalnom okruženju. Ambulantna rehabilitacija može biti vezana za stacionarnu zdravstvenu ustanovu ili ju provode posebne ustanove. Raširenost hospitalnog i ambulantnog oblika 2. faze rehabilitacije razlikuje se po svijetu i ovisi u prvom redu o socioekonomskoj strukturi, pravnim normama, pravilima osiguranja i nacionalnoj tradiciji. Ambulantna rehabilitacija financijski je isplativ i praktičan organizacijski oblik za stanovnike većih gradova, pogotovo ako iz bilo kojeg razloga ne mogu ili ne žele napustiti mjesto stalnog boravka.

Važno je da 2. faza rehabilitacije srčanih bolesnika počne što prije, po mogućnosti unutar dva tjedna od akutnog događaja za bolesnike bez komplikacija i da ima određeno trajanje (3-12 tjedana) kako bi se mogle implementirati sve predviđene mjere. Mogućnost za ispunjenje tih zahtjeva osigurava program ambulantne rehabilitacije u Poliklinici koji prema opće prihvaćenim principima sadržava stratifikaciju rizika, prognostičku evaluaciju, fizički trening, grupnu i individualnu edukaciju i savjetovanje, psihološku i socijalnu podršku i bihevioralne intervencije u cilju promjene načina života bolesnika i eliminiranja rizičnih čimbenika. Kako su indikacije za rehabilitacijski postupak već dugo proširene na praktički sve srčane bolesnike i bolesnike s perifernom obliterirajućom bolešću arterija, a uključuju i bolesnike s posebnim potrebama kao što su bolesnici s disfunkcijom lijeve klijetke i zastojnim popuštanjem srca te bolesnici poslije ugradnje elektrostimulatora srca ili kardioverter-defibrilatora i poslije presađivanja srca, program je strogo individualiziran. S druge strane, elastična struktura programa omogućava polaznicima da kad je to potrebno ne prekidaju ili tek malo modificiraju obavljanje redovnih radnih obveza i drugih životnih potreba. Ambulantni program druge faze rehabilitacije u Poliklinici koriste do 400 bolesnika godišnje. Poslije završene druge faze Poliklinika omogućuje bolesnicima da i treću fazu rehabilitacije provode u organiziranom obliku u okviru tzv. Kluba srčanih bolesnika gdje svoje aktivnosti koje se u pravilu odvijaju u poslijepodnevnom satima financiraju sami. Takvu mogućnost koristi do 150 bolesnika godišnje tijekom jednoga ili više mjeseci.

Najveću korist od institucionalne, profesionalno vođene i nadzirane *ambulantne* rehabilitacije mogu očekivati bolesnici sa srednje teškim i teškim oblicima bolesti te malim i srednje visokim rizikom od komplikacija, fizički radnici, osobe kojima je potrebna značajna vanjska podrška za promjenu načina života te uplašeni i od okoline prezaštićeni bolesnici. Za dio bolesnika, iz medicinskih, psiholoških, socijalnih i geografskih razloga, primjereniji je *stacionarni* oblik rehabilitacije.

Smatramo da je znatni dio hrvatskih kardiovaskularnih bolesnika, pogotovo bolesnika Zagreba u povoljnoj situaciji jer im je postojanjem raznih oblika druge faze rehabilitacije pružena mogućnost izbora prema potrebama i želimo potaknuti zdravstvenu službu drugih većih hrvatskih gradova da u dogovoru s HZZO-om uspostavi ambulantni oblik rehabilitacije za svoja područja. U svjetlu današnjih mogućnosti vrlo učinkovitog medikamentnog i invazivnog kardiološkog liječenja s jedne strane te brzo se mijenjajućih društveno-ekonomskih okolnosti i svijesti o potrebi aktivnog života u svakoj dobi s druge strane takvu prilagodbu zdravstvene službe smatramo neophodnom.

Literatura

- [1] www.health.vic.gov.au/nhpa/card-resc.htm
- [2] Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Eur Heart J 1998;19:1434-1503.
- [3] Dalal H, Evans PH, Campbell JL. Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. BMJ 2004;328:693-697
- [4] Leon AS, Franklin BA, Costa F, et al. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. Circulation 2005;111:369-376.
- [5] European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2007;28:2375-2414.

Stacionarna rehabilitacija srčanih bolesnika

Viktor Peršić, Alen Ružić, Bojan Miletić, Vesna Pehar-Pejčinović, Slobodanka Vučković-Rapajić
Thalassotherapie - Opatija

Pristupanje ukupnim preventivnim, dijagnostičkim, terapijskim i sveobuhvatnim rehabilitacijskim mjerama u bolesnika koji imaju razvijenu aterosklerotsku kardiovaskularnu bolest, a s ciljem postizanja maksimalnog zdravlja, osobne, obiteljske i socijalne dostatnosti, kao i sprečavanja novog kardiovaskularnog incidenta, glavni su zadaci organizirane zdravstvene djelatnosti sekundarne prevencije [1-3]. Uspješno provedeni, oni dovode do značajnog povećanja preživljenja, poboljšanja kvalitete života, smanjenja potrebe za intervencijskim, kirurškim ili perkutanim zahvatima, uz značajnu redukciju ukupnog društvenog i ekonomskog opterećenja. Navedeni učinci organizirane i sustavne kardiološke rehabilitacije procijenjeni su globalno u nizu studija [1-4].

Iskustvo i dugoročni učinci provedbe programa organizirane stacionarne kardiološke rehabilitacije uspješno se prikupljaju i znanstveno tumače od njenih kliničkih početaka 1960-ih. Uvjerljivi dokazi sustavno potiču daljnji razvoj rehabilitacije kardiovaskularnih bolesnika i osiguravaju njenu ključnu ulogu u sustavu pripreme za trajnu sekundarnu prevenciju. Uvjerljivi su dokazi o pozitivnom utjecaju takvih terapijskih mjera na preživljenje, kvalitetu života i radnu sposobnost [3-4]. Temeljena na značajnoj znanstvenoj literaturi, izvješća europskih i američkih kardioloških udruga i udruga za aterosklerotsku bolest jedinstvena su u stavu da je kardiološka rehabilitacija sveobuhvatni program kliničkog liječenja, unapređenja funkcionalnog kardio-respiratornog kapaciteta i maksimalne korekcije rizičnih navika. Prema navedenom, u svaki takav program treba uključiti sve raspoložive mjere kliničke potpore i intervencija, evaluaciju kardiovaskularnih rizika, psihosocijalnu evaluaciju i psihološku potporu, te programirani i kontrolirani fizički trening [1-4].

Učinak ovakvog programa dokazano je sažet u smanjenju simptoma bolesti, poboljšanju tolerancije napora, radnog kapaciteta i globalnog rizičnog profila, te ukupnoj promjeni dinamike aterosklerotskog procesa s reduciranim brojem hospitalizacija, ukupnog pobola i smrtnosti u svih, pa čak i u najrizičnijih bolesnika. Metaanalize randomiziranih studija u bolesnika na kardiorehabilitacijskim programima pokazale su smanjenje ukupne smrtnosti od 20-25% [1-3]. Ranije studije, s usporedivim opterećenjima u fizičkom treningu, pokazale su doprinos povećanju kardio-respiratorne kondicije sa smanjenjem srčane frekvencije i krvnog tlaka. Fizički trening, između ostalog, poboljšava ravnotežu kolesterola i povisuje prag za anginoznu bol, objavljeni su povoljni učinci na fibrinolizu, metabolizam ugljikohidrata, viskoznost krvi, smanjenje težine, mentalno zdravlje. Sve navedeno, kroz značajno smanjenje učestalosti komplikacija i ukupne smrtnosti, utječe i na poboljšanje kvalitete života te radne sposobnosti. Novije studije, uzimajući u obzir prihvaćenu hipotezu endotelijalne disfunkcije, kao prvog stupnja aterogeneze i ciljnog mjesta za terapijske intervencije, pokazale su da tjelesna aktivnost, kao nefarmakološka opcija, poboljšava endotelijalnu disfunkciju [5].

Stacionarna kardiološka rehabilitacija iskazuje mogućnost rane primjene sveobuhvatnih rehabilitacijskih postupaka, uključujući fizičku aktivaciju bolesnika. Navedena, vodeća komparativna prednost pred ambulantnim oblicima kardiološke rehabilitacije, vjerojatno određuje značajno višu učinkovitost vrlo ranog i ranog stacionarnog rehabilitacijskog postupka. U doba moderne kardiološke doktrine i dominacije neodgođenih perkutanih koronarnih intervencija, upravo ovakvi oblici hospitalne rekonvalescencije i rehabilitacije privlače sve veću pažnju znanstvene i stručne javnosti. Za definitivnu potvrdu pretpostavljenih prednosti rane stacionarne kardiološke rehabilitacije, potrebna su dodatna, prospektivna klinička istraživanja. U očekivanju njihovih rezultata, postojeće studije i svakodnevna praksa uvjerljivo upućuju na ispravnost pretpostavljenog zaključka.

Literatura

- [1] Gianuzzi P, Mezzani A, Saner H, Bjornstad H, Fioretti P, Mendes M. i sur. Physical activity for primary and secondary prevention. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur J Cardiovasc Prevention Rehab.* 2003; 10: 319 - 27.
- [2] Gianuzzi P, Saner H, Bjornstad H, Fioretti P, Mendes M, Cohen-Solal A. i sur. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003;24:1273-8.
- [3] Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldrige N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane review). U: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003.
- [4] Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med.* 2001; 345: 892 - 902.
- [5] Hambrecht R, Fiehn E, Weigl C. i sur. Regular physical exercise corrects endothelial dysfunction and improves exercise capacity in patients with chronic heart failure. *Circulation.* 1998; 98: 2709 - 15.

Kardiovaskularno zdravlje u Hrvatskoj – stanje i izazovi javnozdravstvenog managementa

Silvije Vuletić, Aleksandar Džakula, Josipa Kern

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodog zdravlja „Andrija Štampar“

Iako Hrvatska s pravom ističe svoju slavnu prošlost u javnozdravstvenom djelovanju, podaci dobiveni Hrvatskom zdravstvenom anketom 2003 te epidemiološka izvješća pokazuju da stanje kardiovaskularnih rizika i ishoda u populaciji nije pod kontrolom.

Tablica 1: Incidencija-prevalencija-mortalitet

| Faktori incidencije | Prevalencija rizičnog ponašanja KV zdravih osoba (%) - podaci HZA 2003 (35-64 godine) | Standardizirani mortalitet (0-64 godine) – podaci iz 2004. godine | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|------|------|--------|----|----|-----|------|------|--------|----|----|----|------|------|--------|----|----|----|
| <ul style="list-style-type: none"> - genetička podloga - kulturalno-etnički faktori - demografski faktori - rizično ponašanje <p>Standardizirana incidencija koronarne bolesti srca se kreće u rasponu od 250-550 na 100 tisuća.</p> <p>CVI nakon MI 22.6 (95%CI 16.3-30.6) na 1000 osoba mjeseći</p> | <p>Prema HZA 2003 rizici u Hrvatskoj:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pušenje: M: 39.1, Ž: 24.8 - alkohol: M:10.0, Ž: - - prehrana: M: 23.3, Ž: 11.6 - fizička neaktivnost: M: 27.4, Ž: 22.2 - opseg struka: M(>102cm): 34.8, Ž(>88cm): 44.9 - povišeni tlak (>140/90 mm Hg): M: 26.4, Ž: 17.2 <p>Bar jedan ponašajni rizik: M: 69.7, Ž:49.3</p> | <p>Cirkulacijske bolesti:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Hrv.</td> <td style="text-align: center;">Slo.</td> <td style="text-align: center;">Europa</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">77</td> <td style="text-align: center;">52</td> <td style="text-align: center;">120</td> </tr> </table> <p>Ishemična bolest srca:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Hrv.</td> <td style="text-align: center;">Slo.</td> <td style="text-align: center;">Europa</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35</td> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">58</td> </tr> </table> <p>Cerebrovaskularne bolesti:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Hrv.</td> <td style="text-align: center;">Slo.</td> <td style="text-align: center;">Europa</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">21</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">28</td> </tr> </table> | Hrv. | Slo. | Europa | 77 | 52 | 120 | Hrv. | Slo. | Europa | 35 | 20 | 58 | Hrv. | Slo. | Europa | 21 | 13 | 28 |
| Hrv. | Slo. | Europa | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 77 | 52 | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hrv. | Slo. | Europa | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | 20 | 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hrv. | Slo. | Europa | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 13 | 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Činjenica je da populacija demografski stari čime se povećava vjerojatnost obolijevanja od kardiovaskularnih bolesti. S druge strane rezultati provedenih istraživanja pokazuju izraženu opterećenost populacije rizicima za nastanak kardiovaskularnim bolesti. Među rizicima posebno valja istaknuti visoku prisutnost rizičnih ponašanja koji često negiraju prisute stereotipe o višim rizicima samo u s nekim regijama. Zato je problem kardiovaskularnih bolesti nužno razmatrati kao nacionalni prioritet, ne samo kao problem zdravstvenog sustava već kao problem cijelog društva.

Usprkos dokazanim rizičnim ponašanjima i visokom mortalitetu u cijeloj populaciji sustav preventivne nije adekvatno funkcionalan. Promatran u okvirima strateškog planiranja, tzv. SWOT analize (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*), sustav preventivne u Hrvatskoj ima izražene slabosti u redovnom funkcioniranju i manjak potrebne snage za sustavan odgovor na nove izazove. Iako rezultati i svi pokazatelji o stanju zdravlja govore u prilog nužnosti intervencija, prilike za reaktiviranje ostaju neiskorištene. Pri tome rastu prijetnje da se pojedine komponente izdvajaju u samostalne i kratkoročne programe koji dugoročno ne osiguravaju održivost i željeni učinak.

Stoga je podatke Hrvatske zdravstvene ankete 2003 i 2008 potrebno puno intenzivnije koristiti u pripremi specifičnih, ali povezanih komponenti koje moraju sačinjavati sustavan nacionalni program prevencije nastanka kardiovaskularnih bolesti.

Literatura

- [1] Baklajić Ž, Rodin U, Kuzman M (ur). Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2005. godinu. Zagreb: HZJZ 2006.
- [2] Witt BJ, Brown RD, Jr., Jacobsen S, Weston SA, Yawn BP, Roger VL. A community based study of stroke incidence after myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine* 2005; 143(11): 785-792.
- [3] Lowther M, Mordue A. Primary prevention of cardiovascular disease in Scotland. Edinburgh-Glasgow: NHS Health Scotland 2005, p.11.
- [4] Hrvatska zdravstvena anketa 2003. Projekt Ministarstva zdravstva RH.

Intervencijski model prevencije kardiovaskularnih bolesti u patronažnoj djelatnosti

Sanja Musić Milanović¹, Jadranka Pavić², Mara Županić³, Kristina Fišter⁴, Aleksandar Džakula⁴

¹Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb

²Zdravstveno veleučilište, Zagreb

³Dom zdravlja Zagreb-Centar, Zagreb

⁴Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Zagreb

Kardiovaskularne bolesti (KVB) vodeći su uzrok pobola i pomora u Hrvatskoj. Poznato je da danas u Hrvatskoj 52% ljudi umire od KVB. U podlozi KVB, baš kao i čitavog spektra drugih kroničnih nezaraznih bolesti, gotovo uvijek leže loše životne navike. Loše životne navike poput pušenja, nepravilne prehrane, tjelesne neaktivnosti ili prekomjerne konzumacije alkohola dovode do prekomjerne tjelesne težine i debljine, a one leže u podlozi povišenog krvnog tlaka i povišene razine masnoća u krvi. Debljina, povišen tlak i masnoće posljedica su pogrešno naučenog ponašanja, prekomjerne konzumacije nezdrave hrane i nedovoljnog kretanja. S druge strane, u podlozi su razvoja bolesti današnjice, KVB, nekih sijela raka, te dijabetesa tipa 2.

Prema podacima HZA2003, ako definiramo kao visoki rizik za razvoj KVB indeks tjelesne mase iznad 29.99, opseg struka veći od 101cm za muškarce, odnosno 88cm za žene, tlak iznad 159/99, uz prisutvo povišene masnoće u krvi ili povišenog šećera ili preboljelog srčanog infarkta ili angine pektoris čak 54,71% muškaraca i 62,30% žena ima visok rizik za prvi ili ponovni razvoj problema s kardijalnim zdravljem.

Prevenciju KVB treba istovremeno provoditi na razini promicanja zdravlja i razini primarne i sekundarne prevencije. Na razini promicanja zdravlja prevencija se provodi javnozdravstvenim modelom usmjerenim na opću populaciju, a on obuhvaća edukaciju pučanstva, podržavajući okoliš i kontrolu okoliša, oglašavanja, prodaje i cijena. Samo istodobnim zajedničkim djelovanjem svih nabrojanih aktivnosti moguće je postići rezultat – usvajanje pravilnih životnih navika – čime čuvamo zdravlje od najranije životne dobi. Ukoliko je zdravlje narušeno djelovanjem loših životnih navika, potrebno ih je mijenjati. Životne navike su rezultat naučenog ponašanja, a svako naučeno ponašanje je promjenljivo. Jedan od važnih zadataka medicinskih sestara u patronažnoj djelatnosti usmjeren je, kroz svakodnevnu praksu, na identifikaciju visoko rizičnih čimbenika za razvoj KVB i edukaciju u cilju osposobljavanja ljudi da preuzmu kontrolu nad vlastitim zdravljem mijenjajući loše životne navike. Osobitu ulogu u prevenciji za medicinsku sestru u patronažnoj djelatnosti ima činjenica da istodobno provodi i individualni i grupni intervencijski model. Pružajući informaciju pojedincu, indirektno pruža informaciju i djeluje i na cijelu obitelj i širu grupu.

Cilj je intervencijskog modela pružiti znanje, kako ispitaniku tako i njegovoj obitelji. Nakon identifikacije kardiovaskularnih rizika pojedinog ispitanika i osobne motivacije za promjenu pojedinog rizika, patronažne sestre napraviti će individualni plan aktivnosti koje bi trebale djelovati na pogrešno naučeno ponašanje i promijeniti lošu životnu naviku koja dovodi do razvoja bolesti.

Literatura

- [1] Kern J, Strnad M, Coric T, Vuletic B. Cardiovascular risk factors in Croatia: struggling to provide the evidence for developing policy recommendations. *BMJ* 2005;331(7510):208-10.
- [2] Hobbs FDR. Cardiovascular Disease: Different Strategies for Primary and Secondary Prevention? *Heart* 2004; 90:1217-1223.
- [3] Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO EURO, EUR/RC56/8, June 2006.
- [4] Mojsović Z i sur. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2006.

Pitanje uspješnosti javno-zdravstvenih programa za prevenciju srčano-žilnih bolesti: kako uspjeti bez razumijevanja socijalnih interesa i politike?

Želimir Jakšić

Škola narodnog zdravlja «A. Štampar»

O programima sprječavanja i suzbijanja srčano-žilnih bolesti, kako o samostalnim tako i onima u sklopu s drugim nezaraznim kroničnim bolestima, objavljeno je mnogo radova u različitim zemljama i različitim okolnostima. Tako je moguće odgovoriti na pitanja kako bi trebali izgledati uspješniji i održivi preventivni programi. Ovo su neka od tih osnovnih pitanja:

- Je li bolje intervenirati odijeljeno za pojedine bolesti i medicinske entitete ili integrirati programe?
- Je li bolje organizirati programe oslanjajući se na specijalističke službe ili na primarnu zaštitu?
- Je li se bolje usredotočiti na pojedince (klinički pristup) ili na zajednice (javno-zdravstveni pristup)?
- Je li se bolje usredotočiti na dijagnostiku ili na postupke prevencije i rehabilitacije?
- Je li moguće uspješno mijenjati navike ljudi promidžbom ili treba adekvatno mijenjati politiku i djelovanje većeg broja gospodarskih i socijalnih sektora?

Na sva ta pitanja većina odgovora je na strani druge alternative, kako govore, npr. iskustva CINDI istraživanja (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention) i pokret unaprjeđenja zdravlja.

Međutim, u praksi se uvijek ponovno javljaju izolirani pokusi i programi pretežno orijentirani samo na akcije u zdravstvu i po kliničkom modelu: «rana» dijagnostika i «liječenje» rizičnih faktora s time da je taj drugi dio slabije razrađen i planiran, često prepušten radu redovite službe. Glavni je argument za provođenje takvih programa da oni obećaju brže i jasno vidljive učinke pretežno sekundarne prevencije, bez složenih intervencija primarne prevencije i unaprjeđenja zdravlja.

Kratki vijek i slaba uspješnost takvih programa obrazlaže se obično nedovoljnom promidžbom i neracionalnim ponašanjem neukog puka, te lošom organizacijom i zakazivanjem pojedinih zdravstvenih djelatnosti. Teorijski bi sve trebalo biti u redu, ali zapravo mnogi bitni elementi programa nisu razrađeni.

Pretpostavljaju se očekivanja na temelju općih ideoloških argumenata (npr. sprječavanje je jeftinije nego liječenje, rana dijagnostika produžuje život i osigurava veću kvalitetu života itd.) i obrazlaže se to uskim kontroliranim pokusima pojedinog čimbenika, bez razumijevanja cjeline, te često i bez realistične ocjene troškova. Tako postaje nejasno kako to da se citiraju uspjesi suzbijanja srčano-žilnih bolesti iz zemalja koje doživljavaju žestoku epidemiju pretilosti, ne opada ukupna smrtnost usprkos uspjesima u suzbijanju određenog faktora rizika, što razlikuje stanje u zemljama kao što su Francuska i Velika Britanija, koristi li medijsko zaplašivanje i okrivljavanje žrtava i odgovornih više zdravstvu ili alternativnoj medicini, tko najviše sudjeluje u programima (najugroženiji, najsiromašniji ili neki drugi) itd.

Zbog toga u planiranju programa ne smije biti izostavljena analiza socijalnih interesa, etičkih i političkih aspekata programa.

Kako se u kliničkoj medicini treba zapitati kome zapravo treba pomoći: «bolesniku», njegovim bližnjima ili liječniku, tako se kod preventivnih programa treba zapitati kome donose najviše dobra: ugroženima, stručnjacima ili nekim političkim ciljevima (javno zdravstvo je organ države!). Naime, kako u radu s bolesnikom dijagnostički postupci i liječenje mogu biti usmjereni prema stvarnim uzrocima bolesti, prema simptomima ili ut aliquid fieri videatur, tako se to događa i kod preventivnih programa.

Uloga regionalne strategije za smanjivanje razlika u zdravlju u prevenciji bolesti srca - primjer dobre prakse

Branislava Belović, Tatjana Krajnc-Nikolić, Zdenka Verban Buzeti
Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, Arh. Novaka 2b, 9000 Murska Sobota

Razlike u zdravlju (health inequalities) između pripadnika različitih društvenih skupina su sistematične i mogu se spriječiti. U Sloveniji su prisutne razlike u zdravlju između regija i unutar regija. Pomurje, kao najslabije razvijena regija se suočava sa većom ranjivošću stanovništva. Pokazatelji zdravstvenog stanja (obolijevanje, smrtnost, očekivan životni vijek,) te pokazatelji socijalno ekonomske razvijenosti (bruto domaći proizvod po stanovniku, stopa besposlenosti) slabiji su u Pomurju nego u ostalim regijama u Sloveniji. Bolesti srca i krvnih žila spadaju među vodeće uzroke obolijevanja i smrtnosti stanovništva Pomurja. Kako bi se razlike u zdravlju u Pomurju što više smanjile, pristupilo se izradi strateškog dokumenta – »Strategija za unaprjeđenje zdravlja i akcijski plan za smanjivanje razlika u zdravlju na području unaprjeđenja zdravlja u Pomurju«. Strategija je uključena u regijski razvojni plan (RRP). Istovremeno je ocjenjena po međunarodnim mjerilima kao inovativan pristup (bottom up) pri izradi strategije. Sama strategija sadrži pet glavnih ciljeva te specifične ciljeve. Glavni ciljevi: cilj 1- postaviti nejednakosti u zdravlju u središte pažnje zajednice i pojedinca; cilj 2- povećati sposobnost zajednice (community capacity); cilj 3- smanjiti međuregijske razlike u zdravlju pomoću unaprjeđenja zdravlja; cilj 4- smanjiti razlike u zdravlju podupiranjem ranjivih skupina; cilj 5- čist i zdrav prirodan okoliš. Budući da stil življenja (prehrana, tjelesna aktivnost, pušenje...) utječe na pojavu bolesti srca i krvnih žila, koje su ujedno i velik javno zdravstveni problem u Pomurju, u strategiji im je posvećena posebna pažnja. Tako cilj 3.1 i njegovi specifični ciljevi uključuju poticanje zdravog načina življenja, a cilj 4.8 poticanje zdravog načina življenja manjina i etničkih skupina. Osim toga, pojedini se ciljevi posredno odnose na sprječavanje bolesti srca i žila- primjerice putem edukacije zdravstvenih radnika i suradnika na području unaprjeđenja zdravlja te uključivanjem zdravlja u druge politike i programe drugih sektora. Kako bi se dosegli zadani ciljevi, u regiji se izvode različiti programi i aktivnosti promicanja zdravog načina življenja. Najveće rezultate na području promjene načina življenja pokazao je program »Živimo zdravo« (promocija zdravlja u lokalnim ruralnim zajednicama), kojeg je priznala i Svjetska zdravstvena organizacija. Ostali programi i aktivnosti su usklađeni sa spomenutim program, što doprinosi sinergističkim učincima. Nacionalno istraživanje čimbenika rizika za kronične nezarazne bolesti odraslih stanovnika Slovenije 2001. i 2004. godine je pokazalo značajne promjene na području prehrambenih navika te promjene na području tjelesne aktivnosti. Zadnje analize obolijevanja i smrtnosti zbog bolesti srca i žila pokazuju trend smanjivanja posljednjih godina. Smatramo da prevenciji bolesti srca i žila u Pomurju pridonosi postojanje strateškog dokumenta za smanjivanje razlika u zdravlju, dobro educirana skupina stručnjaka na Zavodu za zdravstveno varstvo, mreža stručnjaka, inovativni programi te povezivanje i usklađivanje programa promocije zdravlja u regiji.

Literatura

Belović B et al: Strategija za krepitev zdravja in akcijski načrt za zmanjševanje neenakosti v zdravju v pomurski regiji. Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, 2005

Gerontološko-javnozdravstveni aspekti prevencije gerijatrijskih bolesnika oboljelih od cirkulacijskih bolesti

Spomenka Tomek-Roksandić¹, Tihomir Majić¹, Zvonimir Šostar², Hrvoje Radašević¹, Diana Mihok¹, Tihomira Ivanda³

¹Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba

²Gradski ured za zdravstvo, rad, socijalnu zaštitu i branitelje Grada Zagreba

³Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske

Ključne riječi: gerijatrijski bolesnici, cirkulacijske bolesti, prevencija za starije,

Veličina pojave skupine cirkulacijskog sustava kao uzroka smrti u Hrvatskoj u 2005. godini zadržana je i dalje sa veličinom pojavnosti od 50,26% od sveukupnog broja uzroka smrti (N=51790), u usporedbi s 2004. godinom kada je taj udio iznosio 50,16%. Međutim, u ukupno umrlih starijih od 65 godina uzrok smrti od cirkulacijskih bolesti u 2005.g. u Hrvatskoj iznosi i dalje u odnosu na 2004.g. alarmantni udio od 87,6% (slika 1) [1]. U ranijoj starosti od 65-74 godine u 2005. godini, skupina bolesti cirkulacijskog sustava kao uzrok smrti pojavljuju se sa udjelom od 23,39%, u dobi srednje 75-84 godine 42,18% i duboke starosti od 85 i više godina iznosi 22,01%. U ukupno umrlih u skupini bolesti cirkulacijskog sustava u 2005.g., udio starijih osoba od 65 godina (N=22796) iznosi čak 87,6% te ukazuje na stalan porast u odnosu na 2003. (87,1%) i 2004. godinu (87,4%) [1].

Odabir strukture uzroka hospitalizacija starijih osoba od 65 i više godina po najučestalijim skupinama bolesti u bolnicama Hrvatske u 2005.g., ukazuje o zauzimanju visokog prvog mjesta zastupljenosti civilizacijskih (kroničnih) bolesti u skupini bolesti cirkulacijskog sustava s udjelom od 60,83% u gerijatrijskih bolesnika (N = 82173).

Poglavito je prisutna rastuća gerijatrijska potrošnja uzrokovana zbog navedenih uzroka pojavnosti hospitalizacija u Hrvatskoj u 2005. godini, gdje taj udio bolno opskrbnih dana iznosi čak 440.400 zbog bolesti cirkulacijskog sustava u gerijatrijskih osiguranika.

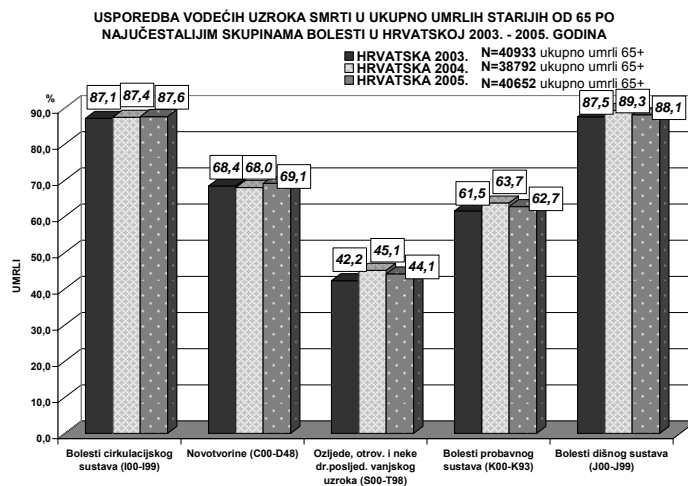
pozitivno zdravstveno ponašanje primjenom nepušenja te 8 prehrambenih pravila za starije koja uključuju eliminaciju 4“B“ (bijelo brašno, sol, šećer i mast), zatim stalne tjelesne i psihičke aktivnosti, radne aktivnosti uz sprječavanje debljine ali i pothranjenosti u starijih predstavlja najvažniji čimbenik preveniranja cirkulacijskih bolesti. Po istraživanju CROCAN projekta iz 2003. god. u 2952 starije osobe od 65 godina čak udio od 47,0% konzumira slatkiše najmanje 2 puta tjedno pa sve do skoro svaki dan. (slika 2). Međutim, impresivni su gerontološki pokazatelji po istom istraživanju gdje čak 66,4% starijih redovito doručkuje dok 24,6% to čini neredovito. (slika 3).

Po Registru zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba (Centra za gerontologiju ZZJZGZ-a) provodi se i praćenje negativnog zdravstvenog ponašanja u starijih. Ono velikim udjelom utječe upravo na nastanak cirkulacijskih bolesti u gerijatrijskih bolesnika.

Zaključak. Ulaganjima u primjenu preventivne zdravstvene djelatnosti primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije u praksi gerontološko-javnozdravstvene zaštite, moguće je spriječiti nastanak ciljnih skupina civilizacijskih bolesti u starijih osoba. Ta ulaganja u geroprofilaktičke mjere su neusporedivo manja od ulaganja u liječenje i njegu gerijatrijskih bolesnika oboljelih od cirkulacijskih bolesti. Zbog toga je i nužno gerontološko-javnozdravstvenim pristupom utvrditi, pratiti, proučavati i evaluirati utjecaj i negativnog oblika zdravstvenog ponašanja u starijih.

Literatura

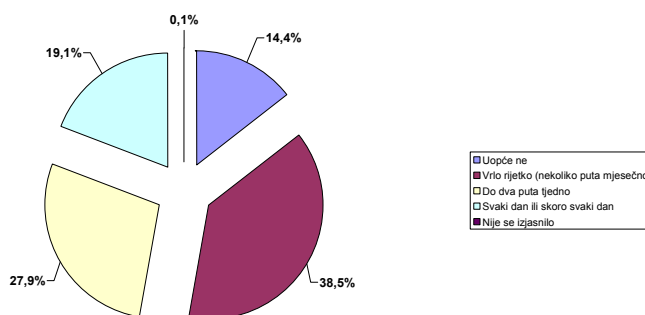
- [1] Tomek-Roksandić S, Majić T. Gerontološko javnozdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2004.-2006. Zagreb: Grafex, 2007. (u izradbi)
- [2] Tomek-Roksandić S, Čulig J, Šostar Z, Radašević H, Mihok D i sur. Ateroskleroza u gerijatrijskih bolesnika u Hrvatskoj. U: Reiner Ž, ur. Knjiga sažetaka 6. Hrvatski kongres o aterosklerozi s međunarodnim sudjelovanjem. Zagreb: Liječnički Vjesnik, 2007: 129, Suppl. 1: 76-78.
- [3] Tomek-Roksandić S, Ivanda T, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Ljubić B, Čulig J. Unaprijeđivanje kardiovaskularnog zdravlja hrvatskog starijeg pučanstva – primarna prevencija za starije u lokalnoj zajednici. U: Vuletić S, ur. Knjiga sažetaka Kardiovaskularno zdravlje – Strategija i intervencija na razini lokalnih zajednica. Zagreb: AMZH i SZO, 2006: 21-23.
- [4] Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H. HZA – Kardiovaskularni rizični čimbenici starijih osoba po županijama (regijama) Hrvatske. U: Vuletić S, ur. Knjiga sa znanstvenog skupa Prostorna distribucija populacijskih kardiovaskularnih rizika u Hrvatskoj. Zagreb: AMZH, 2005: 10-11.



Slika 1.

Izvor: DZZS i CZG ZZJZGZ

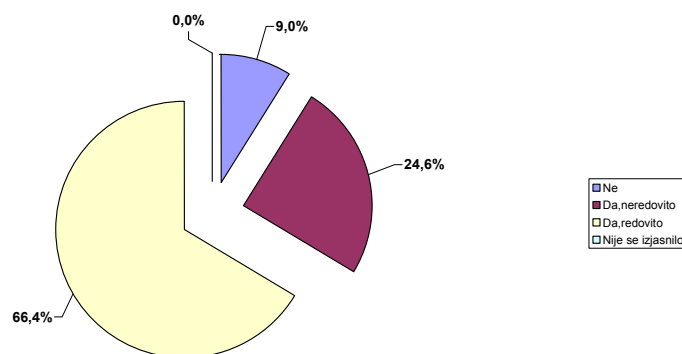
UČESTALOST KONZUMIRANJA KOLAČA, KEKSA ILI DRUGIH SLATKIŠA U STARIJIH OD 65 GOD. (HZA - CROCAN, N=2952, 2003. god.)*



Izvor: CROCAN - HZA 2003 i CZG ZZJZGZ (Prikazani rezultati proizašli su iz znanstvenog projekta Regionalizam kardiovaskularnih bihevioralnih rizika - model intervencije provedenog uz potporu Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske.

Slika 2.

STARIJI OD 65 GOD. DORUČKOVALI U PROTEKLIM MJESEC DANA (HZA - CROCAN, N=2952, 2003. god.)*



Izvor: CROCAN - HZA 2003 i CZG ZZJZGZ (Prikazani rezultati proizašli su iz znanstvenog projekta Regionalizam kardiovaskularnih bihevioralnih rizika - model intervencije provedenog uz potporu Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske.

Slika 3.

Neki metodološki aspekti procjene kardiovaskularnog rizika

Hrvoje Tiljak¹, Mirjana Kujunžić Tiljak¹, Ranko Stevanović², Krunoslav Kuna³, Davor Ivanković¹

¹Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Rockefellerova 4, Zagreb

²Hrvatski zavod za javno Zdravstvo, Rockefellerova 7, Zagreb

³Klinička bolnica „Sestre milosrdnice“, Vinogradska cesta 29, Zagreb

Procjena zdravlja pojedinca i stanja koja mogu predstavljati rizik za pojavu kardiovaskularnih incidenata je danas dobro definirano^[1]. Tako se mogu prepoznati elementi naslijeđa, životnog stila, općih tjelesnih mjera i osobitosti metabolizma koji svaki zasebno i nezavisno utječu na rizik od razvoja kardiovaskularnih incidenata. Od elemenata naslijeđa uobičajeno se evidentira pojavnost kardiovaskularnih bolesti u obitelji, a osobito se pozornost posvećuje pojavnosti akutnog infarkta miokarda i cerebrovaskularnih inzulta, nagle smrti i/ili smrti od dokazanog kardiovaskularnog incidenta. Od elementa životnog stila važno je uočiti naviku pušenja duhana i konzumaciju alkohola, stresa i rekreativnih navika. Značajni elementi su i stanje uhranjenosti, odnosno Indeks tjelesne mase (ITM), opseg struka, te vrijednosti arterijskog tlaka. Konačno, razine glukoze i lipida u serumu su također elementi koje je potrebno analizirati. Brojnost opisanih elemenata i činjenica da svaki od njih nezavisno utječu na kardiovaskularni rizik kreira praksu da se u procjeni ukupnog rizika jedne osobe nabroje svi prisutni elementi. Uobičajeno se smatra da su osobe visokog rizika one kod kojih se detektira više rizičnih elemenata.

Postojeća praksa moguće dovodi do nerealne procjene rizika. Isključivim zbrajanjem rizičnih elemenata i analizom zbroja rizičnih elemenata moguće je podcijeniti ili precijeniti ukupni rizik. Preciznijim promatranjem pojedinih elemenata rizika moguće je doći do kvalitetnije procjene ukupnog rizika. Puši li osoba duhan ili ne je jedan od načina kakao se može bilježiti postojanje jednog od elemenata rizika. Međutim, evidentiranjem broja cigareta koje osoba konzumira može se doći do preciznijeg podatka koji u se u ukupnosti procjene može kvalitetnije vrednovati. Isto vrijedi i za bilježenje ITM-a, arterijskog tlaka i biokemijskih pokazatelja. Jednako tako, podatak o kardiovaskularnom uzroku smrti roditelja je vrijedan podatak, ali uočavanje dobi (kardiovaskularne) smrti roditelja je dodatno upotrebljiv podatak. Što se konzumacije alkohola tiče, tu je količina i vrsta alkohola osobito važan podatak. U svjetlu rasprave o zaštitnoj funkciji određene male količine alkohola samo u jednom pripravku alkoholnog pića, precizno bilježenje detalja o konzumaciji alkohola postaje uvjet bez kojeg se na može^[2,3].

Matematičkim jezikom gledano, svi elementi kardiovaskularnog rizika se prepoznaju kao numeričke kontinuirane varijable^[4,5]. Dosadašnja praksa pokazuje da se u procjeni individualnog rizika nedovoljno koristi upravo ta njihova karakteristika. Kliničari i epidemiolozi su skloni brojati pojedine elemente rizika i/ili elemente koji su numerički pretvarati u kategorije (npr. ITM<24, 24-28, >28). Time se umanjuje računski vrijednost tih elemenata i nepotrebno iskrivljuje slika konačne ukupne procjene rizika. Kako bi se došlo do kvalitetnije procjene rizika potrebno je svaki od elemenata promatrati i bilježiti u izvornom numeričkom obliku. Na taj način je moguće dobiti realniju procjenu individualnog rizika.

Za prethodno opisane elemente rizik predlaže se bilježenje dobi kardiovaskularnog incidenta ili smrti predaka; dnevni broj popušanih cigareta i dužina pušačkog staža; dužina izloženosti stresu i popis stresora; tjedni broj sati rekreacije i vrsta rekreacije; tjelesna visina i težina; opseg struka; vrijednost arterijskog tlaka, nivo glukoze i lipida u krvi. Bilježenje izvornih detaljnih podataka omogućava suptilniji izračun rizika koji je koristan kliničaru u individualnom radu s osobom u riziku, ali i epidemiologu i zdravstvenom statističaru u svrhu procjene stanja zdravlja populacije.

Literatura

- [1] Fonarow GC. A practical approach to reducing cardiovascular risk factors. Rev Cardiovasc Med. 2007; 8 Suppl 4:S25-36.
- [2] Providencia R. Cardiovascular protection from alcoholic drinks: scientific basis of the French Paradox. Rev Port Cardiol. 2006 Nov;25(11):1043-58.
- [3] Ferrieres J. The French paradox: lessons for other countries. Heart. 2004 Jan;90(1):107-11.
- [4] Douglas G Altman and Patrick Royston. The cost of dichotomising continuous variables. BMJ, May 2006; 332: 1080.
- [5] Douglas G Altman. Systematic reviews in health care: Systematic reviews of evaluations of prognostic variables. BMJ, Jul 2001; 323: 224 – 228.

Izabrani rezultati istraživanja čimbenika rizika za bolesti srca i žila u Roma u Pomurju

Branislava Belović, Anica Fujs, Ema Mesarič

Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, Murska Sobota, Slovenija

Slabo zdravstveno stanje te viša rana smrtnost među Romima je ukazivala na potrebu po presječnom istraživanju (cross sectional study). Istraživanje faktora rizika za razvoj kroničnih bolesti u Roma je jedan od ciljeva regijske strategije za smanjivanje razlika u zdravlju. Istraživanjem smo željeli pridonijeti smanjivanju razlika u zdravlju unutar Pomurja. Cilj istraživanja je bio ocijeniti: zdravstveno stanje i upotrebu zdravstvenih usluga; navike pušenja; prehrambene navike; uživanje alkohola; tjelesnu aktivnost; navike povezane sa sigurnošću u prometu te socijalnu uključenost. Bio je upotrijebljen upitnik CINDI, kojim se služi WHO u okviru svog programa boja protiv kroničnih nezaraznih bolesti.. Istraživanje je obuhvatilo slučajno izabran uzorak 258 pripadnika romske populacije u Pomurju starih od 25 do 64 godine. Među ispitanicima je bilo 157 žena i 101 muškarac. U oba spola istupa niska izobrazba. Bez završene osnovne škole ih je više od 50 %, osnovnu školu ima njih 27 %, dok srednju i višu izobrazbu ima tek 17 % anketiranih. Prisutna je i visoka stopa nezaposlenosti. Zaposlenih je 14 %. Svi Romi imaju obavezno zdravstveno osiguranje, a 64 % je dodatno zdravstveno osiguranih. Najčešće prisutne bolesti su bolesti kralježnice (34,9%), kronična opstruktivna plućna bolest (14,4%), bronhijalna astma 12,0%) i šećerna bolest (8,1%). Visok krvni tlak je prisutan u 32,9 %, visok kolesterol u 19,4 % te bolovi u grudnom košu tijekom tjelesne aktivnosti ili mirovanju u 20,4 % anketiranih.

Nepravilna prehrana i povišena tjelesna težina odnosno pretilost zauzimaju posebno mjesto kao čimbenici rizika u razvoju bolesti srca i žila. Kod anketiranih je često prisutno nepravilno prehranjivanje. Tako preporučena 3-4 obroka uživa nešto više od 50 % anketiranih, dok 1-2 obroka dnevno ih uživa 25 % . Doručkuje tek polovica anketiranih. Među onima koji ne doručkuju je više muškaraca. Ručak, kao glavni dnevni obrok ima 93 Roma. Isto tako većina ih večera. Razlika među spolovima nema. Za pripremu jela većina koristi biljna ulja. Za namaz na kruhu oko 50 % upotrebljava margarin, a samo 15 % njih upotrebljava životinjsku masnoću. Trećina anketiranih konzumira mlijeko sa većim sadržajem masnoća. Najčešće ga konzumiraju 1-3 puta tjedno. Anketirani najčešće konzumiraju oko četvrt kilograma crnog kruha. Konzumiranje voća i povrća je nedostavno. Voće anketirani konzumiraju 1 – 3 puta tjedno, a povrće jedan puta dnevno. Oni koji nisu završili osnovne škole konzumiraju povrće samo jednom tjedno. Crveno meso konzumira 1-3 puta tjedno oko 60 % anketiranih. Slična je situacija i sa piletinom (oko 50%). RIBE konzumiraju rijetko, polovica anketiranih tek 1-2 puta mjesečno. Tjestenine, rižu i krumpir konzumiraju dnevno. Oko polovine anketiranih konzumira pržena jela 1 – 3 puta tjedno. Slično je i sa suhomesnatim proizvodima. Aromatizirana i gazirana pića su u prehrani anketirane skupine prisutna svakodnevno. Kod pripadnika Roma često nailazimo na prekomjernu tjelesnu težinu i pretilost. ITM veći od 30 ima 31 % anketiranih. Među njima je veći postotak onih koji su stari između 41-50 godina.

Kod anketiranih pripadnika romske zajednice su prisutni i drugi čimbenici rizika kao to su nedostavna tjelesna aktivnost, pušenje, uživanje alkohola, stres..... Rezultati dobiveni ovim istraživanjem predstavljaju osnovu za razvoj kulturološko primjernih programa za sprječavanje kroničnih nezaraznih bolesti, posebice bolesti srca i žila kod romske populacije Pomurja.

Literatura

Belović B, Fujs A, Zaletel Kragelj L, Farkaš J. Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezn pri odraslih prebivalcih romske skupnosti . Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, 2007

Opći i kardiovaskularni mortalitet u osoba sa šećernom bolešću

Tamara Poljičanin, Ivana Pavlič-Renar, Željko Metelko

Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac, Zagreb

Kardiovaskularne bolesti su jedna od najčešćih komplikacija šećerne bolesti te važan uzrok i morbiditeta i mortaliteta u dijabetičara kao i značajnog opterećenja zdravstvenog sustava troškovima dijabetesa. Procjenjuje se da u svijetu 80% osoba sa šećernom bolešću umire od kardiovaskularnih bolesti te da je prosječno skraćenje života za 5-10 godina koje se opaža u dijabetičara prvenstveno uzrokovano navedenim bolestima [1].

Postojeći načini šifriranja bolesti prema prvoj dijagnozi uzroka smrti često ne prikazuju stvarni utjecaj pojedinih bolesti na mortalitet. Takva analiza, zbog vrlo čestog kardiovaskularnog komorbiditeta uvelike podcjenjuje utjecaj šećerne bolesti na smrtnost; prema najnovijim procjenama i 3-5 puta te je sa realnog položaja na 5 mjestu vodećih uzroka smrti svrstava na 8 ili 9 mjesto kao što je to slučaj i u Hrvatskoj [2].

Kako bi analizirali uzroke smrti kod osoba sa šećernom bolešću u Hrvatskoj analizirali smo zapise bolesnika prijavljenih u CroDiab registar [3], umrle u 2006. godini i usporedili ih sa mortalitetnim udjelima u općoj populaciji [4] Uočava se da tek manji broj dijabetičara umire od šećerne bolesti kao 1. dijagnozom uzroka smrti (12,7%). Vodeći uzroci smrti u obje populacije su bolesti cirkulacijskog sustava sa preko 50% i neoplazme sa preko 25% u općoj odnosno preko 20% u populaciji osoba sa šećernom bolešću dok se na 3. mjestu u općoj populaciji nalaze bolesti dišnog sustava a u populaciji dijabetičara endokrine bolesti sa svim prijavljenim smrtnim slučajevima od šećerne bolesti; kada se uspoređuju nestandardizirani udjeli. Uzroci smrti prema MKB 10 poglavljima u općoj populaciji i populaciji osoba sa šećernom bolešću (%) u 2006. godini prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Uzroci smrti prema MKB 10 poglavljima u općoj populaciji i populaciji osoba sa šećernom bolešću (%) u 2006. godini.

| DIJAGNOZE | | SVI | DM |
|--|---|-------|-------|
| A00-B99 | Određene infekcijske i parazitske bolesti | 0,75 | 0,83 |
| C00-D48 | Neoplazme | 25,21 | 20,1 |
| D50-D89 | Bolesti krvi i krvotvornih organa i određeni poremećaji imunološkog sustava | 0,08 | 0,12 |
| E00-E90 | Endokrine, nutritivne i metaboličke bolesti | 2,25 | 12,7* |
| F00-F99 | Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja | 1,3 | 0,48 |
| G00-G99 | Bolesti živčanog sustava | 1,36 | 0,66 |
| H00-H59 | Bolesti oka i adnexa | 0 | 0 |
| H60-H95 | Bolesti uha i mastoidnih procesa | 0 | 0,06 |
| I00-I99 | Bolesti cirkulacijskog (krvožilnog) sustava | 50,84 | 50,75 |
| J00-J99 | Bolesti dišnog (respiracijskog) sustava | 4,95 | 3,94 |
| K00-K93 | Bolesti probavnog sustava | 4,61 | 5,07 |
| L00-L99 | Bolesti kože i potkožnog tkiva | 0,04 | 0 |
| M00-M99 | Bolesti mišićno koštanog sustava i vezivnog tkiva | 0,16 | 0,18 |
| N00-N99 | Bolesti genitalno urinarnog sustava | 1,49 | 2,33 |
| O00-O99 | Trudnoća i porođaj | 0,01 | 0 |
| P00-P96 | Određena stanja porođajnog perioda | 0,23 | 0 |
| Q00-Q99 | Prirodne malformacije, deformacije i kromosomske abnormalnosti | 0,25 | 0 |
| R00-R99 | Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, ne klasificirani | 1,03 | 0,3 |
| S00-T98 V01-Y98 | Ozlijede, otrovanje i druge posljedice s vanjskim uzrokom, vanjski uzroci | 5,46 | 2,5 |

* kod svih se kao uzrok smrti navode šifre E10-E14

Literatura

- [1] IDF. Fact Sheet Diabetes and cardiovascular disease (CVD). <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=1158>
- [2] Roglic G., Unwin N., Bennett P.H., Mathers C., Tuomilehto J., Nag S., Connolly V., King H. The Burden of Mortality Attributable to Diabetes. Realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care* 2005;28:2130-2135.
- [3] Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac. Izvješće CroDiab registra za 2006. godinu. http://www.idb.hr/cro_diab/Izvjestaj_2006.pdf
- [4] HZJZ. Izvješće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2006. godini. http://www.hzjz.hr/publikacije/Umrlji_2006.pdf

Važnost cijepljenja protiv gripe u sekundarnoj prevenciji komplikacija kardiovaskularnih bolesti

Goran Perko, Vanja Tešić, Velimir John
Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba

Gripa je zarazna bolest koja se zbog osobito visokog morbiditeta, izraženog brzog širenja, težine bolesti, komplikacija i smrtnosti često spominje u mnogim zapisima iz prošlosti [1]. Gripa se u svijetu pojavljuje svake godine u obliku većih ili manjih epidemija, tijekom hladnih mjeseci [1,2]. U Hrvatskoj broj prijavljenih slučajeva influence varira od desetak pa i do nekoliko stotina tisuća godišnje [1]. Na uzročnika gripe jednako su osjetljive sve dobne skupine. Za vrijeme trajanja epidemije gripe najčešće oboljevaju djeca, a vrlo važna epidemiološka značajka je porast stope mortaliteta među starijim osobama ("višak smrtnosti"), kao posljedica nastanka komplikacija bolesti [1,3]. Epidemiološke studije pokazuju kako je mortalitet od gripe češći među osobama koji boluju od srčano-žilnih bolesti nego među onima koji boluju od drugih kroničnih bolesti [4]. U Hrvatskoj, kao i u drugim razvijenim zemljama svijeta, bolesti srca i krvnih žila predstavljaju vodeći uzrok smrtnosti i daleko su najčešći uzrok bolničkog liječenja. U 2005. godini od ukupno 51.790 umrlih osoba (586,6/100.000 ljudi) u Hrvatskoj, 50,26% je umrlo od cirkulacijskih bolesti [5]. Osim što značajno utječu na preranu smrtnosti dovodeći do skraćenja očekivanog trajanja života, značajno umanjuju i kvalitetu življenja oboljelih osoba [6,7].

Analizom kretanja učestalosti korištenja zdravstvene zaštite u djelatnosti opće/obiteljske medicine zbog pojedinih bolesti ili stanja u Hrvatskoj 2005. godine vidljivo je kako bolesti srca i krvnih žila zauzimaju drugo mjesto s udjelom od 12%, iza bolesti dišnog sustava čiji udio iznosi 24%, od ukupnog broja dijagnoza zabilježenih u djelatnosti opće medicine (N=7,645.839) [5]. Rezultati analize izvješća preventivno pregledanih osiguranika starijih od 50 godina, pristiglih od timova opće/obiteljske medicine na području Republike Hrvatske u razdoblju od 2004 do 2006. godine ukazuju kako je sumnja na bolest srca i krvnih žila postavljena kod ukupno 2.294 osiguranika (38,1%) [8].

Jedini učinkovit postupak u sekundarnoj prevenciji komplikacija i smrtnog ishoda kod oboljelih od srčano-žilnih bolesti predstavlja aktivna imunizacija. Naime, znanstvene studije su pokazale kako je cijepljenje protiv influence povezano sa značajnim smanjenjem rizika od akutnog infarkta miokarda i moždanog udara kao i smanjenjem mortaliteta kod kardiovaskularnih bolesnika [3,4]. U skladu s preporukama American Heart Association /American College of Cardiology cijepljenje kardiovaskularnih bolesnika provodi se mrtvim cjepivom. Kontraindicirana je primjena mrtvog cjepiva kod osoba preosjetljivih na jaja odnosno pileće proteine, a u slučaju akutne infekcije ili neke febrilne bolesti imunizacija se odgađa. Dodatni oprez potreban je kod osoba koje su preboljele Guillain-Barreov sindrom [4].

S obzirom na činjenicu kako je influenza teška bolest, posebice za kardiovaskularne bolesnike te da se pojavljuje epidemijski, vrlo je važna sustavna provedba javnozdravstveno-epidemioloških mjera u njezinom sprječavanju i suzbijanju, a najvažniju mjeru sekundarne prevencije komplikacija kod osoba s bolestima srca i krvnih žila čini aktivna imunizacija.

Ključne riječi: kardiovaskularne bolesti, sekundarna prevencija, javnozdravstveni aspekt, cijepljenje protiv gripe, preventivni pregledi

Literatura

- [1] Ropac D i sur. Epidemiologija zaraznih bolesti. Zagreb: Medicinska naklada, 2003.
- [2] World Health Organization. WHO Global Influenza Programme. <http://www.who.int/csr/disease/influenza/en/>, 2007.
- [3] Treanor JD. Influenza — The Goal of Control. The New England Journal of Medicine 2007; 357: 1439-1441.
- [4] Davis MM, Taubert K, Benin AL, Brown DW, Mensah GA, Baddour LM, Dunbar S, Krumholz HM, American Heart Association, American College of Cardiology. Influenza vaccination as secondary prevention for cardiovascular disease: a science advisory from the American Heart Association / American College of Cardiology. Circulation 2006 Oct 3;114(14):1549-53.
- [5] Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2005. godinu. Zagreb, 2006.
- [6] Centers for Disease Control and Prevention. Heart disease. <http://www.cdc.gov/heartdisease/index>.
- [7] World Health Organization. Cardiovascular diseases. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/.
- [8] Pristaš I, Erceg M, Stevanović R, Rodin U. Preventivni pregledi osiguranih osoba starijih od 50 godina u 2006. godini. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2007; 3 (11).

Indeks autora

| | | | |
|----------------------------|-------|----------------------------|----|
| <i>Antonić-Degač K.</i> | 8 | <i>Mihok D.</i> | 18 |
| <i>Belović B.</i> | 17,21 | <i>Miletić B.</i> | 13 |
| <i>Bergman Marković B.</i> | 6 | <i>Musić Milanović S.</i> | 15 |
| <i>Bergovec Ma.</i> | 7 | <i>Ožvačić Z.</i> | 6 |
| <i>Bergovec Mi.</i> | 7 | <i>Pavić J.</i> | 15 |
| <i>Cerovec D.</i> | 11 | <i>Pavlič-Renar I.</i> | 22 |
| <i>Cerovečki Nekić V.</i> | 6 | <i>Pehar-Pejčinović V.</i> | 13 |
| <i>Demarin V.</i> | 3 | <i>Perko G.</i> | 23 |
| <i>Džakula A.</i> | 14,15 | <i>Peršić V.</i> | 13 |
| <i>Fišter K.</i> | 15 | <i>Petriček G.</i> | 6 |
| <i>Fujs A.</i> | 21 | <i>Poljičanin T.</i> | 22 |
| <i>Heim I.</i> | 9,12 | <i>Pucarín J.</i> | 8 |
| <i>Ivanda T.</i> | 18 | <i>Radašević H.</i> | 18 |
| <i>Ivanković D.</i> | 20 | <i>Raos V.</i> | 7 |
| <i>Jakšić Ž.</i> | 16 | <i>Reiner Ž.</i> | 2 |
| <i>Jembrek-Gostović M.</i> | 9,12 | <i>Ružić A.</i> | 13 |
| <i>John V.</i> | 23 | <i>Smajić E.</i> | 7 |
| <i>Jonke V.</i> | 9,12 | <i>Stevanović R.</i> | 20 |
| <i>Kaić-Rak A.</i> | 8 | <i>Strnad M.</i> | 1 |
| <i>Katić M.</i> | 6 | <i>Šostar Z.</i> | 18 |
| <i>Katić T.</i> | 7 | <i>Tešić V.</i> | 23 |
| <i>Kern J.</i> | 6,14 | <i>Tiljak H.</i> | 20 |
| <i>Krajnc-Nikolić T.</i> | 17 | <i>Tomek-Roksandić S.</i> | 18 |
| <i>Kranjčević K.</i> | 6 | <i>Udovičić M.</i> | 7 |
| <i>Kruhek Leontić D.</i> | 9,10 | <i>Vasilj I.</i> | 7 |
| <i>Kujunžić Tiljak M.</i> | 20 | <i>Vasilj M.</i> | 7 |
| <i>Kuna K.</i> | 20 | <i>Verban Buzeti Z.</i> | 17 |
| <i>Kušljugić Z.</i> | 7 | <i>Vražić H.</i> | 7 |
| <i>Laido Z.</i> | 8 | <i>Vrdoljak D.</i> | 6 |
| <i>Lalić Ivezić D.</i> | 6 | <i>Vučak J.</i> | 6 |
| <i>Majić T.</i> | 18 | <i>Vučković-Rapajić S.</i> | 13 |
| <i>Mesarič E.</i> | 21 | <i>Vuletić S.</i> | 14 |
| <i>Metelko Ž.</i> | 22 | <i>Županić M.</i> | 15 |

Odaberite prirodan put do zdravog srca!



DNEVNO

- 1 bočica dnevno sadrži preporučenu količinu biljnih sterola
- biljni steroli smanjuju apsorpciju kolesterola za oko 50%
- djeluje preventivno

Dukatol je jedinstveni jogurt s dodatkom biljnih sterola, namijenjen osobama koje na prirodan način žele sniziti razinu kolesterola u krvi, očuvati zdravlje srca i dugoročno spriječiti pojavu kardiovaskularnih bolesti. Svakodnevnim uzimanjem Dukatola pomažete prirodno snižavanje kolesterola i tako čuvate zdravlje srca!

Neka 1 Dukatol na dan postane vaša nova ZDRAVANAVIKA

Uzmite zdravlje k srcu!



www.dukat.hr

PROBAJTE DUKATOL I UVJERITE SE U NJEGOVU UČINKOVITOST. JAVITE NAM SE NA POTROŠAČKI TELEFON I PODIJELITE S NAMA DOJMOVJE O DUKATOLU!