

Статистика на сърдечно-съдовите заболявания, 2008 г. (част II)

Д-р Борислав Георгиев¹, д-р Емилия Караславова²

¹Национална кардиологична болница, ²Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, МУ, Пловдив

ЗАБОЛЕВАЕМОСТ

Честота

Сравнителните данни за заболяемостта от ССЗ са много по-трудни за набиране, тъй като съществуват множество различни методи за оценката ѝ (напр. разпространение, честота, загубени години живот, загубени години на здраве и т.н.). Понастоящем няма рутинно оптимизиращ се източник на данни за заболяемостта от ССЗ за Европа.⁵

Проектът на СЗО MONICA (проследяване на тенденциите и определящите фактори в развитието на сърдечно-съдовата болест)² проучи честотата на големите коронарни инциденти в 37 различни популации в 21 страни по света (от които 29 популации в 16 европейски страни). Въпреки че данните от проучването са отпреди повече от 10 години, то все още представлява най-обширната сравнителна база данни за сърдечно-съдовата заболяемост в Европа. Проучваните популации не са задължително репрезентативни за съответните страни. Въпреки че проектът доказва, че честотата на коронарните инциденти (потвърден или вероятен миокарден инфаркт) е по-висока в популациите (изследвани в MONICA) в северна, централна и източна Европа спрямо тези в южна и западна Европа. Така например честотата на коронарните инциденти при мъже на възраст 35-64 години, живеещи във Варшава (Полша), е приблизително три пъти по-висока спрямо тази в Каталуня (Испания); за жените тази разлика е четирикратна. Най-висока честота на коронарните инциденти в края на проучването бе установена за Глазгоу (Великобритания) както за мъже, така и за жени. Географското разпределение на честотата на коронарните инциденти е подобно на това за смъртността.

Резултатите от проекта MONICA показват също, че честотата на коронарните инциденти нараства бързо в повечето от изследваните популации в северна и западна Европа, а понижението ѝ не е така бързо в популациите от южна, централна и източна Европа, дори в някои от тези популации се наблюдава повишението ѝ. Например честотата на коронарните инциденти при мъжете на възраст 35-64 години в Северна Карелия (Финландия) се понижава с 6.5% годишно за периода на проучването (1883-1996), но нараства с 1.2% за мъжете в Каунас (Литва); за жените от същата възрастова група и същото местожителство тези проценти са съответно 5.1% и 2.7%. Географското разпределение на заболяемостта е подобно на географското разпределение на смъртността.⁶

Честота на фаталните инциденти

В проекта MONICA са оценени и тенденциите за фатален изход от инцидентите. В проекта MONICA фаталният изход от инцидента се дефинира като настъпване на смърт в рамките на 28 дни от момента на инцидента. Фаталният изход от инцидента се определя от много фактори, включително точността на поставената диагноза, тежестта на заболяването и ефекта от лечението. В проекта MONICA бе установено, че честотата на фатален изход от коронарен инцидент е по-висока в повечето популации в централна и източна Европа в сравнение с повечето популации от северна, южна и западна Европа. Например честотата на фаталните коронарни инциденти при мъже на възраст 35-64 години в Москва (Русия) е по-висока с 50% в сравнение с честотата им при мъжете в Белфаст (Великобритания) или Каталуня (Испания).

Резултатите от проекта MONICA доказват, че честотата на фаталните инциденти се понижава при повечето от изследваните в проекта популации в северна, южна и западна Европа, а понижението ѝ е значително по-бавно в популациите от централна и източна Европа и дори се повишава в някои от тези популации. Така например честотата на фаталните инциденти при жените на възраст 35-64 години в Тулуза (Франция) се понижава с 3.6% годишно за периода на проследяването докато се повишава с 1.5% при жените в Москва.

Проектът MONICA е имал за цел и да оцени каква част от съобщенията за понижение на коронарната смъртност се дължат на понижение на честотата на заболяването и каква част – на понижение на случаите на фатален изход от настъпил инцидент. Изследователите правят заключението, че „разпределението на изменението на честотата на ССЗ варира, но в популациите, в които смъртността се понижава, 2/3 от това понижение се дължи на понижение на честотата на коронарните инциденти и 1/3 – на понижението на случаите на фатален изход на инцидента“.²

Разпределението на честотата на ИБС и честотата на фаталните инциденти в Европа се промени значително от средата на 90-те години. Освен това дефиницията на миокардния инфаркт се промени след въвеждането на тропониновите тестове, които повишиха точността на диагностиката на миокардния инфаркт.

Години загубен живот поради инвалидност

През 2002 г. проектът на СЗО Burden of Disease синтезира наличните в СЗО данни, за да оцени заболяемостта по различни причини.⁷ Основната мярка за тежестта на заболяването са годините загубен живот (ГЗЖ, ажустирани спрямо инвалидността години живот) – брой години живот, загубени поради преждевременна смърт и загубени години на живот в здраве поради инвалидност.

В развитите европейски страни 17% от всички ГЗЖ се дължат на ССЗ – най-честата причина след невропсихиатричните заболявания. В по-слабо развитите страни на Европа процентът на ГЗЖ поради ССЗ надвишава този за невропсихиатричните заболявания. В ЕС всяка година се губят над 12 милиона години живот поради ССЗ (фиг. 2.1a и 2.1b).

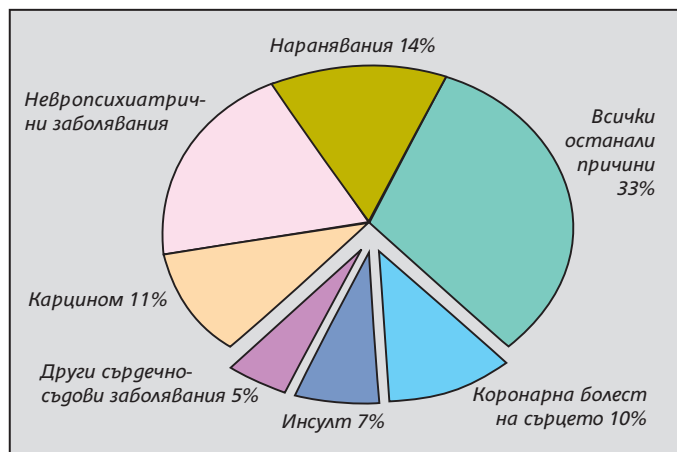
Най-висока е честотата на ССЗ в източна Европа и бившите съветски републики. Честотата на ажустираните ГЗЖ поради ИБС в Украйна, Русия и Беларус е поне три пъти по-висока от честотата ѝ в Испания, Франция или Италия. Подобно е разпределението на честотата на инсульта, при който ГЗЖ в Русия възлизат приблизително на 1 800/100 000 срещу само 360 на 100 000 за Великобритания.

ЛЕЧЕНИЕ

Хоспитализации

Честотата на хоспитализация по повод на ССЗ варира значително за различните региони на Европа. Честотата на хоспитализация е над четири пъти по-висока в Белгия например спрямо Португалия. По принцип по-висока честота на хоспитализация се установява в страните от източна Европа и скандинавските страни. Подобни са тенденциите за развитие и на ИБС и инсульта.

Тенденциите за хоспитализация отразяват тенденциите на промяна на честотата на заболяемостта и смъртността, обсъдени по-горе. От 1995 г. (за която са налични достатъчно сравнителни данни за разпределението в Европа) честотата на хоспитализациите в някои източни страни и бившите съветски републики се повиши рязко, докато в западните страни остана относително стабилна. Честотата на хоспитализациите не се е променила сигнификантно от 1995 г. Подобно са тенденциите за развитие и на ИБС и инсульта.



Фиг. 2.1a. Години загубен живот поради инвалидност по причини, 2002, Европа

Коронарна реваascularизация и груги процедури при ИБС

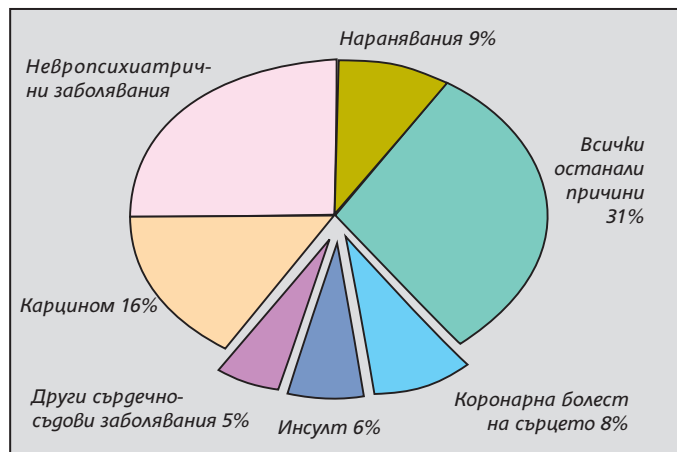
Честотата на коронарната реваascularизация и гругите процедури за ИБС варира широко на територията на Европа. По принцип тя е по-ниска в страните от централна и източна Европа в сравнение със страните от северна, южна и западна Европа. Разпределението на честотата в северна, южна и западна Европа няма ясно обособен географски характер, но за някои страни, например Франция, честотата на всички процедури е сигнификантно по-висока.

Трудно е да бъдат определени разликите в честотата на отделните процедури. Така например честотата на коронарния бай-пас е много по-висока във Финландия, Израел и Швеция спрямо очакваната въз основа на стандартизираната смъртност поради ССЗ. По подобен начин е по-висока честотата спрямо очакваната и за Латвия, Естония и Румъния. Анализът на честотата на перкутанните коронарни интервенции показва груга аномалия: честотата е по-висока от очакваната за Германия, Израел и Франция, по-ниска от очакваната за Финландия, Ирландия и Великобритания и много по-ниска от предвидената за балканските страни и Румъния (фиг. 2.1a и 2.1b).

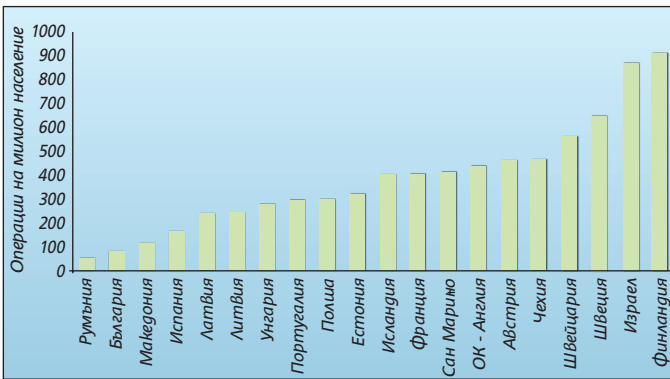
Докато честотата на реваascularизационните процедури варира широко на територията на Европа, във всички европейски страни се наблюдава увеличението ѝ спрямо 90-те години. Така например от 1990 г. честотата на перкутанната коронарна интервенция е нараснала 20 пъти в Унгария, 15 пъти в Италия и 12 пъти във Финландия. В последно време най-голямо повишение на честотата на перкутанните интервенции е наблюдавано в страните от източна Европа и прибалтийските страни – напр. честотата им в Латвия се е повишила 12 пъти за периода 1995-2000 г. (фиг. 2.3).

Медикаменти

Проучването EUROASPIRE на Европейското кардиологично гругество набра информация за предписването на медикаментите, използвани в терапията на сърдечно-съдовите заболявания в болниците на няколко европейски страни. Тези данни не са представителни по отношение на отделните страни, но дават добра представа за количественото и качествено разпределение на медикаментозните предписания за областта на Европа. Проучването EUROASPIRE II доказва, че медикацията за вторична профилактика на ИБС



Фиг. 2.1b. Години загубен живот поради инвалидност по причини, 2002, Европейски съюз (ЕС)

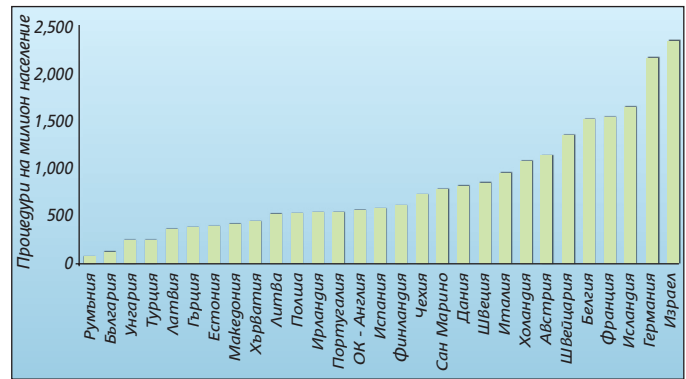


Фиг. 2.2а. Честота на коронарния артериален байпас при възрастни, 2000, Европа

варира значително между отделните популации с изключение на прескрипциите на антитромбоцитни медикаменти, които са част от терапията (предимно аспирин) на над 80% от пациентите в изследваните страни. Прескрипциите на бета-блокери варират до два пъти (от 44% за Лондон, Великобритания, до 88% за Лил, Франция); същата зависимост е в сила и за медикаментите за понижаване на липидните нива. Употребата на АСЕ-инхибитори варира до три пъти (от 19% в Малмьо, Швеция, до 69% в Любляна, Словения).

Бяха публикувани нови данни от 8 страни, взели участие в трите проучвания EUROASPIRE. Данните от последното проучване (2005/06) подкрепят наблюдаваната тенденция за малка вариация по отношение на прескрипциите на антитромбоцитните и понижавачите липидните нива медикаменти – честотата на прескрипциите за тези медикаменти надвишава 80%. По отношение на прескрипциите за бета-блокери съществува известна вариабилност – 74% от пациентите във Франция получават бета-блокери в сравнение с 96% от пациентите във Финландия.

От 1995/96 прескрипциите на медикаменти, понижавачи липидните нива, нараснаха масивно в Европа. Честотата на прескрипциите за тези медикаменти се удвои във всичките изследвани популации в EUROASPIRE. В Италия честотата се е повишила три пъти – от 25% през 1995/96 до 91% през 2005/06. Наблюдавано е също и голямо повишение на прескрипциите за АСЕ-инхибиторите, макар и честотата да оста-



Фиг. 2.2в. Честота на перкутанните коронарни интервенции при възрастни от 35 до 74 години, данни около 2000 г., Европа

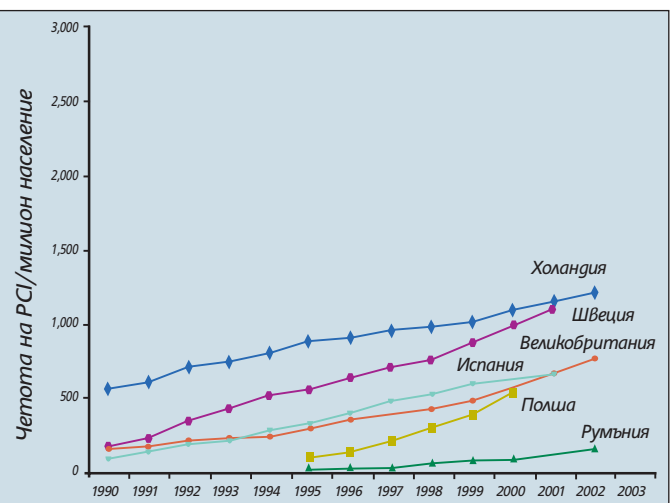
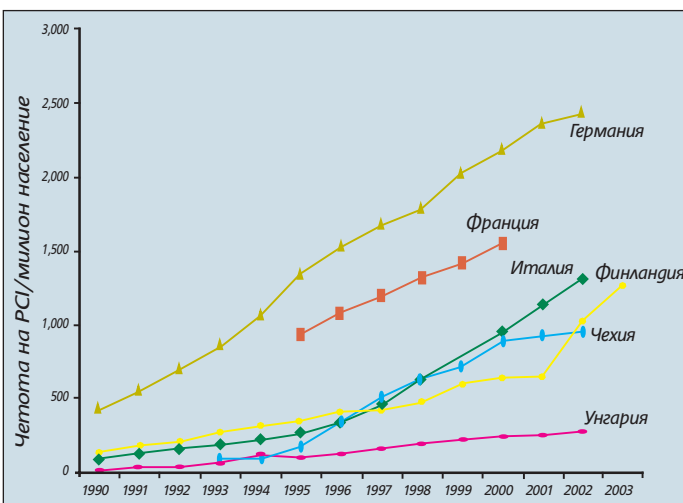
ва по-ниска от тази за медикаментите, понижавачи липидните нива.⁸

Това глобално повишение на прескрипциите на медикаменти за вторична профилактика, установено в EUROASPIRE, е наблюдавано във всички представителни проучвания, проведени на национално ниво в съответните страни. Например данните от проучването Myocardial Infarction National Audit Project (MINAP), проведено във Великобритания, показват бързо нарастване на честотата на прескрипциите за бета-блокери, медикаменти, понижавачи липидните нива (статинови) и аспирин при пациенти след хоспитализация по повод на преживян миокарден инфаркт – съответно 92%, 96% и 97% за Англия и 93%, 95% и 99% за Уелс.⁹

Книгопис

1. Newey C, Nolte E, Mckee M and Mossialos E (2004) Avoidable mortality in the Enlarged European Union. ISS Statistics 2. Brussels:ISS.
2. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P, for the WHO MONICA Project (1999) Contribution of trends in survival and coronary event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10 year results from 37 WHO MONICA Project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *The Lancet*; 353: 1547-1557.
3. Unal B, Critchley J and Capewell S (2004) Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*; 109:1101-1107.
4. Murray JL and Lopez AD (1996) The global burden of disease. WHO: Geneva.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.



Фиг. 2.3. Честота на перкутанни коронарни интервенции на милион население, от 1990 до 2003 г., избрани европейски държави