



Tadeusz Gburek, Łukasz Tułeczki

WYZWANIA ZAMOJSKIEJ KARDIOCHIRURGII WOBEC EPIDEMIOLOGII CHORÓB UKŁADU KRAŻENIA



Choroby układu krążenia są od wielu lat główną przyczyną zgonów w naszym kraju. Wprawdzie umieralność z powodu chorób kardiologicznych nieznacznie obniża się od połowy lat 90-tych, jednak nadal stanowią one blisko 48% przyczyn wszystkich zgonów. W Unii Europejskiej wg danych Światowej Organizacji Zdrowia od końca lat 70-tych umieralność z powodu schorzeń układu sercowo-naczyniowego zmniejszyła się o prawie 40% i nadal utrzymuje się tendencja spadkowa¹.

Jak na tle Polski i Europy rysuje się obraz powiatu zamojskiego? Reforma służby zdrowia w Polsce z 1999 roku objęła także sferę badań epidemiologicznych. Obowiązujące do 2000 r. sprawozdania na formularzach MZ-18 zostały zastąpione formularzami MZ-11 o działalności i zatrudnieniu w publicznej opiece zdrowotnej. Poniższe dane epidemiologiczne zostały uzyskane z zamojskiej filii Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego, ze Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach, Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie oraz z Głównego Urzędu Statystycznego.

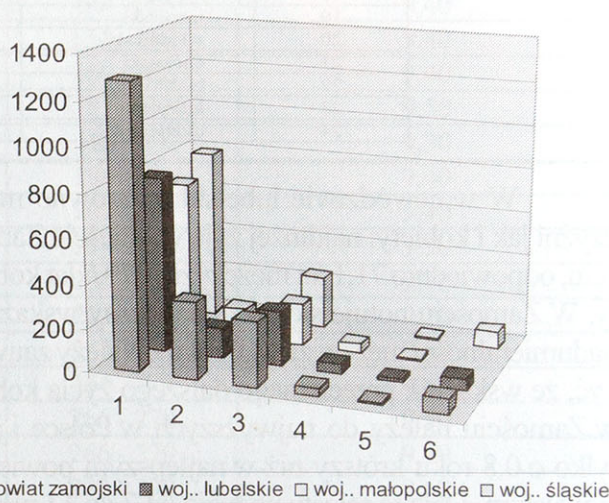
Na początek warto przypomnieć definicje podstawowych wskaźników epidemiologicznych określających stan zdrowia społeczeństwa, które będą omawiane w niniejszym opracowaniu.

Wskaźnik chorobowości określa ogólną liczbę osób chorych na daną chorobę w badanym okresie. Wskazuje na częstość występowania danej choroby w badanej populacji.

Wskaźnik zachorowalności określa stopień nasilenia procesu chorobowego w badanej populacji. Wskazuje liczbę nowych przypadków danej choroby występujących po raz pierwszy w określonym przedziale czasu, najczęściej w okresie 1 roku.

Wskaźnik umieralności określa liczbę zgonów spowodowanych przez badaną chorobę występujących w okresie 1 roku w badanej populacji.

Rysunek 1. Porównanie chorobowości i zachorowalności na choroby układu krążenia w powiecie zamojskim, województwie lubelskim, małopolskim i śląskim (dane z roku 2000, *2001, wskaźniki na 10 000 mieszkańców).



Legenda: 1 – chorobowość na choroby układu krążenia, 2 – zachorowalność na choroby układu krążenia, 3 – chorobowość na chorobę niedokrwienną serca, 4 – zachorowalność na chorobę niedokrwienną serca, 5 – zachorowalność na ostry zawał serca, 6 – chorobowość dla przebytego zawału serca.

Tablica 1. Porównanie chorobowości i zachorowalności na choroby układu krążenia w powiecie zamojskim, województwie lubelskim, małopolskim i śląskim (dane z roku 2000, *2001, wskaźniki na 10 000 mieszkańców)

	powiat zamojski	woj. lubelskie	woj. małopolskie	woj. śląskie
Ch. układu krążenia				
- chorobowość	1286,2	801,2	705,4	785,4
- zachorowalność	347,6	137,9	140,1	-
Ch. niedokrwienna serca				
- chorobowość	296,8*	249,61*	197,2	239,7
- zachorowalność	36,1*	44,02*	43,3	-
Ostry zawał serca				
- zachorowalność	8,93*	11,68*	8,4	11,1
Przebyty zawał serca				
- chorobowość	72,05*	53,62*	-	75,2



W przedstawionych powyżej danych (rys. 1, tab. 1) zwraca uwagę bardzo wysoki wskaźnik chorobowości na choroby układu krążenia w powiecie zamojskim, wyższy o ok. 60% w stosunku do wskaźnika w woj. śląskim. Ponad 56% przypadków to nadciśnienie tętnicze – jeden z głównych czynników ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej). Jej chorobowość również jest większa niż w porównywanych regionach (o ok. 50% wyższa niż w woj. małopolskim, 24% niż w woj. śląskim). Zaskakująco niska jest zachorowalność na ostry zawał serca w powiecie zamojskim, niewspółmierna do wysokiej chorobowości na choroby układu krążenia. Najprawdopodobniej jest ona związana z wysoką śmiertelnością przedszpitalną i z faktem, że chory po zawale albo w ogóle nie trafia do leczenia albo zgłasza się do lekarza zbyt późno, kiedy rozpoznanie przebytego zawału jest znacznie utrudnione lub wręcz niemożliwe. Pośrednim potwierdzeniem tego przypuszczenia jest także zbyt niski wskaźnik umieralności na ostry zawał serca w woj. lubelskim w porównaniu z całą Polską i wybranymi krajami Europy (Tab. 3). Z powodów wskazanych powyżej lekarz stwierdzający zgon pacjenta jako jego przyczynę podaje inne choroby układu krążenia (wg klasyfikacji ICD-10), a nie zawał serca – stąd w woj. lubelskim wysoki wskaźnik umieralności z powodu chorób układu krążenia.

Tablica 2. Chorobowość i zachorowalność na choroby układu krążenia w powiecie zamojskim w 2001 roku (wskaźniki na 10 000 mieszkańców)

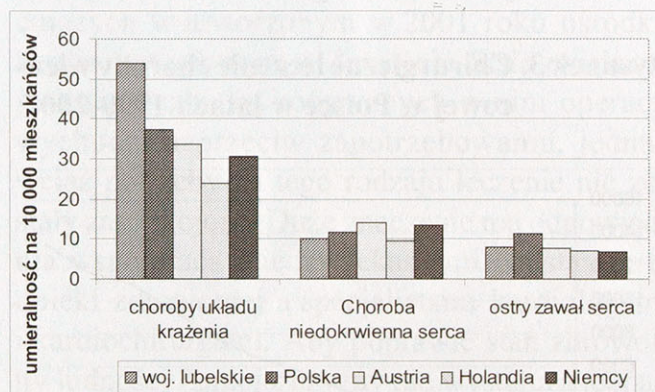
	ogółem	przedziały wiekowe				zachorowalność
		19-34	35-54	55-65	ponad 65	
Choroby układu krążenia	1357,71	527,14	1059,1	4050,6	1512,05	124,57
Choroba nadciśnieniowa	760,59	256,70	610,48	2316,8	842,03	56,23
Choroba niedokrwiennej serca	296,82	80,54	226,02	1007,4	320,62	36,10
Z ch.n.s.: przebyty zawał serca	72,05	10,24	54,35	225,32	100,07	8,93
Ch. naczyń mózgowych	86,05	18,05	53,35	265,28	133,53	15,29

W 2001 roku w powiecie zamojskim wskaźnik chorobowości dla choroby niedokrwiennej serca wyniósł **296,82/10 000** mieszkańców. Zachorowalność dla tej choroby została wyliczona na poziomie **36,10/10 000** mieszkańców. Wg danych zamojskiej filii Lubelskiego Centrum Zdrowia Pu-

blicznego Publicznego w powiecie zamojskim na każde 10 000 mieszkańców 72 osoby przebyły w przeszłości zawał serca (dokładny wskaźnik chorobowości **72,05/10 000**). Zachorowalność na ostry zawał mięśnia sercowego wynosi **8,93/10 000**. Szczegółowe dane w poszczególnych przedziałach wiekowych zawiera tabela 2.

Wg danych z 2000 roku w województwie lubelskim choroby układu krążenia były przyczyną 48% zgonów (w mieście 45,6%, na wsi 49,4%). Wskaźniki umieralności z powodu chorób układu krążenia wynosił wówczas 49,8/10 000 mieszkańców (w mieście 36,4/10 000, na wsi 61,2/10 000). Cztery lata wcześniej, czyli w 1996 roku wskaźnik ten wynosił 53,8/10 000 mieszkańców (miasto 40,3/10 000, wieś 73,2/10 000). Dużo wyższy wskaźnik umieralności u osób mieszkających na wsi świadczy najprawdopodobniej o dużo mniejszej świadomości zdrowotnej wśród tej populacji oraz o nadal utrudnionym dostępie do specjalistycznego leczenia.

Rysunek 2. Wskaźniki umieralności na choroby układu krążenia w wybranych regionach (dane z 1997r., na 10 000 mieszkańców)



Tablica 3. Wskaźniki umieralności na choroby układu krążenia w wybranych regionach (dane z 1997r., 1996* na 10 000 mieszkańców)

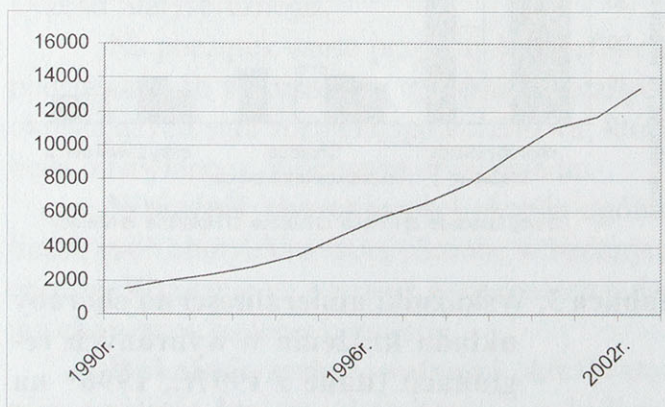
	ch. układu krążenia	ch. niedokrwiennej serca	ostry zawał serca
woj. lubelskie*	53,8	10,2	7,9
Polska	37,5	11,5	11,3
Austria	33,7	14,1	7,6
Holandia	23,8	9,6	7,1
Niemcy	30,7	13,4	6,7

¹ Dane europejskie z bazy danych OECD Health Data 2001.

Najważniejszym wskaźnikiem w epidemiologii chorób układu krążenia, świadczącym o poziomie opieki kardiologicznej w danym regionie, jest umieralność. Porównanie woj. lubelskiego na tle Polski i wybranych krajów europejskich przedstawiono na rys.2 i w tab.4. Umieralność z powodu chorób układu krążenia w Polsce jest jedną z najwyższych w Europie. Województwo lubelskie charakteryzuje się wyższym wskaźnikiem niż średnia umieralność w Polsce. Zdziawiająco niska umieralność na ostry zawał serca w tym regionie jest najprawdopodobniej związana z czynnikami, o których wspomniano przy przedstawianiu wskaźników chorobowości i zachorowalności. Wydaje się, że wysoka śmiertelność przedszpitalna i zbyt późne docieranie chorych do lekarza powoduje, że w dużej liczbie przypadków zawał serca nie zostaje w ogóle rozpoznany, a jako przyczynę zgonu podaje się ogólnie choroby układu krążenia.

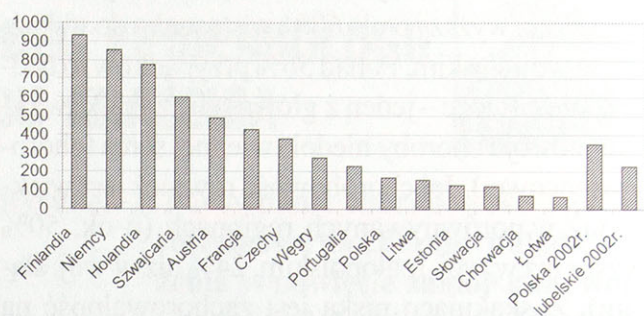
Dzięki rozwojowi kardiologii inwazyjnej i kardiologii chirurgicznej znacznie poprawiła się skuteczność leczenia chorób serca. W Polsce stale z roku na rok rośnie ilość operacji kardiologicznych, w tym operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca (chirurgia wieńcowa) (Rys. 3).

Rysunek 3. Chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej w Polsce w latach 1990-2002



Nadal jednak w tej dziedzinie pozostajemy w tyle w stosunku do większości krajów europejskich, co zobrazowano na poniższym rysunku (Rys.4).

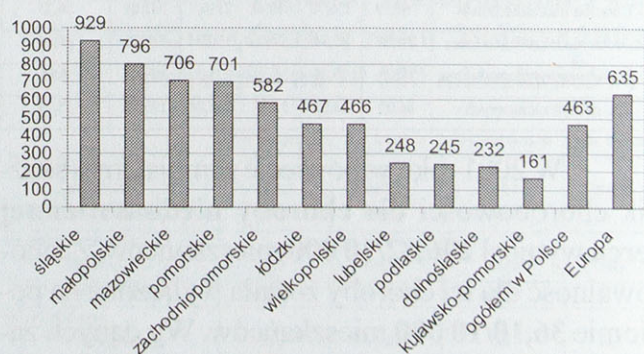
Rysunek 4. Operacyjne leczenie choroby wieńcowej w Europie w 1997 r. na 1 mln ludności²



Legenda: - w 1997 roku średnia europejska – 423/ 1 mln ludności
 - w 2001r. w Polsce średnia 302/1 mln ludności, woj. lubelskie 200/1 mln ludności.
 - w 2002 roku w Polsce – średnia 346/1 mln ludności, woj. lubelskie – 233/1 mln ludności

W Polsce dostęp do leczenia kardiologicznego nie jest jednakowy w poszczególnych województwach. Jak przedstawiono na rys. 5, niektóre województwa takie jak śląskie, małopolskie, mazowieckie i pomorskie przekroczyły średni europejski wskaźnik operacji kardiologicznych, który wyniósł w 2000 roku 635 na 1 000 000 mieszkańców. W pozostałych województwach nadal zapotrzebowanie na leczenia kardiologiczne jest większe od aktualnych możliwości. W 2000 roku województwo lubelskie wraz z kujawsko-pomorskim zajmowało w tej klasyfikacji ostatnie miejsce. Dzięki utworzeniu ośrodka kardiologicznego w Zamościu sytuacja ta uległa poprawie, jednak nadal potrzeby są dużo większe.

Rysunek 5. Ilość operacji kardiologicznych na 1 mln ludności w poszczególnych województwach w 2001 roku³



² F. Unger: Cardiac Interventions in Europe 1997. Cor. European, 1999, 7, 177.

³ M. Śliwińskiego i M. Szufładowicza, Kardiologia Polska 2001r., Raport Klubu Kardiologów Polskich, Warszawa, marzec 2002r.

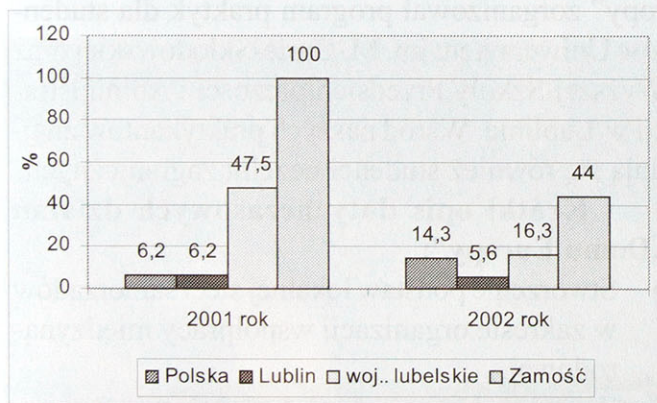


W roku 2002 w naszym kraju ilość operacji w zakresie chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej wzrosła o 14,3%. Dzięki utworzeniu w 2001 roku Oddziału Kardiologii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Zamościu w województwie lubelskim ilość operacji wieńcowych wzrosła w 2001 roku o 47,5%, a okresie 2000-2002 wzrost ten wyniósł 78,2%. Dynamikę zmian wskaźników kardiologicznych w województwie lubelskim przedstawiono poniżej (tab.5 i rys.5).

Tablica 5. Ilość operacji wieńcowych w latach 2000-2002 w Polsce oraz w ośrodkach lubelskim i zamojskim

	2000	2001	2002
Polska	11000	11687	13361
Lublin	303	322	340
Zamość	-	125	180
woj. lubelskie	303	447	520

Rysunek 5. Dynamika wzrostu ilości operacji wieńcowych w latach 2001-2002 w Polsce, w Lublinie, woj. lubelskim i Zamościu



Dzięki utworzeniu ośrodka kardiologicznego w Zamościu w województwie lubelskim w 2002 roku wykonano 520 operacji wieńcowych. Nadal jednak wskaźnik operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca, określający ilość operacji wieńcowych przypadających na 1 mln mieszkańców, jest w województwie lubelskim dużo niższy niż średni w Polsce (woj. lubelskie

233/1 mln, Polska – 346/1 mln.). Ośrodek zamojski, wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu, zamierza zwiększyć ilość operacji w bieżącym roku o kolejne 70%, osiągając docelowo w ciągu kolejnych lat liczbę 600 operacji kardiologicznych rocznie.

Mimo stale zwiększających się możliwości skutecznego leczenia chorób układu krążenia nadal znaczna część chorych nie jest poddawana inwazyjnej diagnostyce kardiologicznej. Leczeni jedynie zachowawczo przy pomocy farmakoterapii bez wdrożenia odpowiedniej diagnostyki (koronarografia) są pozbawieni możliwości skutecznego leczenia, także kardiologicznego. Kolejnym problemem jest fakt, że duża grupa chorych po wykonaniu koronarografii i zakwalifikowaniu do leczenia operacyjnego rezygnuje z proponowanej operacji (w I kwartale 2002 roku liczba takich chorych przekroczyła 30%).

Opierając się na powyższych danych należy stwierdzić, że w woj. lubelskim, a tym samym w powiecie zamojskim mamy do czynienia z wysoką chorobowością i zachorowalnością na choroby układu krążenia, a także umieralnością z ich powodu. Stanowi to wyzwanie dla lekarzy zajmujących się tą dziedziną medycyny, także dla pracujących w utworzonym w 2001 roku ośrodku kardiologicznym w Zamościu. Stale zwiększająca się liczba wykonywanych w nim operacji wychodzi naprzeciw zapotrzebowaniu, jednak wciąż potrzeby na tego rodzaju leczenie nie zostały zaspokojone. Duże znaczenie ma odpowiednia współpraca między lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami kardiologami i kardiologami. Aby poprawić stan zdrowotny ludności Zamojszczyzny nie wystarczą jednak tylko działania podejmowane przez samych lekarzy. Konieczne jest także współdziałanie między poszczególnymi szczeblami władz samorządowych, instytucjami zajmującymi się organizacją ochrony zdrowia, organizacjami pozarządowymi. Celem jest nie tylko poprawa dostępności do specjalistycznej inwazyjnej diagnostyki i leczenia, ale także zwiększenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa.

Bibliografia:

1. F. Levi, F. Lucchini, E. Negri, C. La Vecchia: *Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world*, Heart 2002, 88, 119-124.