

Η ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΙΟΥΦΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
Πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας

Η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει η κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως. Μόνο στην Ευρώπη σημειώνονται περισσότεροι από τέσσερα εκατομμύρια θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα κάθε χρόνο, που αντιστοιχούν στο 49% του συνόλου των θανάτων στις γυναίκες και στο 40% του συνόλου των θανάτων στους άνδρες. Στο σύνολο των ευρωπαϊκών κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) εκτιμάται ότι 83,4 εκατομμύρια άνθρωποι αντιμετωπίζουν καρδιαγγειακά προβλήματα. Στην Ελλάδα ο ρυθμός θνησιμότητας από καρδιαγγειακά συμβάματα είναι κατά μέσο όρο 485 θάνατοι ανά 100.000 άτομα στους άνδρες και 391 θάνατοι ανά 100.000 άτομα στις γυναίκες. Συγκεκριμένα, ο ρυθμός θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο ανέρχεται περίπου σε 145 θανάτους ανά 100.000 άτομα στους άνδρες και 68 θανάτους ανά 100.000 άτομα σε γυναίκες.^{1,2†} Παρά τα προαναφερθέντα στοιχεία, σύμφωνα με τις επίσιες στατιστικές αναφορές για τις καρδιακές παθήσεις και τα εγκεφαλικά επεισόδια στις ΗΠΑ, μαζί με τα διαθέσιμα στοιχεία από το 2016 για την Ευρώπη, καταγράφεται σημαντική μείωση του ρυθμού θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και στεφανιαία νόσο με την πάροδο των ετών. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, ο ρυθμός θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα μειώθηκε κατά 31% στους άνδρες και κατά 39% στις γυναίκες και από στεφανιαία νόσο κατά 28% στους άνδρες και 39% στις γυναίκες.^{1,2} Το πρόγραμμα ESC Atlas είναι μια συλλογή καρδιαγγειακών στατιστικών που καταρτίστηκε από το European Heart Agency της ESC και αναπτύχθηκε σε συνεργασία με τις εθνικές καρδιολογικές εταιρείες των χωρών-μελών της ESC, υπό την ηγεσία του τέως προέδρου της ESC, καθηγητή κ. Π. Βάρδα. Σύμφωνα με τον άτλαντα υπάρχουν ενδείξεις ότι παρόλο που η καρδιαγγειακή θνησιμότητα μειώθηκε, τα νεοδιαγνωσθέντα

περιστατικά καρδιαγγειακών νοσημάτων συνέχισαν να αυξάνονται μεταξύ των ετών 1990 και 2015 στην πλειοψηφία των χωρών μελών της ESC, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, ως αποτέλεσμα της αύξησης του πληθυσμού και της γήρανσης.³ Ως εκ τούτου, για να διατηρηθεί η πρωτική τάση στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα ενθαρρύνεται η εφαρμογή θεραπειών για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και ο διαβήτης. Στη χώρα μας το ποσοστό των υπερτασικών ανδρών είναι σχεδόν 23% και των υπερτασικών γυναικών σχεδόν 15%. Ο εκτιμώμενος επιπολασμός της δυσλιπιδαιμίας ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 13% και στα δύο φύλα. Επιπλέον, η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες μέλη της ESC με το χαμηλότερο επιπολασμό διαβήτη, ο οποίος κατά μέσο όρο είναι 4,8%. Εν τω μεταξύ, η παχυσαρκία στις γυναίκες (24%) είναι ελαφρώς μεγαλύτερη σε σύγκριση με τους άνδρες (23%), γεγονός που καταδεικνύει την ύπαρξη επιδημίας παχυσαρκίας λόγω έλλειψης άσκησης και κακής διατροφής. Ο μέσος όρος του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) είναι σχεδόν παρόμοιος σε άνδρες και γυναίκες και ανέρχεται περίπου σε 27,5kg/m².³ Οι σχετιζόμενοι με τον τρόπο ζωής παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας ενδέχεται επίσης να συμβάλλουν στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Στην Ελλάδα περίπου το 38% των ανδρών και το 26% των γυναικών ηλικίας ≥ 15 ετών είναι καπνιστές, γεγονός που υποδηλώνει ότι απαιτείται αυστηρότερη εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου. Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ είναι κατά μέσο όρο 7,5lt/άτομο/έτος. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένας στους δύο άνδρες και μία στις πέντε γυναίκες αναφέρουν υπερβολική περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ (≥ 60gr καθαρού αλκοόλ σε τουλάχιστον μία περίπτωση), τοποθετώντας τη χώρα μας στις πρώτες δέκα χώρες μέλη της

ESC σε κατανάλωση αλκοόλ. Τέλος, το ποσοστό των ενήλικων με ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα, που αναφέρουν λιγότερο από 150 λεπτά σωματικής άσκησης μέτριας έντασης και λιγότερο από 75 λεπτά άσκησης υψηλής έντασης εβδομαδιαίως είναι χαμηλό και φθάνει κατά μέσο όρο το 13% στους άνδρες και το 18% στις γυναίκες.³ Οι διαφορές στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα μεταξύ των χωρών μελών της ESC πιθανώς αντανακλούν τις ανισότητες στη διαθεσιμότητα ανθρώπινου δυναμικού και τις δυνατότητες διαχείρισης και παρεμβάσεων. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία σχετικά με τη βέλτιστη ειδική φροντίδα στον τομέα της καρδιολογίας. Στο πλαίσιο αυτό, το πρόγραμμα ESC Atlas είχε σκοπό να κάνει διαθέσιμες αυτές τις πληροφορίες για την Ευρώπη.

Ο μέσος αριθμός καρδιολόγων ανά εκατομμύριο ατόμων στις χώρες μέλη της ESC είναι 86. Ειδικότερα, υπάρχουν αναφορές για 12 επεμβατικούς καρδιολόγους, 5 ηλεκτροφυσιολόγους και 10 καρδιοχειρουργούς ανά εκατομμύριο ατόμων. Η Ελλάδα κατέχει μια από τις πέντε υψηλότερες θέσεις, καθώς έχουν καταγραφεί 277 καρδιολόγοι, 23 επεμβατικοί καρδιολόγοι, 17 ηλεκτροφυσιολόγοι και 33 καρδιοχειρουργοί ανά εκατομμύριο ατόμων.³ Ακολουθώντας τον αυξανόμενο αριθμό επεμβατικών καρδιολόγων και ηλεκτροφυσιολόγων σε όλες τις χώρες-μέλη της ESC, ο αριθμός των αιμοδυναμικών και ηλεκτροφυσιολογικών εργαστηρίων αυξήθηκε επίσης. Στην Ελλάδα υπάρχουν κατά προσέγγιση 4 κέντρα που διενεργούν διαδερμικές στεφανιαίες παρεμβάσεις (PCIs), 5 κέντρα που πραγματοποιούν εμφυτεύσεις βηματοδοτών, 2 κέντρα για εμφυτεύσιμους απινιδωτές (ICD) και 2 καρδιοχειρουργικά κέντρα ανά εκατομμύριο ατόμων. Σχετικά με τις επεμβάσεις, διενεργούνται 1.293 PCIs, 711 εμφυτεύσεις βηματοδοτών, 96 εμφυτεύσεις απινιδωτών (ICD), 41 εμφυτεύσεις συσκευών καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT), 131 καταλύσεις και 502 επεμβάσεις αορτο-στεφανιαίας παράκαμψης ανά εκατομμύριο ατόμων ετησίως.³ Είναι γνωστό ότι η Ελλάδα έχει εισέλθει σε πρόγραμμα λιτότητας από το 2010, γεγονός που είχε αντίκτυπο στις δαπάνες για την υγεία. Πράγματι, οι δαπάνες μειώθηκαν από 9,8% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος το 2008 σε 8,1% το 2014 και η ακόλουθη εφαρμογή μέτρων λιτότητας είχε δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία.⁴ Αναδρομική μελέτη ενός κέντρου που περιέλαβε ασθενείς που

υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης έδειξε ότι η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου επηρεάστηκε εν μέρει κατά τη διάρκεια της κρίσης στη χώρα μας. Ο επιπολασμός όλων των παραγόντων κινδύνου μειώθηκε ή παρέμεινε σταθερός με εξαίρεση την παχυσαρκία, επιβεβαιώνοντας τη θεωρία του «παράδοξου της παχυσαρκίας». Ως εκ τούτου, φαίνεται ότι η επίδραση των παραγόντων κινδύνου στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου δεν είναι μια άμεση διαδικασία αλλά συνδέεται με κάποιον τρόπο με κοινωνικούς παράγοντες και τις συνθήκες διαβίωσης.⁵ Συμπερασματικά, τα διαθέσιμα στοιχεία φανερώνουν μείωση του ρυθμού θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακής νόσου την τελευταία δεκαετία σε όλες σχεδόν τις χώρες μέλη της ESC, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας. Ο υψηλός επιπολασμός ορισμένων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου υπογραμμίζει ενδεχομένως την έλλειψη αποτελεσματικής πολιτικής για την υγεία και δημόσιας εκπαίδευσης. Συνεπώς, η ενίσχυση προγραμμάτων που στοχεύουν στη διαχείριση των διαφόρων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου μαζί με την ανάπτυξη εξειδικευμένων θεραπειών και/ή παρεμβάσεων σε ασθενείς με εγκατεστημένη νόσο θα μπορούσε να συμβάλει στη διατήρηση του μειωμένου ποσοστού καρδιαγγειακής θνησιμότητας.

Βιβλιογραφία

1. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J* 2016;37:3232-3245.
2. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2018;137:e67-e492.
3. Timmis A, Townsend N, Gale C et al. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017. *Eur Heart J* 2018;39:508-579.
4. Global Burden of Disease Greece C. The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000-16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Public Health* 2018;3:e395-e406.
5. Sanidas EA, Papaioannou TG, Papadopoulos DP et al. The impact of financial crisis on coronary artery disease burden in Greece. *Hellenic J Cardiol* 2018.