

Анализ на заболяемостта от най-честите социалнозначими заболявания: сърдечносъдови, мозъчносъдови заболявания и захарен диабет

2А/ Сърдечно-съдовите заболявания в светлината на Европейската харта за сърдечно здраве

Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) са причина номер едно за смъртните случаи сред населението на Европа. Те съставляват половината от всички смъртните случаи в Европа, причинявайки смъртта на повече от 4.35 милиона в 52 –те държави членки на европейския регион на СЗО и повече от 1.9 милиона в държавите от Европейския съюз . ССЗ са още основен фактор за инвалидизиране на населението и намаляване на качеството на живот.

По данни на Научното дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт за 2006 г. в България средната смъртност от исхемична болест на сърцето е 215/100000 души население, като в някои области като Видин достига до 384/100000; средната смъртност от мозъчно-съдови инциденти е 299/100 000, като в някои области като Видин достига до до 649/100 000; средната смъртност от остър инфаркт на миокарда е 87/100 000, като тя е най-висока в Шумен – 156.7 /100 000; средната смъртност от хипертония е 105/100 000, като тя е най-висока във Варненска (422/100 000) и в Разградска области (377/100 000); средната смъртност от болести на органите на кръвообръщението е 979/100 000, като най-висока е във Видинска (1586/100 000) и Монтанска области (1485/100 000). Общата смъртност за страната е 14.7/1000 души населением най-висока е общата смъртност отново във Видинска (22.4/1000) и Монтанска области (20.2/1000).

Въпреки това ССЗ могат да бъдат предотвратени. Според СЗО умереното, но едновременно понижаване на кръвното налягане, холестерола, борбата със затлъстяването и злоупотребата с тютюневи изделия ще намали сърдечно-съдовата смъртност наполовина.

Честотата на сърдечно-съдовите фатални или не инциденти намалява в Северна, Южна и Западна Европа, докато в Централна и Източна Европа има тенденция към увеличаване на сърдечно-съдовите събития.

Въпреки че смъртните случаи следствие на ССЗ в Европейския съюз намаляват, се увеличава броят на хората живеещи със ССЗ. Този парадокс се дължи на повишаване на приживяемостта и удължаване на живота на сърдечно болните.

ССЗ са причина за смъртта на повече хора в сравнение с всички онкологични заболявания взети заедно, като процента е по-висок за жените- 55% от всички смъртни случаи и 43% за мъжете, и дори още по-висок процент сред населението с нисък социално-икономически статус.

Добре познатите основни рискови фактори за ССЗ включват тютюнопушенето, повишеното кръвно налягане и серумен холестерол, начин на живот, хранителни навици и физическата активност. Други фактори свързани със ССЗ са затлъстяването, захарният диабет, прекомерната употреба на алкохол и стреса.

Решенията на Европейски парламент от 2004 относно сърдечно-съдовата заболяемост подчертават важността от действия, както на популационно, така и на индивидуално ниво, особено чрез локализиране на високорисковите пациенти. В Декларацията от Люксембург, приета при председателството на Люксембург, се постига споразумение между представителите на Здравните министерства на страните членки, както и между европейските и национални кардиологични дружества и организации, за енергично стартиране и заздравяване на превенцията и профилактиката на ССЗ, както и за осигуряване на адекватни мерки и политическа подкрепа във всички европейски страни.

Целта на Европейската харта за сърдечно здраве е да редуцира значително бремето на ССЗ в ЕС и европейския регион на СЗО, и да намали неравностойното му разпределение между отделните държави. В този документ терминът “Сърдечно здраве” включва сърдечните болести, мозъчно-съдова болест и други атеросклеротични съдови заболявания.

ССЗ са многофакторни състояния и е важно всички рискови фактори и детерминанти, отговорни за тяхното развитие, да бъдат повлияни, както на обществено, така и на индивидуално ниво. Особеностите на сърдечното здраве включват: неупотреба на тютюн,ю; адекватна физическа активност - поне 30 минути на ден, пет пъти седмично; здравословни хранителни навици; нормално телесно тегло; кръвно налягане под 140/90; серумен холестерол под 5mmol/l (190mg/dl); нормален глюкозен метаболизъм; избягване на прекомерния стрес.

Рисковите фактори за ССЗ могат да бъдат обособени в три категории:

Биологични	Начин на живот	Други	
Фиксирани		Променливи	
Повишено кръвно налягане	Тютюнопушене	Възраст	Доход
Повишена кръвна захар	Нездравословно хранене	Пол	Образование
HDL- холестерол	Злоупотреба с алкохол	Фамилна обремененост	Условия на живот
Наднормено тегло/затлъстяване	Ниска физическа активност	Етнос	Условия на труд

Рисковите фактори могат да бъдат повлияни: от политиците чрез осигуряване на здравословна среда, данъчни облекчения и други мерки; от самите хора чрез здравословно хранене, неупотреба на тютюн и редовна физическа активност; от здравните специалисти чрез откриване, профилактика и лечение на хората с висок риск.

Цялостният подход към рисковите фактори трябва да започне още в детството.

Бремето на вече установените ССЗ може да бъде намалено чрез ранна диагноза, подходящо лечение, рехабилитация. Важно е също да се подпомага създаването на национални стратегии за откриване и профилактика на високорисковите групи и превенция и грижа за хората с вече установено ССЗ.

3

През 2007г. е публикувана четвъртата ревизия на Препоръките за превенция на сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) на Европейското дружество по кардиология. Новата ревизия се базира на по-голям обем информация от общата практика и болничните заведения и в нея специално е подчертано значението на физическите увреждания, контрола на телесното тегло и поддържането на здравословен начин на живот. В препоръките е включена и по-детайлна дискусия относно системите за степенуване на данните, а така също са ре-дефинирани приоритетите и целите. Добавени са нови раздели за значимостта на пола, сърдечната честота, индекса на телесната маса и обиколката на талията за сърдечно-съдовата болестност.

Оценката на риска е важен момент от клиничната практика, но по-важно е разбирането на лекарите, че множество рискови фактори действат комплексно и че някакъв риск съществува винаги. Освен това трябва да вземем в съображение и разликата между 10-годишния риск (използван в повечето алгоритми за определяне на риска) и доживотния риск, а така също и влиянието на възрастта върху абсолютния риск.

Превенцията на ССЗ има няколко принципи и подходи за реализация на тези принципи:

1. Да се подпомогнат хората с нисък сърдечно-съдов риск да го задържат нисък максимално дълго и да се помогне на онези с повишен риск да го намалят.
2. За осигуряване на здраве е необходимо: да не се пуши; да се консумира здравословна храна; да се осигури 30-минутна умерена физическа активност дневно; индексът на телесната маса да бъде $<25\text{kg/m}^2$ и да не се допуска централно затлъстяване; АН $<140/90\text{ mmHg}$; - общ холестерол $<5\text{ mmol/L}$; LDL-хол $<3\text{ mmol/L}$; кръвна захар $<6\text{ mmol/L}$.
3. За осигуряване на стриктен контрол на риска при високо-рискови хора, особено с установено ССЗ и диабет, е необходимо: АН $<130/80\text{ mmHg}$, ако е възможно; общ холестерол $<4.5\text{ mmol/L}$ с прицел $<4.0\text{ mmol/L}$, ако е възможно; LDL-хол $<2.5\text{ mmol/L}$ с прицел $<2.0\text{ mmol/L}$, ако е възможно; кръвна захар $<6\text{ mmol/L}$ и HbA1C $<6.5\%$, ако е възможно.
4. Да се прилага кардиопротективна медикаментозна терапия при високо-рисковите хора и особено при тези с установена атеросклеротична болест.

Европейски препоръки за поведение при болни с артериална хипертония '2007

През юни 2007г. ESH/ESC публикуваха новите европейски препоръки за поведение при болни с артериална хипертония (АХ). Те се базират на наличните доказателства за ползата от антихипертензивната терапия. Има консенсус, че големите рандомизирани проучвания, анализиращи фатални и нефатални събития, са най-значимата база за доказателства. При болни с артериална хипертония първата цел е да се постигне максимално намаляване на дългосрочния общ сърдечно-съдов риск. Това изисква лечение на повишеното артериално налягане (АН), както и на всички обратими рискови фактори. АН трябва да се намали поне под 140/90 mmHg и до по-ниски стойности, ако се понася, при всички хипертоници.

Прицелното АН трябва да бъде <130/80 mmHg при диабетици и високо-рискови пациенти, както и при тези с допълнителни клинични изяви (инсулт, инфаркт, бъбречна недостатъчност, протеинурия).

Съвременните терапевтични подходи включват:

1. Основната полза от антихипертензивната терапия е намаляването на артериалното налягане *per se*;
2. Пет основни класа антихипертензивни медикаменти – тиазидни диуретици, калциеви антагонисти, АСЕ-инхибитори, АРБ (ангиотензин рецептор блокери) и β -блокери, са подходящи за начало и поддържане на лечението, сами или в комбинации.

Тъй като много пациенти се нуждаят от повече от един медикамент, наблягането на избора на първи клас медикаменти е често неоснователно. И все пак има много състояния, подкрепящи първоначалния избор на един клас пред друг в моно-или в комбинираната терапия. Всеки от препоръчаните класове медикаменти може да има специфични особености, както и ограничения при използването му, затова лекарят трябва да направи своя избор съобразно индивидуалния болен.

Диагностичната оценка при артериална хипертония има следните цели:

- Установяване на стойностите на артериалното налягане;
- Идентифициране на вторичните причини за хипертония (симптоматична хипертония);
- Установяване на други рискови фактори, субклинични органни увреди, съпътстващи заболявания, придружаващи сърдечно-съдови и бъбречни усложнения.
-

Процедурите, които се прилагат в диагностичната оценка на хипертониците, са измерване на АН, фамилна и клинична анамнеза, физикален преглед, лабораторни и инструментални изследвания. При измерване на АН трябва да се спазват определени изисквания. Нормалните стойности са различни за офисното, амбулаторното и измереното у дома АН. Амбулаторното 24-часово АН може да подобри предикцията на сърдечно-съдовия риск. АН, измерено у дома от пациента, има по-добра прогностична стойност от офисното, въпреки че офисното АН е

референтно. Анамнезата при хипертониците трябва да включва данни за стойностите на АН, продължителността на хипертонията, фамилната анамнеза, симптомите на органно увреждане, симптомите, подсказващи вторична хипертония, предшестваща антихипертензивната терапия. Физикалният преглед е насочен към установяване на органни увреди и симптоматични форми на АХ. Лабораторните и инструменталните изследвания включват рутинни тестове, препоръчителни тестове и разширена оценка (приоритет на специалиста) за установяване на органно увреждане и изследване на вторична хипертония.

Органна увреда при АХ

Сърдечно-съдовата болест (ССБ) е главна причина за преждевременна смърт в Европа и е важна причина за инвалидност. Модификацията на рисковите фактори може да доведе до понижение на смъртността и заболяемостта от ССБ, особено при хора с висок риск. Според европейските препоръки от 2007г. изборът на антихипертензивно лечение трябва да отчита:

- Ефекта на медикаментите върху сърдечно-съдовите рискови фактори, свързани с рисковия профил на индивидуалния пациент.
- Наличието на субклинични органни увреди, клинично изявена ССБ, бъбречна болест или диабет, които могат да се лекуват по-успешно с едни вместо с други медикаменти.
- Наличие на съпътстващи заболявания, ограничаващи използването на определен клас антихипертензивни медикаменти.

Диагностиката на предклиничните органни увреждания има съществено значение, за да не се отключват клиничните им изяви. Необходимо е познаването им и динамичното проследяване на:

- Левокамерна хипертрофия;
- ЕКГ: Sokolow-Lyon >38 mm или $rnell >2440$ mm/ms;
- ЕхоКГ: левокамерен индекс при мъже ≥ 125 g/m² и при жени ≥ 110 g/m²
- Ултразвукови данни за дебелина на интима-медия на a.carotis >0.9 mm или атеросклеротична плака;
- Скорост на каротидно-феморалната пулсова вълна над 12 m/s;
- АВІ (глезен-брахиален индекс) <0.9 ;
- Леко повишен плазмен креатинин – мъже 115-133 μ mol/l, жени 107-124 μ mol/l;
- Намалена степен на гломерулна филтрация (<60 ml/min/1.73 m²) или креатининов клирънс <60 ml/min;
- Микроалбуминурия 30-300 mg/24ч. или съотношение албумин – креатинин – за мъже ≥ 22 mg/g, за жени ≥ 31 mg/g.

Познаването на таргетните увреди и изборът на медикаменти, доказали превенцията, са важни.

Хипертония и бременност

Артериална хипертония се наблюдава при средно 8% от всички бременности. Явява се втората по честота причина за смъртност на майката и

определя значителен риск за болестност и смъртност на плода. Формите на АХ при бременност са: хронична хипертония (предхождаща бременността); хипертония, която се развива по време на бременността (гестационна хипертония), преекламписия и еклампсия. Патогномонична е триадата: отоци, протеинурия, хипертония.

Хронична сърдечна недостатъчност

Хроничната сърдечна недостатъчност е една от водещите причини за заболяемост и смъртност с 20% средногодишна смъртност, независимо от съвременните терапевтични алгоритми. Клиничният ход и прогнозата зависят от основното заболяване, структурните и функционалните промени на сърцето, от редица съпътстващи заболявания (анемия, бъбречна недостатъчност, захарен диабет, хронична обструктивна белодробна болест), медикаментозния, диетичния и двигателния режим на пациентите.

Съвременните препоръки на ESC и на АНА препоръчват ранно започване на лечението с постепенно включване на различните класове медикаменти, със задължително титриране на дозата на АСЕ-инхибиторите и бета-блокери до таргетните дози, препоръчани от големите рандомизирани студии.

Екипът, лекуващ болните със сърдечна недостатъчност, задължително включва домашен лекар, кардиолог и медицинска сестра.

Диагностика на сърдечната недостатъчност

Приблизителната честота на симптоматичната сърдечна недостатъчност (СН) в общата европейска популация е в граници 0.4-2%. Характерно е, че тази честота не се увеличава бързо с нарастване на възрастта. Има също голяма група пациенти с миокардна дисфункция, но без симптоми и клиника на СН. Субективната симптоматика е важен момент в първоначалната диагноза на СН. Няма обаче добра корелация между симптомите и тежестта на сърдечната дисфункция и прогнозата. Поради тази причина диагнозата СН задължително трябва да се потвърди и от обективни тестове, най-вече за функционална оценка на лявата камера.

- ЕКГ – нормалната ЕКГ налага внимателна преоценка на диагнозата хронична СН.

- Ro-графия на белия дроб и сърцето – трябва да е задължителна част от началния диагностичен процес.

- Рутинни лабораторни анализи – хематология и биохимия.

- Натриуретични пептиди – може да са полезни за диагностичния процес, особено при нелекувани пациенти.

- Ехокардиография – предпочитан метод, даващ обективни доказателства за структурни промени и сърдечна дисфункция в покой и в условията на физически и фармакологичен стрес.

В зависимост от конкретния случай могат да се провеждат и други неинвазивни и инвазивни тестове за диагноза и функционална оценка на СН.

Европейски препоръки за поведение при пациенти със СН

Сърдечната недостатъчност (СН) придобива все по-важно значение като социално-значимо заболяване, тъй като тя е единственото сърдечно-съдово заболяване, чиято честота нараства през последните години, засягайки приблизително 2% от популацията. От друга страна, тя успешно се поддава на медикаментозно лечение. Във връзка с това през 2005г. Европейското дружество по кардиология (ЕДК) създаде препоръки за поведение при пациенти със СН. Те включват алгоритъм за диагноза и лечение. В диагностичните препоръки важно място има изследването на натриуретичните пептиди заради техния дискриминиращ ефект, и ехокардиографията, поради възможността ѝ да диференцира СН на такава със засегната систолна функция и със съхранена систолна функция. ЕДК препоръчва в зависимост от типа СН лечението да включва нефармакологични интервенции (ограничаване на приема на течности, лека физическа активност), медикаментозен подход – дехидратираща терапия, потискане на активността на ренин-ангиотензин-алдостероновата система (АСЕ-инхибитори, АР-блокери, алдостеронові антагонисти) и повишения симпатиков тонус (бета-блокери), инотропна подкрепа и ресинхронизираща терапия и имплантиране на кардиовертер-дефибрилатори.

Очаква се с изпълнението на препоръките на ЕДК за поведение при СН да се осъществи „evidence based” лечение на СН.

Атеросклероза – възможности за контрол на липидния риск

Важна е ролята на различните компоненти на липидния профил за прогресията на атеросклерозата. Първична и вторична превенция на сърдечно-съдовите заболявания чрез контрола на нивата на LDL-холестерола – намаляването да достигне нива под 1.8 mmol/l и повишаването на HDL-холестерола, тъй като неговото ниво прогнозира риска от сърдечно-съдово заболяване.

Нива на HDL-холестерола:

1. Висок риск от ССЗ:
 - мъже под 0.9 mmol/l
 - жени под 0.8 mmol/l
2. Средностандартен риск:
 - мъже от 0.9÷1.62 mmol/l
 - жени от 0.8÷1.48 mmol/l
3. Нисък риск:
 - мъже над 1.62 mmol/l
 - жени над 1.48 mmol/l

Атерогенен принос на хипертриглицеридемията и необходимостта от контрол на триглицеридите, стойностите да не са над 2.1 mmol/l. Трябва да се отдели специално място на атерогенната дислипидемия в рамките на метаболитния синдром. Може да се изработи алгоритъм за оценка на добавения кардиоваскуларен риск.

ИБС – исхемична болест на сърцето

От съвременна гледна точка терминът „ишемия“ означава неадекватен миокарден кръвоток за поддържане на нормален оксидативен метаболизъм.

Основна роля в патогенезата на ИБС се пада на нарушеното равновесие между кислородните нужди и кислородната доставка на сърцето. Има различни форми на ИБС- стабилна ангина пекторис, остър коронарен синдром, вазоспастична ангина и Х-синдром.

Хроничната стабилна стенокардия е най-честата форма на ИБС, диагностицирана главно върху клиничната симптоматика на пациента. Стабилната стенокардия е два пъти по-честа при мъжете в сравнение с жените за възрастта 45-54 години, но във възрастта на 65-74 години тези съотношения се променят и те са 12-20% за мъжете и 10-14% за жените. Лечението на стабилната стенокардия се състои от няколко основни направления. Най-важното от тях е контрол на рисковите фактори, свързани със заболяването, а той изисква задължително постигане на прицелните стойности за съответния параметър, дефинирани в ръководствата и съобразени със съпътстващите клинични ситуации – захарен диабет, метаболитен синдром, подагра. Артериалното налягане трябва да достигне стойност под 130/80 mmHg. Контрол на LDL, TG, HDL. Контролът на рисковите фактори след реваскуларизационни интервенции трябва да бъде изключително строг.

Изграждане на индивидуален рисков профил на пациенти за провеждане на бъдещи стратегии с оглед намаляване на смъртността е неотменима необходимост.

2Б/ Мозъчен инсулт

Мозъчният инсулт (МИ) е една от водещите причини за болестност и смъртност по света. Между Източна и Западна Европа се наблюдават съществени различия по отношение на заболяемостта, разпространението и смъртността от МИ. Различия в разпространението на някои рискови фактори, по-висока честота на артериалната хипертония и други, биха могли да бъдат причина за по-тежките мозъчни инсулти в Източна Европа. Значими регионални различия са наблюдавани и в Западна Европа. МИ е най-важната причина за заболяемост и дълготрайна нетрудоспособност в Европа и демографските промени се очакват да доведат до повишаване, както на заболяемостта, така и на болестността. МИ е също така втора по честота причина за деменция, най-честата причина за епилепсия при възрастни и честа причина за депресия.

Първична превенция

Целта на първичната превенция е да се намали риска от инсулт при асимптомни индивиди.

Поведение при съдови рискови фактори:

- Необходимо е редовно измерване на артериалното кръвно налягане. При високо кръвно налягане се препоръчва промяна в начина на живот и индивидуализиране на фармакологичната терапия с прицелна стойност 120/80 mm Hg. За хипертоници (120-139/80-90 mm Hg) със застойна сърдечна недостатъчност, МИ, диабет, или хронична бъбречна недостатъчност антихипертензивната терапия е индицирана.

- Необходимо е редовно изследване на кръвната захар. При болни от диабет се препоръчва промяна в начина на живот и индивидуализирана фармакологична терапия. При пациенти със захарен диабет, високото кръвно налягане следва да бъде настойчиво лекувано с прицелни стойности под 130/80mm Hg. Където е възможно в лечението да се включи инхибитор на ангиотензин конвертиращия ензим или антагонист на ангиотензиновия рецептор.
- Необходимо е редовно изследване на серумния холестерол. При висок серумен холестерол се препоръчва промяна в начина на живот и лечение със статини.
- Препоръчва се преустановяване на тютюнопушенето.
- Препоръчва се преустановяване на прекомерната консумация на алкохол.
- Препоръчва се редовна физическа активност.
- Препоръчва се диета, бедна на сол и наситени масти, богата на плодове, зеленчуци и фибри.
- Индивиди с повишен BMI (body mass index) се наставляват да предприемат редуцираща телесното тегло диета.
- Не се препоръчват антиоксиданти, витамини и хранителни добавки.
- Хормон-заместителна терапия не се препоръчва за първична превенция на исхемичен мозъчен инсулт.

Високото кръвно налягане е свързано с повишена обща и смъртност от съдов произход, без данни за определена гранична стойност. Понижаването на кръвното налягане значително редуцира риска от инсулт и сърдечносъдов инцидент, в зависимост от стойността на понижението. Кръвното налягане следва да се понижи до 140/85mm Hg или по-ниско. Антихипертензивното лечение следва да бъде по-агресивно при пациенти със захарен диабет. За постигане на тези прицелни стойности, често се налага комбинация от два и повече медикамента.

Захарен диабет. Все още няма сведения, че подобряването на гликемичния контрол понижава риска от инсулт. При пациенти със захарен диабет кръвното налягане следва да се поддържа под 130/80. Лечението със статини редуцира риска от тежък мозъчно-съдов и сърдечно-съдов инцидент.

Хиперлипидемия. Анализът на 26 различни проучвания със статини (95000 пациенти) показва, че заболяемостта от исхемичен инсулт се редуцира от 3,4% до 2,7%. Това е за сметка на случаите с нефатален инсулт, които намаляват от 2,7% до 2,1%. Няма данни, които посочват, че статините превантират случаите на мозъчен инсулт при пациенти с ниво на нискомолекулни липопротеини (LDL-холестерол) под 3,9 mmol/l.

Тютюнопушене. Цигареният дим удвоява риска от исхемичен инсулт. Индивиди, които преустановят пушенето намаляват риска с 50%. Забраняването на тютюнопушенето на работното място би имало значителни здравни и икономически ползи.

Консумация на алкохол. Усилената консумация на алкохол (>60 гр/дн) увеличава риска от исхемичен и хеморагичен инсулт. Противно на това, малката алкохолна консумация (<12 гр/дн) се асоциира с редукция на всички типове мозъчен инсулт. Умерената алкохолна консумация (12-24 г/дн) също води до

редукция на риска от исхемичен инсулт. Консумацията на червено вино се съпровожда с най-съществено понижение на риска при сравнение с други алкохолни напитки. Повишението на кръвното налягане играе важна роля като посредник за въздействието на алкохолната консумация върху заболяемостта от мозъчен инсулт.

Физическа активност. Физически активните индивиди имат по-нисък риск от инсулт и смърт в сравнение с тези индивиди, които са с ниска физическа активност. Тази зависимост се дължи на положителния ефект, който оказва физическата активност върху телесното тегло, кръвното налягане, серумния холестерол и глюкозния толеранс. Физическата активност, осъществявана през свободното време (2 до 5 часа на седмица) е независимо свързана с по-леки форми на исхемичен инсулт при приемане и по-благоприятен краткосрочен изход.

Диета. В редца проучвания е доказано, че богатият прием на плодове и зеленчуци

се асоциира с понижен риск от инсулт, както и при индивиди, които консумират риба поне веднъж месечно. Приемът на пълнозърнести храни редуцира сърдечно-съдовите инциденти, но не и риска от исхемичен мозъчен инсулт. Приемът на калций с млечните продукти се свързва с по-ниска смъртност от инсулт в японската популация. Не се установява зависимост между приема на мазнини и нарастването на риска от инсулт.

Телесно тегло. Високата стойност на индекса „телесно тегло” (BMI >25) се свързва с повишен риск от инсулт, което се опосредства основно от съпътстваща хипертония и диабет. Абдоминалното затлъстяване е рисков фактор за инсулт при мъже, но не и при жени. Независимо, че намаляването на телесното тегло води до понижение на кръвното налягане, то не понижава риска от инсулт.

Витамини. Недостатъчният прием на витамин Д се свързва с повишен риск от инсулт, но хранителните добавки- калций с витамин Д не понижава риска от инсулт, както и комбинираните добавки от токоферол с бетакаротин. Множество проучвания с витамин Е откриват, че във високи дози (>400IU/d) добавките с витамин Е могат да повишат смъртността.

Високите нива на *хомоцистеина* се свързват с повишен риск от инсулт. Според Американската агенция за контрол на храните и лекарствата обогатяването на зърнените продукти с фолиева киселина води до редукция на смъртността от инсулт. Ползата е от редукцията на хомоцистеиновите нива.

Естроген-заместителна терапия в периода след менопаузата. Честотата на инсултите нараства бързо при жени след менопауза. Рискът от инсулт се увеличава с ХЗТ (хормонално заместителна терапия) само при жени с пролонгирана хормонална терапия (>5 години).

Антитромботична терапия

Лечение с ниски дози Аспирин се препоръчва при жени над 45 години, които нямат повишен

риск за интрацеребрален кръвоизлив и са с добър гастроинтестинален толеранс. Макар че ефектът съвсем слаб.

Ниско-дозиран аспирин за първична превенция на миокарден инфаркт при мъже, макар че не намалява риска от исхемичен инсулт.

Тромбоцитни антиагреганти, различни от аспирин, не се препоръчват за първична превенция на инсулт.

Вторична превенция

Оптимално поведение спрямо съдови рискови фактори:

- Редовно измерване на кръвното налягане. Понижаване на кръвното налягане се препоръчва след острата фаза, включително за пациенти с нормално кръвно налягане.
- Редовно изследване на кръвната захар. Препоръчва се промяна в начина на живот и индивидуализирана фармакологична терапия при диабетици.
- За пациенти с диабет 2 тип, които нямат нужда от инсулиново лечение, се препоръчва лечение с пиоглитазон след инсулт.
- Препоръчва се лечение със статини.
- Прекратяване на тютюнопушенето.
- Прекратяване на прекомерната консумация на алкохол.
- Редовна физическа активност.
- Препоръчва се диета бедна на сол и наситени мастни киселини, богата на плодове, зеленчуци и фибри.
- Индивиди с наднормено тегло следва да започнат диета за отслабване.
- Не са показани антиоксиданти, витамини и хранителни добавки. Масно-разтворимите антиоксиданти могат да увеличат смъртността. Витамини, които намаляват нивата на хомоцистеина (фолат, B12, B6) не показват данни, че понижават честотата на повторните инсулти, дори биха могли да увеличат съдовите инциденти.
- Хормон-заместителна терапия не е показана за вторична превенция на инсулт.
- Нарушения в ритъма на дишането по време на сън, като обструктивна сънна апнея, следва да бъдат лекувани с поддържане на продължително положително налягане в дихателните пътища. Синдромът на сънна апнея (SDB) представлява едновременно рисков фактор и следствие на инсулт. Той се свързва с по-лоша дълговременна прогноза, както и с повишена смъртност от инсулт в бъдеще. Повече от 50% от пациентите с инсулт страдат от SDB.
- Персистиращият форамен овале следва да бъде затворен при пациенти с криптогенен инсулт.
- Антихипертензивното лечение намалява вероятността за повторен инцидент след инсулт или преходно нарушение на мозъчното кръвообращение.

2B/ Захарен диабет

Захарният диабет (ЗД) е метаболитно заболяване, характеризираща се с хипергликемия, която е резултат от нарушение в инсулиновата секреция, в инсулиновото действие или в двете заедно. То е социалнозначимо заболяване с нарастващо значение.

Диагнозата на захарния диабет се базира на класическите симптоми (полиурия, полидипсия, загуба на тегло, мускулна слабост, умора) и персистираща хипергликемия (кръвна захар на гладно ≥ 7 mmol/l, измерена двукратно, случайна кръвна захар ≥ 11.1 mmol/l или на втория час след обременяване със 75 г. глюкоза).

Захарният диабет се класифицира на:

1. ЗД тип 1 – заболяване, характеризиращо се с абсолютен инсулинов дефицит, в резултат на бета-клетъчна деструкция, дължаща се на имуномедирано, хронично възпаление на Лангерхансовите острови
2. ЗД тип 2 – характеризира се с инсулинов дефицит, повишена глюкозна продукция в черния дроб и понижено усвояване на глюкозата в периферните тъкани.
3. Други специфични типове диабет – при генетични дефекти, при заболявания на екзокринния панкреас; ендокринопатии; влияние на лекарства или химически вещества; инфекции и др.
4. Гестационен ЗД – диагностициран по време на бременност.

Епидемиологията на ЗД показва съществени регионални вариации, така че данните от различни области, с характерните им етнически, полови и възрастови особености не винаги могат да бъдат отнесени към други групи от населението.

Новооткритите случаи на ЗД тип 1 са различни за различните географски региони и етнически групи. Така напр. в Япония, Китай, Африка и Америка броят на новозаболените на 100 000 души население за една година за възрастта 0-14 г. е под 5. За повечето европейски страни този брой е между 10 и 20, а за Финландия е над 30. В повечето случаи ЗД тип 1 се отключва под 15 години, но може да се манифестира във всяка възраст. Първородните деца имат по-висок риск за ЗД1, като той се увеличава с възрастта на майката. Няма убедителни данни за превенция на ЗД1.

ЗД тип 2 е много по-чест от ЗД1. Повечето случаи се диагностицират във възрастта на под 60 години. Основно значение за нарастването честотата на ЗД2 има затлъстяването, хранителните навици, обездвижването, застаряването на населението, социалният статус, образованието, етническият произход. Според един метаанализ на студия в периода 1998-2004 се оказва, че наличието на метаболитен синдром според критериите на National Cholesterol Education Program (NCEP) увеличава риска за развитие на ЗД тип 2 около 3 пъти. За България липсват точни данни от епидемиологични проучвания. Според приблизителни изчисления, понастоящем се приема, че честотата на заболяването е около 4 % от населението, като тази оценка е направена въз основа на анализ на различни групи от населението. Вероятно реалната честота на ЗД тип 2 е доста по-голяма. След намаляването на границата за нормална гликемия от 6.1 на 5.6 mmol/l честотата на ЗД2 и предиабетните състояния ще бъде значително увеличена.

ЗД2 се свързва с повишена смъртност. Главна причина са сърдечносъдовите и мозъчносъдовите заболявания.

ЗД2 е част от метаболитния синдром, включващ артериална хипертония, дислипидемия, затлъстяване и др. През 2005 г. Международната диабетна федерация публикува новото определение на метаболитния синдром. В него като задължителен критерий за диагнозата фигурира обиколката на талията – над 94 см

при мъжете и над 80 см при жените. Към този показател следва да се добавят поне два от следните четири критерии: триглицериди > 1.7 mmol/l; HDL –холестерол за мъже < 1.0 mmol/l и за жени < 1.3 mmol/l ; артериална хипертония $\geq 130/\geq 85$ mm Hg; нарушена гликемия на гладно ≥ 5.6 mmol/l

Метаболитният синдром увеличава общата смъртност с относителен риск = 1.27 (95 %CI 0.90-1.78) и риска за сърдечносъдово заболяване – 1.65 (1.38-1.99)

Едно от най-големите проучвания в областта на деабета, United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) установи, че ЗД2 се диагностицира късно и голям процент от пациентите имат вече настъпили усложнения в момента на поставянето на диагнозата. Ето защо съвременните усилия са насочени към профилактиката на ЗД2 и активен скрининг сред рисковите групи, включващ измерване на серумна глюкоза на гладно.

Рискови фактори за развитите на захарен диабет тип 2 и препоръка за скрининг:

1. Наднормено телесно тегло – ИТМ ≥ 25 kg/m²
2. Роднини от първа линия, страдащи от ЗД2
3. Майка, родила дете с тегло ≥ 4 kg или с диагностициран гестационен диабет
4. Артериална хипертония > 140/90 mm Hg
5. HDL –холестерол < 0.9 mmol/l и/или триглицериди > 2.2 mmol/l
6. НГТ или НГГ при предишни изследвания
7. Анамнеза за сърдечносъдово заболяване
8. Синдром на поликистозни яйчници или състояния/заболявания, свързани с инсулинова резистентност
9. Симптоми, насочващи към ЗД

Актуално състояние по отношение на социалнозначимите заболявания в шестте целеви области по проект „Подобряване на състоянието и интеграция на малцинствени групи в неравностойно положение със специален фокус върху ромите” – Монтана, Видин, Разград, Добрич, Сливен, Ямбол

1. Монтанска област

Смъртност от болести на кръвообръщението – 1495.0 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 257.5 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 420.8 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 85.8 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 26.6 ‰¹

Изследването на здравния статус на ромите в гр. Лом от Факт Маркетинг (2003) установява, че 9.7 % от тях са с артериална хипертония, 3.2 % са с исхемична болест на сърцето, 1.2 % са с миокарден инфаркт, 1.8 % са с мозъчен инсулт, 2.5 % са със захарен диабет.

¹ По данни на НДСМИЗМ (Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт)

Проведеното от Търнев и Грекова (2007) изследване на здравния статус на ромите в четири населени места в селските райони на Монтанска област установява, че 76.2 % от 441 интервюирани домакинствата са имали поне едно заболяло през последната година лице. От тях: 133 (30.2 %) са с 1 заболяло лице, 112 (25.4 %) – с 2 заболяли лица, 64 (14.5 %) – с 3 заболяли лица; 17 (3.9 %) – с 4 заболяли лица, 10 (2.3 %) – с 5 и повече заболяли лица. Най-висока е заболяемостта от сърдечно-съдови заболявания (в 61.4 % от домакинствата има поне един болен) - в 31.9 % от домакинствата има поне един болен с артериална хипертония; 25.6 % имат 1 болен и 5.1 % - 2 болни с артериална хипертония; 5.7 % са с миокарден инфаркт, 20.8 % имат 1 болен и 3 % - 2 болни с други сърдечни заболявания. На второ място са белодробните заболявания (в 42.6 % от домакинствата) – в 9.2 % - хроничен бронхит, в 15.8 % - 1 болен и в 3.6 % - 2 болни с пневмония, в 12.2 % от домакинствата има 1 болен и в 1.8 % - 2 болни с бронхиална астма. На трето място са гинекологичните заболявания – в 24.7 % от домакинствата. Бъбречните заболявания (общо в 22.4 % от домакинствата) заемат съществен дял в структурата на заболяемостта: в 18.2 % от домакинствата има 1 болен и в 4.2 % - 2 и повече болни с бъбречно заболяване. Висока е заболяемостта от болестите на опорно-двигателния апарат (в общо 17.6 % от домакинствата), като в 12.2 % има 1 болен и в 2.4 % - 2 и повече болни с дископатии и дискови хернии. Следват очните болести – в 13.2 % от домакинствата; захарният диабет – в 11.3 %; УНГ заболявания – в 11.3 %; язвена болест на стомаха/дванадесетопръстника – в 11 %; чернодробните и жлъчни заболявания – в 8.6 %; заболяванията на щитовидната жлеза – в 5.7 %; анемиите – в 5.4 %; мозъчни инсулти – в 5.1 %; травми – в 5.1 %; епилепсията – в 4.2 %; кожни болести – в 3.6 %; злокачествени заболявания – в 2.4 %; психични заболявания – респективно в 2.1 % на домакинствата. Внимание заслужава заболяемостта от инфекциозни и паразитни заболявания: в 5.7% от домакинствата има поне един член с вирусен хепатит, в 2.7 % - туберкулоза, в 1.5 % - ехинококоза.

2. Видинска област

Смъртност от болести на кръвообръщението – 1585.7 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 383.5 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 648.4 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 69.7 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 112.7 ‰²

Проведеното изследване на здравния статус на ромите в гр. Видин от Факт Маркетинг (2003) установява, че 9.3 % от тях са с артериална хипертония, 4.5 % са с исхемична болест на сърцето, 1.3 % са с миокарден инфаркт, 1.7 % са с мозъчен инсулт, 2.9 % са със захарен диабет.

3. Разградска област

Смъртност от болести на кръвообръщението – 1068.8 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 101.8 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 179.8 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 89.5 ‰

² По данни на НДСМИЗМ

Смъртност от хипертонична болест – 377.0 ‰³

Проведеното от Търнев и Грекова (2007) изследване на здравния статус на ромите в три населени места в селските райони на Разградска област установява, че 39.7 % от 478 интервюирани домакинства са имали поне едно заболяло през последната година лице. От тях: 131 (27.4 %) са с 1 заболяло лице, 52 (10.9 %) – с 2 заболяли лица, 4 (0.8 %) – с 3 заболяли лица; 3 (0.6 %) – с 4 заболяли лица. Най-висока е заболяемостта от сърдечно-съдовите заболявания (общо в 36.2 % има поне един болен със сърдечно-съдово заболяване) - в 20 % от домакинствата има поне един болен с артериална хипертония; в 8.9 % - миокарден инфаркт, в 7.3 % - други сърдечни заболявания. На второ място са белодробните заболявания (в общо 17.3 % от домакинствата има поне един болен с белодробно заболяване): в 2.1 % - пневмонии; в 7.3 % - хроничен бронхит; в 7.9 % - бронхиална астма. На трето място е захарният диабет – в 13.7 % от домакинствата. Следват болестите на опорно-двигателния апарат – в 12.1 %; очните заболявания – в 7.9 %; психичните заболявания – в 7.4 %; бъбречните заболявания – в 6.3 %; мозъчните инсулти – в 5.8 %; гинекологичните заболявания - в 5.8 %; УНГ заболявания – в 5.8 %; язвената болест – в 5.3 %; епилепсията – в 4.7 %; травмите – в 4.2 %, болестите на щитовидната жлеза – в 4.2 %; туморите – в 2.1 %, чернодробните и жлъчните заболявания – в 2.1 %, кожните болести – в 2.1 %. Установи се следната заболяемост от инфекциозни и паразитни заболявания: в 0.5% от домакинствата има поне един болен с вирусен хепатит, в 1.1 % - туберкулоза, в 1.6 % - сехинококоза.

4. Добричка област

Смъртност от болести на кръвообръщението – 894.0 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 198.4 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 362.2 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 77.5 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 67.8 ‰ (По данни на Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт)

Проведеното изследване на здравния статус на ромите в гр. Добрич от Факт Маркетинг (2003) установява, че 10.6 % от тях са с артериална хипертония, 4 % са с исхемична болест на сърцето, 1 % са с миокарден инфаркт, 1.8 % са с мозъчен инсулт, 3.5 % са със захарен диабет.

5. Сливенска област

Смъртност от болести на кръвообръщението – 885.3 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 239.7 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 366.7 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 109.3 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 60.2 ‰ (По данни на Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт)

³ По данни на НДСМИЗМ

Изследването на здравния статус на ромите в гр. Сливен от Факт Маркетинг (2003) установява, че 9.3 % от тях са с артериална хипертония, 2.4 % са с исхемична болест на сърцето, 1.0 % са с миокарден инфаркт, 1.3 % са с мозъчен инсулт, 3 % са със захарен диабет.

6. Ямболска област

Смъртност от болести на кръвообръщението – 1072.2 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 277.3 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 443.9 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 91.5 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 148.0 ‰ (По данни на Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт)

Изследването на здравния статус на ромите в гр. Ямбол от Факт Маркетинг (2003) установява, че 8.7 % от тях са с артериална хипертония, 2.7 % са с исхемична болест на сърцето, 0.9 % са с миокарден инфаркт, 1.4 % са с мозъчен инсулт, 2.3 % са със захарен диабет.

Проведеното от Търнев и Грекова (2007) изследване на здравния статус на ромите в четири населени места в селските райони на Ямболска област установява, че 55 % от 331 интервюирани домакинствата са имали поне едно заболяло през последната година лице. От тях: 79 (23.9 %) са с 1 заболяло лице, 84 (25.4 %) – с 2 заболяли лица, 15 (4.5 %) – с 3 заболяли лица; 4 (1.2 %) – с 4 заболяли лица. Най-висока е заболяемостта от сърдечно-съдовите заболявания (в общо 50 % от домакинствата има поне един болен със сърдечносъдово заболяване) - в 22.5 % има поне един болен с артериална хипертония; в 4.4 % - миокарден инфаркт, в 24.7 % - други сърдечни заболявания. На второ място са болестите на опорно-двигателния апарат (в общо 34.6 % от домакинствата). На трето място са белодробните заболявания (в общо 25 % от домакинствата): в 9.9 % - хроничен бронхит, в 8.2 % - пневмония, в 6.9 % - бронхиална астма. Язвената болест също заема съществен дял в структурата на заболяемостта (в общо 23.1 % от домакинствата). Висока е заболяемостта от бъбречните заболявания (в общо 19.2 % от домакинствата). Следват гинекологичните заболявания - в 12.6 % от домакинствата; чернодробните и жлъчни заболявания – в 10.9 %; очните болести – в 10.4 %; мозъчните инсулти – в 9.3 %; УНГ заболявания – в 8.7 %; епилепсията – в 7.7 %; захарният диабет - в 7.1 %; психичните заболявания – в 6 %; заболяванията на щитовидната жлеза – в 4.9 %; кожните болести – в 2.2 %; анемиите – в 1.6 %; злокачествени заболявания – в 1.1 %. Внимание заслужава заболяемостта от инфекциозни и паразитни заболявания: в 2.2% от домакинствата има поне един болен с вирусен хепатит, в 3.8 % - туберкулоза, в 1.1 % - ехинококоза.