Každý den u nás umírá zbytečně nejméně 60 osob!

J. Spáčil
III. interní klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN Praha, přednosta prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA

Souhrn: Na kardiovaskulární a nádorová onemocnění u nás umírá denně nejméně o 60 osob více než v sousednímu Rakousku a Německu. Z většiny průmyslově vyspělých zemích je bezpečně známo, že výskyt a úmrtí na tato onemocnění lze snížit včasnou diagnostikou a moderní léčbou, a zejména zdravým životním stylem. Lze toho dosáhnout zdravotní výchovou a především vytvořením podmínek k usnadnění zdravého chování. Je tedy nutné získat politiky a s jejich pomocí celospolečenskou podporu a pochopení.

Klíčová slova: mortalita – kardiovaskulární choroby – maligní nádory – zdravotní výchova

At least 60 deaths could be avoided in this country every day!

Summary: The number of people who die every day from cardiovascular and oncological diseases in this country is by at least 60 deaths higher than in neighbouring Austria or Germany. Data from most industrialized countries clearly show that the incidence of and morbidity related to the above diseases can be reduced by timely diagnosis and modern treatment, and especially by healthy life style. This can be achieved by health education and, first of all, by creating favourable conditions facilitating healthy behaviour. It is necessary to persuade politicians and to win social support and endorsement with their assistance.

Key words: mortality – cardiovascular diseases – malignant tumours – health education

Úvodem

Téměř denně se z televize dovídáme, že při autonehodě zemřeli lidé. Jsou to zbytečná úmrtí. Kdyby řidiči byli opatrnější a ohleduplnější, nemuselo by k tomu dojít. Málokdo si ovšem uvědomuje, že u nás každý den umírá zbytečně mnoho lidí na kardiovaskulární choroby a maligní nádory. Je to mnohem více než v sousedním Rakousku nebo Německu. A to ani v těchto zemích není situace ideální!

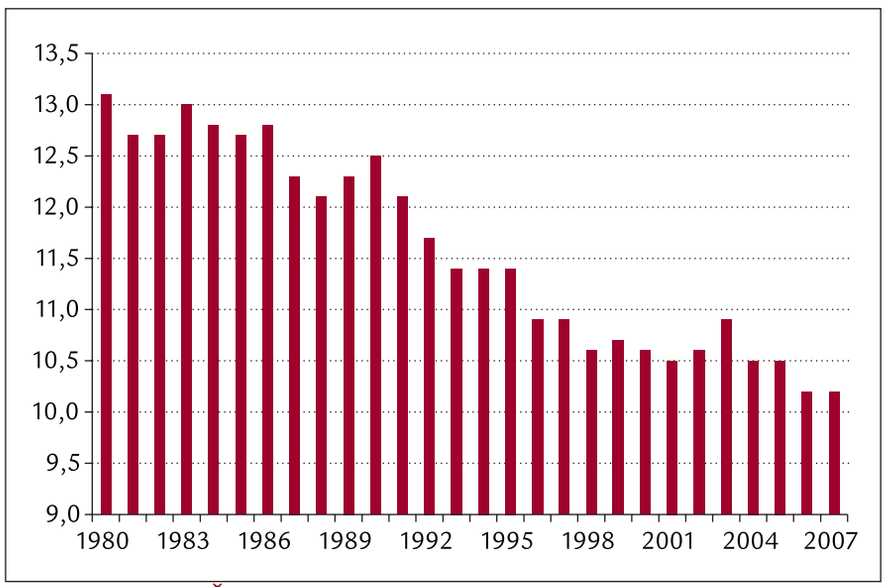
Mortalita na kardiovaskulární choroby

Situace ve světě

Je známo, že mortalita na kardiovaskulární choroby (KVO) v průmyslově vyspělých zemích po 2. světové válce začala prudce narůstat. V Severní Americe a Austrálii, díky úsilí celé společnosti, začala tato moderní epidemie ustupovat koncem 60. let minulého století a mortalita stále klesá. V USA v letech 1999–2004 poklesla celková standardizovaná mortalita o 8,5 %, mortalita na srdeční choroby o 18 % a mortalita na maligní nádory o 7,5 %, nejvíce právě v posledním roce [1]. V západní a severní Evropě je podobný vývoj od 70. let minulého století [2]. Je však nebezpečí, že tento příznivý trend naruší v tomto století nastupující epidemie obezity, metabolického syndromu a diabetes mellitus, jak naznačují údaje z Anglie a Walesu [3]. V bývalém Sovětském svazu a v zemích sovětského bloku ve východní Evropě mortalita byla a je i nyní značně vysoká, a střední délka života krátká.

Situace v ČR

U nás mortalita začala klesat v 2. polovině 80. let minulého století a zvlášť zřetelně klesala v 90. letech 20. století (asi o 16 %). Podílelo se na tom rychlé zavádění moderních léčebných metod i příznivá změna životního stylu. Úprava cen počátkem 90. roků minulého století vedla náhle ke snížení spotřeby mléčných výrobků, vepřového masa i cukru. Klesla i spotřeba cigaret. Stoupla spotřeba olejů a rostlinných tuků, ovoce a zeleniny [4,5]. V populaci se zlepšila kontrola arteriální hypertenze a o 10 % poklesla koncentrace cholesterolu v krvi [6]. Radikálně se zlepšilo životní prostředí [7]. Předpokládalo se, že se přiblížíme nižší mortalitě v uvedených sousedních zemích. V průběhu dalších let se však popsané příznivé změny nejenže dále neprohlubovaly, ale někdy se situace dokonce zhoršovala (spotřeba cukru, másla, cigaret) [5]. I pokles mortality, celkové i kardiovaskulární, se po roce 2000 zastavil nebo značně zpomalil (graf) [5,8] a to i přes pokračující rozvoj zdravotní péče. Kardiovaskulární choroby u nás nyní způsobují 47,2 % úmrtí mužů a 53,4 % úmrtí žen [9]. Je pravděpodobné, že když přestalo „utahování opasků“, lidé se začali vracet ke starým a nesprávným stereotypům životního stylu. Mortalita u nás zůstává vysoká. Tab. 1 uvádí srovnání s Německem a Rakouskem [9]. Pokud zjednodušeně bereme u nás v úvahu 5 milionů mužů a 5 milionů žen a pro výpočet za mortalitu v Rakousku a Německu bereme hodnoty bližší



Graf 1. Zemřelí v České republice (na 1 000 obyvatel) v letech 1980–2006 a v 1. pololetí roku 2007 [6].

většímu Německu, odvodíme, že denně oproti uvedeným zemím u nás zemře navíc 43 mužů a 24 žen, z toho na kardiovaskulární příhody 30 mužů a 19 žen a na maligní onemocnění 13 mužů a 5 žen. V těchto zemích je zdravotní péče na vyšší úrovni a především životní styl odpovídá více doporučovanému chování. Spotřeba potravin se více přibližuje doporučené dietě, např. oproti nám je menší spotřeba pšenice, vajec a zřetelně větší spotřeba ryb, zeleniny, ovoce, rostlinných olejů i vína [5].

Naši kardiologové právem zdůrazňují úspěchy při léčení svých pacientů [10]. Např. péče o nemocné s akutním infarktem myokardu (přímá rekanalizace) je u nás jedna z nejlepších na světě, v péči o nemocné s bradyarytmiemi jsme na předním místě v Evropě, podobně péče o nemocné s vrozenými srdečními vadami je vynikající. Stoupá spotřeba moderních léků. Nebere se však na vědomí, že mortalita u nás klesá velmi málo [10,11]. Jen někteří si uvědomují, že prospěch z vysoké úrovně naší kardiologie nemá celá populace [12]. Je třeba stále aktivně posilovat znalosti o zdravém životním stylu [13]. V USA bylo odhadnuto, že kouření tabáku způsobuje 18 % všech úmrtí a nesprávná strava a malá tělesná aktivita 15 % [14]. Zdraví ovlivňuje i životní prostředí. Jeho vliv na mortalitu však není zásadní. Např. Praha patří vedle Ostravska k oblastem s nejznečištěnějším ovzduším [7], mortalita je však nejnižší ze všech krajů České republiky [9].

Výhledy prevence a léčby KVO v budoucnu

V poslední době se připravují reformy daní a financování zdravotnictví. Jistě je třeba usilovat o další a zřetelné zvyšování nákladů na zdravotnictví, i když je známo, že dopad na zdraví celé populace není velký. Výdaje na zdravotnictví u nás stoupají, jak roste hospodářství, podíl na hrubém domácím produktu však klesá. V roce 2003 byl 7,57 %, v roce 2006 jen 6,98 [15]. V sousedních uvedených zemích jsou náklady na zdravotnictví na obyvatele a rok v paritě kupní síly 2,3krát vyšší než u nás (v roce 2004 v ČR 1 361 USD, v Německu 3 165 USD a v Rakousku 3 124 USD) [16] a větší finanční prostředky plynou do zdravotnictví v těchto zemích již po několik desítek let. Je však zřejmé, že nikde ve světě není možné zaplatit veškerou léčbu, včetně té nejnákladnější, všem ze zdravotního pojištění. Musíme se rozhodnout, co bude hrazeno.

Je jistě správné zavádět moderní léčbu. Je však otázka, jak ji financovat. Onkologové, onkochirurgové i hematologové zahájili diskusi o nejlepším způsobu jak zlepšit osud nemocných s maligními chorobami [17,18] i o úhradě léčby [19,20]. Některé skupiny pacientů a jejich lékaři prosazují plnou úhradu nejnovější, obvykle velmi nákladné léčby, ze zdravotního pojištění. Musíme si však uvědomit a informovat veřejnost a pacienty, že i nejmodernější léčení přinese jasný prospěch, to je pokles mortality, jen několika procentům nebo spíše jen několika promile léčených pacientů ročně a nemůže mít žádný dopad na zdravotní stav celé populace.

Je nutné co nejvíce podporovat včasnou diagnostiku a léčbu raných stadií všech nemocí, neboť má nejlepší

Tab. 1. Standardizovaná úmrtnost na 100 000 osob evropské standardní populace v roce 2004 [7].

	Celkem		Maligní nádory		Kardiovaskulární onemocnění	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Česká republika (ČR)	1106,6	661,9	313,9	172,0	530,9	356,9
Rakousko	792,3	491,2	223,9	135,6	298,3	209,9
Německo	790,6	500,8	219,3	135,4	315,2	218,6
Rozdíl mezi ČR a Rakouskem	313,7	170,7	90,0	36,4	232,6	147,0
Rozdíl mezi ČR a Německem	316,0	161,1	94,6	36,6	215,7	138,3

výsledky a je mnohem levnější než léčba rozvinutých chorob. Zdravotní pojišťovny v tom hrají velkou roli.

Nejdůležitější je však prosadit prevenci a zejména rozšíření zdravého životního stylu, neboť vede nepochybně nejen ke snížení výskytu kardiovaskulárních chorob a maligních nádorů, ale i obezity, diabetes mellitus a dalších chorob. Při propagaci zdravého životního stylu mohou velmi pomoci osoby známé z televizní obrazovky. Některé z nich však mohou zhatit naše úsilí ignorováním nebo i zesměšňováním správných zásad. Někteří novináři, v zájmu atraktivity svých článků v novinách a časopisech nebo i v televizních pořadech, nezodpovědně zdůrazňují okrajové a ojedinělé odlišné názory a vyvolávají u čtenářů a diváků nedůvěru k zásadám správného životního stylu. Obávám se však, že vliv zdravotní výchovy má u nás omezený význam, neboť vlivem historických zkušeností lidé neberou vážně oficiální doporučení. Zdá se, že rozhodující jsou ekonomické nástroje. Ukázal to vývoj mortality u nás v 90. letech minulého století, jak již bylo uvedeno.

Předpoklady pro snižování mortality na KVO

Je proto třeba vytvářet podmínky k usnadnění zdravého chování obyvatel a potlačování nezdravého životní stylu cenovou politikou, daněmi, vyhláškami, dotacemi a podobně. I v liberálních USA uvažují o takovýchto opatřeních. V minulých desetiletích se již osvědčila při omezování kouření. Je proto předpoklad, že povedou ke zlepšení nedobrého současného zdravotního stavu americké populace [21]. Zdravotní pojišťovny by měly mít možnost daleko více zvýhodňovat osoby, které pečují o své zdraví. Specialisté by měli potlačit své úzké odborné zaměření a zájmy a více vzít v potaz zdraví všech. Je nutné přesvědčit občany i politiky, aby prosadili uvedená opatření. Je nejvyšší čas „bít na poplach“, aby lidé u nás neumírali předčasně.

Literatura

1. Minino AM, Heron MP, Murphy SL et al. Death: Final data for 2004. National Vital Statistics Reports 2007; 55(19): 1–www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55_19.pdf

2. Thom TJ, Epstein FH. Heart disease, cancer, and stroke mortality trends and their interrelations. An international perspective. Circulation 1994; 90: 574–582.

3. O'Flaherty ME, Ford ES, Allender S et al. Coronary heart disease trends in England and Wales from 1984 tp 2004: conceales leveling of mortality rates among young adults. Heart 2007 Jul 19, advance online publication. http://www.incurculation.net/18471_89772.aspx

4. Poledne R, Škodová Z. Changes in nutrition, cholesterol concentration and cardiovascular disease mortality in the Czech population in the past decade. Nutrition 2000; 16: 785–786.

5. Spáčil J. Pokles mortality se v posledních letech u nás zastavil! Čas Lék Čes 2006; 145: 284–287.

6. Cífková R, Škodová Z. Dlouhodobé trendy hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění v české populaci. Čas Lék Čes 2004; 143: 219–226.

7. Bursík M. Zpráva o životním prostředí České republiky v roce 2007. Praha 5. 10. 2007. www.novinky.cz/domácí/zivotni-prostredi-v-cesku-se-zacalo-zhorsovat_124020

8. Český statistický ústav. Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1785–2005, relativní čísla. Pohyb obyvatelstva v České republice v letech 2001–2007 (relativní údaje). www.czso.cz

9. Zdravotnická ročenka České republiky 2005. Praha: ÚZIS ČR 2006.

10. Aschermann M. Pohlednice z Prahy a pohled na nás. Cor Vasa 2006; 48: 8–9.

11. Rosolová H, Šimon J. Současná koncepce preventivní kardiologie. Cor Vasa 2007; 49: 272–276.

12. Šimon J. Dokážeme skutečně využít vysoké úrovně klinické kardiologie k prospěchu celé populace? Cor Vasa 2007; 49: K2.

13. Šimon J. Osvojení zdravého životního stylu je podmínkou účinnosti léčby a prevence aterosklerotické vaskulární choroby. Cor Vasa 2007; 49: 83–84.

14. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF et al. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 291: 1238–1245.

15. Zdravotnictví ČR 2006 ve statistických údajích. www:uzis.cz

16. Hnilicová H. Ekonomové diskutují o zdraví a zdravotnictví. Zdravotnictví v ČR, II/X/2007, 76–77.

17. Duda M, Ryska M, Žaloudík J. Onkochirurgie. Historie, definice, náplň a perspektivy. Rozhl Chir 2007; 86: 113–115.

18. Adam Z, Vorlíček J, Kořístek Z et al. Zlepšování výsledků léčby vybraných krevních chorob a změny nákladů na tuto léčbu. Otázky pro ekonomy a další odborníky. Vnitř Lék 2007; 53: 735–749.

19. Holčík J. Jsou nezbytná kvalifikovaná rozhodnutí vycházející z věrohodných dat. Vnitř Lék 2007; 53: 750–759.

20. Zigová Z. Náklady na léky v České republice – příčiny růstu a návrhy řešení. Vnitř Lék 2007; 53: 760–774.

21. Schroeder SA. We can do better-improving the health of the american people. N Engl J Med 2007; 357: 1221–1228.

MUDr. Jiří Spáčil, CSc.
www.vfn.cz
e-mail: spacil.jiri@vfn.cz

Doručeno do redakce: 11. 10. 2007
Přijato po recenzi: 19. 11. 2007