

НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ПРЕВЕНЦИЈЕ, ЛЕЧЕЊА И КОНТРОЛЕ КАРДИОВАСКУЛАРНИХ БОЛЕСТИ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ДО 2020. ГОДИНЕ

Увод

Кардиоваскуларне болести (КВБ), болести система крвотока, срца и крвних судова, представљају велику, хетерогену групу обољења. Ишемијска болест срца са своја четири клиничка облика – ангином пекторис, акутним инфарктом миокарда, изненадном срчаном смрти и ишемијском кардиомиопатијом, најчешћа је болест из ове велике групе обољења, а настаје као последица атеросклерозе у коронарним артеријама.

Главни циљеви Националног програма превенције и контроле кардиоваскуларних болести у Републици Србији до 2020. године (у даљем тексту: Програм) јесу: значајно смањење оболевања и умирања становника у Републици Србији од кардиоваскуларних болести, побољшање њиховог квалитета живота и смањење неједнакости у здрављу. Интегрисана акција друштва треба да буде усмерена на факторе ризика и социјално-економске детерминанте здравља, али и на јачање здравственог система Републике Србије, како би био у стању да одговори на све веће оптерећење становништва кардиоваскуларним болестима.

Превенцијом и контролом болести срца и крвних судова могуће је значајно побољшати здравље. Контрола ових обољења је остварива превенцијом на индивидуалном и популационом нивоу, смањењем неједнакости у здрављу, заједничком акцијом здравственог и нездравствених сектора, раним откривањем (скринингом), превентивним интервенцијама и промоцијом протективних фактора.

1. Приказ ситуације

У односу на просечну стандардизовану стопу морталитета у Европи од 410,1 на 100.000, Република Србија се са стандардизованом стопом морталитета 504,3 на 100.000 становника 2007. године налазила у групи земаља са високим ризиком умирања од болести срца и крвних судова.

У структури морталитета у Републици Србији у 2007. години, болести срца и крвних судова чиниле су више од половине свих смртних исхода (56,0%). Највише становника (36,91%) наше земље умрло је од других болести срца, приближно свака трећа особа умрла је од болести крвних судова мозга и 22,26% људи умрло је од ишемијске болести срца.

Поред обољења система за дисање, болести система крвотока на другом су месту у структури ванболничког морбидитета у Републици Србији током

2007. године. Ове болести су у служби опште медицине биле заступљене са 19,5% и у служби медицине рада са 15,0%.

Према извештају о хоспитализацијама (појединачни извештаји) у здравственим установама у Републици Србији у 2007. години лечено је укупно 931.368 особа. У структури болнички лечених лица у 2007. години било је укупно 931.638 особа, односно 427.118 мушкараца (45,86%) и 504.250 жена (54,14%). Највише лечених особа (15,3%) у болницама у нашој земљи у 2007. години било је са дијагнозом болести срца и крвних судова.

Према подацима Регистра за акутни коронарни синдром (АКС) Републике Србије, током 2007. године у нашој земљи регистровано је 21.821 новооболелих и 7.381 смртних исхода од АКС-а. Од акутног инфаркта миокарда у нашој земљи у 2007. годни оболело 16.805 особа и умрло 7159 људи. Исте године од нестабилне ангине пекторис је у нашој земљи оболело 5016 особа и умрло 222 људи.

1.1 Оптерећење факторима ризика и кардиоваскуларним болестима

Према подацима публикације „Здравље становника Србије” за 2006. годину: 33,6% одраслог становништва пуши, 46,5% има хипертензију, 40,3% свакодневно или повремено конзумира алкохол, 18,3% је гојазно и 74,3% није довољно физички активно. У односу на претходно истраживање из 2000. године, 2006. године међу одраслим становништвом Републике Србије смањена је учесталост пушења за 6,9%, конзумирања алкохола за 7,2% и физичке неактивности за 12%. У истом периоду, порасла је преваленција хипертензије за 2% и гојазности за 1%.

У укупном рангирању обољења према годинама живота коригованим у односу на неспособност (DALY) у 2000. години, исхемијска болест срца налазила се на првом месту, а цереброваскуларна обољења (шлог), била су на другом месту. Стопе DALY-ја за исхемијску болест срца и цереброваскуларна обољења расту са годинама живота код особа оба пола.

Резултати студије „Оптерећење болестима и повредама у Србији” показали су да би највећи пораст очекиваног трајања живота на рођењу у 2000. години настао елиминацијом морталитета од исхемијске болести срца код мушкараца (за 2,4 године) и елиминацијом цереброваскуларних болести код жена (за 2,1 годину).

1.2 Законска регулатива

- Закон о здравственој заштити („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 72/09-др. закон);
- Закон о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05-исправка);
- Закон о лековима и медицинским средствима („Службени гласник РС”, бр. 84/04, 85/05 и 36/09);
- Уредба о плану мреже здравствених установа („Службени гласник РС”, бр. 42/06, 119/07, 84/08, 71/09 и 85/09);
- Уредба о националном програму превенције и ране детекције типа 2 дијабетеса („Службени гласник РС”, број 17/09);

- Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе („Службени гласник РС”, бр. 43/06 и 112/09);

1.3 Организација и кадровски капацитети здравствене службе

На примарном нивоу здравствене заштите, у 157 домова здравља, у Републици Србији током 2007. године, остварено је укупно 23.749.162 првих посета, од чега је 1.601.641 (6,7%) ових посета било са дијагнозом болести срца и крвних судова. Највише посета (86,6%) због проблема са срцем и крвним судовима у примарној здравственој заштити било је у служби опште медицине.

Према подацима Института за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић Батут” (у даљем тексту: Институт за јавно здравље Србије) на дан 31 децембра 2008. године, у ванболничким здравственим установама радило је 3642 доктора медицине који су се бавили дијагностиком и лечењем болести срца и крвних судова. На примарном нивоу здравствене заштите са започетом и завршеном специјализацијом радило је укупно 1722 (47,3%) доктора опште медицине; 1208 (33,2%) специјалиста педијатрије; 355 (9,7%), специјалиста интерне медицине; 314 (8,6%) специјалиста ургентне медицине са реанимацијом и 43 (1,2%) субспецијалиста кардиологије.

Болничку здравствену заштиту у 2007. години пружало је 128 здравствених установа: стационари при домовима здравља (21), опште болнице (40), специјалне болнице (37), заводи (2), институти (14), клинике (6), клиничко-болнички центри (4) и клинички центри (4).

У стационарним установама у нашој земљи радило је укупно 7562 доктора медицине од тога 6563 специјалиста; 2888 здравствених радника са вишом и 21.061 са средњом стручном спремом. Од овог броја, 2277 доктора медицине бавило се дијагностиком, лечењем и рехабилитацијом оболелих од кардиоваскуларних болести и то: 1328 (58,6%) специјалиста интерне медицине, 514 (22,6%) специјалиста педијатрије, 275 (12,1%) субспецијалиста кардиологије, 93 (4,1%) специјалиста ургентне медицине са реанимацијом, 46 (2,0%) кардиоваскуларних хирурга и 21 (0,9%) кардиохирурга.

Према подацима Института за јавно здравље Србије, Министарство здравља за 2009. годину, одобрило је шест ужих специјализација, и то: по две из кардиологије, кардиохирургије и васкуларне хирургије.

Постељни фонд у стационарним установама у 2007. години, у Републици Србији износио је 41.100 постеља, односно 5,57 постеља на 1000 становника.

Број постеља у укупном фонду у 2007. години износио је:

- стационари при домовима здравља - 348 (0,9%);
- опште болнице - 15.514 (38,9%);
- специјалне болнице - 8704 (21,8%);
- заводи - 55 (0,1%);
- клинике - 1121 (2,8%);
- институти- 4134 (10,4%);
- клиничко-болнички центрима - 2367 (5,9%);
- клинички центри - 7637 (19,1%).

Више од половине броја постеља у укупном фонду постеља у 2007. години односио се на интернистичка и хируршка одељења. На

интернистичким одељењима било је 12.017 (30,13%), хируршким одељењима 9901 (24,83%), педијатријским одељењима 2810 (7,05%) и на рехабилитацији 6144 (15,41%) постеља. На осталим одељењима (гинекологија и психијатрија) било је укупно 9004 (22,58%) постеља.

Просечна дужина лечења по једном болеснику износила је 9,6 дана, а просечна заузетост болничких постеља 73,42%.

Према подацима Института за јавно здравље Србије о мрежи здравствених установа, испитивање, лечење и рехабилитација болести срца и крвних судова у Републици Србији обављала се у 31 општој болници, 12 института, пет специјалних болница, три завода, две клинике, четири клиничко-болничка центра и четири клиничка центра.

2. Циљеви, оквир и водећи принципи Програма

2.1 Циљеви Програма

- **Главни циљ**

Унапређење и јачање система здравствене заштите Републике Србије ради боље превенције и контроле кардиоваскуларних болести.

- **Специфични циљеви:**

- превенција фактора ризика;
- правовремено препознавање КВБ;
- унапређење дијагностике;
- смањење смртности и инвалидитета од КВБ;
- унапређење квалитета живота оболелих.

2.2. Оквир Програма

- промоција здравља;
- информисаност и знање;
- законска регулатива и финансирање;
- капацитети (људски ресурси, инфраструктура, потрошна средства);
- подршка заједнице.

2.3 Водећи принципи Програма

Водећи принципи превенције на којима се заснивају активности предвиђене Програмом јесу:

- унапређење здравља кроз мултисекторски приступ и интерсекторско деловање на детерминанте здравља;
- смањење неједнакости у здрављу;
- развијање одговорности за здравље;
- подршка здравом окружењу.

3. Превенција

3.1. Ванболничка здравствена заштита кардиоваскуларних болести

3.1.1. Едукација

Едукација становништва подразумева свеобухватну и координисану акцију више чинилаца друштвене бриге за здравље.

- Општи циљ

Подизање нивоа информисаности и знања о превенцији и контроли болести срца и крвних судова.

- МЕРЕ И АКТИВНОСТИ:

- развој националног здравственог информационог система;
- усвајање законских решења у циљу обезбеђења приватности, поверљивости и сигурности информација;
- јачање капацитета институција одговорних за спровођење истраживања, креирање политика и доношење одлука;
- јачање сарадње између истраживачких и научних институција и доносиоца одлука;
- спровођење популационих истраживања и креирање механизма за делотворну имплементацију њихових резултата у пракси;
- развој и одржавање популационих регистара за кардиоваскуларне болести.

3.1.2. Животна и радна средина

Чиниоци из животне и радне средине за које је научно доказана повезаност са кардиоваскуларним обољењима су: градска бука, бука на радном месту, загађење ваздуха суспендованим честицама у ваздуху величине испод 2,5 μm , злостављање на радном месту – тоббинг и изгарање у раду – burnout syndrome. Главни патофизиолошки механизам ове повезаности је дистрес, у којем долази до ремећења регулаторних механизма крвног притиска и коронарне циркулације.

- Општи циљ

Издавање чиниоца који испуњавају четири предуслова, и то:

- 1) идентификација еколошког агенса;
- 2) идентификација еколошког ризика за КВБ;
- 3) процена еколошког ризика за КВБ и
- 4) Контрола еколошког ризика за КВБ.

Сва четири предуслова су до сада испуњена само за градску буку.

- Мере и активности:

- израда стратешке карте буке за Београд, Нови Сад и Ниш до 2012. године;

- израда стратешке карте буке у свим местима Републике Србије са преко 100.000 становника до 2015. године;

- елиминисање црних акустичких зона систематским мерама заштите од комуналне буке [Leq > 65 дБ (А)] у насељима Републике Србије са преко 100.000 становника, до 2020. године.

3.1.3. Висок крвни притисак

Према подацима публикације „Здравље становника Србије” за 2006. годину, у нашој земљи 46.5% одраслих особа оболело је од артеријске хипертензије (АХ). Изложеност цереброваскуларном инсульту код особа са хипертензијом је седам пута већа, а инфаркту миокарда три до четири пута; два пута су чешће промене на периферним крвним судовима, а 10 пута чешће јављају се бубрежне компликације.

- Општи циљеви:
 - смањење броја оболелих за 5%;
 - унапређењем дијагностике повећати број новооткривених случајева са АХ за 10%;
 - смањење компликација артеријске хипертензије за 10%.

- Мере:
 - израда упутства за примену националног програма;
 - израда програма за едукацију едукатора за превенцију АХ;
 - едукација едукатора за превенцију АХ;
 - спровођење програма раног откривања особа са повећаним ризиком и превентивни поступци у складу са националним водичем за хипертензију и њихово укључивање у систем здравствене заштите;
 - процена броја високо ризичних и особа са хипертензијом;
 - израда стандарда праћења примене превентивних мера код особа са високим ризиком за хипертензију;
 - процена ефикасности примене превентивних поступака код пацијената са високим ризиком за хипертензију у току прве године спровођења националног програма;
 - едукација здравствених радника и сарадника у примарној здравственој заштити за правилно лечење особа са АХ применом фармаколошких и нефармаколошких мера.

- Активности:
 - Спровођење мера превенције:
 - 1) смањење телесне тежине и лечење гојазности;
 - 2) избалансирана исхрана, ограничење уноса соли на мање од 6 грама и натријума на мање од 2.4 грама дневно, повећање уноса намирница са високим односом калијума и натријума, смањење конзумирања алкохола;
 - 3) увођење обавезе произвођачима намирница да на декларацијама наводе тачан садржај натријума, калијума и њихов однос;
 - 4) дозирана и контролисана физичка активност;

- 5) смањење или престанак пушења;
- 6) контрола стреса;
- 7) систематски прегледи деце од три до 18 година сваке друге године са мерењем крвног притиска први пут код деце са навршене три године са контролним мерењима при редовним систематским прегледима;
- 8) систематски прегледи одраслог становништва у примарној здравственој заштити сваке друге године и с тим у вези праћење мера извршења;
- 9) јавне акције мерења крвног притиска (базари здравља, акције у домовима здравља и др.);
- 10) рано откривање високоризичних особа и њихово укључивање у превентивни програм који обухвата корекцију телесне тежине, промену начина исхране и повећање физичке активности према препорукама националног водича.
- 11) правилна дијагностика и лечење хипертензије према препорукама националног водича;
- 12) за спровођење Програма биће задужени изабрани лекари;
- 13) у сваком дому здравља за спровођење и координацију Програма биће задужен по један лекар.

3.1.4. Пушење

Ратификацијом Оквирне конвенције о контроли дувана Светске здравствене организације (СЗО), Република Србија се кроз Стратегију контроле дувана (2005. година) заједно са 139 земаља света обавезала на свеобухватну континуирану акцију с циљем контроле дувана и производа од дувана. У Републици Србији пуши 30% жена, 38% мушкараца и 20% младих узраста 15-19 година. У том смислу, намеће се потреба за неопходним и свеобухватним активностима с циљем смањења потражње за дуванским производима.

- Општи циљ
Контрола дувана и производа од дувана.
- Мере и активности:
 - смањење пушења и употребе дуванских производа применом програма за одвикавање од пушења;
 - смањење учесталости пушења међу женама;
 - континуирано подизање и одржавање високих цена дуванских производа у складу са ценама у земљама из окружења;
 - обележавање дуванских производа порукама а касније и фотографијама патолошки измењених органа пушача;
 - постепена замена пољопривредних површина под дуваном другим исплативим културама;
 - мораторијум на отварање нових производних погона за прераду дувана и постепена преоријентација постојеће индустрије дувана на друге производе.

3.1.5. Дислипипротейнемије

Према подацима Института за јавно здравље Србије за 2006.годину, хиперлипидемије су имале високу инциденцију (мушкарци 2,7%; жене 4,2%) и високу преваленцију (мушкарци 7,3%; жене 8,6%). Пoviшен ниво липида у крви се може успешно кориговати и тако битно утицати на оболевање и смртност од КВБ.

- Општи циљ
Смањити број оболелих са дислипидемијама за 2% на годишњем нивоу.
- Мере:
 - омогућити да одговарајућа терапија буде доступна како би се умањио њихов утицај на настанак КВБ и цереброваскуларне болести;
 - израда водича за хиперлипипротейнемију.
- Активности:
 - едукација здравствених професионалаца (лекара, сестара и лабораната);
 - едукација становништва, посебно деце и омладине, о значају правилне исхране и здравих стилова живота;
 - детекција високо ризичних група;
 - рано откривање особа са дислипидемијама;
 - обезбеђивање предуслова за рано откривање и дијагностиковање поремећаја метаболизма липида, за све нивое здравствене заштите а према планираном обиму дијагностичких процедура;
 - Израдити Регистар оболелих са најтежим облицима генетски условљених хиперлипидотеинемиија ради планирања средстава за њихово лечење, односно праћење очекиваних поремећаја крвних сродника, до 2015. године.

3.1.6. Исхрана и гојазност

Исхрана је један од најважнијих модификујућих фактора који се може повезати са развојем хроничних незаразних болести, посебно кардиоваскуларних. Факторе ризика препознајемо као елементе неодговарајућег уноса намирница у квалитативном и квантитативном смислу.

- Општи циљ
Превенција и смањење учесталости гојазности код деце, омладине и одраслих.
- Мере:
 - унапређење нивоа знања и информисаности становништва о значају правилне исхране и физичке активности;
 - реализација популационих циљева исхране обезбеђивањем нутритивно вредне, здравствено безбедне и оптималне исхране становништва;
 - праћење и процена постигнутих ефеката промоције здравих стилова и унапређења здравственог стања становништва.
- Активности:
 - усклађивање са препорукама струке у погледу смањења кухињске соли, шећера и масноћа у индустријски произведеним намирницама;

- унапређење законске регулативе у погледу здравствене безбедности хране, квалитета намирница и забрана рекламирања индустријски произведене хране која представља ризик по здравље;

- унапређење законских прописа у погледу рекламирања такозване „брзе хране” са забраном рекламирања у медијима;

- израда и усвајање националних препорука за исхрану свих популационих група (предшколску и школску децу, омладину, радно активно становништво, старе, осетљиве групе и др.) и хармонизација са препорукама ЕЦ (НoЕ), европских пројеката и СЗО;

- континуирано праћење раста, развоја, ухрањености и навика исхране деце предшколског и школског узраста;

- израда водича за правилну исхрану становништва Републике Србије;

- израда водича за лечење гојазности код деце;

- едукација (додипломска, последипломска и континуирана) здравствених радника и сарадника у погледу правилне исхране и превенције нутритивних фактора ризика за настанак гојазности и КВБ;

- праћење квалитета исхране за појединце и колективе по јединственој методологији рада;

- постизање и реализација специфичних циљева исхране за јавно здравље становништва који су у складу са популационим циљевима исхране из другог Акционог плана за Европу СЗО од 2007. до 2012. године и Стратегије за превенцију и контролу хроничних незаразних болести („Службени гласник РС”, број 22/09);

- спровођење националних научноистраживачких пројеката или студија у вези навика и квалитета исхране, ухрањености и здравственог стања становништва;

- промоција избора намирница са специјалним знаком за одговарајући квалитет и нутритивну вредност;

- развијање и јачање партнерстава за спровођење препорука за правилну исхрану и физичку активност између владиног и невладиног сектора;

- увођење новог програма едукације о значају правилне исхране и превенције нутритивних фактора ризика и гојазности у школама.

3.1.7. Дијабетес

Програм ће се у делу превенције дијабетеса одвијати у складу са постојећим Националним програмом превенције и ране детекције типа два дијабетеса („Службени гласник РС”, број 17/09).

3.1.8. Физичка активност

Према подацима студије Истраживање здравственог стања становништва Србије, изостанак физичке активности је један од водећих фактора ризика за настанак хроничних незаразних обољења са преваленцијом од 67,7%. Физичком активношћу превенира се скоро 60% болести са смртним исходом.

- Општи циљ

Промоција и имплементација физичке активности у свакодневни живот становништва.

- Мере:

- промоција и имплементација физичке активности код деце, омладине, одраслих и старих особа;
- промоција и имплементација физичке активности код особа без клиничких знакова КВБ и код особа са установљеним КВБ.

- **Активности:**

- усаглашавање препорука здравствене струке у вези са повећањем фонда часова физичке културе са планом и програмом редовне наставе за основно и средње образовање;
- иницирање увођења у наставу медицинског факултета и Факултета за спорт и физичко васпитање садржаја који обезбеђују стицање знања о физичкој активности код особа са кардиоваскуларним ризиком или обољењима;
- остваривање сарадње владиног и невладиног сектора у осмишљавању националне медијске кампање „СПОРТ ЈЕ ЗА СВАКОГА” о неопходности физичке активности и последицама седентерног начина живота;
- подстицање организовања радничких спортско-рекреативних такмичења, као и спортско-рекреативних игара пензионера;
- институционална и ванинституционална промоција одговарајућих физичких активности према добним групама и здравственом статусу.

3.2. Рано откривање (скрининг)

Национални програм за скрининг КВБ односи се на скрининг биолошких фактора ризика: гојазност, хипертензију, шећерну болест и дислипипропротеинемију.

Скрининг се спроводи на примарном нивоу здравствене заштите и за његово спровођење одговоран је изабрани лекар.

Скрининг гојазности, дислипипропротеинемија и оболелих од хипертензије спроводи се у оквиру редовних систематских прегледа за децу и одрасле а скрининг за дијабетес тип 2 спроводи се према препорукама Националног водича за дијабетес.

Скрининг младих спортиста обавља се у оквиру редовних лекарских прегледа спортиста.

Селективни скрининг особа првог степена сродства за породице чији су мушки чланови оболели од КВБ (≥ 55 година за мушкарце, ≥ 65 година за жене), обављаће се једном у пет година као и селективни скрининг особа првог степена сродства за породице чији су чланови оболели од фамилијарне дислипипропротеинемије.

Прехоспитална здравствена заштита кардиоваскуларних болести

Прехоспитална кардиолошка здравствена заштита има значајан утицај на ефикасно збрињавање болесника са акутним коронарним синдромом, а најбољи резултати постижу се у лечењу инфаркта миокарда са СТ елевацијом, уколико је након постављања дијагнозе терапија дата унутар првих 1 до 3 сата, по принципу „што пре то боље”.

- Општи циљ

Ефикасна организација службе за хитну медицинску помоћ, која подразумева и адекватну опремљеност и обученост кадра.

- Мере и активности:

- едукација неопходног кадра за рано препознавање КВБ (примарна здравствена заштита и хитна медицинска помоћ);
- ефикасно збрињавање пацијената у складу са територијалном припадношћу (домови здравља и хитна медицинска помоћ пацијенте упућује у одговарајућу општу болницу, здравствени центар...);
- стандардизација опреме на терену за пружање помоћи болесницима са акутним коронарним синдромом;
- увођење телекомуникацијског система између теренских екипа службе за хитну медицинску помоћ и болница који се баве збрињавањем болесника са акутним коронарним синдромом.

3.3. Болничка здравствена заштита кардиоваскуларних болести

3.3.1. Урођене срчане мане

Урођене срчане мане (УСМ) се јављају са инциденцом од 0.8-1 на 100 живорођене деце. Имајући у виду да су УСМ генетски детерминисане, њихова инциденција је слична у различитим деловима света. Последњих година бележи се пораст броја деце која се рађају са тим обољењима. Важно је напоменути да су УСМ најчешће урођене аномалије које чине 23% од укупног броја конгениталних аномалија. Око 50% захтева хируршко лечење а око 30% спада у групу са тешким, комплексним манама.

У земљама са развијеном здравственом заштитом, далеко највећи број деце која болују од срца имају неку од УСМ. У неразвијеним земљама ситуација је различита тако да код њих доминира реуматска грозница као водећи узрок обољевања и смртог исхода у дечјем узрасту.

У нашој земљи не постоје регистри за конгениталне аномалије али према подацима здравствених установа терцијерног нивоа као и према познатој преваленцији, у Републици Србији данас живи око 15.000 деце са УСМ. Како већина преживљава дечји узраст, претпоставља се да у Републици Србији живи и око 15 до 20 000 одраслих са УСМ. Последњих деценија постигнут је огроман напредак у њиховој дијагностици и лечењу. Развијене су технике хируршке корекције практично свих обољења ове врсте, а преживљава их преко 95%. Цена лечења ових болесника и напори који се улажу да се они оспособе за нормалан и продуктиван живот су огромни.

- Општи циљеви:

Превенција рађања деце са комплексним УСМ.

Превенција компликација и стално унапређење лечења пре свега срчане иснуфицијенције, поремећаја ритма и прерана, односно напрасна смрт.

- Мере и активности

Мере примарне превенције:

- унапређење односно увођење пренаталне ултразвучне дијагностике болести срца кроз педијатријску кардиологију при центрима терцијарног нивоа здравствене заштите. (Област феталне ехокардиографије строго се поштују у развијеним земљама. У Француској се, на пример, пренатално дијагностикује

95% случајева са синдромом хипоплазије левог срца (најтежа срчана мана), 90% са транспозицијом великих крвних судова и 85% случајева са Тетралогијом Фалот. У нашој земљи се пренатално дијагностикује до 10% деце са УСМ);

- континуирана едукација гинеколога примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите у циљу раног препознавања болести срца фетуса;

- едукација у оквиру специјализације из гинекологије и перинатологије, последипломске наставе и континуиране едукације за феталну ехокардиографију.

Мере секундарне превенције:

- унапређење квалитета лечења, с циљем смањења компликација и продужења квалитетног живота. Организовано лечење одраслих са УСМ, јер је број таквих болесника стално расте од педијатријске популације до одраслих;

- покретање иницијативе у циљу формирања специјализованих јединица или одељења за лечење УСМ у здравственим установама терцијарног нивоа здравствене заштите;

- формирање базе података о пацијентима са УСМ.

3.3.2. Акутни коронарни синдром

Болничку здравствену заштиту пацијената са акутним коронарним синдромом подразумева лечење око 13.000 болесника на годишњем нивоу у 54 коронарне јединице или одељења интензивне неге у Републици Србији. Дијагностика и лечење унапређени су током последњих година увођењем медикаментне реперфузионе терапије - тромболитичне терапије, чија је примена удвостручена (са 25% на више од 50%), а морталитет је опао са 18% на 8-9%.

- Општи циљеви:

Едукација становништа у смислу благовременог јављања одговарајућој здравственој служби код појаве ангинозног бола.

Оснаживање комуникације коронарних јединица или одељења интензивне неге са службама примарног нивоа здравствене заштите с циљем правовремене дијагностике и одговарајућег збрињавања пацијената са акутним коронарним синдромом.

- Мере и активности:

- планирање броја постеља, кадра и опреме у коронарним јединицама и израда норматива у сарадњи са експертским тимом за акутни коронарни синдром;

- повећање броја пацијената којима ће се дати медикаментна реперфузија и нови тромболитички лекови;

- јачање комуникације примарног и секундарног нивоа здравствене заштите, односно, јачање комуникације са службама хитне медицинске помоћи;

- едукација становништа путем различитих средстава јавног информисања укључујући и циљане медијске кампање;

- континуирана едукација у циљу оспособљавања односно усавршавања постојећег високог и средњег медицинског кадра;

- наставак рада Републичког експертског тима за акутни коронарни синдром;

- унапређење базе података националног регистра за акутни коронарни синдром.

3.3.3. Интервентна кардиологија

Интервентна кардиологија је у последњој деценији остварила значајан напредак. Успешном организацијом њених служби смањило се време чекања на интервенцију и омогућило одговарајуће збрињавање пацијената са акутним инфарктом миокарда.

- Општи циљ

Унапређење дијагностике, правовремена примена одговарајуће терапије и смањење смртности и инвалидитета.

- Мере:

- усвајање и примена критеријума у вези броја сала за катетеризацију према међународним стандардима;

- едукација и оспособљавање здравствених радника домова здравља и хитне медицинске помоћи ради препознавања и правовременог збрињавања пацијената којима је неопходна специфична терапија чија је примена могућа на секундарном односно терцијарном нивоу;

- формирање униформне базе са проспективним уносом података.

- Активности:

- смањење Листе чекања адекватном организацијом постојећих капацитета и улагањем у формирање нових према међународним критеријумима;

- едукација неопходног кадра у складу са усвојеним критеријумима;

- програм примарне ангиопластике у акутном инфаркту миокарда решавати системски постепеним укључивањем нових центара према броју обучених лекара;

- време амортизације постојећих и новоотворених сала треба да износи пет година. Након тога сваку салу треба сервисирати према постојећим протоколима;

- повезивање базе података са Републичким заводом за здравствено осигурање с циљем праћења адекватне употребе потрошног медицинског материјала.

3.3.4. Срчани пејсмејкери и аритмије

Активности пејсмејкер службе подразумевају имплантацију и праћење три типа сталних пејсмејкера: антибрадикардних (АБП), имплантабилних дефибрилатора (ИЦД) и ресинхронизационих пејсмејкера (ЦРТ).

- Општи циљеви:

Благовремено дијагностиковање и лечење срчаних аритмија са посебним акцентом на најчесталију, апсолутну аритмију.

Превенција изненадне срчане смрти.

- Мере:

- формирање служби за АБП према критеријумима Подгрупе за аритмије и пејсмејкере;

- услове за имплантацију ИЦД и ЦРТ пејсмејкера, обезбедити, поред постојећих установа, и у другим установама и повећати број уграђених АБП.

- **Активности:**

- израда упитника који ће се дистрибуирати кардиолошким службама и службама ХМП до средине наредне године како би приступили изради годишњих извештаја и прорачуна о распрострањености срчаних аритмија. Када је реч о превенцији изненадне смрти, садржај упитника обухватиће и питања која се односе на мултифакторијалност узрока изненадне смрти;

- вођење јединствене електронске базе података за све пејсмејкер службе у референтном центру за пејсмејкере у Клиничком центру Србије;

- периодичне едукације референтних кардиолога о новим индикацијама за имплантације свих типова пејсмејкера.

- обезбеђивање услова за отварање нових пејсмејкер служби на основу утврђених индикација за АБП (постојећа кардиолошка служба са постојећом опремом за имплантацију пејсмејкера), затим, обуке у трајању од шест месеци за кардиологе у Референтном пејсмејкер центру;

- прилагођавање светских и европских препорука за лечење атријалне фибрилације и превенцију изненадне смрти нашим условима;

- увођење и примена телемедицине – имплантирање пејсмејкера са могућношћу удаљеног праћења како би се оствариле уштеде за пацијенте због рутинских контрола или у случају изненадне промене кардиолошког статуса;

- као посебан део превенције изненадне смрти, Подгрупа за аритмије и пејсмејкере израдиће, заједно са службама ХМП, план снабдевања и дистрибуције аутоматских екстерних дефибрилатора (АЕД) за јавна места, попут аеродрома, спортских хала и слично, како би се постављање првих АЕД омогућило током 2010. године. Прва четири града у Републици Србији са АЕД биће Београд, Нови Сад, Ниш и Крагујевац;

- Подгрупа за пејсмејкере и аритмије континуирано ће пратити развој антиаритмичне медикаментне терапије и нових технологија у свету.

3.3.5. Васкуларна хирургија

У последњих десет година учесталост обољења крвних судова је у вишеструком порасту, а њихове компликације значајно повећавају не само смртност, већ и оболевање и инвалидитет у Републици Србији, што је од великог социјално – економског значаја.

- Општи циљ

Благовремена дијагностика и терапија атеросклеротичних промена крвних судова мозга и врата, аорте и акутних и хроничних исхемијских обољења периферних крвних судова.

- Мере:

- развој елективне васкуларне хирургије;
- развој ургентне васкуларне хирургије;
- развој ендоваскуларне хирургије;
- формирање норматива у васкуларној хирургији;
- организовање скрининга за каротидну и анеуризматску болест на нивоу примарне и секундарне здравствене заштите;
- реформу едукације.

- **Активности:**

- развој елективне васкуларне хирургије према усвојеном „Националном водичу за елективну васкуларну хирургију” и „Националним водичу за примену васкуларних графтова”;
- развој ургентне васкуларне хирургије према постојећем „Националним водичу за ургентну васкуларну хирургију”;
- развој ендоваскуларне хирургије према постојећем „Националним водичу за ендоваскуларну хирургију”;
- детаљно дефинисање сваке васкуларне процедуре на основу које се врши нормирање: потрошног хируршког материјала, потрошног анестезиолошког материјала и лекова, потрошног трансфузиолошког материјала и лекова;
- одређивање броја и квалификационе структуре кадрова који учествују у извођењу процедуре (сви здравствени и немедицински радници);
- одређивање времена трајања процедуре, при томе узимајући у обзир не само хируршки рад, већ комплетно трајање процедуре од момента „уласка” до момента „изласка” пацијента из операционе сале, јер је за то време операциона сала неупотребљива за било коју другу процедуру;
- увођење нове самосталне специјализације из васкуларне хирургије;
- повећање броја ангиолога.

3.3.6. Кардиохирургија

На основу јединствене процене 26 развијених земаља света, очекује се годишњи прилив 250 новооткривених пацијената на 100.000 становника којима ће бити потребна инвазивна кардиолошка процедура (ПЦИ), која подразумева ширење коронарних артерија (код 2/3 случајева) или класична хирушка реваскуларизација миокарда (код 1/3 случајева). Наша земља би на основу тога сваке године имала 7.000 пацијената којима би требало урадити хирушку реваскуларизацију миокарда. На овај број потребно је додати још 2.000 хирушких процедура на срцу које се односе на пацијенте са обољењем срчаних залистака и другу кардиохирушку патологију, што укупно чини око 9.000 кардиохирушких интервенција (операција) на годишњем нивоу.

Тренутно се у Републици Србији годишње оперише 4.500 пацијената, а реална процена је да још толико мора да чека на операцију.

- **Општи циљеви:**

Елиминација листа чекања за кардиохирушке интервенције.

Едукација пацијената о детаљима операција укључујући и упутства у вези мера након операција.

- Мере:

- проширење капацитета постојећих кардиохирушких центара са отварањем одељења полуинтензивне неге, које би омогућило рад операционих сала у две смене, укључујући и синхронизацију рада са службом хитне медицинске помоћи;

- отварање нових кардиохирушких центара (операционих сала) са одговарајућим географским распоредом и бројем истих према следећем предлогу:

- 1) Клинички центар Ниш – две операционе сале 2012.

- 2) Клинички центар Крагујевац – две операционе сале 2012.

- 3) Клинички центар Србије – једна операциона сала (укупно четири сале) 2013;

- повећање броја висококвалификованог и средњег медицинског кадра у операционим салама.

- АКТИВНОСТИ:

- сваком пацијенту који је предвиђен за хируршко лечење на срцу неопходно је објаснити аспекте хируршке интервенције укључујући детаље везане за исход и могуће компликације. Такође, пацијенте треба упознати са неопходним радњама које је потребно спровести у преоперативном периоду. Поменута упутства треба да се налазе у посебној брошури;

- пред отпуст из болнице сваки пацијент мора добити упутства и обавештења која се односе на иницијални опоравак. Ова упутства такође морају бити садржана у брошури која обухвата неопходне податке;

- формирање база података кардиохирушких болесника која садржи неопходне податке о пацијенту.

3.4. Физикална медицина и рехабилитације кардиоваскуларних обољења

Физикална медицина и рехабилитација има активну улогу у превенцији, третману и рехабилитацији болесника са кардиоваскуларним обољењима.

Рана (акутна) рехабилитација у кардиологији обавља се на секундарном и терцијарном нивоу у коронарним јединицама – интензивна нега, посткоронарним одељењима – полуинтензивна нега, кардиохирушким и васкуларним одељењима (интензивне и полуинтензивне неге).

- Општи циљеви:

- Спречавање могућих компликација које настају као последица основног обољења или синдрома имобилизације.

- Постепено враћање функционалне способности која је постојала пре настанка акутног стања, а у складу са основним обољењем.

- Када постоји могућност, у зависности од здравственог стања, ради се преоперативна физикална припрема болесника, код којих је индикована кардиохируршка или васкуларна интервенција.

- Мере и активности:

- скраћење примарне фазе лечења код болесника којима нису установљене компликације основног обољења;
- континуирано праћење болесника уз могућност њиховог праћења и рехабилитације до потпуног опоравка у дневним болницама;
- наставак рехабилитационих третмана за најтеже пацијенте у установама специјализованим за рехабилитацију кардиолошких болесника;
- едукације болесника у вези превенције фактора ризика за поновни настанак кардиоваскуларног инцидента, у домовима здравља;
- континуирана едукација постојећег кадра;
- формирање базе података о особама које су обухваћене рехабилитационим третманом.

4. Имплементација програма

4.1 Носиоци активности

Носиоци активности Програма су:

- Министарство здравља;
- Републички завод за здравствено осигурање;
- факултети медицинске струке;
- домови здравља, заводи основани на примарном нивоу здравствене заштите, опште и специјалне болнице, институти, клинике, клиничко-болнички центри и клинички центри;
- Институт за јавно здравље Србије са мрежом института и завода за јавно здравље;
- стручна и друга удружења;
- Републички завод за статистику;
- појединци и заједница у целини.

4.2 Стручно усавршававање

Стручно усавршававање здравствених радника, односно специјализације и уже специјализације као и континуирана едукација, обављаће се у складу са Законом о здравственој заштити.

4.3 Истраживања у кардиологији

Основ клиничких истраживања у Републици Србији у наредном периоду требало би да буду заједнички проспективни регистри свих центара који у свом домену имају превенцију кардиоваскуларних болести (од примарне до терцијарне). Ти регистри били би креирани од стране истраживача наших институција или преузети као већ комерцијално доступни регистри какви постоје у Европској Унији (шведски регистар интензивне коронарне неге-РИКС ХУА, www.ucr.uu.se/rikshiaint/index.html; или САД - НРМИ). Успостављањем

регистара обезбедила би се прецизна контрола присуства фактора ризика у популацији за оболевање од кардиоваскуларних болести као и контрола рада свих здравствених установа па и завода за јавно здравље. Овакав систем постоји у Шкотској у Великој Британији где је забележен пад оболевања од кардиоваскуларних обољења.

Потребно је активно подржати пројекте који обухватају примарну превенцију где се после снимања стања фактора ризика спроводи интервенција њиховог смањивања, а то су: смањење пушења, правилна исхрана, повећање физичке активности и достизање одговарајуће телесне тежине. У наредном периоду потребно је наставити клиничка истраживања која су се доказала на међународном плану. Неке студије које су у току, као ЈУСАД (Југословенска студија прекурсора атеросклерозе код деце), затим, код нас скоро завршена студија Седам земаља, могу послужити као модел снимања пресека стања и доношења одлука о интервенцијама.

Надаље, потребно је искористити међународне иницијативе и пројекте као што су „Стент за живот” („*Stent for lif*”) који укључују нашу земљу не само ради одговора на одређене научне хипотезе које могу довести до увођења нових терапија, већ и ради укупног унапређења нашег здравственог система у области кардиоваскуларне медицине.

Сматра се да ће у следећих двадесетак година будућност лечења већ оболелих бити у апликацији матичних ћелија тако да би требало подржати међународне пројекте у овој области у којима су интегрисане и наше институције и истраживачи.

Релативно и апсолутно високи морталитет и морбидитет од кардиоваскуларних болести у Републици Србији чини нас атрактивним и за многе студије које финансирају међународни фондови и фармацеутска индустрија због значајне способности укључивања испитаника.

5. Праћење и процена Програма

Праћење и процену спровођења Програма, на основу прикупљања, обраде и анализе прописаних здравствено – статистичких и других података, односно показатеља предвиђених програмом, као и на основу непосредног увида за подручја појединих јединица локалне самоуправе и управног округа, односно филијала Републичког завода за здравствено осигурање, врше надлежни институти, односно заводи за јавно здравље. Њихове активности усмерава и води Институт за јавно здравље Србије.

Извештаје о спровођењу Програма, континуирано, на шест месеци припремају и достављају Институту за јавно здравље Србије носиоци програмских целина: домови здравља, заводи основани на примарном нивоу здравствене заштите, клинике, односно, болничка одељења на којима се лече КВБ и институти односно заводи за јавно здравље за територију за коју су основани. На основу достављених извештаја, Институт за јавно здравље Србије сачињава збирни извештај који доставља Министарству здравља.

6. Финансирање активности Програма

Средства за спровођење Програма обезбедиће се из буџета Републике Србије на разделу Министарства здравља, у складу са билансним могућностима

и у оквиру средстава планираних финансијским планом Републичког завода за здравствено осигурање.

Nacionalni program kardioloske zdravstvene zastite.Doc/1

Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА
Број: 110-00-308/2009-02
25.02.2010. године
Београд

В Л А Д А

БЕОГРАД

У прилогу вам достављамо пречишћен текст Уредбе о Националном програму превенције, лечења и контроле кардиоваскуларних болести у Републици Србији до 2020. године, ради објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”, а који је донела Влада на седници од 25. фебруара 2010. године, усаглашен са Републичким секретаријатом за законодавство.

МИНИСТАР

проф. др Томица Милосављевић