

Szívelégtelenségben szenvedő betegek halálózása hazánkban 2017-ben

Tomcsányi János dr.

Budai Irgalmasrendi Kórház, Kardiológiai Osztály, Budapest

Bevezetés: A szívelégtelenség magas mortalitásával, nagy betegpopulációt érintő, cardiovascularis betegség. A mortalitási adatok és azok változásai fontos információt jelentenek a kezelés hatékonyságának céljából.

Célkitűzés: A szívelégtelenség miatti halálozás alakulásának és változásának tanulmányozása a 2010 előtti időszakhoz képest.

Módszer: A 2017-ben szívelégtelenség miatt kezelt betegek számát, illetve mortalitási adatait elemeztem, a kórházi halálozást, valamint az 1–6–12 hónapos halálozást figyelembe véve. Az I50 és I42 BNO-kódokat vettem figyelembe, függetlenül attól, hogy az ápolást indokló fő- vagy mellékdiagnózisként szerepeltek. A mortalitásnál csak az összhálózást értékeltem.

Eredmények: A 2017. évben szívelégtelenség miatt szakorvosi ellátásban részesülők száma 1,1%-os prevalenciát adott. Ezen betegek kórházi halálózása 3,9% volt, míg az 1–6–12 hónapos halálozás 5,2–12–17%-nak adódott.

Következtetések: A szívelégtelenség prevalenciája kisebb, mint a 2009-ben megadott 1,6%. Ez annak köszönhető, hogy most csak egy évet néztem, míg 2009-ben figyelembe vettük az előző 5 évben diagnosztizált szívbetegeket is, akik adott évben nem voltak szakorvosi ellátáson. A mortalitási adatok is jelentős javulást mutatnak 2009-hez képest, de még mindig a nyugat-európai értékek felett vannak. A javulás nagy valószínűséggel a túlélést nyújtó gyógyszerek jobb felírtásával, illetve a jobb adherenciával magyarázható.

Orv Hetil. 2020; 161(24): 1012–1014.

Kulcsszavak: szívelégtelenség, mortalitás

Mortality among heart failure patient population in Hungary in 2017

Introduction: Heart failure is a high mortality cardiovascular disease affecting a huge patient population. Mortality rate data and their changes are important information regarding therapy effectiveness.

Aim: To study the death rate of heart failure and its change in comparison with the period before 2010.

Method: In the year 2017, data of heart failure patients were analysed: number, overall and in-hospital mortality rate, 1–6–12-month death rates. Patients reported with codes of I50 and I42 blocks of the ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision) classification were collected, irrespective of whether the codes were used as principal or additional diagnoses. Only all-cause mortality data were assessed.

Results: The prevalence of patients treated with heart failure was 1.1%. In-hospital death rate was 3.9% of this patient population, while 1–6–12-month death rates were 5.2–12–17%.

Conclusions: The prevalence of heart failure was less in 2017 than the 1.6% value for the year 2009. This can be due to the fact that this study collected patients treated or visited only this one year, while the other study in 2009 assessed patients diagnosed also in the previous 5 years but not appearing at any medical visit in 2009. Mortality rate data have also shown a remarkable improvement in comparison with the year 2009, but they still remained above the values reported for Western Europe. This improvement can be explained with the better up-titration of medications offering longer survival and the better adherence of patients.

Keywords: heart failure, mortality

Tomcsányi J. [Mortality among heart failure patient population in Hungary in 2017]. Orv Hetil. 2020; 161(24): 1012–1014.

(Beérkezett: 2020. február 5.; elfogadva: 2020. március 5.)

Rövidítések

ACEI = (angiotensin-converting-enzyme inhibitor) angiotenzinkonvertálóenzim-gátló; ARNI = angiotenzinreceptor-neprilizin inhibitor; BNO = betegségek nemzetközi osztályozása; NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (az OEP jogutódja); NYHA = (New York Heart Association) New York-i Szívbetegséggel Foglalkozó Társaság; OEP = Országos Egészségbiztosítási Pénztár; SGLT2 = (sodium glucose co-transporter 2) nátrium-glükóz-kotranszporter-2

Egy korábbi felmérés szerint a szívelégtelenség prevalenciája Magyarországon 1,6%, ami 160 000 beteget jelentett az akkor még OEP adatbázisa alapján [1]. Az incidencia 30–40 000 között változott évente. A betegek döntően a 60–80 éves korosztályba tartoztak. Az esetek 15–20%-ában az elkövetkező évben rehospitalizációra került sor. A betegek fele részesült ACEI- és béta-blokkoló-kezelésben. A béta-blokkoló-feltitrlás alig emelkedő tendenciát mutatott. A szívelégtelenség halálózása igen magas volt, az első évben megközelítette a 30%-ot. A nemzetközi adatokból az derül ki, hogy 2017-ig javulás a szívelégtelenség-mortalitásban elsősorban a nem hospitalizált betegeknél jelentkezett [2]. Ugyanakkor a tendencia egyértelműen azt mutatja, hogy a szívelégtelen betegek száma a vártnál jobban növekszik [3]. Ennek oka lehet a magasabb életkor, a heveny ischaemiából megmentett betegek, akik később szívelégtelenné válnak, valamint a szívelégtelenségre hajlamosító diabetes mellitus növekedése. A jelen vizsgálat célja a szívelégtelenség miatti hazai mortalitás felmérése volt. A vizsgálat jelentőségét aláhúzza, hogy ezáltal lehetőség lesz lemérni a most bevezetésre került és várhatóan a közeljövőben kiterjesztett ARNI- és SGLT2-gátló gyógyszereknek a szívelégtelenség-mortalitásra kifejtett országos hatását [4–6]. Ezek azok a készítmények, illetve készítménycsaládok, amelyek egyértelmű mortalitáscsökkenést tudtak eredményezni az egyébként optimálisan kezelt, csökkent balkamra-funkciójú betegek körében.

Módszer

A NEAK adatbázisából a szívelégtelen (BNO: I50 és I42) fekvő és járó betegek mortalitási adatait dolgoztam fel. A BNO-kódok mind a fő-, mind a mellékdiagnózisban szerepelhettek. A 2017. évet vettem alapul. A szívelégtelenségben szenvedő betegek kórházi mortalitását és 1–6–12 hónapos mortalitási adatait gyűjtöttem össze. Nem vizsgáltam a korábbi években vizsgált szívelégtelen betegeket, akik adott évben nem voltak szakorvosi vizsgálaton. Nem tudtam vizsgálni, hogy milyen arányban voltak a csökkent balkamra-funkciójú, illetve NYHA III–IV. stádiumban lévő betegek. A mortalitási adatoknál nem került elkülönítésre a cardiovascularis mortalitás, mert erre nem tudtam populációs szintű elkülönítést adni. Ismert, hogy az új keletű szívelégtelenségnek a legmagasabb a mortalitása [1], de miután csak egy év került vizsgálatra, ilyen leválasztást nem tudtam végezni.

1. táblázat | A 2017. évben a fekvő- vagy járóbeteg-ellátásban detektált szívelégtelen betegek mortalitási adatai

2017	Összhalálozás
Kórházi	3,9%
1 hó	5,2%
6 hó	12%
12 hó	17%

Eredmények

A 2017. évben a fekvő- vagy járóbeteg-ellátásban detektált szívelégtelen betegek száma 108 654 volt, ami 1,1%-os prevalenciát eredményezett. Ezen betegek mortalitási adatait az 1. táblázat mutatja. Nem tettem különbséget a fő- és mellékdiagnózisban szereplő szívelégtelenség között, mivel ezen betegcsoportban finansiális szempontból gyakran más „finanszírozásban kedvezőbb” BNO-kód lesz a fődiagnózis.

Megbeszélés

A korábbi, 2009-es adatokkal való összehasonlítás [1] során több változást is megfigyelhetünk. Az első, hogy alacsonyabb prevalenciás adatot kaptunk azzal, hogy 1,6% helyett 1,1% lett a prevalencia. Ez a kedvező tendencia viszont nem azt jelenti, hogy nálunk a nemzetközi tendenciával ellentétben csökken a prevalencia, hanem azt, hogy itt csak egy évet vettünk figyelembe. A magyarországi sajátosságokat ismerve, a szívelégtelenség-ambulanciák hálózatának hiánya miatt nagyon sok beteg nem jelenik meg több mint egy évig szakorvosi vizsgálaton. Ezért biztos, hogy magasabb a szívelégtelenség prevalenciája, mint 1,1%. A másik, hogy 2009-hez képest kedvezőbbek a mortalitási adatok. Itt is csak a tényt tudjuk rögzíteni, de nagyon valószínű, hogy a jobb kezelés, a magasabb béta-blokkoló- és ACE-gátló-feltitrlás segített abban, hogy javuljanak az egyéves halálozási adatok.

A vizsgálat korlátai

- 1) Az egyik legfontosabb kritikai pont, hogy nem tudjuk a halálozás okát. Éppen ezért nem is törekedtünk a cardialis halál megadására, hanem csak az összhalált vettük figyelembe. Már *Narang és mtsai* felhívták a figyelmet 1996-ban arra, hogy a krónikus szívelégtelen betegek hányféle ok miatt halhatnak meg, és ezért sokkal akkurátusabb klasszifikációra lenne szükség [7]. Így a rendelkezésre álló adatokból még azt sem tudjuk megmondani, hogy mennyi volt a hirtelen szívhalál és mennyi a progresszív szívelégtelenség miatti halálozás.
- 2) A másik nagyon fontos pont, hogy az adatgyűjtésre használt, megadott BNO-kódok nemcsak a betegség leírására szolgálnak, hanem a legoptimálisabb betegségszámolhatóságot is figyelembe veszik.

3) A prevalencia szempontjából nyilvánvalóan pontosabb értékeket lehet kapni, ha több év összesített adatait vesszük figyelembe, és nem csak egy évet, ahogy a jelen vizsgálatban is történt.

Következtetések

A kórházi halálozás kedvezőbb, mint korábban, de még mindig magasabb, mint a fejlett országokban [8]. A szívégtelenség-ambulanciák hálózatának bevezetése, illetve az új gyógyszerek széles körben való alkalmazása tovább javíthatja ennek a még mindig magas mortalitású betegségnek a halálozását hazánkban.

Anyagi támogatás: A szerző a közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka miatt anyagi támogatásban nem részesült.

A cikk végleges változatát a szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Köszönetnyilvánítás

Köszönöm *dr. Farkas Mariannának*, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő főigazgató-helyettesének az adatok rendelkezésre bocsátását.

Irodalom

- [1] Tomcsányi J, Tóth, E. Epidemiology and therapy of heart failure in the early XXI century. (Szívégtelenség epidemiológiája és terápiája Magyarországon a XXI. század elején.) *Cardiol Hung.* 2012; 42: 42–49. [Hungarian]
- [2] Taylor CJ, Ordóñez-Mena JM, Roalfe AK, et al. Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000–2017: population based cohort study. *BMJ* 2019; 364: I223. [Correction: *BMJ* 2019; 367: I5840.]
- [3] Savarese G, Lund LH. Global public health burden in heart failure. *Card Fail Rev.* 2017; 3: 7–11.
- [4] McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition *versus* enalapril in heart failure. *N Engl J Med.* 2014; 371: 993–1004.
- [5] Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2015; 373: 2117–2128.
- [6] McMurray JJ, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *N Engl J Med.* 2019; 381: 1995–2008.
- [7] Narang R, Cleland JG, Erhardt L, et al. Mode of death in chronic heart failure. A request and proposition for more accurate classification. *Eur Heart J.* 1996; 17: 1390–1403.
- [8] Akintoye E, Briasoulis A, Egbe A, et al. National trends in admission and in-hospital mortality of patients with heart failure in the United States (2001–2014). *J Am. Heart Assoc.* 2017; 6: e006955.

(Tomcsányi János dr.,
Budapest, Árpád fejedelem útja 7., 1027
e-mail: tomcsanyij@gmail.com)

*„Laetandum est vita, nullius morte dolendum;
cur etenim doleas a quo dolor ipse recessit.”*
(Míg élsz, boldog légy, s ne szomorkodj senki halálán:
mért szenvedsz amiatt, kit többé semmi se kínoz?)