

Az akut infarktusból végzett budapesti PCI-programról

Zámolyi Károly

Köztudott, hogy hazánkban a megbetegedések és halálozások leggyakoribb oka szív- és érrendszeri betegség. Évi 25 000 az akut myocardialis infarktusos betegek száma, és ennek 2-3-szorosa azoké, akik instabil coronariaszindróma miatt kerülnek kórházi kezelésre. A mediterrán európai országokban a myocardialis infarktus incidenciája (események száma/100 ezer beteg/év) 1997-ben a 35–64 éves férfiak között 163 volt, nőknél 26. Hetvenöt év felett jelentős növekedés tapasztalható: 991/811. Ezek a számok az észak-európai országokban lényegesen magasabbak: 290/86 és 1666/1327.

Az ST-elevációval járó akut coronariaszindrómában az esetek döntő többségében Q-hullámú akut myocardialis infarktus (AMI) alakul ki, amelynek a korszzerű kezelését az infarktust okozó coronariaarteria (IRA) minél korábbi megnyitása jelenti. Ennek két módja lehetséges, a fibrinolízis és a percutan coronariaintervenció (PCI). Ez utóbbi lehet primer PCI, gyógyszeres reperfüziós kezeléssel kombinált, úgynevezett facilitált PCI és a sikertelen fibrinolízis utáni, úgynevezett rescue PCI. Az Európai Kardiológiai Társaság 2003 januárjában megjelent ajánlása szerint primer PCI preferálandó, ha ezt egy intervenció kardiológiai járatos team az első orvosi észleléstől számítva 90 percen belül elvégzi. A másik két indikáció a cardiogen sokk és a fibrinolitikus kezelés kontraindikációja. Mindhárom indikáció I. osztályú ajánlás, de csak az első esetben A szintű az evidencia. A másik kettőben az evidenciaszint C. „Rescue” PCI II/a ajánlással B szintű evidenciával akkor végezhető, ha nagy kiterjedésű infarktus esetében a thrombolysis sikertelen volt.

Több költség-haszon vizsgálat támasztja alá a korai invazív vizsgálat és revascularisatiós kezelés hosszú távú megtérülését. A legújabb DANAMI-2 tanulmányban azt vizsgálták, hogy jobb-e, ha a beteget szívkatéteres laboratóriummal rendelkező centrumba szállítják, és ott elvégzik a primer PCI-t, mint ha csak thrombolysisben részesül. A protokoll maximum háromórás transzferidőt engedélyezett. A 30 napos kombinált végpontokban (halál, reinfarktus és stroke) az átszállított primer PCI-ben részesülő betegek körében szignifikáns csökkenés volt megfigyelhető (14,2% vs.

8,5%; $p < 0,002$), míg a mortalitáscsökkenés nem volt szignifikáns (8,6% vs. 6,5%; $p = 0,20$).

Prágában korábban megszervezték az ST-elevációval járó AMI hat órán belüli, primer PCI-vel történő kezelését, és 17 centrum bevonásával, 300 beteg a Prague nevű klinikai vizsgálatot is elvégezték. A betegeket három csoportba osztották. Az első csoportba a streptokinázzal történt thrombolysis, a második csoportba a transzport alatti, streptokinázzal történt thrombolysis, majd PCI, a harmadikba pedig az azonnali transzfer és PCI került. A 30 napos mortalitás: 14% vs. 12% vs. 7% volt. A reinfarktus előfordulása: 10% vs. 7% vs. 1%. A különbségek szignifikánsak voltak. A facilitált PCI nem hozott jobb eredményeket, mint a thrombolysis.

A korábbi években Magyarország lemaradása az intervencionális kardiológiában jelentős volt. 1997-ben az egymillió lakosra számított koronarográfiák száma a szintén 10 milliós lakosú Csehországban 1788, Magyarországon 965 volt. Még jelentősebb volt az egymillió lakosra számított PTCA-k számában a különbség: Csehországban 506, hazánkban 130. Azóta hazánkban nagy előrelépés történt a vidéki centrumok jelentős teljesítménynövekedésének és a két új budapesti centrum elindulásának köszönhetően. Ez utóbbi ugyanis lendületet adott a három régi budapesti szívkatéteres laboratórium munkájának. 2001-ben egymillió lakosra számítva már 2000 koronarográfia és 530 PCI történt. A sürgősségi infarktusellátást illetően is a vidéki centrumokban folyó munka jelentette a lökést, például a pécsi szívcentrumban a primer PCI-ellátást több megyére kiterjedően megszervezték. A leghátrányosabb helyzetben Budapest volt, annak ellenére, hogy régóta három szívkatéteres laboratóriummal rendelkezett. Változást ebben a vonatkozásban is a két új szívkatéteres centrum megnyitása – a Bajcsy-Zsilinszky Kórházban és a Budai Irgalmasrendi Kórházban – jelentette. Öt centrummal ugyanis már lehetővé vált a budapesti, akut infarktust szenvedett betegek intervencionális ellátásának a megszerzése. A centrumok a következők: Országos Kardiológiai Intézet, Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika, Országos Gyógyintézeti Központ, Budai Irgalmasrendi Kórház és a Bajcsy-Zsilinszky Kórház. A

dr. Zámolyi Károly, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Kardiológiai Osztály

program szervezését a két budapesti kardiológus szakfelügyelő, Jánosi András és Tenczer József kezdte el 2002 májusában. A munka koordinálását az ÁNTSZ fővárosi intézetében Petróczy Györgyi végezte és végzi továbbra is, az adatok folyamatos gyűjtésével együtt.

A program szervezése során aggodalmak a következőkkel kapcsolatban jelentkeztek: naponta hány betegre lehet számítani, mekkora megterhelést jelent ez a

szívkatéteres laboratóriumok mellett a kardiológiai osztályok számára. Van-e elegendő szívkatéteres intervencióban járatos szakember, elegendő-e a jelenlegi intenzív coronariaágyak száma? Az aggodalmak eloszlatására 2002 novemberében az öt szívkatéteres centrum feljegyezte az akut coronariaszindrómával osztályra felvett betegeket. A számok

azt a korábbi elképzelést támasztották alá, hogy a hat órán belüli ST-elevációval járó esetek száma egész napra és egész Budapestre vonatkoztatva nem több, mint 8-12 beteg.

Az ÁNTSZ a centrumokkal egyeztetve Budapestet öt régióra osztotta a nappali (reggel 8 óra és 18 óra között) akut infarktusellátást illetően. 18 óra és másnap reggel 8 óra között, valamint vasárnap és ünnepnapokon reggel 8 és másnap reggel 8 óra között az ügyeleti szolgálatot egész Budapest területére egy centrum látja el.

Az előkészítő munkában természetesen az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) is részt vett. Az OMSZ-on belül részletes tájékoztatás történt, valamint minden háziorvos és budapesti kórház írásos tájékoztatást kapott a hat órán belüli, EKG-val igazolt ST-elevációval járó akut myocardialis infarktust szenvedett betegek szívkatéteres centrumba juttatásáról.

Fontos, hogy a fájdalom kezdetétől számított hat órán belül és EKG-val egyértelműen igazolt ST-eleváció esetén kerüljenek a betegek minél rövidebb idő alatt a szívkatéteres centrumba. Természetesen sokszor nehéz a megfelelő esetek kiválasztása, az egyértelmű, gyors diagnózis felállítása, ezért a centrumok megegyeztek abban, hogy a PCI-re nem alkalmas betegeket is definitív ellátásban részesítik. A centrumok kérése az volt, hogy a mentőszolgálat előre értesítse az osztályokat, illetve a szívkatéteres laboratóriumokat a betegek érkezéséről, ami a munkaszervezés szempontjából lényeges.

A 2003. január 1-jén indult program tapasztalatait a centrumok az ÁNTSZ koordinálásával folyamatosan gyűjtik, és egy hónap elteltével értékelik. A programot folyamatosan, szükség szerinti változtatásokkal kívánjuk végrehajtani.

Természetesen, mint minden új program, ez is számtalan kérdést, nehézséget vet fel. Ezek közé tartozik a finanszírozás kérdése is. Többletmunkáról van szó, több ügyeletos orvosra van szükség; új HBCS-t kell kidolgozni, és át kell gondolni az intenzív coronariaosztályok, -részlegek szakmai minősítését is.

Ez a program alulról jövő kezdeményezésként indult: az ezen a területen dolgozó, kizárólag a legkorszerűbb betegellátást szem előtt tartó orvosok, nővérek és asszisztensek lelkesedésének köszönhető. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium hozzájárult a program beindításához a következő megjegyzéssel: „A finanszírozás a hatályos jogszabályok szerint történik, az ügyelet ellátása többletberuházási vagy a finanszírozási szabályokat meghaladó pénzügyi forrásokkal nem jár, azaz többletköltségek felszámítására a részt vevő centrumok nem jogosultak.”

A program alulról jövő kezdeményezésként indult.



RÉGIÓK ÉS CENTRUMOK

Budapesten a PCI-programhoz a betegellátás zavartalan lebonyolítása érdekében öt régiót hoztak létre:

Észak-pesti régió: V., VI., VII., XIII., XIV., XV. és XVI. kerület: Országos Gyógyintézeti Központ kardiológiai és belgyógyászati osztálya

Dél-pesti régió: VIII., IX., XIX., XX., XXI. és XXIII. kerület: Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, kardiológiai osztály, intenzív terápiás részleg

Kelet-pesti régió: X., XVII. és XVIII. kerület: Bajcsy-Zsilinszky Kórház kardiológiai osztálya

Budai I. régió: I., II. (kivéve a Budai Irgalmasrendi Kórház területe), XI., XII., XXII. kerület: Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika

Budai II. régió: II. (Margit krt., Keleti K. u., Bimbó út, Alsó Törökvész u., Törökvész út, Pusztaszeri út által határolt terület), III., IV. kerület: Budai Irgalmasrendi Kórház