

Kardiologia interwencyjna. Jak leczyliśmy w 2005 roku? Jakie są perspektywy? *Interventional cardiology. How did we treat in 2005? What are the perspectives?*

Adam Witkowski

w imieniu Zarządu Sekcji Kardiologii Inwazyjnej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*

Postępy w Kardiologii Interwencyjnej 2006; 2, 2 (4): 156–159

***Zarząd Sekcji Kardiologii Inwazyjnej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego:**

przewodniczący: dr hab. n. med. Adam Witkowski

zastępca przewodniczącego: dr hab. n. med. Krzysztof Żmudka

sekretarz: dr hab. n. med. Jacek Białkowski

skarbnik: dr n. med. Maciej Kośmider

poprzedni przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Robert Gil

członkowie Zarządu: dr n. med. Dariusz Ciećwierz, dr n. med. Maciej Lesiak, dr n. med. Andrzej Ochała

członek – doradca ds. naukowych: dr hab. n. med. Dariusz Dudek

Rozwój kardiologii interwencyjnej w Polsce w ciągu ostatnich 10 lat był niezwykle dynamiczny. Obserwowaliśmy gwałtowny wzrost liczby zabiegów na naczyniach wieńcowych, tak diagnostycznych (koronarografie), jak i terapeutycznych (przezskórna angioplastyka wieńcowa, PCI). Tak było i w 2005 r., mimo różnych, powszechnie znanych bolączek, takich jak przede wszystkim zbyt ubogie kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

W grudniu 2005 r. w kraju działało 75 pracowni hemodynamicznych, wyposażonych w 104 kardioangiografy. Dla porównania w 2004 r. było o 10 mniej takich pracowni. Według danych pochodzących z ankiet Sekcji Kardiologii Inwazyjnej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (SKI PTK) liczba lekarzy wykonujących zabiegi diagnostyczne, przez co należy rozumieć przede wszystkim koronarografie, wyniosła 532, natomiast lekarzy-operatorów było 355.

W grudniu 2005 r. istniało 59 pracowni dyżurujących przez całą dobę i zapewniających leczenie interwencyjne chorym z ostrymi zespołami wieńcowymi (ryc. 1.).

Akredytację PTK uzyskało 51 pracowni, w tym 9 klasy A, 27 klasy B i 15 najwyższej klasy C. Wynika z tego jednak, że w kraju nadal działają 24 pracownie bez żadnej akredytacji! Część pracowni, jak np. nowo powstałe, z pewnością nie spełnia jeszcze wymogów potrzebnych do uzyskania akredytacji, jednak nie powinno to zwalniać jednostek działających już od kilku lat ze starania

się o akredytację PTK. Zarząd SKI PTK podejmuje działania, żeby system akredytacyjny był brany pod uwagę przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ przy zawieraniu kontraktów na wykonywanie określonych zabiegów przez poszczególne ośrodki kardiologii interwencyjnej.

W 2005 r. w kraju wykonano 134 151 koronarografii (w tym 121 569 z powodu choroby niedokrwiennej serca jako pierwszoplanowego rozpoznania) i 69 896 zabiegów terapeutycznych – w tym 66 919 PCI. Wzrost liczby wykonanych koronarografii i zabiegów PCI w latach 1996–2005 pokazują ryc. 2. i 3. Z ich analizy można wysnuć wnioski, że średnia liczba koronarografii na milion mieszkańców w Polsce w 2005 r. wyniosła 3494, a zabiegów PCI – 1743. Z porównania tych liczb z danymi za 2004 r. wynika, że średnia liczba koronarografii/milion zwiększyła się o 319, a zabiegów PCI o 214.

Zabiegi diagnostyczne inne niż koronarografia wykonano łącznie u zaledwie 1045 pacjentów (IVUS – 924, FFR – 88, CFR – 33), co najlepiej ukazuje fakt braku finansowania tych procedur, mimo licznych postulatów środowiska, przez NFZ.

Zabiegi implantacji stentów stanowiły w 2005 r. 86% wszystkich zabiegów PCI. Niestety, mimo prawie 2-krotnego zwiększenia liczby wszczepionych stentów uwalniających leki (DES), zostały one użyte podczas niespełna 7% zabiegów PCI (ryc. 4.). Jak należy przypuszczać, limitem pozostaje nadal wysoka cena stentu oraz zbyt ni-

Adres do korespondencji/Corresponding author: dr hab. n. med. Adam Witkowski, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel. +48 22 812 41 64, faks +48 22 343 45 06, e-mail: witkowski@hbz.pl



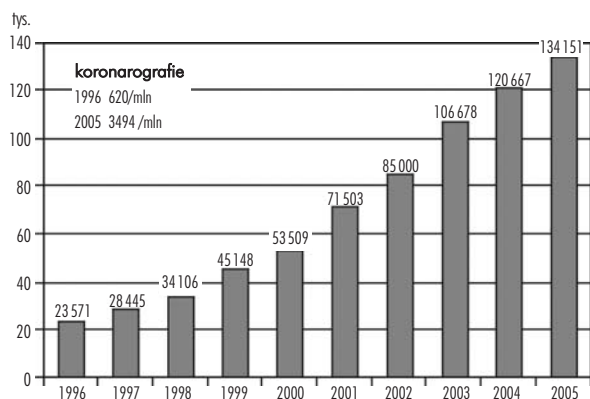
Ryc. 1. Pracownie (59) dyżurujące w trybie 24-godzinnym w Polsce, stan na grudzień 2005 r.
Fig. 1. Cath Labs (59) with 24-hour duty in Poland (December 2005)

skie kontrakty z NFZ, które nie pozwalają na szerokie użycie punktożernych DES-ów. Z drugiej strony, dzięki staraniom SKI w 2005 r. udało się wprowadzić do katalogu kardiologicznego NFZ procedurę implantacji DES-ów w wielonaczyniowej chorobie wieńcowej, co mogło się przyczynić do ich bardziej swobodnego używania.

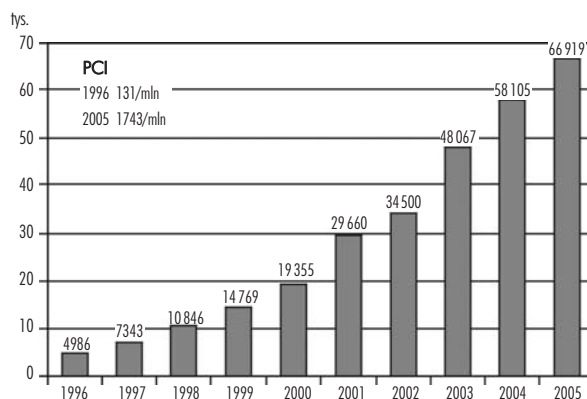
Najciekawsze są jednak dane dotyczące leczenia ostrych zespołów wieńcowych (OZW). Łącznie w 2005 r. w ośrodkach kardiologii interwencyjnej w całym kraju leczono 40 506 pacjentów z OZW, w tym 22 706 (56%) z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI), 8530 (21%) z zawałem serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) i 9270 (23%) z niestabilną chorobą wieńcową. Wzrost liczby pacjentów z OZW leczonych w 2005 r. (40 506) w porównaniu do 2004 r. (34 068) wyniósł 19%! Chorzy z zawałem serca (łącznie STEMI i NSTEMI) stanowili 46,7% wszystkich pacjentów poddanych zabiegom PCI w 2005 r. Odsetek ten systematycznie rośnie od 2000 r. (ryc. 5.). Z jednej strony jest to właściwe, ponieważ oznacza, że w Polsce zabiegi PCI są dostępne dla chorych z OZW, a więc grupy, która odnosi największe korzyści z interwencji przezskórnych.

Drugi aspekt tej sprawy może być mniej optymistyczny, ponieważ prawdopodobnie oznacza wydłużanie się kolejek dla pacjentów oczekujących na elektywne (plano-we) zabiegi PCI i koronarografii. Problem był już 2-krotnie podnoszony przez Zarząd SKI PTK oraz konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii w listach do ministra zdrowia i prezesa NFZ, jednak nie otrzymaliśmy żadnej oficjalnej odpowiedzi. Postulowano, żeby pacjentów ze STEMI, których nie tylko zdrowie, ale i życie jest zagrożone, w ogóle wyłączyć z systemu kontraktacji NFZ i wykonywać procedury pierwotnej angioplastyki wieńcowej poza kwotę przyznaną przez oddział NFZ dla konkretnego szpitala. To uwolniłoby środki finansowe na diagnostykę inwazyjną i leczenie chorych elektywnych oraz mogłoby spowodować przesunięcie większej puli punktów na procedury pozawieńcowe. Z pewnością należy wrócić do tej koncepcji w dalszych rozmowach.

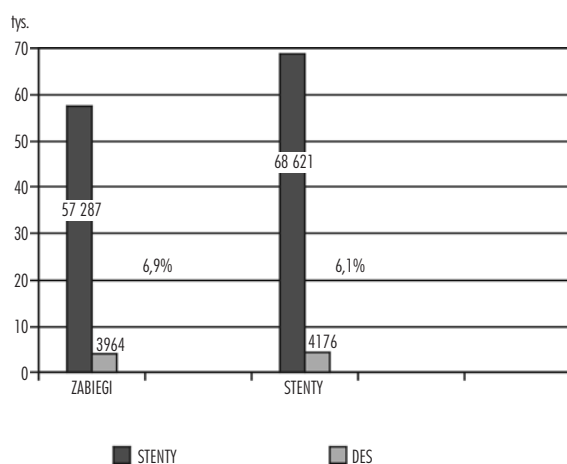
Blokery IIb/IIIa były użyte w 8238 zabiegach PCI. Z pewnością zbyt rzadko stosuje się abcyksymab u chorych poddawanych zabiegom pierwotnej angioplastyki w STEMI (29,6% przypadków). Klopidogrel podano podczas 80,2%, a tiklopidynę w czasie 10% zabiegów angio-



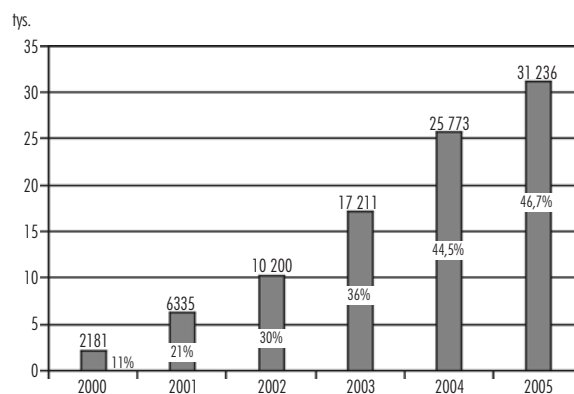
Ryc. 2. Koronarografie w Polsce w latach 1996–2005
Fig. 2. Coronary angiographies in Poland (1996-2005)



Ryc. 3. Zabiegi angioplastyki wieńcowej w Polsce w latach 1996–2005
Fig. 3. Percutaneous coronary interventions in Poland (1996-2005)



Ryc. 4. Użycie stentów uwalnających leki (DES) w Polsce w 2005 r.
Fig. 4. Drug-eluting stents in Poland in 2005



% – odsetek zabiegów w ostrym zawałe serca (STEMI i NSTEMI) w stosunku do wszystkich zabiegów PCI w danym roku

Ryc. 5. Ostry zawał serca (STEMI i NSTEMI) leczony interwencyjnie w 2005 r. w Polsce

Fig. 5. Primary percutaneous coronary interventions in patients with acute myocardial infarction (STEMI and NSTEMI) in Poland (2000-2005)

plastyki pierwotnej u pacjentów ze STEMI. Żadnej tienopirydyny nie otrzymało 9,8% pacjentów ze STEMI. Odpowiednie wartości dla pacjentów poddanych angioplastyce z powodu ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia ST wyniosły: klopidogrel – 67,1%, tiklopidyna – 23,2%, żaden z wyżej wymienionych – 9,7%. Jeżeli zsumujemy przypadki podania tiklopidyny (10,1%) i braku zastosowania jakiegokolwiek tienopirydyny (9,7%) u pacjentów ze STEMI, to zobaczymy, że aż 19,8% pacjentów ze STEMI było nieprawidłowo leczonych przeciwplatekowo! Trudno bowiem przypuszczać, żeby aż tylu z nich mogło mieć udokumentowaną nadwrażliwość lub oporność na klopidogrel w czasie wykonywania zabiegu angioplastyki pierwotnej. Jest to jednak postęp w stosunku do 2003 r., kiedy tylko 59,2% chorych ze STEMI otrzymało klopidogrel. Miejmy nadzieję, że ta sytuacja poprawi się w bieżącym roku.

Powikłania zabiegów PCI w 2005 r. wystąpiły w 2107 przypadkach, co stanowi 3,3% ogólnej liczby takich zabiegów. W tym powikłania miejscowe, takie jak krwiak, tętniak rzekomy czy przetoka tętniczo-żylna wystąpiły u 1427 pacjentów, a ogólne u 635 (0,95% zabiegów PCI). Zgony stwierdzono w 281 przypadkach (0,42%), z czego zdecydowana większość (261) była powikłaniem zabiegów angioplastyki wieńcowej u chorych z ostrym zawałem serca (STEMI i NSTEMI). Pilna operacja CABG była konieczna u 31 pacjentów (0,046% zabiegów PCI).

Zabiegi pozawieńcowe wykonano u 2977 pacjentów – dokładny ich podział przedstawiono na ryc. 6. Możliwość rozliczania angioplastyki tętnic obwodowych (poza tętnicą szyjną) w katalogu kardiologicznym NFZ w 2005 r. zaowocowała zwiększeniem liczby tych zabiegów

z 1144 w 2004 r. do 1401 w 2005 r. Dzięki m.in. finansowaniu z programu POLKARD 2003–2005 zabiegów przezskórnej angioplastyki tętnic szyjnych z systemem neuroprotekcijnym wykonano 586 tych zabiegów, o 280 więcej niż w 2004 r.!

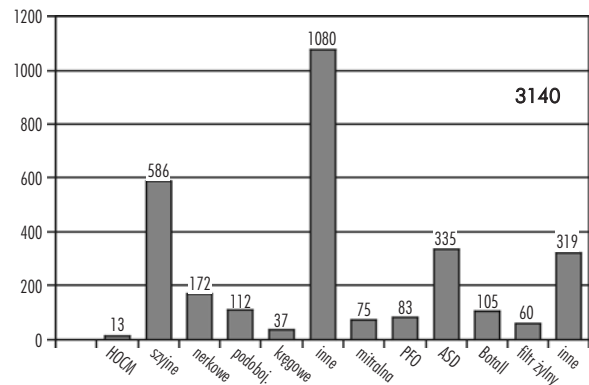
Podsumowując – w liczbach 2005 r. nie wygląda źle. Mamy więcej pracowni, w tym tych dyżurujących w trybie 24-godzinny. Zanotowaliśmy istotny wzrost liczby koronarografii i zabiegów PCI, także u chorych z OZW. Miejmy nadzieję, że ten pozytywny trend utrzyma się także w kolejnych latach. Wykonano więcej zabiegów angioplastyki tętnic obwodowych, w tym tętnic szyjnych. Spośród działań pozytywnych, wynikających z połączonego działania Zarządu SKI PTK i konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii z pewnością należy także wymienić wprowadzenie do katalogu kardiologicznego NFZ dwóch nowych procedur: przezskórnej angioplastyki żylnych pomostów aortalno-wieńcowych, której wycena uwzględnia zastosowanie systemu przeciwwatorowego (zalecenie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego klasy IA!) oraz przezskórnej angioplastyki tętnicy szyjnej ze stentem samorozprężalnym i systemem neuroprotekcijnym. Szczególnie wprowadzenie tej ostatniej procedury wymagało kilku lat starań oraz 2 lat finansowania przez POLKARD 2003–2005 w ramach ściśle kontrolowanego rejestru, realizowanego w wybranych ośrodkach w kraju. Co więc może nas czekać w 2006 r.?

Niestety, po początkowym sukcesie, jaki odnotowaliśmy pod koniec lutego 2006 r., kiedy po długich staraniach angioplastykę tętnic obwodowych umieszczono w katalogu kardiologicznym, zupełnym zaskoczeniem była decyzja prezesa NFZ, który po miesiącu obowiązywania tej ważnej dla naszych pacjentów zmiany ponownie wykreślił tę procedurę z katalogu! Jest to zupełnie niezrozumiałe dla naszego środowiska. Zarząd SKI PTK z pewnością dołoży wszelkich starań, żeby wyjaśnić i zmienić tę dziwną sytuację.

W ramach kolejnej edycji programu POLKARD (2006–2008), podobnie jak w poprzednich 2 latach, będzie prowadzone szkolenie adeptów kardiologii interwencyjnej w zakresie koronarografii i angioplastyki wieńcowej, przygotowane merytorycznie przez Zarząd SKI PTK. Dołączono także szkolenie z zakresu interwencyjnej kardiologii pediatricznej. Poprzedni program szkolenia należy uznać za udany, o czym mogą świadczyć docierające do Zarządu SKI głosy kolegów z pytaniami o następne szkolenie. Jak należy przypuszczać, wynika to z dynamicznego, szczególnie w ostatnim roku, wzrostu liczby nowych ośrodków kardiologii interwencyjnej i braku wyszkolonej kadry, która mogłaby wykonywać w nich zabiegi.

Za sprawy wymagające rozwiązania należy uważać:

1. pozakontraktowe wykonywanie zabiegów u pacjentów z OZW, a w szczególności ze STEMI;



Ryc. 6. Zabiegi pozawieńcowe w Polsce w 2005 r.

Fig. 6. Non-coronary interventions in Poland in 2005

2. zwiększenie dostępności pacjentów do DES (7% to naprawdę szary koniec Unii Europejskiej!);
3. refundację przez NFZ badań diagnostycznych, takich jak IVUS czy FFR;
4. zabiegi angioplastyki tętnic obwodowych – o czym była mowa wyżej;
5. rozmowy z Ministerstwem Zdrowia i NFZ na temat wypracowania drogi do finansowania nowych technologii diagnostycznych i terapeutycznych w kardiologii interwencyjnej;
6. wprowadzenie systemu akredytacji pracowni SKI PTK jako rozporządzenia ministra zdrowia – prace nad tym ważnym zagadnieniem, które ma szansę przyczynić się do poprawy jakości wykonywanych zabiegów interwencyjnych zaczęły się 2 lata temu, jednak mimo przekazania przez nas stosownej dokumentacji nie zostały jeszcze zakończone;
7. specjalizację z kardiologii interwencyjnej – dopóki kardiologia w ogóle nie jest samodzielną specjalizacją, ten temat wydaje się nie mieć racji bytu. Jednak po uzyskaniu przez kardiologię statusu samodzielnej specjalizacji z pewnością trzeba będzie do tego wrócić. Zarząd SKI PTK będzie opracowywał materiały do specjalizacji z kardiologii interwencyjnej, zgodne z wytycznymi WG10 (*Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology*).

Myślę, że pracy wystarczy na parę lat...