

Kardiologia interwencyjna: Jak leczyliśmy chorych w 2006 roku? Jakie są perspektywy na lata następne?

Interventional cardiology: How did we treat patients in 2006? What are the perspectives for upcoming years?

Adam Witkowski

w imieniu Zarządu Sekcji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*

***Zarząd Sekcji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego:**

Przewodniczący: *doc. dr hab. n. med. Adam Witkowski (Warszawa)*

Członkowie Zarządu:

prof. dr hab. n. med. Jacek Białkowski (Zabrze) – sekretarz

dr n. med. Dariusz Ciećwierz (Gdańsk)

dr n. med. Maciej Kośmider (Łódź) – skarbnik

dr n. med. Maciej Lesiak (Poznań)

dr Paweł Maciejewski (Warszawa)

doc. dr hab. n. med. Andrzej Ochała (Katowice)

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Żmudka (Kraków) – zastępca przewodniczącego

Doradca Zarządu SISN ds. naukowych:

doc. dr hab. n. med. Dariusz Dudek (Kraków)

Postępy w Kardiologii Interwencyjnej 2007; 3, 2 (8): 76-79

W ostatnich 10 latach postęp kardiologii interwencyjnej w Polsce był niezwykle dynamiczny. Obserwowaliśmy stały i znaczący przyrost liczby zabiegów wieńcowych, zarówno diagnostycznych (koronarografie), jak i terapeutycznych (przezskórna angioplastyka wieńcowa – PCI). W roku 2006 przyrost ten był także widoczny, jednak mniejszy niż w latach poprzedzających. Przyjrzyjmy się zatem liczbom.

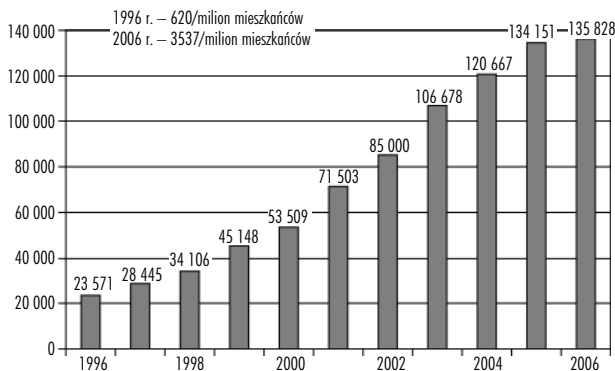
W grudniu 2006 roku w kraju było 86 pracowni hemodynamicznych (plus 5 pediatrycznych, nieujętych w tym sprawozdaniu), co oznacza zwiększenie ich liczby o 11 w porównaniu z rokiem poprzednim. Dane przedstawione w niniejszej publikacji pochodzą z Krajowej Bazy Danych Sekcji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (SISN PTK) oraz z corocznych sprawozdań, będących potwierdzeniem danych wprowadzonych do Bazy. W 2006 roku uzyskano pełne dane z 80 pracowni (na 86 działających) wyposażonych w 109 kardioangiografów. Sześć

nowo powstałych w 2006 roku pracowni nie przysłało sprawozdań rocznych (Sandomierz, Sosnowiec, Kędzierzyn-Koźle, Mielec, Natęczów, Centrum Anin-Warszawa). Ponieważ ośrodki te rozpoczęły działalność w połowie lub pod koniec 2006 roku, należy przyjąć, że liczba wykonanych w nich zabiegów była niewielka.

Według danych z ankiet (SISN PTK) liczba lekarzy wykonujących samodzielnie zabiegi diagnostyczne wyniosła 602 (532 w roku 2005), natomiast lekarzy – samodzielnych operatorów było 441 (355 w roku 2005).

Pracowni dyżurujących w trybie 24-godzinnym i leczących interwencyjnie chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW) było 60, w stosunku do roku poprzedniego przybyła tylko 1 pracownia.

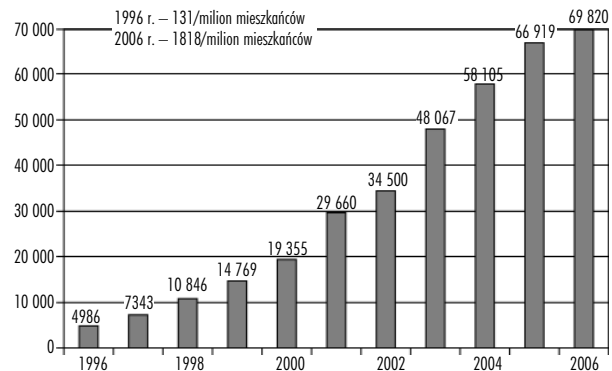
Akredytacje PTK w 2006 roku miało 59 pracowni, co oznacza 8 nowych akredytacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Dziesięć pracowni miało klasę akredytacji A (3 nowe akredytacje), 32 – klasę B (5 nowych akredytacji) i 17 – klasę najwyższą – C (1 nowa akredytacja).



Ryc. 1. Koronarografie w Polsce w latach 1996–2006
Fig. 1. Coronary angiographies in Poland 1996–2006

tacja). Dwóm pracownikom przyznano nową, wyższą klasę akredytacji. Z tego jednak wynika, że nadal w kraju działała 27 pracowni bez żadnej akredytacji SISN PTK. Część pracowni, jak np. nowo powstałe, z pewnością nie spełnia jeszcze wymogów potrzebnych do uzyskania akredytacji, jednak nie powinno to zwalniać od starania się o akredytację PTK jednostek działających już od kilku lat. Zarząd SISN PTK podejmuje starania, żeby system akredytacyjny był brany pod uwagę przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) przy zawieraniu kontraktów ze szpitalami posiadającymi w swej strukturze ośrodki kardiologii interwencyjnej. Dzięki ścisłej współpracy z krajowym konsultantem w dziedzinie kardiologii, prof. Grzegorzem Opolskim, zostało wydane zarządzenie, które nakłada na konsultantów wojewódzkich ds. kardiologii obowiązek uzyskania opinii Zarządu SISN PTK przed zawarciem kontraktu przez nowo powstałe oddziały kardiologii inwazyjnej z NFZ, a także przed uruchomieniem w ośrodkach 24-godzinnej dyżuru dla pacjentów z OZW.

W 2006 roku wykonano w kraju 135 828 koronarografii (w tym 121 338 z powodu choroby niedokrwiennej serca jako pierwszoplanowego rozpoznania) i 73 225 zabiegów terapeutycznych – w tym 69 820 zabiegów PCI. Z ogólnej liczby zabiegów PCI 1132 wykonano u pacjentów po chirurgicznym leczeniu choroby niedokrwiennej serca, z powodu zwężenia pomostów żylnych (850) lub tętniczych (282). Przyrost liczby koronarografii i zabiegów PCI w latach 1996–2006 pokazują ryc. 1. i 2. Średnia liczba koronarografii na milion mieszkańców wyniosła w Polsce w 2006 roku 3537, a zabiegów PCI – 1818. W porównaniu z rokiem poprzednim (2005) średnia liczba koronarografii na milion mieszkańców zwiększyła się tylko o 43, a zabiegów PCI o 75. Dla porównania – między rokiem 2004 a 2005 przyrosty te wyniosły odpowiednio 319 i 214. Świadczy to o spadku obserwowanej od 1996 roku dynamiki wzrostu liczby zabiegów inwazyjnych, co prawdopodobnie wynika ze zbyt niskich w 2006 roku kontraktów z NFZ. To z kolei spo-



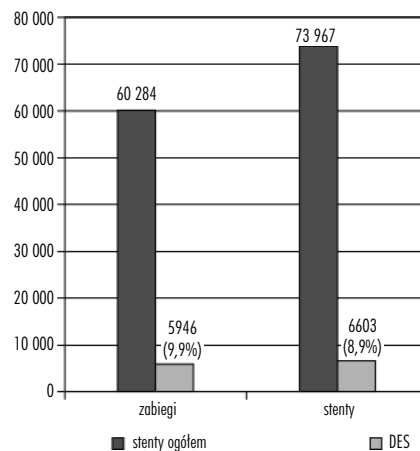
Ryc. 2. Zabiegi angioplastyki wieńcowej w Polsce w latach 1996–2006
Fig. 2. Percutaneous coronary interventions in Poland 1996–2006

wodowało, że pracowni nie mogły w pełni wykorzystać swoich możliwości diagnostyczno-terapeutycznych, nie mówiąc już o zwiększaniu liczby procedur.

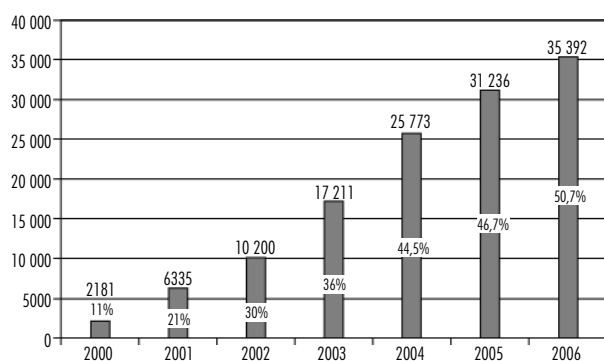
Zabiegi diagnostyczne inne niż koronarografia wykonano łącznie u zaledwie 1874 pacjentów (IVUS – 1666, FFR – 186, CFR – 22), co najlepiej odzwierciedla brak finansowania tych procedur przez NFZ – mimo licznych postulatów środowiska. Z drugiej strony, ww. zabiegów (głównie IVUS) w porównaniu z rokiem poprzednim wykonano o 829 więcej.

Zabiegi implantacji stentów stanowiły w 2006 roku, podobnie jak w roku poprzedzającym, 86% wszystkich zabiegów PCI. Stenty uwalniające leki (DES) zostały użyte w prawie 10% zabiegów (przyrost o 3% w porównaniu z rokiem 2005; ryc. 3.).

Dane dotyczące leczenia OZW pokazują nadal, w przeciwieństwie do ogólnego przyrostu zabiegów PCI, wysoką dynamikę. Łącznie w 2006 roku leczono w ośrodkach kardiologii interwencyjnej w całym kraju 44 304 pacjentów z OZW, a w roku 2005 – 40 506.



Ryc. 3. Użycie stentów uwalniających leki (DES) w Polsce w roku 2006
Fig. 3. Drug-eluting stents in Poland in 2006



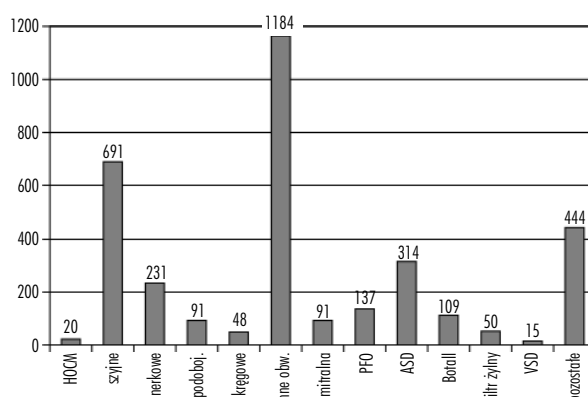
Ryc. 4. Ostry zawał serca (STEMI i NSTEMI) leczony interwencyjnie w latach 2000–2006 w Polsce.

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

Fig. 4. Percutaneous coronary interventions for acute myocardial infarction (STEMI and NSTEMI) in Poland 2000-2006

% – percentage of procedures in acute myocardial infarction (NSTEMI) in relation to all PCI procedures in this year

Wykonano 24 890 zabiegów pierwotnej angioplastyki u chorych z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI), 10 502 u pacjentów z zawałem serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) i 8912 u pacjentów z niestabilną chorobą wieńcową. Przyrost liczby pacjentów z OZW leczonych między 2005 (40 506) a 2006 rokiem (44 304) wyniósł 9%. To zdecydowanie mniej niż 19% między rokiem 2004 a 2005, ale 2-krotnie więcej w porównaniu z przyrostem ogólnej liczby zabiegów PCI w latach 2005–2006. Ponadto należy zauważyć, że w Polsce w 2006 roku wykonano 648 zabiegów pierwotnej angioplastyki w STEMI na milion mieszkańców, co może oznaczać, że powoli zbliżamy się do plateau. Chorzy z zawałem serca (łącznie STEMI i NSTEMI) stanowili 50,7% wszystkich chorych poddanych zabiegom PCI w 2006 roku. Odsetek ten systematycznie rośnie od roku 2000 (np. między rokiem 2005 a 2006 przyrost wyniósł 4%; ryc. 4.). Z jednej strony jest to właściwe, ponieważ oznacza, że w Polsce zabiegi PCI są szeroko dostępne dla chorych z OZW, odnoszących z przeszklonych interwencji wieńcowych największe korzyści. Z drugiej strony, prawdopodobnie oznacza też wydłużanie się kolejek dla pacjentów oczekujących na elektywne (planowe) zabiegi PCI i koronarografii. Problem był już kilkakrotnie podnoszony przez Zarząd SISN PTK i konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii (także na początku 2007 roku) 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 kwotą przyznaną przez re-



Ryc. 5. Zabiegi pozawieńcowe w Polsce w 2006 roku

Fig. 5. Non-coronary interventions in Poland in 2006

gionalny oddział funduszu dla konkretnego szpitala. To uwalniałoby środki finansowe na inwazyjną diagnostykę i leczenie chorych elektywnych oraz mogłoby spowodować przesunięcie większej puli punktów na rosnącą z roku na rok liczbę procedur pozawieńcowych. Z pewnością należy wrócić do tej koncepcji w rozmowach na temat kontraktacji zabiegów interwencyjnych w 2008 roku.

Blokery receptora IIb/IIIa były użyte w 8313 zabiegach PCI. Z pewnością użycie abciximabu u chorych poddawanych zabiegom pierwotnej angioplastyki w STEMI jest zbyt małe (30,4% przypadków).

Powikłania zabiegów PCI w 2006 roku wystąpiły w 1577 przypadkach, co stanowi 2,3% wszystkich zabiegów PCI. Z tego powikłania miejscowe, takie jak krwiak, tętniak rzekomy czy przetoka tętniczo-żylna, wystąpiły u 1097 pacjentów, a ogólne – u 480 (0,69% zabiegów PCI). Zgony stwierdzono w 315 przypadkach (0,45%), z czego zdecydowana większość (221) była powikłaniem zabiegów angioplastyki wieńcowej u chorych z ostrym zawałem serca (STEMI i NSTEMI). Pilna operacja CABG była konieczna u 31 pacjentów (0,044% zabiegów PCI). Odsetek powikłań jest w ostatnich kilku latach mniej więcej taki sam i nie odbiega od danych europejskich.

Zabiegi pozawieńcowe wykonano u 3405 pacjentów (dla porównania: 2977 w roku poprzednim) – dokładny ich rozkład przedstawiono na ryc. 5.

Podsumowując, w roku 2006 powstało w kraju 11 nowych pracowni kardioangiograficznych, co prawdopodobnie oznacza, że w roku 2007 możemy się spodziewać istotnego zwiększenia liczby ośrodków dyżurujących w trybie 24-godzinny. Zanotowaliśmy znaczący przyrost zabiegów PCI u chorych z OZW. Zobaczmy, czy ten pozy-

tywny trend utrzyma się także w latach następnych, szczególnie jeżeli Ministerstwo Zdrowia i NFZ przychylił się do propozycji uwolnienia zabiegów pierwotnej angioplastyki w STEMI z systemu punktowego. Wykonano więcej zabiegów angioplastyki tętnic obwodowych, w tym tętnic szyjnych. Niestety, w 2007 roku zabiegi te w pracowniach kardioangiograficznych mogą być wykonywane tylko u pacjentów z OZW, co jest niezrozumiałe i absurdalne! Zarząd SISN PTK z pewnością dąży wszelkimi staraniami, żeby tę dziwną sytuację wyjaśnić i zmienić.

W ramach kolejnej edycji programu POLKARD (2006–2008) jest prowadzone szkolenie adeptów kardiologii interwencyjnej w zakresie koronarografii i angioplastyki wieńcowej, merytorycznie przygotowane przez Zarząd SISN PTK. Dołączono także szkolenie z zakresu kardiologii interwencyjnej pediatrycznej.

Jako sprawy do rozwiązania w roku 2007 i latach następnych należy (nada!!) wymienić:

- 1) pozakontraktowe wykonywanie zabiegów u pacjentów z OZW, a w szczególności ze STEMI;
- 2) refundację przez NFZ badań diagnostycznych, takich jak IVUS czy FFR;
- 3) zabiegi angioplastyki tętnic obwodowych – o czym była mowa wyżej;
- 4) rozmowy z Ministerstwem Zdrowia i NFZ na temat wypracowania drogi dla finansowania nowych technologii diagnostycznych i terapeutycznych w kardiologii interwencyjnej.

Być może wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych z urealnieniem wyceny zabiegów kardiologii interwencyjnej pozwoli rozwiązać ww. problemy.