

PS INTERVENČNÍ KARDIOLOGIE ČKS A NÁRODNÍ REGISTR KARDIOVASKULÁRNÍCH INTERVENČÍ (NRKI)

WORKING GROUP OF INTERVENTIONAL CARDIOLOGY OF THE CZECH SOCIETY OF CARDIOLOGY
AND THE NATIONAL REGISTRY OF CARDIOVASCULAR INTERVENTIONS (NRKI)

Petr Kala¹, Michael Želízko², Jan Vojáček³

¹Interní kardiologická klinika FN Brno

²IKEM Praha

³I. interní klinika LF UK a FN Hradec Králové

Interv Akut Kardiolog 2007; 6(4): 152–153

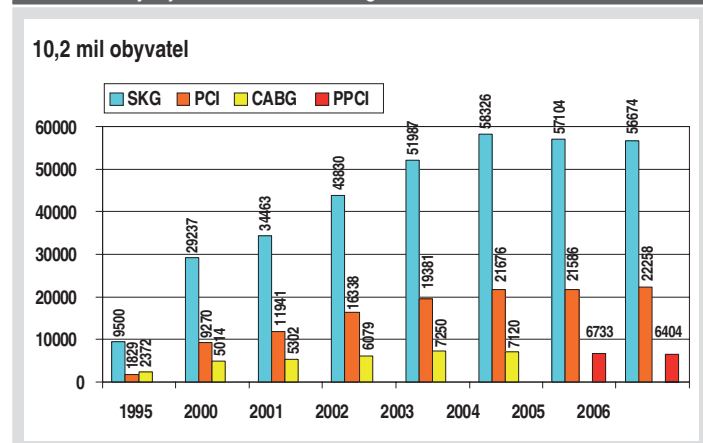
Česká intervenční kardiologie prožila během posledních 10 let nebývalý rozmach, který byl způsoben otevíráním nových katetizačních pracovišť a zvyšováním počtu výkonů pracovišť „starších“ (obrázek 1). Podmínkou fungování každého katetizačního centra je přítomnost minimálně 3 lékařů s funkční licencí pro intervenční kardiologii a při celkovém počtu 22 PCI center a jednoho centra dětské intervenční kardiologie je v ČR cca 80–100 „licencovaných“ lékařů. Při celkovém počtu cca 2200 PCI/1 milion obyvatel pak vyplývá vysoká erudice jednotlivých lékařů a s jedinou výjimkou se jedná o tzv. „high-volume“ katetizační centra provádějící více než 400 PCI ročně (obrázek 2). Cílem vzniku nových katetizačních center bylo poskytnutí intervenční léčby především nemocným s akutním koronárním syndromem (AKS) na území celé ČR. V těchto dnech začne pracovat poslední plánovaně vybudovaná katetizační laboratoř v Jihlavě a tím bude síť center kompletní (obrázek 3).

Je nutno zdůraznit, že organizaci péče o nemocné s akutním infarktem myokardu nám může většina zemí pouze závidět. Nejvíce se to týká nemocných s elevacími ST úseku na EKG, tzn. stav spojený s rozsáhlou ischemií myokardu a ve většině případů i akutně uzavřenou infarktovou tepnou. V takové chvíli má totiž každé zdržení v léčbě velmi nepříznivý dopad na rozsah infarktu a jedná se tedy o opravdový boj s časem. Skvělé je, že v současnosti jsme schopni každého nemocného s touto diagnózou v ČR léčit nejefektivnější metodou, kterou je mechanická reperfuze pomocí primární koronární angioplastiky (PPCI). Při velmi dobré spolupráci s lékaři RLP netrvá transport většinou déle než optimálních 60 minut a často je využíván přímý

transport nemocných do katetizačního centra ze vzdálenějších lokalit, které eliminuje časové zdržení ve spádových nemocnicích. Nemocní by se tedy po prvotním farmakologickém zaléčení měli dostávat přímo do center s katetizační laboratoří, kde jim je poskytnuta PPCI. Podmínkou fungování celého systému je velmi úzká spolupráce RLP, spádových interních nebo kardiologických oddělení a katetizačních center. Dokladem, že tento systém v ČR funguje, je velmi nízký počet (pod 1 %) nemocných léčených trombolitikem na rozdíl od vysokého průměru 80 % v ostatních zemích. Podobně funkční je i systém v oblasti akutního koronárního syndromu bez ST elevací a ze statistiky NRKI z loňského roku vyplývá, že v průměru více než 50 % všech intervenčních výkonů bylo provedeno u akutních nemocných (obrázek 4). Samozřejmostí je však komplexní péče o nemocné a dlouhodobě příznivých výsledků není možné dosáhnout bez dodržování důsledných sekundárně-preventivních opatření včetně individuálně optimalizované farmakoterapie.

Velmi důležitým krokem umožňujícím srovnání jednotlivých center a ČR v rámci Evropy bylo vytvoření celostátního **Národního registru kardiiovaskulárních intervencí (NRKI)**. Tento registr funguje od počátku roku 2005, je spravován Ministerstvem zdravotnictví ČR a mimo celkové statistické údaje poskytuje průběžně i neocenitelné údaje o „nejtvrdším“ parametru efektivity výkonů, kterým je celková úmrtnost. Takto koncipovaný registr má jen minimum zemí na světě a na řešení některých problémů spojených s jeho dalším fungováním se intenzivně pracuje. Údaje prezentované zde za rok 2006 vychází právě z tohoto registru, ve kterém je podle odhadu zahrnuto cca 95 % všech provedených výkonů.

Obrázek 1. Vývoj intervenční kardiologie v ČR



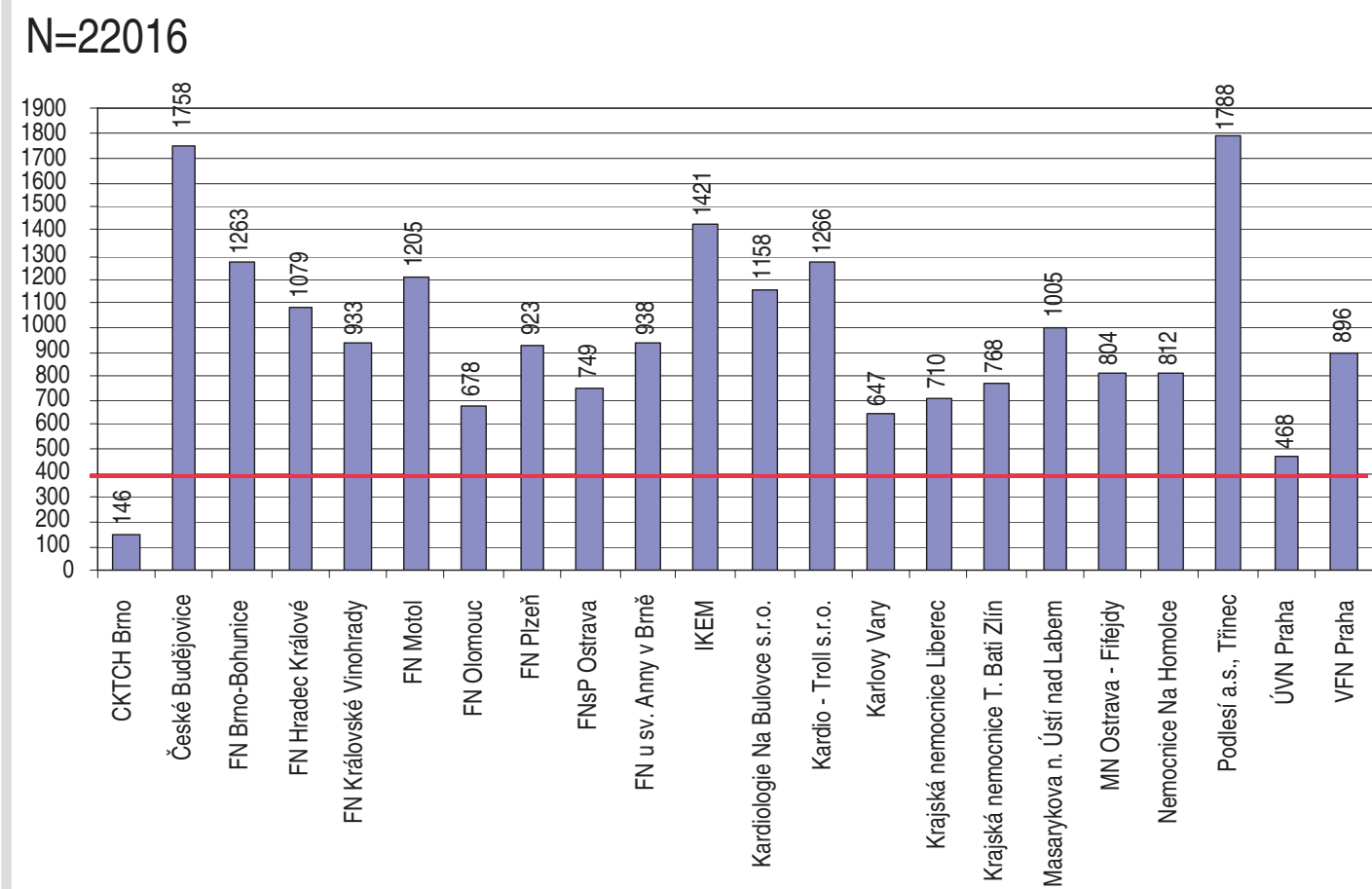
Obrázek 3. Rozložení katetizačních center v ČR



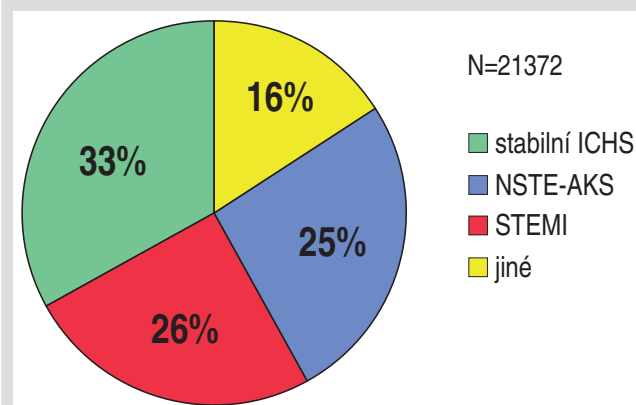
MUDr. Petr Kala, Ph.D.

Interní kardiologická klinika FN, Jihlavská 20, 625 00 Brno
e-mail: pkala@fnbrno.cz

Obrázek 2. Počty výkonů v jednotlivých centrech uvedených v Národním registru kardiovaskulárních intervencí



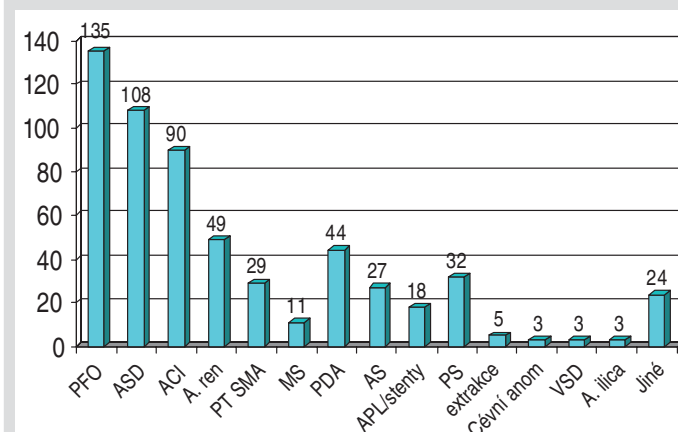
Obrázek 4. Klinické indikace PCI



Přestože jsou koronární intervence základem práce všech PCI center, je jistě potěšitelné, že více než polovina center provádí zároveň i jiné než koronární zákroky. Samozřejmostí to je u Dětského kardiocentra, v dospělosti je možné tuto problematiku rozdělit v podstatě na dvě oblasti – kardiální a cévní. Kardiální oblast se velmi rychle rozvíjí mimo jiné zásluhou velmi efektivních katetrizačních uzávěrů defektů mezikomorové přepážky (otevřeného foramen ovale a defektů síňového septa II. typu = PFO + ASD), v cévní oblasti však zatím výrazně zaostáváme za kolegy z EU nebo Spojených států. Důvodem tohoto stavu jistě není nedostatečná technika nebo zkušenosti, ale důvody jsou spíše historické, které však často brání nemocným v poskytnutí péče srovnatelné se západními zeměmi.

Jednou z velmi důležitých informací, které NRKI poskytl, bylo využití blokátorů glykoproteinových receptorů destiček 2b/3a v průběhu intervenční léčby

Obrázek 5. Nekoronární intervence



15 katetrizačních center

Vysvětlivky nejčastějších výkonů: PFO – otevřené foramen ovale, ASD/VSD – defekt septa síní II. typu/defekt septa komor, ACI – a. carotis interna, A. ren – a. renalis, PT SMA – ablační léčba obstrukční formy hypertrofické kardiomyopatie, MS/AS/PS – valvuloplastika mitrální/aortální/pulmonální chlopně, PDA – uzávěr otevřeného ductus arteriosus.

akutního koronárního syndromu. Přestože se jedná o adjuvantní farmakoterapii s prokázaným efektem, je četnost podání na většině pracovišť z ekonomických důvodů na velmi nízké úrovni.

Závěrem si za PS IK i Radu registru NRKI dovoluujeme poděkovat všem kolegům, kteří se do NRKI zapojili a stejně jako my se obrnili trpělivostí při čekání na podrobnou analýzu zadaných údajů z MZ ČR.