

## A stroke ellátás sikerei és gondjai, avagy merre tart a stroke?

Dr. Csiba László, DE OEC Neurológia Klinika

(A cikk a XII. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencián 2010. szeptember 9-én elhangzott előadás átirata)

Az évi 45-50 000 akut stroke kevesebb, mint egy százalékában végzik Magyarországon az egyetlen hatásos beavatkozást, a trombolízist (évi 527). A szerző elemzi az okokat, ismerteti a magyarországi helyzetet, a nemzetközi eredmények tükrében. Összefoglalja a legfontosabb tennivalókat: a lakosság felvilágosítását, a kórházi transzport prioritását, felhívja a figyelmet a kórházon belüli betegutak és az önálló stroke osztályok szervezésének fontosságára. Legalább évi 2000 vénás lízisre kontingenst kell biztosítani. Akut stroke-ban a felvétellel egyidőben végzett CT alapkövetelmény. A stroke centrumoknak gondozást is kell működtetni. A szerző vázolja egy potenciális, multidiszciplináris vascularis gondozóközpont tervét.

*The efficacy of intravenous thrombolysis is proven, but less than 1% of acute ischemic stroke patients are treated by rt-PA lysis in Hungary (527 iv. lysis/45-50 000 acute stroke/year). The author analyses the present situation and compares it with the international state of art. His main proposals: continuous information of the population about the emergency of stroke, priority by extra- and intrahospital transport and development of stroke units. Separated lysis budget for 2000 patients/year of the National Health Care should be established for increasing the low number of lysis. Immediate cranial CT is mandatory in acute stroke and every stroke center should regularly control its post-stroke patients. The details of a possible, multidisciplinary vascular out-patient center are outlined.*

### BEVEZETÉS

A stroke (szélütés) a 3. leggyakoribb halálok és a leggyakrabban rokkantságot okozó megbetegedés. Olyan ismert személyek voltak a stroke áldozatai, mint Lenin, II. Ramses fáraó, Händel, Sztálin, Goya, Dickens, Pasteur, Churchill, Berlioz, Voltaire és Fellini a filmrendező. Hazánkban az új megbetegedések számát évi 45-50 ezerre becsüljük, a prevalencia 180-200 ezer fő között lehet. Az OEP statisztikák szerint 2008-ban 118 061 beteget kezeltek kórházban vérzéses vagy ischaemiás stroke vezető diagnózissal. Az OEP adatai szerint az esemény évében háromszor annyit költünk a stroke-kal kapcsolatos egészségügyi beavatkozásokra, mint a szívinfarktusra (1. táblázat). Ugyanez marad az arány a második évben is.

A kérdés tárgyalása azért is aktuális, mert a nyugat-európai társadalmakhoz hasonlóan hazánk népessége is öregszik és a szívinfarktust 10 évvel később követő stroke

Betegség	AMI (16 000)	Stroke (42 000)
Az első év kórházi kezelés	5 052	15360
OEP költségei (M Ft)		

1. táblázat  
Stroke és szívinfarktusz miatt kórházba kerültek kórházi költségei az OEP adatai alapján

gyakorisága is növekedni fog. Főleg a kardiogén stroke száma szaporodik majd, melynek hátterében a pitvarfibrilláció gyakoribbá válása áll.

Noha mind a diagnosztika mind a terápia területén jelentős volt a fejlődés, a mai napig csupán négy területen beszélhetünk evidenciákon nyugvó stroke kezelésről:

- az arteria cerebri media occlusióhoz társuló malignus ödéma esetén a koponyatető átmeneti eltávolítása (műtési úton) javítja a túlélés és javulás esélyeit;
- az akut stroke-ban adott 160 – 320 mg aszpirin szerény mértékben, de javítja a túlélést.
- a 3 illetve 4,5 órán belüli vénás vérrögoldás hatásosságát multicentrikus, randomizált, prospektív vizsgálatokkal igazolták;
- a stroke osztályon kezelt betegek életkilátásai és javulási esélyei jobbak, mint a nem stroke osztályon kezelt stroke betegeké.

Az alábbiakban áttekintjük a hazai akut stroke ellátás helyzetét, a legfontosabb eredményeket, problémákat és a megoldásra tett javaslatokat.

### A VÉNÁS VÉRRÖGOLDÓ KEZELÉS AKUT STROKE-BAN

Az akut stroke minden percében 1,9 millió neuron, 14 milliárd szinapszis és 10 km axon pusztul el. Az eddigi neuroprotektív szerek kudarca miatt az egyedüli igazolt beavatkozási módszer a rekanalizációs terápia. Az új vizsgálatok (ECASS-III) a vénás lízis 3 órás időablakát 4,5 órára tolták ki (kivéve a diabéteszes, 80 évnél idősebb és nemrégén stroke-t szenvedő betegeket) de az időablak kitolódása nem eredményez lényeges javulást a klinikai kimenetelben, mivel az eddigi statisztikák szerint minél hamarabb történik a vénás lízis annál hatékonyabb a beavatkozás.

Hatvan percen belül kettő, 60-90. perc között négy és a 90-180. perc között már kilenc beteget kell vénásan lizálni ahhoz, hogy a kezelés egy tünetmentes vagy minimális tünettől javuló beteget eredményezzen. Kísérletes és humán megfigyelések alapján valószínű, hogy a 9 órán túli rekanalizáció még kivételes esetekben sem fog javulást eredményezni. Tehát nemcsak a lízis növelésének a számára

van szükség, hanem a minél hamarabb elvégzett lízisre is.

A fenti számsorból következik, hogy a sikeres rekana-  
lizáció nemcsak a hatékony fibrinolízistól/trombus-eltávo-  
lítástól függ, hanem a „stroke lánc” minden egyes elemének  
egyformán erősnek kell lennie (a beteg felismeri a stroke-  
ot – tudatában van a sürgősségnek – a mentőknél prioritást  
élvez a szállítás – a beteget stroke központba szállítják – az  
extra- és intrahospitalis betegutak szervezettek – a beteg  
stroke osztályra kerül, ahol minden résztvevő írásos proto-  
koll szerint tevékenykedik és előre rögzített paraméterek ér-  
tékelik a munka minőségét).

Összegezve: 100 vénás vérrögoldó kezelésből 32 be-  
tegnak biztosan segítünk, és legfeljebb 3-nak rontunk az ál-  
lapotán. Vagy más szavakkal: 7 vérrögoldó kezelést kell el-  
végezni ahhoz, hogy egy beteget teljesen vagy majdnem  
teljesen tünetmentessé tegyünk.

Az intravénás beavatkozás nem veszélytelen, és ha a  
kritériumokat nem tartjuk be, akkor súlyos gastrointestinalis  
vagy intracranialis vérzés alakulhat ki (6,4% a lizáltakban és  
0,6% a kontroll csoportban).

A 2008-as európai diagnosztikus vezérfonal szerint van  
létjogosultsága a 3-6 órán belüli artériás vérrögoldásnak is,  
sőt a ritka a. basilaris occlusiót akár 12 óráig is lizálhatjuk,  
de ezek a lehetőségek nem javítanak a statisztikán, mivel  
az artériás vérrögoldást csak 24 órás intervenció radiológus  
készenléttel rendelkező intézetben érdemes rutinszerű-  
en bevezetni és olyan infrastrukturális háttér szükséges,  
mely az országban kevés helyen áll rendelkezésre.

Sajnos hazánkban nincsenek finanszírozva azok a me-  
chanikus eszközök sem, melyeket már széles körben alkal-  
maznak az USA-ban (2008 óta, MERCI, Penumbra stb). Ezek  
intraartériásan bevezetve, dugóhúzószzerűen távolítják el  
a vérrögöt az artériából. Az időablak ebben az esetben 8 óra.

A stroke okának megállapítása multidiszciplináris meg-  
közelítést igényel. Az akut vérrögoldó kezelés előtt azonban  
csupán a legfontosabb vérparaméterek vizsgálандók (vér-  
kép, vércukor, ionok, enzimek sze. INR) és az azonnali ko-  
ponya CT! Ez nem kerülhető el, enélkül a stroke vérzéses  
vagy ischaemiás jellege sem különíthető el.

A klasszikus leírás igaz (súlyos hemiparesis, gyorsan  
mélyülő tudatzavar elsősorban vérzésre, a hajnalban kiala-  
kuló, mérsékelt vérnyomásemelkedéssel járó stroke pedig  
ischaemia mellett szól), de számos kivétel erősíti a szabályt.  
Ezért még az enyhe paresissal jelentkező beteg esetén is  
kötelező a képalkotó vizsgálat!

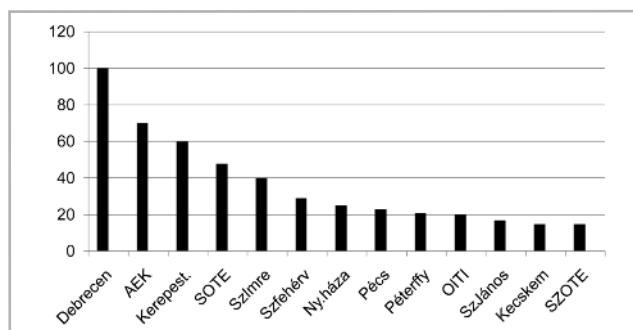
Sőt e cikk szerzője – az elmúlt évek tapasztalatai alap-  
ján – azt javasolja, ne csak CT hanem rögtön CT angio-  
graphia is készüljön, mely nemcsak az intra-, hanem az  
extracranialis ereket is vizualizálja. Ez azért fontos, mert  
azonnal eldől van-e nagyér elzáródás, várható-e a vénás  
lízis kudarc (ACI elzáródás 6%-a, az a. cerebri media M2  
M3 szakasza elzáródásának 30-40%-a rekanalizálódik a vé-  
nás lízis során). A CT angiographia csupán néhány perccel  
hosszabbítja meg a vizsgálatot.

Noha jelenleg még drága eljárás, de egyre inkább tért  
hódít az MRI is, mivel az ischaemia kiterjedését jelző legér-

zékenyebb eljárás a diffúziós MRI, mely már néhány 10 perc  
elteltével jelzi az ischaemia kiterjedését. Egyéb MRI techni-  
kával pl. gradients echo módszerrel a lízishez kapcsolódó  
vérzésveszély is becsülhető, mivel ez a szekvencia alkal-  
mas a mikrovérzések detektálására. Sajnos a modern MRI  
szekvenciák nincsenek finanszírozva az akut stroke ellátás-  
ban. A 2. táblázat összefoglalja a lízisre való alkalmasság  
legfontosabb szempontjait.

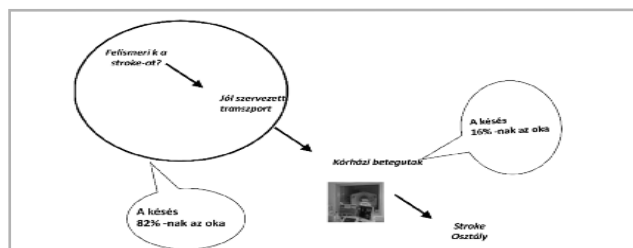
### SAJÁT TAPASZTALATOK A LÍZISKEZELÉSEL STROKE-BAN A NEMZETKÖZI MEGFIGYELÉSEK TÜKRÉBEN

Hazánkban 2009-ben az OEP 527 vérrögoldókezelést fi-  
nanszírozott akut stroke-ban (1. ábra). Ez azt jelenti, hogy  
az évi 45-50 000 stroke beteg kevesebb mint 1%-a részesült  
lízis kezelésben (az európai átlag 5%, a legjobb európai és  
amerikai központokban 15-20%). Még ez az 527 eset is  
nagy szórást jelez (1. ábra). A siralmas helyzet okai:



1. ábra  
2009-ben, az OEP által finanszírozott 527 vérrögoldás megoszlása az országban (évi 45-50 000 akut stroke)

- A lakosság nem tudja, hogy csak akkor van esély a javu-  
lásra, ha azonnal lízisre alkalmas központba szállítják a  
beteget.
- A transzfer nem mindig élvez prioritást.
- Nincsenek megszervezve a kórházon belüli betegutak,  
nagy az idővesztés a képalkotónál, a laborvizsgálá-  
toknál (2. ábra).



2. ábra  
A vénás trombolízis időablaka 3 óra (egyres betegcsoportoknál 4,5 óra). Az időablakból való „kicsúszás” legfőbb oka a kórházon kívüli idővesztés

- Az osztályok nincsenek felkészülve a lízisre, hiányos az  
ismeretanyag, nincs lízis-protokoll.
- A vérzéses szövődmények veszélye miatt tartózkodó az  
orvosi magatartás.

- A trombolízis finanszírozása a TVK hatálya alá esik, sőt vannak olyan stroke központok, melyek a Magyar Stroke Társaság javaslata ellenére, nem számolhatják el a lízis költségeit (2010-ben szerencsére 10-el bővült a finanszírozott helyek száma).

Hazánk is bekapcsolódott a SITS (Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke) nemzetközi kezdeményezésbe, mely regisztrálja az intravénás és intraarteriális trombolíziseket, az endarterectomiák számát, a stenteket és követi a másodlagos prevenciót is. A SITS-EAST 2007 és 2010 között (stockholmi központtal) Közép- és Kelet-Európára fókuszált. Magyarország 14 centrumával a Kelet- és közép-európai országok közül a 3. helyen állt és az adatbankba 238 beteget regisztrált (legtöbbet a DE OEC Neurológiai Klinikája; több mint 120-at).

A nyugat-európai átlaghoz hasonlítva logisztikai adataink a következőképpen alakulnak:

- stroke kialakulásától az ellátó helyig eltelt idő 80 perc (67 perc a nyugat-európai átlag),
- az ellátó helyre érkezéstől a gyógyszeres kezelés elkezdéséig eltelt idő hazánkban 70 perc, a nyugati átlag 65 perc.
- Magyarországon az adatbázis szerint a stroke kezdetétől a kezelés kezdetéig 160 perc telik el, a nyugat-európai átlag 145 perc.

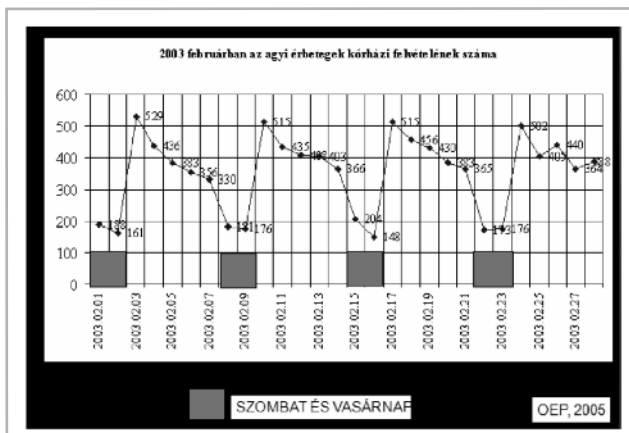
A kimenetelt vizsgálva kedvező eredményt kapunk, ha összehasonlítjuk a tünetképző intracranialis vérzést (szövődmény), mely a magyar SITS-EAST központokban 0,9%, a nemzetközi átlag 1,5%.

A 3 hónapnál mért, igen jó klinikai javulást jelentő, módosított Rankin skála 0-2 értékét a magyar trombolizáltak 43%-ában érték el (nemzetközi adat 52%). Nálunk a halálzási arány 25% (nemzetközi adat: 14,4%).

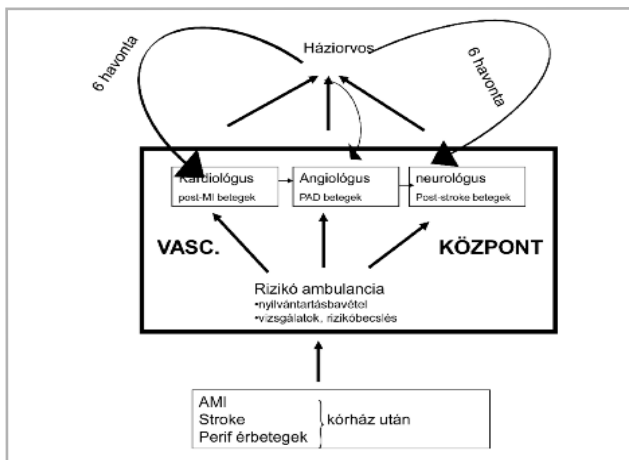
Összegezve: a magyarországi lízis központok munkájának színvonala nem sokkal marad el a nemzetközitől, a fő probléma nem az elvégzett líziskezelések színvonalával, hanem a líziskezelések országosan elfogadhatatlanul alacsony számával és az egyenetlen területi eloszlással van.

KRITÉRIUM	ALKALMAS?
Stroke okozza a beteg tüneteit?	igen
A tünetek kezdetétől számítva az aktuális időablakon belül beszállítható a thrombolysis helyszínére?	igen
Csak igen enyhe neurológiai tünetei vannak.	nem
Csak izolált érzékszavar áll fenn.	nem
Csak egy végtagra kiterjedő ataxia alakult ki.	nem
3 hónapon belül stroke-ja	nem
3 hónapon belül koponyasérülés volt.	nem
Korábban intracerebrális vérzés volt.	nem
Jelentősebb műtét volt 14 napon belül.	nem
Gastrointestinális vagy húgyúti vérzés volt 21 napon belül.	nem
Myocardialis infarktus volt az előző 3 hónapban.	nem
Nem komprimálható helyen artériapunkció történt a megelőző 3 napban.	nem
A vizsgálat során aktív vérzés észlelhető.	nem
Trauma (törés) észlelhető a vizsgálat során.	nem

2. táblázat  
Akut stroke beteg lízis kezelésének alkalmasságát elemző táblázat



3. ábra  
Akut stroke betegek kórházi felvételének „lázgörbéje”. Az enyhe-közepes stroke betegek nem kerülnek kórházba hétfőn, valószínűleg megvárják a hétfői háziorvosi rendelést



4. ábra  
Vascularis központ szívinfarktust, stroke-ot és perifériás értebetegek klinikai tüneteit elszenvedett betegek komplex gondozására

Mivel a DE OEC Neurológia Klinikája végzi országosan a legtöbb lízis kezelést, ezért röviden vázoljuk a debreceni tapasztalatokat. A trombolízisek aránya a következőképpen alakult: 2007-ben 9%, 2008-ban 15%, 2009-ben elérte a 17%-ot (évi 100).

2004-2010 július 31. között a DE OEC Neurológián összesen 355 trombolízis történt, ebből 74 intrarterialis. Egyre gyakrabban alkalmazzuk a kombinált iv+ia trombolízist. Intraarterialis lízist csak a DE OEC Neurológia regisztrált a SITS EAST adatbázisban.

A kiemelkedő eredményt három tényezőnek köszönhetjük:

- ellátási területünkön folyamatos a lakosság felvilágosítása,
- az OMSZ-szal példamutató az együttműködés, 90 km-es körzetből valamennyi akut beteget hozzánk szállítanak, előzetes telefonértesítés után,
- a cardiorespiratoricusan stabil és éber betegek azonnal a CT-be kerülnek (nem az osztályra, nem az SBO-ra) az idővesztés elkerülésére. A CT-ben történik a neurológiai vizsgálat és a döntés a lízisről,

- a hét minden napján, 24 órában, stroke-ban jártas, bentlövő szakorvos dönt a lizisről,
- stroke betegek ellátására szerveződött intenzív osztályon, stroke team végzi a lizist és többparaméteres monitorizálás folyik legalább 48-72 óráig,
- 24 óra múlva újabb CT és betegeink klinikai javulását nemzetközileg elfogadott skálákkal követjük és a SITS-EAST adatbázisba továbbítjuk,
- 2008-ban megeremtettük a TeleStroke-ot, mely élő kapcsolatot teremt Mátészalkával, Kisvárdával és Sátoraljaújhegyvel. Ez a kapcsolat nemcsak az akut stroke betegek audio-videó konzultálására alkalmas (a debreceni orvos nagy feloldású kamerával „vizsgálja” a beteget), hanem egyéb jellegű oktatásra is.

## A JÖVŐ FELADATAI

A 2008-as európai irányelvekre és a hazai tapasztalatokra támaszkodva a Magyar Stroke Társaság és a Neurológiai Szakmai Kollégium az Egészségügyi Minisztérium egyetértésével megjelentette új irányelveit (Eü. Közlöny 2010. 7. szám 1605-1665).

A legfőbb „üzenetek”:

- Az akut stroke minden eleme élvezzen prioritást a szállításban és az ellátásban.
- Akut vérrögoldó kezelést ill. carotis rekonstrukciót neurologus indikáljon és felügyeljen.
- Valamennyi stroke beteg optimális javulási esélye stroke osztályon van.
- A post-stroke betegek gondozása komplex legyen (involválja a kardiológusokat és a perifériás érsebészeket, angiológusokat), de a gondozást neurológus irányítsa és szervezze.

Az Eü. Közlönyben megjelent irányelvet a Magyar Stroke Társaság vezetőség állította össze és ezt követően is folytatta a stroke-ellátást szervező tevékenységét. Önkredítációs kérdőív alapján 32 kórházat/osztályt minősített Stroke Központnak. [https://www.doki.net/tarsasag/stroke/info.aspx?web\\_id=&sp=1](https://www.doki.net/tarsasag/stroke/info.aspx?web_id=&sp=1)

- A stroke központok vezetői írásban vállalták, hogy tevékenységükről évi beszámolót készítenek, amelyben ki térnek a helyi akut ellátás alakulásra, az OMSZ-al való együttműködés helyzetére.
- Az akut ellátás színvonalát jelző paramétereket alkalmazni fogják (évente hány vénás trombolízis történik területükön, az akut betegek hány %-a részesül 24 órán belüli CT-vizsgálatban stb.).
- A gondozás hatékonyságának értékelésére követni fogják, hogy gondozott betegek hány %-a részesül
  - vérlemezkegátló
  - statin
  - antiokoaguláns kezelésben (ha kardiogén emboliaforrás ezt indokolja)
  - hány % ért el < 140/90 Hgmm vérnyomásértéket,
  - végül hány százalékban sikerült elérni, hogy a caro-

tis-rekonstrukció a stroke-ot követő 2 héten belül megtörténjen.

De a stroke központok minden alulról jövő kezdeményezése eredménytelen lesz, ha az egészségügyet irányítók nem oldják meg az alábbi problémákat:

- A stroke nem tartozik az ún. „védett betegségek” csoportjába, tehát finanszírozás szempontjából a maradék elv érvényesül kórházon belül.
- Noha 2010-ben újabb stroke-központok számolhatják el az OEP-nél a vénás vérrögoldást, de még mindig létezik olyan stroke központ, mely nem végezheti ezt a beavatkozást.
- A vérrögoldás jelenleg a TVK (teljesítmény volumen-korlát) hatálya alá esik (noha se időpontja, se gyakorisága nem tervezhető) és ez gátat szab a széleskörű elterjedésnek. Országos kontingensben kellene megszabni a vérrögoldó kezelések számát. A Magyar Stroke Társaság ezt a számot 2000-ben jelölte meg.

A Magyar Stroke Társaság – figyelembe véve a szűkös forrásokat – azoknak a stroke központoknak javasol jobb HBCS stroke-finanszírozást, akik valóban magas színvonalú ellátást tudnak biztosítani. Ennek OEP által ellenőrizhető paramétere, hogy a kórházi felvételt követő 24 órán belül megtörténik-e a CT vizsgálat (a jelenlegi adatbázisokból ez már ellenőrizhető). Csak azok az esetek kapják meg a magasabb stroke finanszírozást, amelyeknél a stroke diagnosztikájához és terápiájához elengedhetetlen CT már az első 24 órán belül megtörtént. Ha akut stroke esetén a CT nem vagy csak később készül el, nem felel meg a szakmai elvárásoknak és csak csökkentett finanszírozásban részesülhet. Így teremődik meg a fedezet a valódi stroke-ellátást biztosítók támogatására.

Nagyon fontos a lakosság folyamatos oktatása a stroke sürgősségi jellegéről. Nemzetközi vizsgálatok szerint a trombolízissel kapcsolatos késlekedés 82%-ának oka, hogy a lakosság nincs tudatában a stroke kezelésének sürgősségével és a gyors transzfer sem biztosított. A késés 16%-áért a kórházon belüli betegutak felelősek és még arra is ügyelni kell, hogy a vérminta a laboratóriumban ne a sürgősségi vérvizsgálatok végére, hanem az elejére kerüljön. A 3. ábrán látható OEP statisztika szerint a kórházi akut stroke felvételek száma lágzórbere emlékeztet, melynek maximuma hétfőn, minimuma pedig szombaton és vasárnap van. Ennek nyilvánvaló magyarázata, hogy sokan megvárják a hétfői háziorvosi rendelést az enyhe-közepes stroke tüneteivel. Ez a szemlélet rendkívül veszélyes, hiszen a trombolízishez szükséges időablakot többszörösen túllépi az ilyen típusú késlekedés.

- A stroke központoknak tehát folyamatos feladata a régió lakosságának felvilágosítása. A beteg ill. hozzátartozói ismerjék fel a stroke-t és legyenek annak tudatában, hogy ez sürgős gyógykezelést igényel.
- Az OMSZ-nál élvezzen prioritást a betegek stroke központba való szállítása.

- A kórházi betegutak úgy legyenek megszervezve, hogy a trombolízis jelöltek azonnal képalkotó vizsgálatra kerüljenek és a laborvizsgálatok is soronkívüliséget élvezzenek.
- A trombolízis és az azt követő obszerváció lehetőleg stroke osztályon történjen, mely kidolgozott protokoll szerint tevékenykedik, minőségi indikátorokkal (nemcsak halálozás stb., hanem a klinikai kimenetelt is mérni képes skálákkal) dolgozik és a résztvevők mindegyikének írásban rögzített feladata van, az osztályt pedig stroke-ban jártas neurológus vezeti.
- Alapvető az Országos Stroke Regiszter bevezetése. Ne csak a mortalitást figyeljük, hanem a klinikai kimenetelt is és ez legyen kötelező a stroke központokban.

Az akut stroke beteg általános ellátása a speciális vérrögoldó kezeléstől függetlenül is akkor optimális, ha az erre a célra kialakított stroke osztályon történik. A stroke osztályt multidiszciplináris team alkotja, melynek tagjai:

- stroke kezelésben jártas neurológus,
- stroke kezelésre specializálódott nővérek,
- fizioterapeuta,
- neuropszichológus, beszédterapeuta és diétás nővér.

A nagy vizsgálatok igazolták, hogy a kórházi halálozás (22%) a hosszú távú mortalitás (21%) és a későbbi rokkantság aránya is szignifikánsan jobb, ha a beteget stroke osztályon kezelik, összehasonlítva hagyományos osztállyal. Ez a megállapítás minden alcsoportban igaz mind az idősebbekben mind a fiatalokban, férfiakban és nőkben, enyhe, közepes, ill. súlyos stroke-ban. A stroke ellátás sikere tehát a stroke lánc erősségétől függ. Ebből következik, hogy nem lehet elhanyagolni sem a kórházon kívüli transzfer sem a kórházon belüli szervezés (betegutak, diagnosztika, stroke osztályos ellátás stb.) fontosságát. A lánc erejét pedig mindig a leggyengébb láncszem szabja meg....

Noha írásunk elsősorban az akut stroke vérrögoldó kezelésének problémáit elemezte, néhány gondolatot a gondozásnak és a másodlagos megelőzésnek is áldozunk. A hatékony gondozás nem nélkülözheti a kardiológusokkal és carotis rekonstrukcióval foglalkozó sebészek/intervenció radiológusok együttműködését. A Magyar Stroke Társaság állásfoglalása, hogy egy stroke központ nem működhet szervezett stroke beteg gondozás nélkül.

Melyek azok a minőségi paraméterek, amelyek alapján pl. a stroke gondozási tevékenységet értékelni lehet?

- A gondozott betegek hány százaléka éri el 140/90Hgmm vérnyomás értéket?
- Hány százalék szed vérolemezkegátlót?
- Hány betegnek történik évente carotis ultrahang vizsgálata?

- Volt-e kardiológiai vizsgálat a post-stroke betegnél és hány százalékban?
- Kap-e lipidcsökkentőt?
- Hány százalék éri el az optimális koleszterin értéket?
- Hány százalék éri el az optimális LDL-C értékeket?

A post-stroke betegek gondozása nemcsak a neurológus feladata. Annál inkább szükség van a komplex megközelítési módszerre, mivel a stroke-nak, a szivinfarktusnak, az alsóvégtagi érszűkületnek közös patofiziológiai háttere az arterioszklerózis, tehát egy diffúz betegség különböző szervi manifesztációjáról van szó (a betegek többségében klinikailag is de szubklinikusan mindenképpen érintett a másikkal is). Sajnos Magyarországon, mint a legtöbb helyen a világon, a vascularis esemény után a beteget legtöbbször csak kardiológus, csak neurológus vagy csak érsebész gondozza, az egyéb vascularis területek kikerülnek a látókörből. Pedig ezeket a gondozásokat egymás mellé kellene helyezni, működésüket összehangolni és közös protokoll alapján dolgozni. A gyakorlatban a gondozások (kardiológia, stroke, perifériás erek) szinte minden megyei és fővárosi kórházban léteznek, de térben és időben szétszóró módon. A mozgásában korlátozott betegnek más-más napokon kellene ezeken az (egymással egyébként nem együttműködő) gondozásokon/vizsgálatokon részt vennie, ha diffúz érbetegségének minden klinikai aspektusát szakemberrel akarja vizsgáltatni.

Ha ezeket a gondozásokat egymás mellé, egy épületbe helyeznénk, akkor ebben a komplex szekunder prevenció központban valóban megvalósulna a holisztikus szemlélet és különböző szakemberek egy helyen tudnák ua. beteg különböző szervi manifesztációit gondozni. Ebből a gondozási szemléletből nem hiányzik a háziorvos sem, hiszen a havi rendszeres ellenőrzés nem a vascularis központban történne, hanem a háziorvosnál (4. ábra). A komplex vascularis központ csak a komplikált laborvizsgálatokat, valamint a magasabb szakértelmet igénylő időszakos kardiológiai – neurológiai – angiológiai ellenőrzést biztosítaná (3-6 ha-vonta).

Nagyon fontos lenne hogy a jövő vascularis gondozása elmozduljon ebbe az irányba és az országban megvalósuló komplex gondozási központok azonos gondozási protokollokat használjanak, lehetőleg azonos számítógépes programmal, mert csak ennek alapján lehet a célértékek eléréséről országos és megbízható statisztikát kapni.

Van tehát tennivaló bőven, azt is tudjuk mi az. De lépni kell, mert a mi szűkebb területünkre is igazak Krúdy Gyula szavai:

*„Ebben az országban az emberek mindig képesek voltak arra, hogy egy egész élet munkájával légvárat építsenek ahelyett, hogy egy órai kemény munkát elvégezzenek.”*

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Az ischaemiás stroke és tranzien ischaemiás attack el-látásának szakmai irányelvei 2008. A European Stroke Organisation(ESO) Végrehajtó Bizottsága és az ESO

Szerző Bizottsága által készített szakmai irányelvek magyar fordítása. [http://www.stroketars.hu/docview.aspx?r\\_id=3136393035&web\\_id=&mode=1](http://www.stroketars.hu/docview.aspx?r_id=3136393035&web_id=&mode=1)

- [2] Gulácsi L, Májer I, Kárpáti K, Brodszky V, Boncz I, Nagy A, Bereczki D.: A hospitalizált stroke-betegek halálózása Magyarországon, 2003-2005. *Ideggyogy Sz* 2007;60:321-328.
- [3] Józán P.: Az agyérbetegségek halandóságának néhány fontosabb jellemzője, *Agyérbetegségek* 1998;4:2-6
- [4] WHO-HFA Health for All database (HFA-DB), Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007. (<http://www.euro.who.int/hfadb>).
- [5] Csiba L, S Farkas S: How do stroke units enhance stroke recovery? *Expert Rev Neurother* 9(4): 431-434. 2009.
- [6] Bereczki D, Csiba L, Ajtay A: A stroke ellátás hazai helyzete, *Metabolizmus* 7(2): 93-97. 2009.
- [7] Bereczki D, Mihálka L, Fekete I, Valikovics A, Csépany T, Fülesdi B, Bajkó Z, C. Szerekes Cs, Fekete K, Csiba L: The Debrecen Stroke Database: demographic characteristics, risk factors, stroke severity and outcome in 8088 consecutive hospitalised patients with acute cerebrovascular disease, *International Journal of Stroke* 4(5): 335-339. 2009.
- [8] Az akut stroke ellátás irányelve, Eü. Közlöny 2010. 7. szám 1605-1665

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Csiba László (1952) a DE OEC Neurológia Klinika igazgatója, az MTA doktora. 2010-ig a Magyar Stroke Társaság elnöke. Jelenleg az European Stroke Organisation, Board of Directors és 2009 óta az European Society of Neurosonology and Cerebral Hemodynamics elnöke, a *Frontiers in Stroke* társszerkesztője. Több, mint 180 magyar és idegennyelvű

közleményében neuroszonológiai vizsgálatai eredményeit illetve a stroke kísérletes és klinikai kutatásával kapcsolatos megfigyeléseit tette közzé. A stroke rizikófaktorok közül elsősorban a hipertónia következményeit vizsgálja. Tagja a 2008-as európai stroke irányelvet elkészítő bizottságnak és a 2010-es magyar irányelv egyik készítője. Az országban a DE OEC Neurológia Klinikán történik a legtöbb trombolízis akut stroke-ban.

## Magyarország csatlakozik az Európai Depresszióellenes Nap mozgalomhoz

A XX-XXI. század fordulójának az egyik, népegészségügyi szempontból legfontosabb pszichiátriai problémája a depresszió. Gyakorisága világszerte emelkedik, s habár az utóbbi időben számos szakmai, egészségpolitikai és közösségi erőfeszítés történt a depresszióval kapcsolatos ismeretek növelésére mind az orvosok között, mind a társadalomban, a depresszióban szenvedő személyek egy jelentős hányada nem részesül megfelelő kezelésben. A WHO „Global Burden of Disease” tanulmánya, mely az egész világon kultúráktól függetlenül vizsgálja a legnagyobb népegészségügyi jelentőségű megbetegedések gyakoriságát és készít előrejelzéseket a jövőre vonatkozóan, riasztó képet fest: eszerint 2020-ra a depresszió lesz a második leggyakoribb, munkaképesség-csökkenésért felelős megbetegedés. Mindez égetően szükségessé teszi a depresszió leküzdésére irányuló erőfeszítéseket, hiszen ilyen mennyiségű beteg ellátása meghaladja az egészségügyi szolgálatok kapacitását, és egyben óriási gazdasági terhet is jelent. A depresszió ma világszerte aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség, saját vizsgálataink szerint például a magyar depressziósok kétharmada semmilyen kezelésben nem részesül.

Mindezek miatt a depresszió - és legtragikusabb következménye, az öngyilkosság - kiemelt egészségfejlesztési téma az Európai Unióban. Ezért jött létre az Európai Depresszióellenes Nap (EDD-European Day of Depression) mozgalom, mely minden évben október 1-én emlékeztet arra, hogyan vehetjük fel a küzdelmet ezzel a súlyos betegséggel szemben. Magyarország 2009-ben csatlakozott a mozgalomhoz. Idén október 1-én sajtótájékoztató keretében szeretnénk felhívni a magyar médiumok figyelmét arra, milyen depresszió ellenes aktivitások folynak ma Magyarországon, és mely területeken van szükség további sürgős fejlesztésekre a depresszió megelőzésében és kezelésében. Sajnos az elmúlt időszakban számos olyan szomorú esemény (öngyilkosság, ill. kiterjesztett öngyilkosság) kapott széles körű nyilvánosságot a magyar médiumokban, mely nagy valószínűséggel a kezeletlen depresszióval álltak kapcsolatban, és amelyek talán megelőzhetők lettek volna akkor, ha a lakosság könnyebben felismerné a betegséget, és ha az ellátó hálózat fejlettebb volna.

A depresszió valójában nem azonos a „hétköznapi” szomorúsággal vagy rosszkedvvel, hanem egy jól felismerhető tünetekkel rendelkező mentális zavar. Fontos tehát, hogy a közösség lehető legtöbb tagja tisztában legyen a depresszió tüneteivel, hogy szükség esetén segíteni tudjon abban, hogy a depressziós személy megfelelő segítséghez jusson.