

Szívügye a kardiológia

Beszélgetés Prof. Dr. Tóth Kálmánnal,
a Magyar Kardiológusok Társasága főtitkárával

Immár tizenhatodik alkalommal került megrendezésre idén márciusban a magyar szívgyógyászat egyik legnagyobb tudományos seregszemléje, a Debreceni Kardiológiai Napok. A kongresszuson a Magyar Kardiológusok Társasága (MKT) főtitkárát kérdeztük a szakma eredményeiről, jelenlegi helyzetéről és a fejlődés perspektíváiról. Prof. Dr. Tóth Kálmán klinikaigazgató (PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika) szerint a haemodinamikai centrumhálózat kiépülését követően lényegesen javultak az akut koronária szindróma mortalitási mutatói hazánkban, ugyanakkor a szekunder prevenció és a rehabilitáció jelentős fejlesztésre szorul.

– A Debreceni Kardiológiai Napok olyannyira közkedvelt rendezvény az orvosok körében, hogy igen hamar túlnötte a regionális kereteket, és mára az egyik legrangosabb országos, posztgraduális kardiológiai fórummá vált. Ön szerint mindez minek köszönhető?

Valóban, a Debreceni Kardiológiai Napok óriási népszerűségnek örvend, ma már az ország legnagyobb kardiológus találkozója az MKT tradicionális tavaszi, balatonfüredi kongresszusa mellett. Aki ide eljön, biztos számíthat arra, hogy a szakma legújabb eredményeivel gyarapíthatja tudását.

KARDIOLÓGIA VILÁGSZERTE

– Mely témákat kísérte kitérített érdeklődés az idei tanácskozáson?

Az idei program a hagyományokhoz híven a kardiológia szinte teljes tematikáját felölelte. Mindemellett kiemelten foglalkoztunk azokkal a terápiás területekkel, amelyek kapcsán jelentős tudományos előrelépés történt a közelmúltban. Ezek közé sorolandó az ischaemiás szívbetegség, amellyel önálló szekció keretében foglalkoztunk. Az ülésen elhangzott előadások felvonultatták a koszorúér-betegségekkel kapcsolatos legújabb nemzetközi és hazai epidemiológiai adatokat, és a krónikus, illetve akut kezelés legfontosabb kérdéseit. A másik fő téma – a szívritmuszavarok – napirendre tűzését az indokolta, hogy a közelmúltban új antiaritmiás gyógyszerek kerültek bevezetésre, valamint egyes készítményekről bebizonyosodott, hogy a korábbiaknál jobban alkalmasak bizonyos kórképek – például a pitvarfibrilláció – thromboembóliás szövődményeinek a kivédésére. Nem utolsósorban pedig az eszközös kezelések – például az implantálható defibrillátor és a reszinkronizációs terápia – terén is újabb fejlemények történtek.

– Az elmúlt év nagy nemzetközi kongresszusairól szóló beszámolók önálló szekcióban kaptak helyet. Mivel magyarázható ez a kitérített figyelem?

A nemzetközi konferenciáknak azért van igen nagy jelentősége, mert fórumot szolgáltatnak a közelmúltban lezajlott összes nagy klinikai vizsgálat eredményeinek bemutatására. A nagy beteganyagon végzett, multicentrikus tanulmányok képezik a gerincét az évről évre frissítésre kerülő szakmai irányelveknek, amelyek a bizonyítékon alapuló orvoslás iránymutatói. A klinikumban dolgozó orvosoknak azonban nemigen jut idejük és energiájuk a szakirodalom naprakész követésére a betegellátás napi teendői mellett. Ezért számukra annak, hogy a legfrissebb aktualításokról tájékoztatást kaphatnak a Debreceni Kardiológiai Napokon, óriási hozama lehet a mindennapok gyakorlatában. Éppen ezért a program összeállításakor külön szekciót szenteltünk a legnagyobb amerikai és európai kardiológus társaságok – ACC, AHA, ESC, ESH, EUROECHO, EUROPREVENT stb. – 2010-ben lezajlott kongresszusainak. Ebben a blokkban az előadó kollégák több mint ötven nagy horderejű – a terápiás szemléletre nagy hatással bíró – vizsgálatot ismertettek.

– Mi a nagy vizsgálatok utóélete?

A nagy klinikai vizsgálatok eredményeinek alapján kerül sor az adott szakterület irányelveinek megújítására, először nemzetközi szinten. Ezen ajánlások mentén változik, fejlődik a szakmai gyakorlat.

Így került sor pl. az ATHENA, a RELY vagy a ROCKET AF vizsgálatok eredményei alapján a pitvarfibrilláció kezelésének európai és USA-beli irányelveinek megújítására.

– A kongresszusokon a nagy vizsgálatokról szóló beszámolók már önmagukban is szemléletformáló hatással bírnak. Ezen túl hogyan folytatódik a tanulmányok / ajánlások hazai élete, hogyan tudnak bekerülni az új információk a hazai gyakorlatba?

A hazai gyakorlatba történő beillesztést a debrecenihez hasonló kongresszusi beszámolók mellett további fontos lépések követik, amelyekben a szakmai társaságoknak fontos szerepük van: a nemzetközi irányelveket a hazai szakmai társaságok, így a Magyar Kardiológusok Társasága is átveszi, adaptálja. Ennek értelmében jelenleg is zajlik több hazai irányelv megújítása a nemzetközi guideline-ok alapján.

Ezen túlmenően a Kardiológiai Szakmai Kollégium hozzájárul ahhoz, hogy egyes gyógyszerek magyarországi befogadására mielőbb sor kerüljön. A gyógyszerek gyógyszer-támogatásba kerülésének alapja ugyanis a Kardiológiai Szakmai Kollégium szakmai álláspontja, amelyet a nagy vizsgálatok és az irányelvek alapján dolgoz ki.

Mindezek alapján elmondható, hogy a kongresszusok hatása messze túlmutat az adott beszámolón, azok a magyar szakmai gyakorlat megújítását szolgálják.

HAZAI HELYZETKÉP

– A szerte a világban zajló vizsgálatok magas száma mintegy félmelzi, mennyire aktív a kardiológus szakma világszerte. Ez a „pezsgés” megfigyelhető itthon is?

Mindenképpen. A magyar kardiológia igen nagy léptékben fejlődött az elmúlt években. Elsősorban az eszközös terápiákat emelném ki, amelynek terén tíz-húsz évvel ezelőtt még jelentős volt a lemaradásunk a nyugat-európai országokhoz képest. Ehhez képest ma elmondhatjuk, hogy a szív- és érrendszeri betegségek kiváltotta halálozások száma az utóbbi évtizedben csökkenő tendenciát mutat Magyarországon. Míg az 1990-es években tizenöt ezren haltak meg évente akut koronária szindrómában, mára ez a szám felére csökkent. A szív- és érrendszeri halálozás mérséklődése elsősorban annak köszönhető, hogy javultak az infarktus akut ellátásának feltételei. Létrejötték a száz kilométeres körzetben az ország bármely területéről elérhető szívkatéteres laboratóriumok: ma már tizennyolc működik az országban igen jó szervezettséggel. Bár még mutatkozik némi területi egyenlőtlenség a hozzáférhetőséget illetően, várhatóan ez az aránytalanság megszűnik, amennyiben a haemodinamikai centrumhálózat tervezett bővítése megvalósul. Az újonnan megnyíló katéterlaborokkal együtt már praktikusán százszázalékos lesz az ország lefedettsége.

– Ezekben a centrumokban milyen beavatkozások végezhetők?

A szívkatéteres laboratóriumokban minden, az ún. ST-elevációval járó, illetve nem járó myocardialis infarktus (STEMI, Non-STEMI) akut ellátására szükséges felszerelés, szaktudás és osztályos háttér alapkövetelmény. A thrombolysis háttérbe szorul, s ma már igen elterjedt sürgősségi beavatkozásnak számít a perkután koronária intervenció (PCI), olyannyira, hogy – büszkén mondhatjuk – a magyar ellátórendszerben ugyanolyan arányban végezzük, mint Svédországban. Ennek köszönhetően az akut myocardialis infarktus prognózisa jóval kedvezőbbé vált.

– Ezen öröndetes fejlődés ellenére sem ülhettünk „ölbe tett kézzel”, hiszen hazánkban – a példászerű arányú csökkenés ellenére – abszolút számban még mindig többen halnak meg szívinfarktusban, mint a nyugat-európai országokban.

Egyetértek. Hiába a hatalmas fejlődés az akut ellátásban, ha a primer és szekunder prevenció nem kellően megoldott. Ma sajnos az általános helyzet az, hogy az akut beavatkozás után néhány nappal történő hazabocsátást követően az infarktusos betegek jelentős része gyakorlatilag magukra marad. Jó esetben a háziorvosukig jutnak el, akik oly mértékben leterheltek, hogy nincs idejük szorososan követni a páciensek további sorsát. Ennek következményeképpen

nem történik meg a szükséges életmódváltás, a gyógyszer-szedés egyre pontatlanabbá válik, és a betegek visszakerülnek az eredeti állapotba. Jön a következő infarktus és előbb-utóbb minden erőfeszítés ellenére meghalnak a betegek. Márpedig meg kellene előzni a fatális kimenetelt, mégpedig úgy, hogy – az egyébként igen költséges – PCI beavatkozással elért állapotot hosszú távra konzerváljuk. A cél az, hogy az infarktuson átesett beteg visszatérjen a normális életbe, munkáját a korábbi, vagy annál magasabb szinten el tudja látni és javuljon az életminősége. Ennek alapvető eszköze a szekunder prevenció és a rehabilitáció.

– Tudtommal az országban jó néhány rehabilitációs intézet működik, elég, ha csak Balatonfüredre, Mátraháza-ra, vagy Sopronra gondolunk...

Így van, azonban az ön által említett intézmények első-sorban fekvőbeteg rehabilitációra szakosodtak, ami természetesen igen fontos része az ellátásnak, ám nem pótolja a széleskörű ambuláns rehabilitációt. Ez a terület jelenleg szinte teljességgel megoldatlan: sem megfelelő intézmény-rendszere, sem infrastrukturális háttere, sem finanszírozása nincs. Pedig az ambuláns rehabilitáció külföldön már bizonyított. Éppen itt, a Debreceni Kardiológiai Napokon számoltam be előadásomban arról, hogy a tavalyi európai kardiológus kongresszuson prezentálták azt a tanulmányt, amelyben a hagyományos post-infarktusos ellátást hasonlították össze az ambuláns, szakdolgozók által irányított, intenzív rehabilitációs programmal. Ez utóbbi már fél év alatt egyértelmű, lényeges javulást eredményezett a cardiovascularis rizikó változásában.

– Pontosan mit takar ez az ellátási forma?

Segítségét az életmódváltásban, súlykontrollt, rendszeres testmozgást és arra történő ösztönzést, a dohányzásról való leszoktatást, a célvérnyomás elérését, vérnyomásnapló vezetését, a lipid- és egyéb laborértékek nyomon követését – azaz mindent, amire a háziorvosi gyakorlatban nem jut elég idő és energia. Hozzáteszem: úgy tűnik, aktuálisan van esélyünk arra, hogy mindez itthon is megvalósuljon. A Széchenyi Terv keretén belül kiírt, az egész országra kiterjedő rehabilitációra vonatkozó uniós pályázat ugyanis jelentős infrastrukturális fejlesztést eredményezhet a kardiológiában is. Ennek beadási határideje ez év szeptember 30. Az ösz-szes régió részt vesz a pályázatban az egyetemek, illetve a legnagyobb forgalmú kórházak vezetésével. Ha valóban jó koncepciók születnek, és kikerüljük a párhuzamosságokat, akkor a pályázat kapcsán megoldódhatna az infrastrukturális háttér. Ha emellé odarendelik a megfelelő finanszírozást, kiépülhetne a széles körű, nagy betegszámot lefedő ambuláns rehabilitáció.

FIATALOK ÖSZTÖNZÉSE

– A szakdolgozók bevonása a programba nem csak hatékonyabbá tehetné az ellátást, hanem nagy terhet vehetne le az orvosok válláról is. Ez is fontos szempont

lehet manapság, amikor egyre több fiatal orvos hagyja el az országot...

Igen, ez égető probléma. Bár a szakorvos létszám jelenleg még elfogadható szinten van, sőt nemzetközi összehasonlításban sem állunk egyáltalán rosszul, félő, hogy ha ez a tendencia folytatódik, a jelenlegi, egyre idősödő orvosgárda lassan „kikopik”. Nem csak azért, mert sok kolléga nyugdíjba vonul, hanem azért is, mert a magyar orvostársadalomban jóval nagyobb arányú a korai halálozás, mint más szakmákban.

Ebből a helyzetből kizárólag akkor tudunk kilábalni, ha gondoskodunk az utánpótlásról. Márpedig ez nem is olyan egyszerű, ha a friss diplomás orvosok nem jelennek meg rezidensként, vagy PhD hallgatóként a rendszerben. Egy friss adatot idézek: a 2010-ben végzett orvostanhallgatók ötven százaléka eltűnt a pályaelhagyás, döntően pedig az őn által említett kivándorlás. A legnépszerűbb célországok – Dánia, Svédország, Norvégia, Anglia és Németország – nagyfokú orvoshiánnyal küzdenek, és bizony örömmel fogadják a magyar fiatalokat. A hazainál jóval magasabb kezdő fizetés és a biztos jövőkép igen nagy motivációt jelenthet a friss diplomásoknak. Ez a tendencia a kardiológiát közvetlenül még nem érte el, de az elkövetkező években már komoly problémát jelenthet. Éppen ezért itt az ideje, hogy elgondoljunk: hogyan tudnánk minél több fiatalot megnyerni a szakmánknak.

– Professzor úrnak bőven lehet tapasztalata e téren, hiszen a Pécsi Tudományegyetemen rendszeresen foglalkozik TDK-s és PhD hallgatókkal.

1996-ban akkreditálták kardiológiai PhD programunkat, melyben eddig tizennégy hallgató és öt egyéni felkészülő szerzett tudományos minősítést. A programban jelenleg három PhD hallgató és két egyéni felkészülő vesz részt. Munkacsoportunk a kötelező tárgyak oktatása mellett kreditpontos kurzusok keretében is foglalkozik a keringési rendszer működésének haemodinamikai és haemorheológiai alapjaival és azok eszközös vizsgálatával, elektrokardiológiával és a tudományos kutatás informatikai eszközeivel. A kutatómunkában a TDK-s hallgatók is aktívan vesznek részt. Az ő felkészítésük féléves program keretében történik, melynek során megismerik osztályunk klinikai és tudományos profilját, valamint a kutatómunkájukhoz elengedhetetlenül szükséges alapismereteket sajátítják el. A munka jó színvonalát jelzik a díjazott előadások, valamint a jelentős számú díjazott rektori/dékáni pályamunka is.

Mindemellett, a graduális képzésben az I.sz. Belgyógyászati Klinika igazgatójaként koordinálok a belgyógyászat oktatását a PTE ÁOK-n. Ennek keretében a 2003/2004-es tanévtől a szigorló évben egységes témareferáló és betegbemutató oktatási rendszert vezettünk be, valamint a belgyógyászati klinikák között megtörtént az oktatás észszerű felosztása. A belgyógyászat tárgy keretein belül kardiológiát oktatok a negyedik évfolyamon, mint magyar és angol tan-

tárgyfelelős. 2003-tól a belgyógyász és kardiológus rezidensképzés grémiumvezetője vagyok.

ÉLET A KLINIKÁN

– Mindemellett Ön aktív kutatómunkát is végez. Melyek a legfontosabb kutatási területei?

A tudományos munkát medikusként kezdtem 1979-ben a POTE Biofizikai Intézetében. Prof. Dr. Ernst Jenő, majd halála után Prof. Dr. Tigyí József akadémikusok irányításával a harántcsíkolt izom működését tanulmányoztam különböző mikroszkópos és lézer diffrakciós módszerekkel. Ezt követően az intézetben akkor kezdődő haemorheológiai kutatások keretében megismerkedtem a rheológiai vizsgálatok alapjaival. Klinikusként is folytattam a kutatómunkát ezen a területen. Kezdeti munkáim során vizsgáltam különböző gyógyszerek haemorheológiai hatásait, s tanulmányoztam a haemorheológiai változásokat több kardiovaszkuláris betegségben. In vitro kísérletek során tanulmányoztam szabadgyök generátor és különböző gyökcsapdák hatásait a vörösvérsejt szuszpenzió viszkozitására. Ezen munkák eredményeit 1990-ben kandidátusi értekezés formájában foglaltam össze „Haemorheológiai vizsgálatok a cardiológiai gyakorlatban” címmel, melyet amerikai tanulmányutamról visszatérve, 1992-ben, sikerrel védtem meg az MTA-n.

A kandidátusi disszertációt megírását követően 1990-1991-ben kutató ösztöndíjasként a University of Southern California Élettani és Biofizikai Intézetében (Los Angeles, USA) dolgoztam Dr. Herbert J. Meiselman professzor vezetésével. Munkám során tanulmányoztam a vörösvérsejt aggregatio lehetséges mechanizmusait, s vizsgáltam egy nem-ionos copolymer surfactans anyag (RheothRx) rheológiai hatásait, valamint a USC Kardiológiai Osztályával közös tanulmány keretében a haemorheológiai paraméterek változását az AMI hospitális fázisa során. Visszatérésem után is folytattam a munkát a haemorheológiai kutatások területén, s a koronáriakeringés, a myocardialis ischaemia kialakulásának komplex elemzésével és az erre ható gyógyszerek haemodinamikai és haemorheológiai hatásaival foglalkozom.

A PTE ÁOK Biokémiai és Orvosi Kémiai Intézetével közösen vizsgáltuk az oxidoredukciós folyamatok jelentőségét AZT cardiomyopathiát indukáló hatásában állatkísérletes modellen, s jelenleg is kutatjuk az ischaemia-reperfusio illetve más myocardiumot károsító hatások következtében kialakuló biokémiai károsodásokat és jelátviteli utakat, s a sejtvédelem lehetőségeit módosított Langendorff perfusios és in situ patkány modelleken. A Biokémiai és Orvosi Kémiai Intézettel és a Szerves- és Gyógyszerkémiai Intézettel kollaborációban vizsgáljuk újonnan kifejlesztett cardioprotectiv tulajdonságú vegyületek, kiemelten a PARP-gátlók hatásait állatkísérletes és in vitro rheológiai modelleken. A haemorheológiai mérések tekintetében laboratóriumunk az egyik legjobban felszerelt Közép- és Kelet-Európában, s EU pályázat keretében az egyetlen standardizációs referencia centrum.

– Professzor úr 2003. július 1-től a PTE Klinikai Központ I.sz. Belgyógyászati Klinika igazgatója. Milyen fejlesztések valósultak meg a klinikán az ön irányításával?

Igazgatói tevékenységem első évében klinikánkon korszerű szakambulanciákat alakítottunk ki. A klinika felújítása, komfortosítása első lépcsőjeként befejeződött a Hematológiai Osztály teljes felújítása, valamint az új Endoszkópos Laboratórium kialakítása. Ezt követően egy teljesen új, korszerű Endokrinológiai Osztály létesítésére került sor, ahol a DE OEC I.sz. Belgyógyászati Klinikájáról érkezett két kiváló szakember vezetésével mára már országosan is elismert endokrinológiai és anyagcsere profil alakult ki. Megnyitottuk új kardiológiai vizsgáló blokkunkat, és befejeztük a Gasztroenterológiai Osztály részleges felújítását és komfortosítását is. Korszerűsítésre került a Klinikai Farmakológiai Osztály, valamint 2006-ban új beruházásként beindult klinikánkon a Belgyógyászati és Kardiológiai Intenzív Osztály. Emellett felújítottuk a klinika igazgatási és laboratóriumi szárnyát is. Mindezek finanszírozását pályázati úton, illetve a klinikán működő alapítványok támogatásával, cégekkel kötött együttműködési szerződések révén, valamint kisebb részben a klinika működési keretéből oldottuk meg. 2004-ben lezajlott, majd 2007-ben és 2010-ben megújítottuk a klinika Klinikai Farmakológiai egységének fázis I és II vizsgálatokra történő akkreditációját. Ezzel a régióban egyedülállóan nyílik lehetőség a fenti vizsgálatok lefolytatására.

A magas szintű szakmai tevékenység fenntartása és fejlesztése mellett külön hangsúlyt fektettem a klinika gazda-

ságos működtetésére. Ennek érdekében gazdasági és klinikai informatikai irodát hoztam létre, ahol két felsőfokú végzettségű szakember – egy gazdasági és egy informatikai – vezetésével már működésem első évében sikerült a klinika stabilan pozitív gazdasági egyensúlyát elérni, mely azóta még tovább fejlődött, s a klinika folyamatosan pozitív eredménnyel bír.

2010. január 1-től a Baranya Megyei Kórház integrációjával klinikánk új telephellyel, több új profillal és mintegy kétszáz ágygal bővült. Az új telephelyen is azonnal megkezdtük a működés racionalizálását, korszerű betegirányítási rendszer bevezetését.

– A sok közül melyik feladatát érzi most a legnagyobb kihívásnak?

2006-2008 között mint OEKK elnökhelyettes, 2009 és 2010 között mint rektori megbízott, majd 2010 őszétől mint rektori szaktanácsadó koordinálok a TIOP2 2.2 és 2.7 egészségügyi nagyprojekteket az egyetemen. Ezek a – mintegy tizenkétegy milliárdos – beruházások néhány hónapon belül indulnak, és 2013 végéig kell befejeződniek. (Az erről szóló „Pécsi regionális integrált egészségügyi ellátórendszer kialakítása” című beszámoló az IME VI. évf. 3. számában olvasható. A szerk.)

Úgyhogy tennivaló van bőven...

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Dr. Tóth Kálmán, PhD., Sc.D., F.E.S.C. egyetemi tanár, klinikaigazgató

Tanulmányok: Pécsi Orvostudományi Egyetem: 1977-1983.; Orvostovábbképző Egyetem, Budapest: anaesthesiologia és intenzív terápiás szakvizsga: 1987.; Orvostovábbképző Egyetem, Budapest: belgyógyászat szakvizsga:

1992.; HIETE, Budapest: kardiológia szakvizsga: 1995.

Munkahelyek: 1983-1990: klinikai orvos, majd egyetemi tanársegéd a POTE Anaesthesiologiai és Intenzív Terápiás Intézetében. 1990-1991: Kutató ösztöndíjas a University of Southern California Élettani és Biofizikai Intézetében (Los Angeles, USA). 1992-1993: egyetemi tanársegéd. 1994-1995: egyetemi adjunctus és osztályvezető. 1995-2001: egyetemi docens és osztályvezető a POTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Kardiológiai Osztályán. 2003-tól klinikaigazgató a PTE KK I.sz. Belgyógyászati Klinikán.

Társasági tagságok és közéleti tevékenység: 1985-től Magyar Kardiológusok Társasága; 1986-99. MTA PAB Kardiológiai Munkabizottság; 1987-99. MTA PAB Klinikai Haemorheologiai Munkabizottság; 1992-től Hungarian Medical Association of America; 1993-97. Magyar

Haemorheologiai Társaság főtítkára; 1993-tól International Society for Clinical Hemorheology vezetőségi tagja; 1994-től Pécsi Szív Alapítvány Kuratóriumának elnöke; 1994-től European Society of Clinical Hemorheology vezetőségi tagja; 1995-1999. International Society for Clinical Haemorheology elnöke; 2000-2006. Magyar Haemorheologiai Társaság elnöke; 2001-től Fellow of the European Society of Cardiology; 2002-től „Kardiológus” folyóirat szerkesztőbizottsági tagja; 2004-2006. PTE OEC ÁOK tudományos dékánhelyettese; 2005-2006. PTE OEC Klinikai Bizottság elnöke; 2006-tól „Clinical Hemorheology and Microcirculation” folyóirat szerkesztőbizottsági tagja; 2006-tól „JACC” folyóirat magyar kiadás szerkesztőbizottsági tagja; 2006-2008. PTE OEKK elnökhelyettese; 2009-től Kardiológiai Szakmai Kollégium tagja; 2010-től Magyar Kardiológusok Társasága főtítkára; 2010-től „IME” folyóirat szerkesztőbizottsági tagja; 2011-től „Journal of Cardiovascular Medicine” folyóirat szerkesztőbizottsági tagja. 2003-ban MTA doktori címet szerzett.

Kiemelkedő tudományos szervező tevékenysége elismeréséül 2003-ban PAB Tudományos szervezési Díjat kapott.

Teljes közleményeinek összesített impakt faktora: 165.153, független idézettség: 3270.