



Fot. 3x Marek Miszurewicz

Pilotaż i co dalej?

Pilotażowy program zastosowania trombektomii mechanicznej w leczeniu udarów mózgu kończy się w grudniu 2020 r. Jednym z jego głównych celów jest wypracowanie modelu organizacji terapii osób w ostrej fazie udaru niedokrwiennego. Nad jego założeniami zastanawiali się eksperci na konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2020 podczas panelu „Pilotażowy program trombektomii mechanicznej – podsumowanie programu Ministerstwa Zdrowia”.

W Polsce co roku ponad 80 tys. osób zapada na udary mózgu, z czego 80–88 proc. stanowią udary niedokrwienne, a pozostałe 12–20 proc. udary krwotoczne. Do udaru niedokrwiennego dochodzi w wyniku upośledzenia perfuzji mózgu, które jest efektem krytycznego zwężenia naczynia lub jego niedrożności. Głównymi czynnikami ryzyka są m.in. nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, niektóre choroby serca, szczególnie migotanie przedsionków, cukrzyca i zaburzenia lipidowe.

Jedną z najskuteczniejszych metod leczenia udarów niedokrwiennych mózgu spowodowanych zamknięciem największych tętnic jest trombektomia mechaniczna. Polega ona na udrożnieniu naczynia poprzez usunięcie zakrzepu za pomocą specjalnych cewników wprowadzanych do światła tętnicy. Zabieg tylko w niektórych sytuacjach wymaga znieczulenia ogólnego.

Spektakularne efekty

Pilotażowy program zastosowania trombektomii mechanicznej w leczeniu udaru niedokrwiennego opracowany przez Ministerstwo Zdrowia rozpoczął się na początku 2019 r. i potrwa do końca 2020 r. Zakwalifikowano do niego 17 ośrodków w całym kraju. Zarówno ministrowi, jak i specjalistom zależało

na tym, by dostęp do tej metody zapewnić pacjentom we wszystkich województwach, chociaż w pierwszym etapie selekcji wybrano siedem ośrodków na podstawie dotychczasowych osiągnięć w leczeniu udarów mózgu, a nie lokalizacji. Dlatego w całej północnej Polsce przez pewien czas funkcjonowała tylko jedna taka placówka. W drugim etapie doszło kolejnych 10 jednostek. Pojedyncza procedura została wyceniona przez NFZ na 30 tys. zł. Pilotaż dotychczas kosztował 27 mln zł.

Według niektórych wyliczeń w programie może wziąć udział od 2 tys. do 4 tys. pacjentów rocznie (do 5 proc. osób z udarem niedokrwiennym), ale są też opinie, że standardowo w ten sposób może być leczonych nawet 10 proc. chorych. Według danych NFZ za pierwsze 10 miesięcy 2019 r. trombektomię zastosowano u 1,1 tys. pacjentów w 17 ośrodkach uczestniczących w pilotażu.

– *Mimo że tylko stosunkowo niewielka część pacjentów z tym rozpoznaniem kwalifikuje się do trombektomii mechanicznej, jej wprowadzenie należy uznać za jeden z najważniejszych postępów terapeutycznych, jakie poczyniła medycyna w obszarze leczenia udarów mózgu, bo dotyczy przypadków najcięższych, spowodowanych zamknięciem największych tętnic. Do tej pory w tak zdefiniowanej grupie pacjentów z udarem niedokrwiennym rokowanie w większości przy-*



padków nie było pomyslnie mimo stosowania innych metod terapeutycznych – mówił prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, kierownik Katedry Neurologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i ordynator Kliniki Neurologii Dorosłych w Centrum Udarowym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, główny ekspert medyczny Ministerstwa Zdrowia ds. udaru.

Badania naukowe usankcjonowały trombektomię jako metodę o najwyższej klasie rekomendacji w leczeniu określonych postaci udaru niedokrwiennego mózgu. Przed wprowadzeniem tych zabiegów nawet w dobrych ośrodkach tylko ok. 30 proc. pacjentów z takimi udarami wracało do samodzielnego funkcjonowania. To znaczy, że w tzw. zmodyfikowanej skali Rankina po 3 miesiącach od udaru chorzy ci uzyskiwali ocenę między 0 a 2. W pozostałych przypadkach dochodziło do zgonów lub chorzy do końca życia mierzyli się z masywną niepełnosprawnością (3–6 w skali Rankina). Wprowadzenie trombektomii do standardów postępowania terapeutycznego zwiększyło odsetek pacjentów wracających do samodzielności do ponad 50 proc., a w niektórych ośrodkach nawet 60 proc., choć wynik ten zależy od wielu czynników.

– Na świecie odsetek zgonów po trombektomii waha się między 34 proc. a 39 proc. W naszym kraju, jak pokazują wyniki pilotażu, utrzymuje się na poziomie 20 proc. Dzięki tej metodzie udaje się zatem uratować życie 80 proc. pacjentów. Wyższa średnia przeżywalność w porównaniu z szacunkami światowymi moim zdaniem wynika z tego, że w pilotażu biorą udział ośrodki eksperckie, które mają odpowiednio przygotowaną infrastrukturę oraz zatrudniają personel medyczny o najwyższych kwalifikacjach i największym doświadczeniu – stwierdził Andrzej Śliwczyński, zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w NFZ.

Krzywa uczenia dla lekarzy, którzy wykonują trombektomie, jest rygorystyczna. W rozporządzeniu dotyczącym programu pilotażowego zapisano, że powinni odbyć staż w klinice neurologicznej i w pracowni zabiegowej, wykonać 150 zabiegów wewnątrznaczyniowych, w tym na tętnicach szyjnych, 50 zabiegów trombektomii w asyście eksperta oraz 5 samodzielnie.

– Ta droga musi być długa, ponieważ odpowiedzialność jest olbrzymia. Poza tym ośrodki, które uczestniczą w pilotażu mogą pełnić funkcję placówek szkoleniowych dla regionalnych oddziałów udarowych. Dlatego kompetencje lekarzy powinny być najwyższe, co też w Polsce udało się osiągnąć – wyjaśnił prof. dr hab. n. med. Jerzy Walecki, kierownik Zakładu Diagnostyki Radiologicznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, przewodniczący Komitetu Fizyki Medycznej PAN.

Współpraca między ośrodkami

Pilotażowy program zastosowania trombektomii mechanicznej w leczeniu udarów mózgu kończy się w grudniu 2020 r. Jednym z jego głównych celów, poza zwiększeniem dostępu pacjentów do tej terapii, jest wypracowanie modelu organizacji leczenia osób w ostrej fazie udaru niedokrwiennego. Eksperti nie mieli wątpliwości, że optymalnym rozwiązaniem jest wprowadzenie systemu skoordynowanej opieki, który zintegruje działalność regionalnych ośrodków udarowych (ok. 180 w całym kraju) i 17 placówek o najwyższych kompetencjach, które uczestniczą w pilotażu. Specjaliści oceniają, że liczba już dziś istniejących ośrodków zaspokaja potrzeby – każda osoba z udarem ma szansę otrzymać odpowiednie leczenie, chociaż pewnym problemem jest nierównomierne rozlokowanie placówek. Wyzwaniem jest natomiast połączenie ich w sieć dobrze skomunikowanych ośrodków. Współpraca między ośrodkami jest kluczowa dla efektu terapii. Przyjmuje się, że okno czasowe dla trombektomii mechanicznej wynosi 6 godzin (w szczególnych przypadkach zabieg wykonuje się do 24 godzin). Dlatego chory wymaga szybkiej diagnostyki oraz przetransportowania z regionalnego oddziału udarowego, gdzie zazwyczaj otrzymuje dożylnie leczenie trombolityczne (w większości sytuacji musi ono poprzedzić trombektomie), do placówki, w której zostanie przeprowadzony zabieg. W standardach Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z początku ubiegłego roku zostały określone warunki kwalifikacji do trombektomii mechanicznej.

– W celu usprawnienia współpracy między ośrodkami potrzebny jest m.in. dostęp do nowoczesnych technologii informatycznych, które zapewnią sprawną łączność między regionalnymi oddziałami udarowymi a ośrodkami zajmującymi się neurologią interwencyjną. Inną ważną kwestią jest poprawa transportu między placówkami, szczególnie z udziałem lotniczego pogotowia ratunkowego – mówiła prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik, konsultant krajowy w dziedzinie neurologii, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz Oddziału Klinicznego Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Utworzenie oddziałów udarowych znacznie poprawiło poziom leczenia oraz rokowanie pacjentów. Zauważalne są jednak dysproporcje w jakości świadczo-

nych usług, np. pod względem odsetka chorych, którzy są leczeni trombolitycznie, wstępnie kwalifikowani do trombektomii czy odpowiednio wcześniej mają wykonywane badania w kierunku dysfagii. Dlatego zdaniem specjalistów należy dążyć do wypracowania obligatoryjnych minimalnych wymogów dla oddziałów udarowych w całym kraju.

– *Istotną poprawę efektów leczenia udarów w Polsce można uzyskać nawet z wykorzystaniem istniejącej bazy infrastrukturalnej, a zatem bez znaczących dodatkowych kosztów. Z szacunkowych danych wynika, że gdyby wprowadzić nawet niewygórowane minimalne wymogi dla oddziałów udarowych w zakresie 10 zasadniczych parametrów, to dodatkowo ok. 3 tys. pacjentów rocznie mogłoby uniknąć trwałej znaczącej niepełnosprawności. W skorygowanym systemie ważny będzie precyzyjny pomiar jakości poszczególnych procedur wykonywanych na oddziałach udarowych, ale nigdy w celu deprecjonowania czy wskazywania tych oddziałów, które mają gorsze efekty. Celem powinna być wyłącznie identyfikacja słabych stron systemu* – zastrzegł prof. Karaszewski.

Od edukacji po rehabilitację

Andrzej Śliwczyński zapewnił, że w budżecie NFZ są pieniądze na ratowanie życia i zdrowia, w tym również na trombektomię mechaniczną. Pojawia się jednak pytanie o kształt skoordynowanego programu opieki nad pacjentami z udarem mózgu.

Model opieki koordynowanej, który zawiera wszystkie elementy terapii udaru, powinien zaczynać się od profilaktyki i edukacji społecznej. Choroba nierzadko daje dyskretne objawy neurologiczne, np. opadający kącik ust czy nieznaczne pogorszenie funkcji motorycznych.

– *Często pacjenci oceniają objawy jako dość łagodne i czekają, aż samoistnie ustąpią. Tym samym tracą cenny czas. Dlatego tak ważny jest dobry program edukacyjny, który uświadomi, jakie symptomy należy uznać za alarmujące. Jeśli chorzy będą zbyt późno zgłaszać się do lekarza, to trudno będzie nam osiągnąć zadowalające rezultaty leczenia* – argumentowała prof. Słowik.

Kolejnym elementem, który należy uwzględnić w skoordynowanym systemie, jest rehabilitacja. Pozwala ona możliwie najszybciej przywrócić funkcje motoryczne i poznać pacjenta. Powinna zostać wdrożona jeszcze w szpitalu, po ustabilizowaniu stanu chorego. Prawie 30 proc. pacjentów kwalifikuje się do wczesnej rehabilitacji, ale niestety tylko u 13 proc. z nich jest ona stosowana. W wielu przypadkach powinna być też prowadzona po wypisie ze szpitala, w trybie ambulatoryjnym. Odczuwalne są również braki w dostępie do świadczeń poradni specjalistycznych oraz opieki długoterminowej. Ośrodki udarowe często mają problem z przekazywaniem chorych, którzy nie rokują powrotu do samodzielnego funkcjonowania, w tym do placówek opieki przewlekłej prowadzących respiratoroterapię, ponieważ jest ich zdecydowanie zbyt mało.



Wszystkie ośrodki w spójnym systemie

– *Całościowy system opieki nad pacjentami z udarem mózgu, który zaczyna się w momencie zgłoszenia z podejrzeniem udaru do dyspozytora pogotowia ratunkowego, a kończy na ośrodkach rehabilitacji, stacjonarnej opieki przewlekłej bądź placówkach ambulatoryjnych prowadzących prewencję wtórną, to długi i skomplikowany łańcuch, w którym bierze udział wielu specjalistów i wiele placówek. Obawiam się, że systemu opieki koordynowanej, w którym pacjent będzie sprawnie przechodził przez wszystkie te etapy, nie jesteśmy w stanie stworzyć szybko, bo niektóre z ogniw wymagają istotnych zmian infrastrukturalnych i inwestycji. Wprowadzanie systemu opieki koordynowanej podzieliłbym na dwa etapy: pierwszy obejmujący opiekę ostrą, czyli ratownictwo medyczne i oddziały udarowe – tu można zrobić wielki krok niemal od razu, i drugi obejmujący wszystkie pozostałe elementy – ten wymaga większych przekształceń infrastrukturalnych* – postulował prof. Karaszewski.

Specjaliści byli zgodni, żeby w pierwszym etapie zacząć budowanie systemu od części już opracowanej i przetestowanej. Systemy koordynowanej opieki oparte na sieci stworzonej z regionalnych oddziałów udarowych i ośrodków biorących udział w pilotażu trombektomii mechanicznej z powodzeniem funkcjonują m.in. w województwach małopolskim, pomorskim czy lubelskim. Placówki oferujące leczenie inwazyjne są liderami na swoim terenie i spajają regionalne oddziały udarowe. Spełniają też funkcję placówek konsultacyjnych dla rzadkich przypadków. Taki model może stanowić fundament wytycznych dla całego kraju.

– *Zgodnie z ideą opieki zdrowotnej opartej na wartości [value based healthcare – VBHC – red.], którą próbujemy wdrożyć w Polsce, maksymalizacja efektów zdrowotnych jest możliwa przez kompleksowość i koordynację. Wiemy już dziś, co składa się na kompleksowe leczenie udaru oraz jak powinna być zorganizowana opieka koordynowana. Teraz musimy zrobić ostatni krok, czyli wdrożyć system w całej Polsce. Jesteśmy na to gotowi* – przekonywała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego.

Monika Stelmach