

Po co nam rejestry?

prof. dr hab. n. med. Michał Tendera

Klinika Kardiologii, III Katedra Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice



W ostatnich latach opublikowano wiele prac analizujących dane pochodzące z rejestrów medycznych dotyczących różnych zespołów chorobowych i procedur leczniczych w kardiologii. Rejestry te prowadzone są na poziomie pojedynczych instytucji, regionów i krajów, a także przez specjalistyczne organizacje międzynarodowe, takie jak Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne [1–5].

Rozpowszechnienie badań opartych na rejestrach wynika z celów, jakim mogą one służyć. Rejestry są z jednej strony narzędziem weryfikującym zakres praktycznego zastosowania standardów postępowania w różnych sytuacjach klinicznych, a także praktycznej dostępności zaawansowanych technologii medycznych dla chorych. Z drugiej strony rejestry stanowią weryfikację standardów postępowania w warunkach dnia codziennego. Standardy powstają bowiem głównie na podstawie kontrolowanych badań klinicznych, stanowiących rodzaj idealnego modelu, świadomie eliminującego pacjentów ze współistniejącymi schorzeniami, często z niedostateczną reprezentacją osób starszych i kobiet. Przystawalność zaleceń zawartych w standardach postępowania klinicznego do nieselekcjonowanej populacji chorych spotykanych w codziennej praktyce lekarskiej jest zatem jednym z ważniejszych uzasadnień dla prowadzenia rejestrów. Ich najważniejszym celem jest jednak ocena jakości świadczeń medycznych, oparta na analizie wyników leczenia zdefiniowanych grup chorych lub zastosowania konkretnych strategii terapeutycznych. Analiza porównawcza powinna obejmować poszczególne ośrodki, z uwzględnieniem trendów czasowych dla poszczególnych zdarzeń, zarówno w skali samego ośrodka, jak i całego rejestru. Jednym z możliwych sposobów realizacji tego celu jest porównanie danych pojedynczego ośrodka z wynikiem globalnym, jak ma to miejsce w rejestrach prowadzonych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, przy założeniu, że każdy z ośrodków zna tylko swój własny wynik. Bardziej radykalne podejście reprezentuje projekt szwedzki, w którym wyniki le-

czenia w poszczególnych ośrodkach intensywnej terapii kardiologicznej są okresowo podawane do wiadomości publicznej.

W obecnym numerze *Kardiologii Polskiej* Poloński i wsp. [6] prezentują wyniki Polskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wierńcowych, obejmującego ponad 100 tys. chorych, leczonych w latach 2003–2006 w ponad 400 szpitalach w całym kraju. Liczba osób objętych rejestrem jest imponująca. Jest to największy znany mi rejestr ostrego zespołu wieńcowych. Niestabilną chorobę wieńcową rozpoznano u najwyższego odsetka uczestników badania (42,2%). Zawał serca bez przetrwałego uniesienia odcinka ST (NSTEMI) obecny był u 26,6% badanych, a z uniesieniem ST (STEMI) u 31,2%. Autorzy analizują wyniki obserwacji wewnątrzszpitalnej. W grupie chorych z niestabilną chorobą wieńcową śmiertelność wewnątrzszpitalna była niska (0,8%), prawdopodobnie z uwagi na szeroką definicję tego zespołu przyjętą dla celów rejestru, ale także z uwagi na wysoki stopień zastosowania zaleceń terapeutycznych.

Wśród chorych z NSTEMI w szpitalu zmarło 6,6%, a ze STEMI – 9,3%. W wypadku NSTEMI dane te raz jeszcze dowodzą, że zespół ten jest zagrożeniem niedocenianym zarówno przez system opieki medycznej, jak i przez lekarzy. Ten pierwszy aspekt wyraża się brakiem finansowania niektórych leków, takich jak inhibitory receptora glikoproteinowego IIb/IIIa, a drugi – niższym niż w wypadku STEMI odsetkiem hospitalizacji na oddziałach mających dostęp do technik interwencyjnych (39,3 vs 63,7%) i samych interwencji wieńcowych (23,1 vs 55,5%). Liczne dane świadczą o tym, że odległe rokowanie w NSTEMI jest praktycznie takie samo, a nawet gorsze niż w STEMI [7], dlatego też konieczne jest zastosowanie rozwiązań prowadzących do hospitalizacji wszystkich chorych z NSTEMI w ośrodkach specjalistycznych, posiadających nie tylko sprzęt i wyszkoloną kadrę, ale także kontrakt na wykonanie odpowiednich procedur.

Nadal ok. 1/3 chorych ze STEMI leczonych jest na oddziałach nieposiadających pracowni hemodynamiki. W warunkach praktycznie całodobowej dostępności leczenia interwencyjnego na terenie prawie całego kraju, liczba ta jest nie do przyjęcia. Dlatego zastoso-

wanie programów korygujących tę praktykę i śledzenie ich efektów ma szczególną wagę. Charakterystycznym zjawiskiem w leczeniu STEMI, dotyczącym zresztą nie tylko Polski, jest prawie całkowity zanik leczenia fibrynolitycznego. Spadek zainteresowania tą formą terapii jest związany z postrzeganiem angioplastyki jako jedynej skutecznej metody leczenia zawału. W efekcie, przy braku dostępu do leczenia interwencyjnego, chorzy pozbawiani są reperfuzji farmakologicznej.

Po co nam zatem ten rejestr? Już dość powierzchowna analiza zawarta w omawianej pracy wskazuje na konieczność podjęcia działań zmierzających do optymalizacji leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Konieczna jest jednak znacznie głębsza analiza danych, która pozwoli uzyskać odpowiedzi na wiele pytań praktycznych, takich jak wpływ czasu interwencji czy chorób współistniejących na rokowanie. Niezbędna jest też analiza odległych wyników leczenia. Jestem przekonany, że będzie to celem dalszych publikacji związanych z rejestrem.

Trzeba pamiętać, że Polski Rejestr Ostrego Zespołu Wieńcowego jest owocem zbiorowego wysiłku wszystkich partycypujących ośrodków. Długoterminowe jego prowadzenie będzie miało uzasadnienie jedynie wówczas, jeżeli rejestr będzie pełnił względem tych ośrodków rolę służebną, określając jakość usług medycznych w każdym z nich. Jestem też przekonany, że nie ma konieczności prowadzenia pełnego rejestru przez cały rok, a zbieranie danych można ograniczyć do wycinka roku, podobnie jak w niektórych innych rejestrach, na przykład prowadzonych przez włoską organizację ANMCO [8].

Rejestry są więc potrzebne, a ostre zespoły wieńcowe to zespół kliniczny, w którym ich istnienie jest szczególnie uzasadnione. Praktyka kliniczna wymaga bowiem stałego ulepszania, które nie jest możliwe bez analizy parametrycznej, zapewnianej przez rejestry. Jednak i one same muszą podlegać modyfikacjom, aby spełniały wszystkie

istotne cele praktyczne przy możliwie najmniejszym obciążeniu realizujących je zespołów lekarskich.

Piśmiennictwo

1. Scholte op Reimer W, Gitt A, Boersma E, Simoons M. Cardiovascular diseases in Europe. Euro Heart Survey and national registries of cardiovascular diseases and patient management. *European Society of Cardiology. Sophia Antipolis* 2004.
2. Stenestrand U, Lindback J, Wallentin L; RIKS-HIA Registry. Long-term outcome of primary percutaneous coronary intervention vs prehospital and in-hospital thrombolysis for patients with ST-elevation myocardial infarction. *JAMA* 2006; 296: 1749-56.
3. Wienbergen H, Gitt A, Schiele R, et al. ACOS Study Group. Different treatments and outcomes of consecutive patients with non-ST-elevation myocardial infarction depending on initial electrocardiographic changes (results of the Acute Coronary Syndromes [ACOS] Registry). *Am J Cardiol* 2004; 93: 1543-6.
4. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, et al. GRACE Investigators. Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. *Chest* 2004; 126: 461-9.
5. Carlhed R, Bojestig M, Wallentin L, et al. QUICC Study Group. Improved adherence to Swedish national guidelines for acute myocardial infarction: the Quality Improvement in Coronary Care (QUICC) study. *Am Heart J* 2006; 152: 1175-81.
6. Poloński L, Gąsior M, Gierlotka M, et al. Polish Registry of Acute Coronary Syndromes (PL-ACS). Characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Poland. *Kardiologia Pol* 2007; 65: 861-72.
7. Allen LA, O'Donnel CJ, Camargo CA Jr, et al. Comparison of long-term mortality across the spectrum of acute coronary syndromes. *Am Heart J* 2006; 151: 1065-71.
8. Maggioni AP, Schweiger C, Tavazzi L, et al. Epidemiologic study of use of resources in patients with unstable angina: the EARISA registry. On behalf of the EARISA Investigators (Epidemiologia dell'Assorbimento di Risorse nell'Ischemia, Scompenso e Angina). *Am Heart J* 2000; 140: 253-63.