

Dokáže vidiecky lekár
ovplyvniť prognózu pacientov
s kardiovaskulárnymi
ochoreniami ?

MUDr Zuzana Nedelková
NZZ amb. pre dospelých
Drahovce

Po 9-ročnom pôsobení na doliečovacom a internom oddelení vo svetoznámom kúpeľnom meste som sa rozhodla pre atestáciu zo všeobecného lekárstva a výmenu pôsobiska za ambulanciu všeobecného lekára na klasickom vidieku.

Čelila som otázkam mnohých kolegov a známych, prečo?

Odpoveď bola jednoznačná: uvedomila som si, že v malej nemocnici III typu môžem byť len sekundárnym lekárom alebo primárom. Medzitým nič neexistuje. Dlhodobu som nevidela výsledok svojej práce. Pacienti alebo lekári pendlovali medzi jednotlivými izbami a ja som sa málokrát dozvedela, či moja príjmová dg bola správna, resp, či pacient prežil alebo nie.

V r. 1998 som začala pôsobiť na ambulancii
V Drahovciach pri Piešťanoch, ktorá v tom čase
evidovala 1541 pacientov. Netušila som, koľko
pacientov je dispenzarizovaných pre arteriovú
hypertenziu, ICHS, chron.FA,,stp.ACMP.,stp.IM,
KMP, DM, CHRI, CHOCHP, AB....
Začala sa sisyfovská práca.

Veľmi skoro som si uvedomila, že pracujem na ambulancii, kde „gro“ mojej práce cca 70 pacientov denne tvorili pacienti, ktorí si chodili merať TK. Keď som domov začala chodiť o 18-ej hod a začal sa ozývať môj duodenálny vred bolo mi jasné, že prácu musím organizovať. Začala som tvoriť dispenzár pacientov s vyššie uvedenými dg.

95 % pacientov z chronicky chorých, boli polymorbídni pacienti s potrebou kombinovanej terapie.

Všetci moji pacienti s artériovou hypertenziou /ktorí tvorili najpočetnejšiu skupinu chronicky chorých užívali dva druhy antihypertenzív :

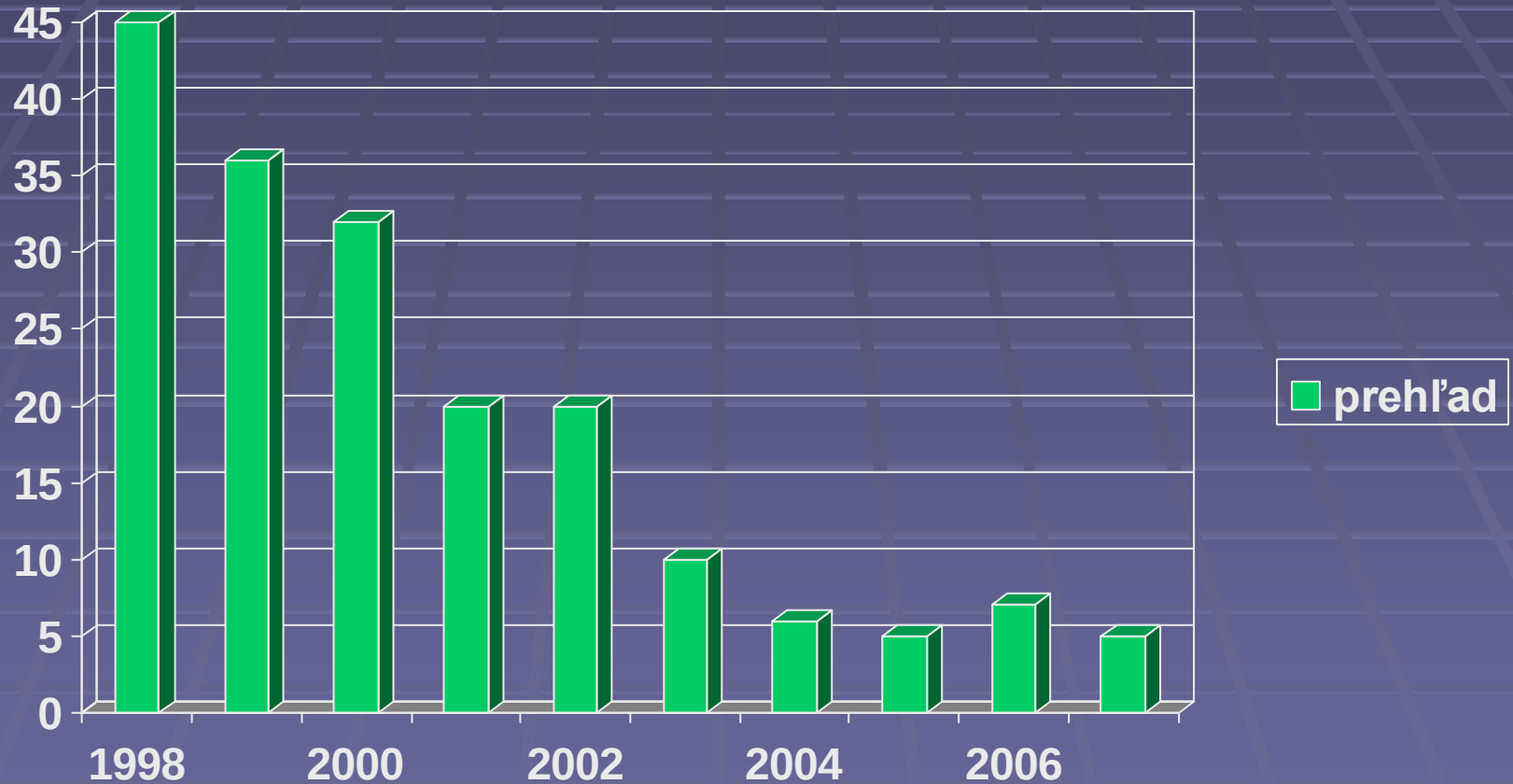
diltiazem a enalapril, 3% pac. verapamil.

Všetci pacienti po ACMP boli dispenzari - zovaní u neurologa, po IM, s arteriovou hypertenziou , ICHS,FA u internistu resp kardiologa.DM u diabetológa, ischem.sy DK u cievneho chirurga,CHOCHP a AB u pneumologa. Mne nezostávalo nič iné iba merať TK. Nie divu,že som sa začala cítiť ako dispečer.

Pacientov bolo potrebné rozdeliť podľa jednotlivých dg, bolo potrebné robiť množstvo laboratórnych vyšetrení, aby sme získali prehľad o prípadných ďalších orgánových postihnutiach a mohli podľa jednotlivých prípadov upraviť liečbu.

Na moje ďalšie prekvapenie som zistila, že takmer každý deň vyšetrujem pacientov s hypertenznými krízami, decomp ICHS, VBI a stala som sa pravidelným zásobovačom interného oddelenia. Zaumienila som si, že sa to pokúsim zmeniť.

Počet pacientov hospitalizovaných na KVO podľa jednotlivých rokov



Znížiť počet hospitalizácií sa nám podarilo

1/ prístupom pacienta

2/ zmenou liečby

3/ zmenou manažmentu

PRÍSTUP PACIENTA

Pre pacientov som vymyslela „rozprávku“ :
každý hypertonik si nasadne na vláčik,
ktorého cieľová stanica je IM alebo ACMP.....
Ako rýchlo sa do cieľovej stanice dostanete
záleží na 90% na pacientovi hypertonikovi,
10% na lekárovi.

90%-ná zásluha pacienta spočíva najmä v tzv. nefarmakologickej liečbe:

- zákaz fajčenia
- zníženie príjmu kuchynskej soli cca g/24hod
- zníženie telesnej hmotnosti o pacientov s nadváhou a obezitou
- pravidelný pohyb na čerstvom vzduchu
- poznanie vlastného ochorenia

ZMENA LIEČBY

Hypertenzia + ICHS so sy AP a arytmiami
liekom voľby boli BB,/ kardioselektívne
alebo s nízkou vnútornou sympatomimet.
aktivitou / v kombinácii s CAA , diuretikami.

Hypertenzia a stavy po ACMP
ACEI+dihydropyridiny II.generácie

Hypertenzia+ myokardiálne poškodení / HL'K /
/ ACEI a BB v kombinácii /

ACEI+CAA

ACEI+beta-blokátor+CAA

ACEI+diuretikum

BB+CCA

BB+diuretikum

Hypertenzia+chronické srdcové zlyhanie:

ACEI+diuretikum

ACEI+diuretikum+BB

ACEI+diuretikum+BB+CAA

Hypertenzia+ischem. sy DK

ACEI

ACEI+CCA

Selektívne alfa 1 blokátory

Hypertenzia + DM

- so známkami nefropathie: ACEI
- po IM: kardioselektívne BB
- so srdc. zlyhaním: ACEI
- s ICHDK : CAA/ DHP II
generácie/resp.ACEI

V prípade potreby v kombinácii s diuretikami
a alfa1-blokátormi evnet. kardioselekt. BB

Hypertenzia + AB, chron.bronchitiída:

CAA

Hypertenzia u mladých ľudí: ACEI, diuretika,
BB

Hypertenzia + DLP: CAA, ACEI, hydralazin

ZMENA MANAŽMENTU

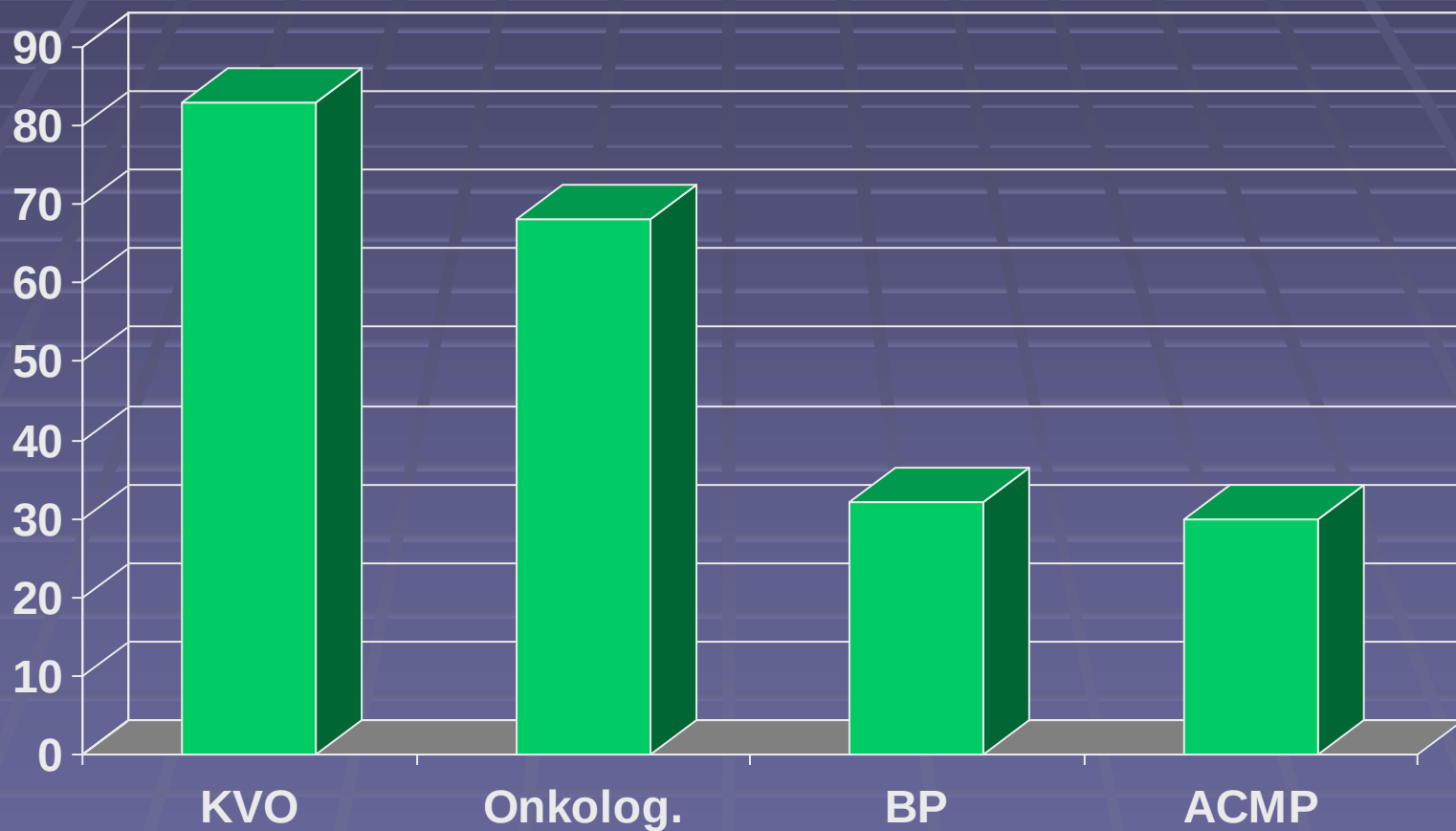
Pacienti sú po každom vyšetrení objednaní na presný dátum a čas v trojmesačných intervaloch na kontrolu TK a laboratórnych parametrov podľa pridruženého ochorenia. V tomto medziobdobí si robí pac. selfmonitoring TK, ktorý zapisuje. V prípade nezvyklých výkyvov TK nás navštívi ihneď.

Pacienti, ktorí sú nastavení na nepriamu antikoagulačnú terapiu sú pozývaní v jednomesačných intervaloch na kontrolu PTČ, podľa výsledkov im je aktuálne upravovaná terapia. U týchto pacientov sa najmä v starších vekových skupinách stretávame s problémami - v dávkovaní

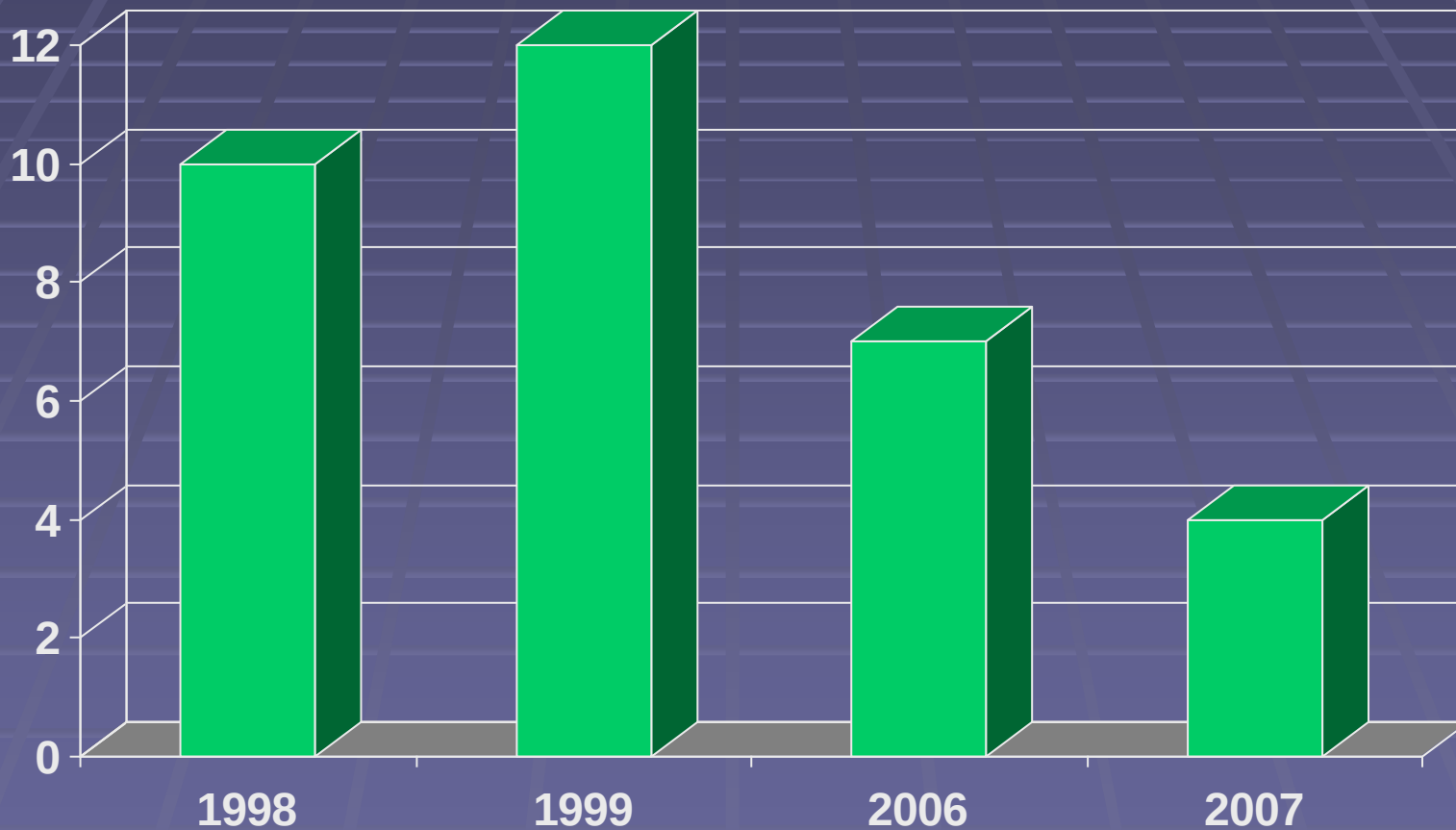
- v dodržiavaní diétného režimu včítane nevhodných kombinácií liekov

Zmenou farmakologickej i nefarkalogickej liečby a manežmentu pacienta sa nám podarilo znížiť nielen počet hospitalizácií, ale i úmrtnosť pacientov na KV ochorenia. V rokoch 1998-2007 zomrelo v našej ambulancii celkovo 246 pacientov, pričom najväčší počet predstavovali úmrtia na KV ochorenia, onkologické ochorenia, bronchopneumonie a ACMP.

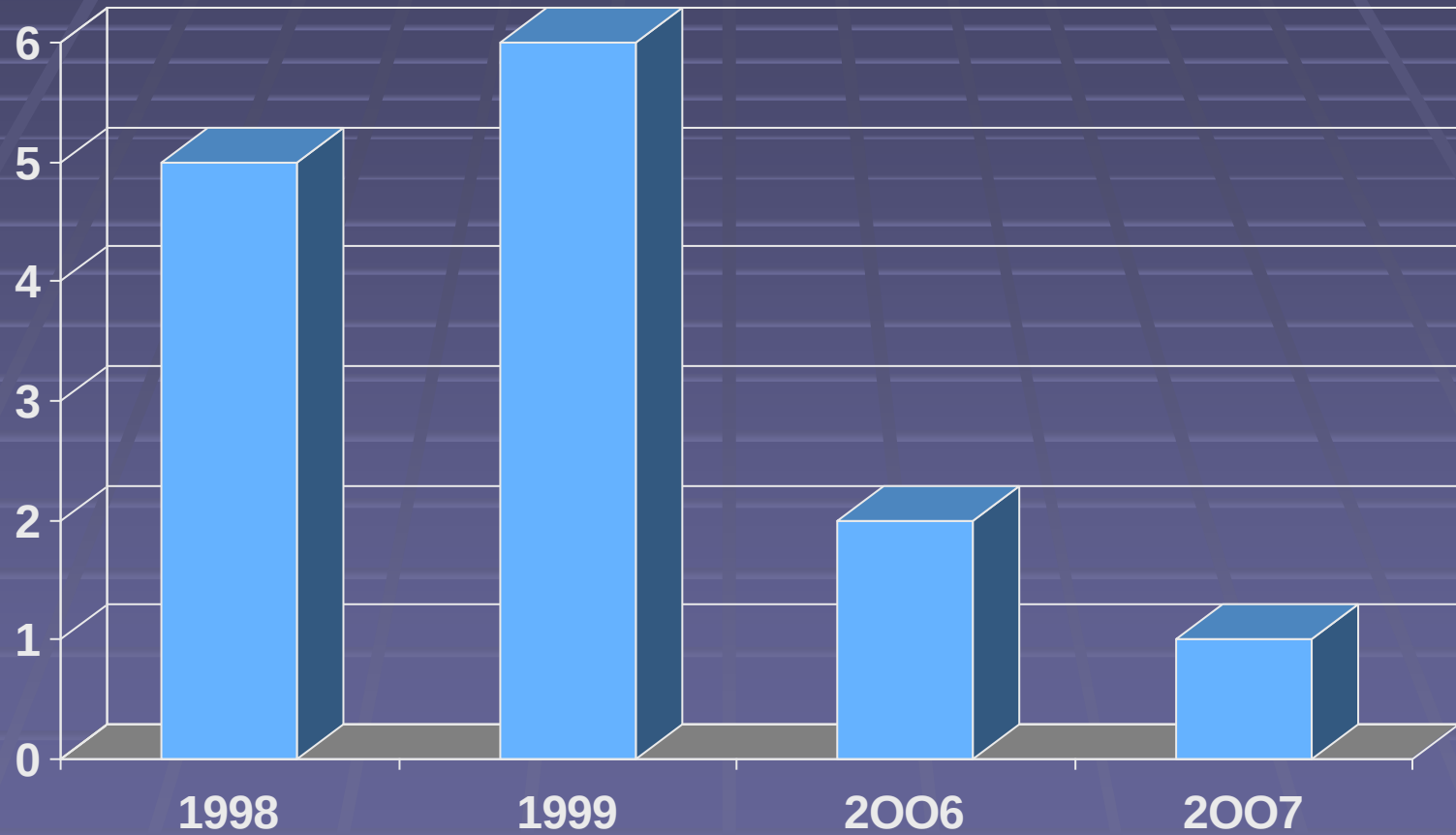
Počet úmrtí v období r. 1998-2007 podľa jednotlivých príčin úmrtia



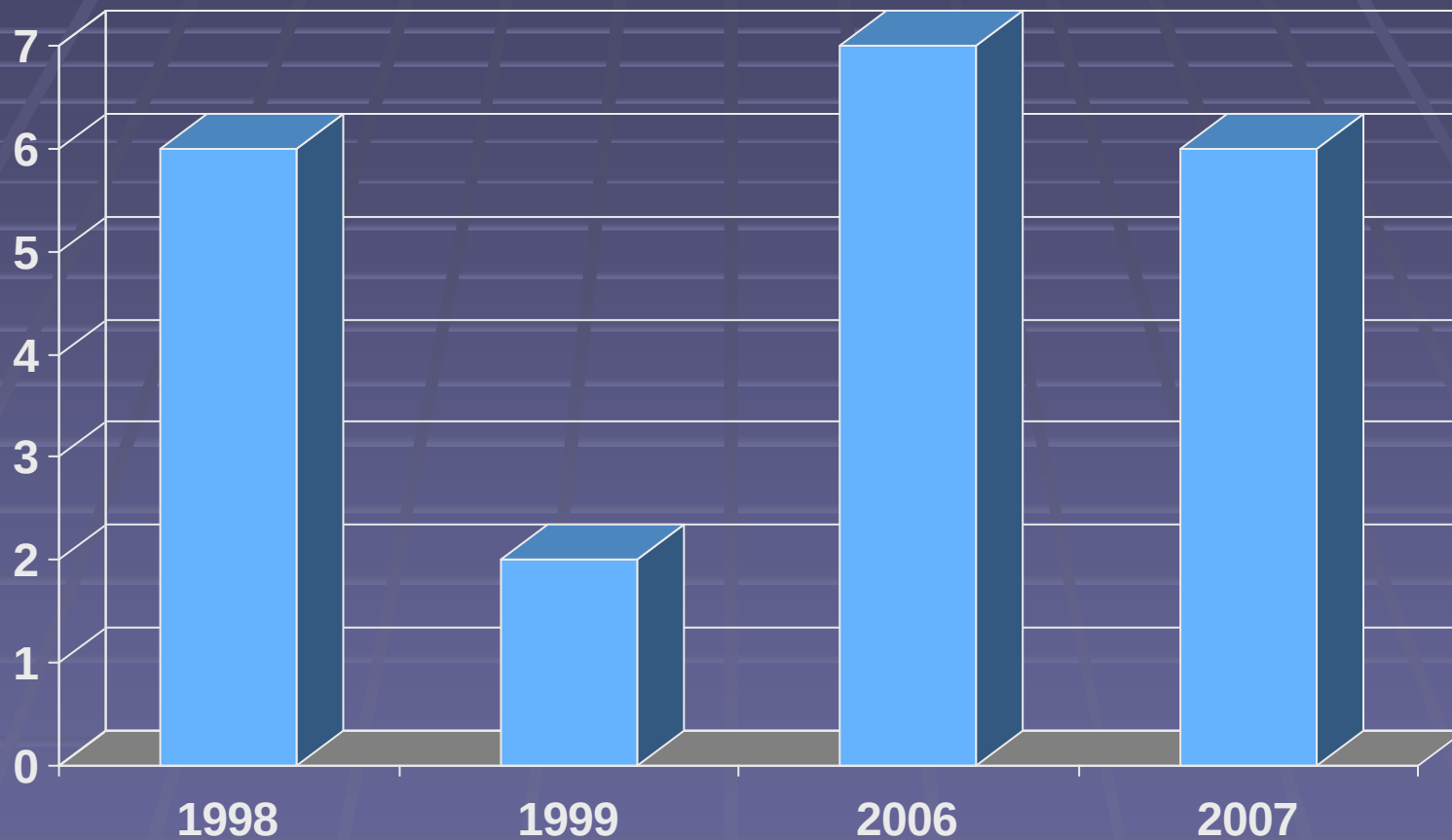
Počet úmrtí na KV ochorenia



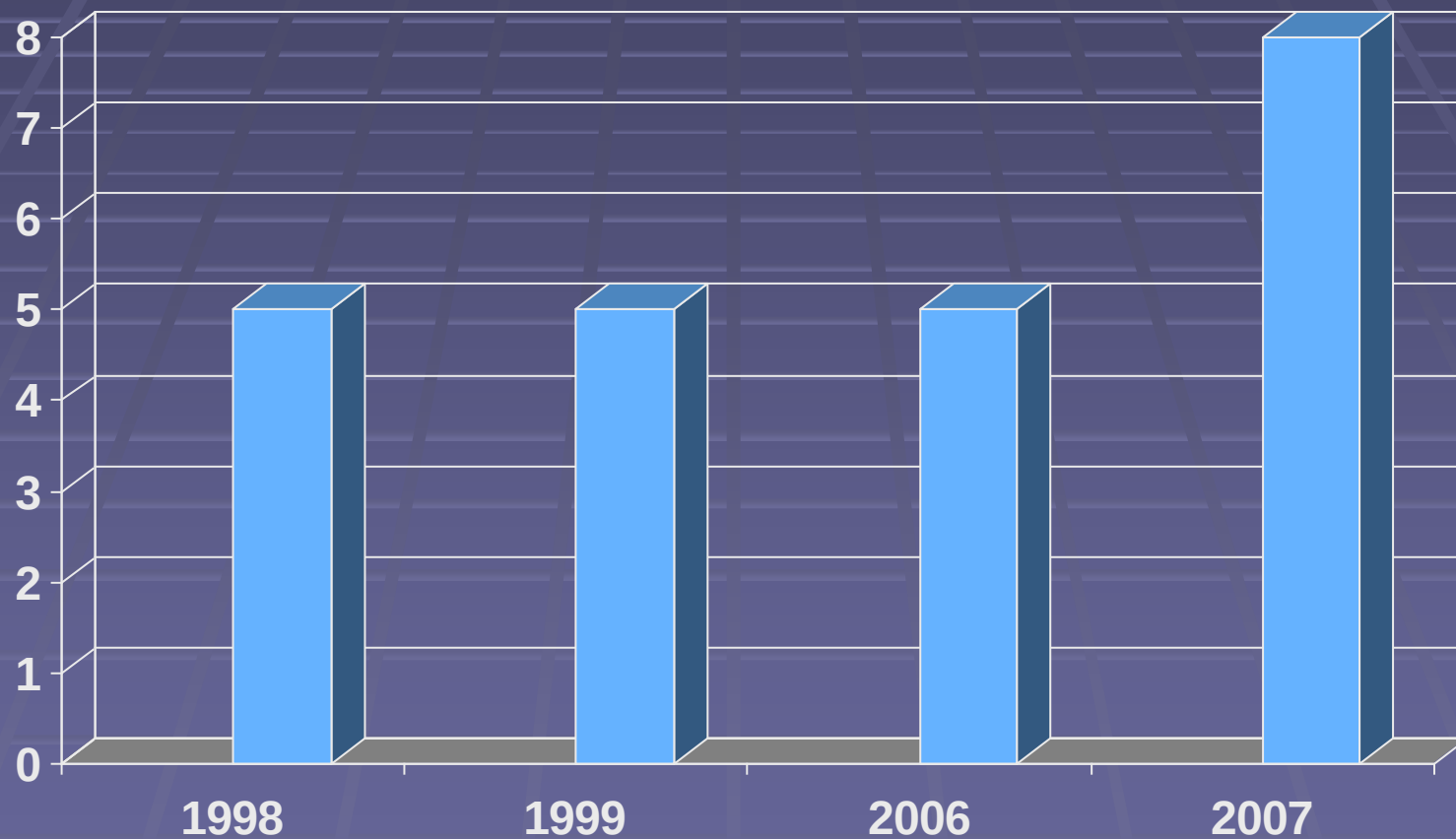
Počet úmrtí na ACMP



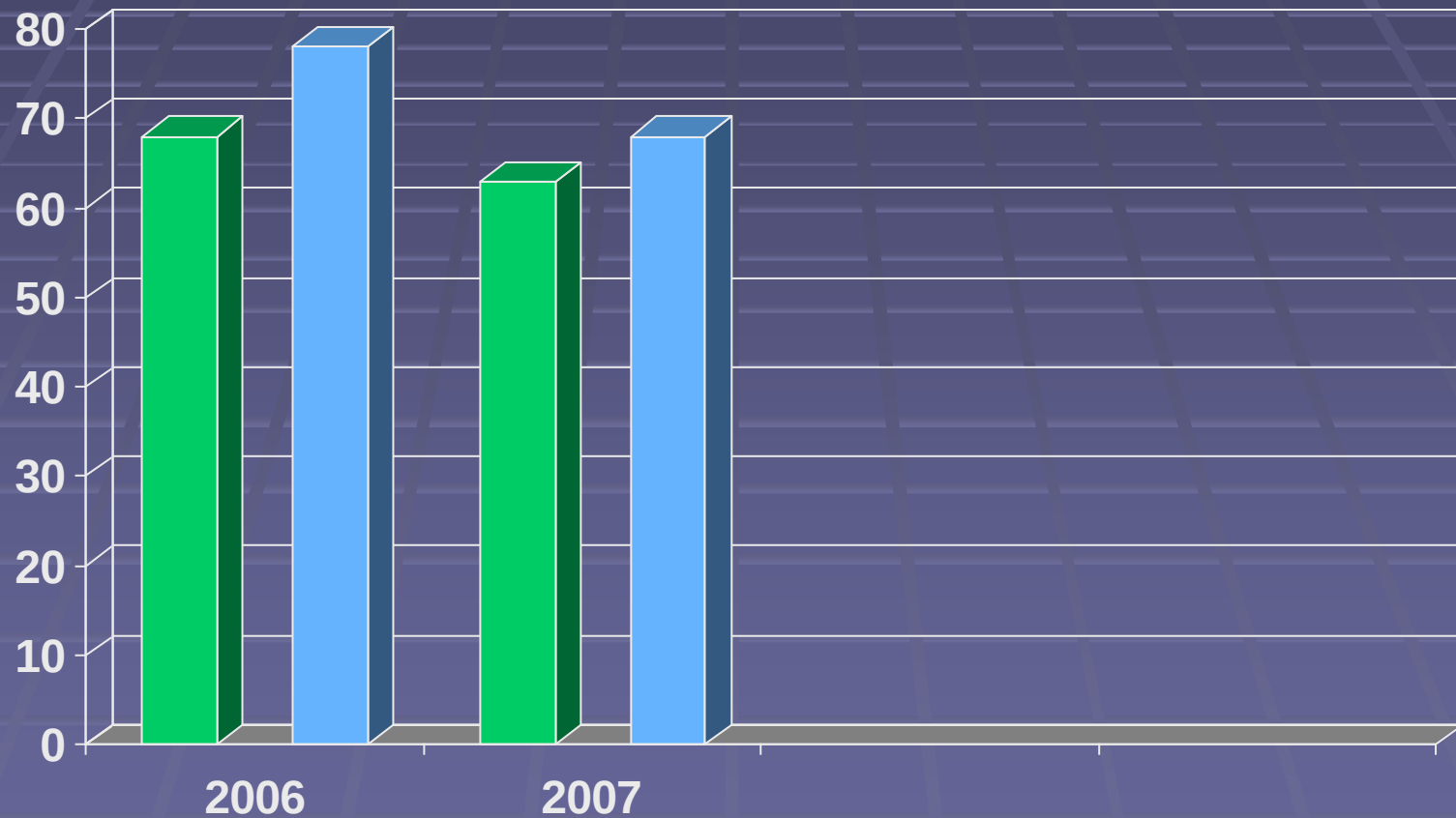
Počet úmrtí na bronchopneumonii



Počet úmrtí na onkolog.ochorenia



Vekový priemer úmrtia na KVO a ACMP

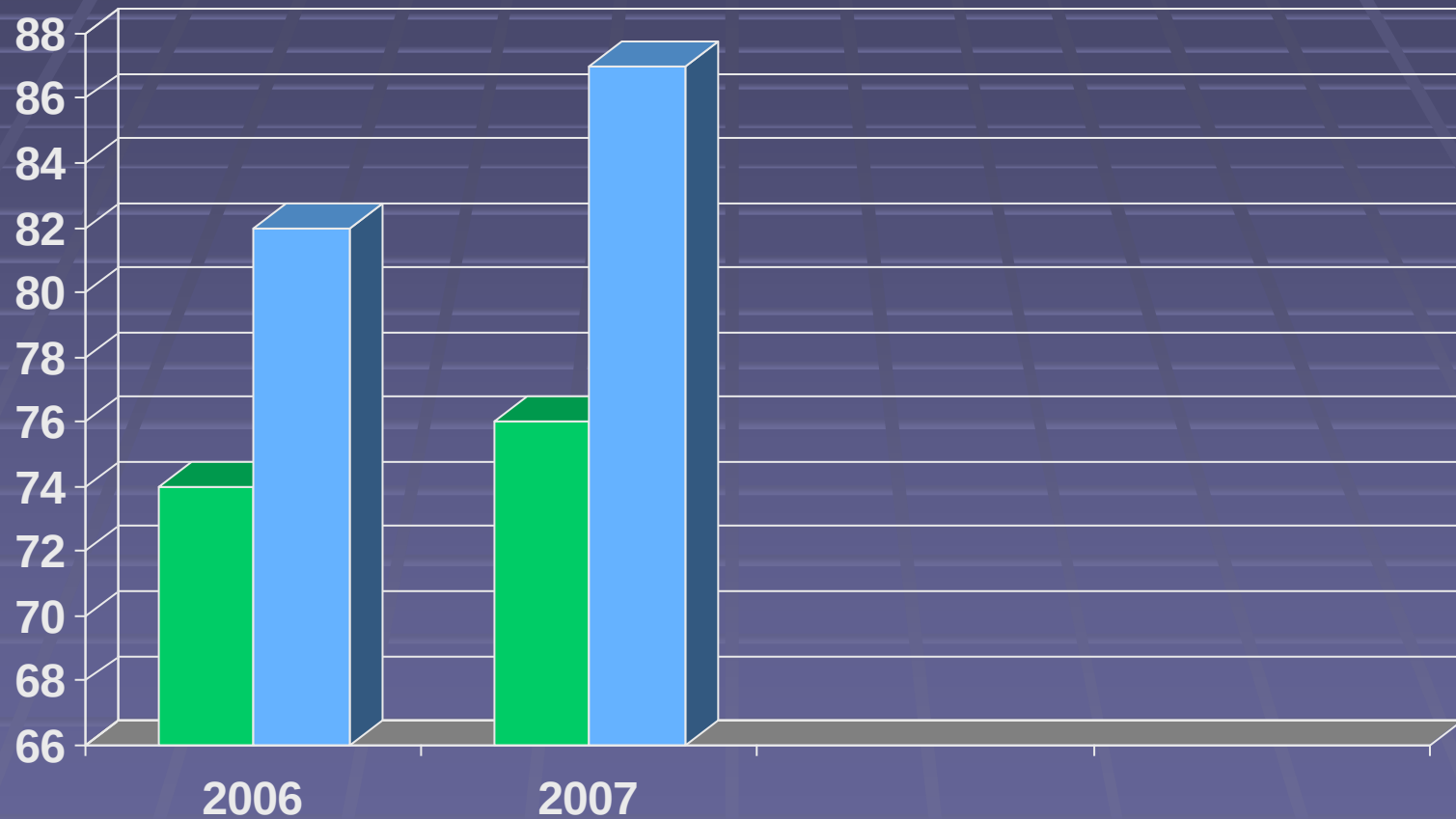


Z príčin smrti zaznamenávame pri KV
ochoreniach na 1. mieste IM

2. mieste srdcové zlyhanie
pri ICHS s chron. FA

3. mieste emboliu do
a.pulmonalis

Vekový priemer úmrtia na onkolog.ochorenia a bronchopneumonie



Z uvedených grafov je zrejmé, že došlo k poklesu úmrtí na KVO ochorenia i ACMP, znižuje sa však vekový priemer pacientov, ktorí nám na tieto ochorenia zomierajú. Došlo k vzostupu úmrtí na onkologické ochorenia ako i bronchopneumonie.

V r. 2006 nám na akútny IM zomrel 45r. pacient, ktorého sme pre neliečenú art. hypertenziu s podozrením na AP poslali na internú amb. za účelom ergometrického a ECHO KG vyšetrenia, ktoré však pacient neabsolvoval, pre lieky na hypertenziu si viac neprišiel, 2,5 mesiaca od vyšetrenia náhle zomrel

V r. 2007 sme mali 54r.pacienta, ktorý mal byť predvolaný na invazívne kardiologické vyšetrenie do SÚSCH.

Pac. však zomrel pred plánovaným vyšetrením. Oba tieto prípady nám výrazne znížili vekový priemer úmrtia na KV ochorenia.

Vekový priemer úmrtí na ACMP a bronchopenumonie sa nám zvyšuje zrejme pre celkový vyšší vekový priemer pacientov v ambulancii, pričom na tieto ochorenia nám zomierajú práve pac. z vyšších vekových skupín.

V súčasnosti má naša ambulancia

1 505 pacientov

z toho

830 pod 50 rokov

675 nad 50 rokov.

Takmer polovicu teda tvoria pacienti,
u ktorých sa stretávame s rôznymi chron.
ochoreniami a z tejto polovice sú 2/3 pac.
polymorbídnych = 450 pacientov.

I napriek tomu, že sizyfovská práca stále pokračuje a môj duodenálny vred sa sporadicky ozýva, svoje rozhodnutie spred desiatich rokov neľutujem. Rada budem pokračovať v svojej práci, ktorá dúfam, je aspoň malým prínosom nielen pre pacientov, ale i kolegov internistov.

ĎAKUJEM ZA POZORNOSŤ

