

Bevezető az érbetegség témaköréhez

A magyar lakosság mortalitási rátájának nagy részéért a cardiovascularis okok tehetők felelőssé. Az atherosclerosis 3 fő klinikai manifesztációjának – az arteriosclerosis obliterans, a coronariascrosis és a carotis rendszer stenosisa, illetve occlusioja – gyakorisága nagy valószínűséggel hasonló az iparilag fejlett államokéhoz, és a civilizációs ártalmak fokozódásával növekedést mutat. E betegségek incidenciájáról és prevalenciájáról Magyarországról csak szórványos, kis számú populációt magába foglaló felmérések vannak. E betegségek közül 1-1 körkép előfordulásának gyakorisága is lényeges, de társult előfordulásuk mind a körlefo-lyás, mind pedig az életkilátások tekintetében fokozott rizikóhelyzetet teremt. A középkorú férfiak és ettől kissé

idősebb nők "járványszerű" megbetegedése és fokozott halandósága a lehetséges korai diagnosztikára, a tár-sult érbetegségek tudatos keresésére irányítják a házior-vosok, a belgyógyászok és e diszciplínákkal foglalkozó szakmák képviselőinek a figyelmét és kötelező tenniva-lóit. Három összefoglaló dolgozat a terjedelem szabta le-hetőségeket igyekezvén betartani a rendelkezésre álló óriási ismeretanyagból – korántsem a teljességre töreked-ve – kiválasztotta és összefoglalta a leginkább releváns adatokat. A magyar populáció cardiovascularis eredetű morbiditási és mortalitási rátájának aggasztó adatai a hazai egészségügy ér- és szívbetegségeket illető preven-ciós program minél előbbi beindítását sürgetik.

Dr. Landi Anna

Dr. Meskó Éva

A perifériás obliteratív artériás betegségek epidemiológiája s az ez irányú hazai adatok hiányosságának okai

Összefoglalás

A szerző összehasonlítja a hazai és nemzetközi epidemiológiai vizsgálatokat. Az adatok világszerte heterogének, s ennek oka a szakmai felkészültség, a vizsgáló módszerek és egyéb tényezők sokrétűségével magyarázható. Ismerteti a Magyarországon elsőként kezdeményezett, 1992-ben szervezett epidemiológiai vizsgálatot. Összegzi az Angiológiai Bizottság szervezésében induló felmérést, amelynek várható eredményei lehetővé tehetik az érbeteg-ellátás rendszerének újragondolását.

Mint ismeretes, a hazai és nemzetközi morbiditási és mortalitási adatok a szív- és érrendszeri betegségek vezető szerepére utalnak. Ha áttekintjük az erre vonatkozó szakirodalmat, megállapíthatjuk, hogy egységes adatbázis nem létezik. Ez természetes is egy olyan szerteágazó betegcsoport esetében, mint az artériás kórképek. Az érelváltozások epidemiológiai felmérése hosszú éveket, évtizedeket vehet igénybe. Ezen idő alatt megváltozik a vizsgált populáció szociális szerkezete, korösszetétele. Megváltoznak, korszerűsödnek a diagnoszt-

tikai lehetőségek is. Az évek folyamán átalakulhat az egyes kórképek klinikai értékelése, s a különböző érbetegségek klasszifikálása vitafórumok döntésétől függhet.

A nemzetközi irodalmi adatok eltérnek a betegcsoportok feldolgozásában is. Az egyes epidemiológiai jellegű közlések az érelváltozás aetológiáját, más-sok a betegség lokalizációját vagy szövettani típusát veszik alapul. Az arteriosclerosis, mint leggyakoribb obliteratív érelváltozás, közismerten generalizációra hajlamos betegség. Ily módon szükségszerű a végtagi erek állapotának vizsgálatakor az **agyi** erek és **coronáriák** érintettségét is figyelembe venni. Ez újabb szempontokat irányoz elő: indokolja a rizikófaktorok felmérését, foglalkozási, környezeti ártalmak számbavételét.¹ A technikai feltételek mellett felmerül a szakemberek képzésének, továbbképzésének igénye is.

A különböző tanulmányok retrospektív jellegűek, azaz a már meglévő adatokat csoportosítják meghatározott szempontok szerint, vagy előre megtervezett protokollal választják ki a célcsoportokat. Mindez azt eredményezi, hogy a nyert adatok meglehetősen heterogének, s csak részinformációval szolgálnak. A világszerte ismert nagyobb tanulmányok, mint az *Edinburgh Study*, *Framingham Study* és *Basel Study* is eltérő adatokat tartalmaznak. Az *Edinburgh Study* szerint a claudicatio intermittens

prevalenciája nőknél és férfiaknál 4,6%-os. A *Framingham Study* a férfi-nő arányt 2:1-nek jelölte. A *Basel Study* szerint a férfiak érintettsége 35-44 éves életkorban 1%, 65 év felett 6%.² De *Bakey és munkatársai* retrospektív tanulmányban számoltak be érsebészeti beteganyagukról, amelyben az esetek 5,6%-ában fordult elő két vagy több érlokalisáció.³ *Criqui és munkatársai* 11,7%-nak jelölték az ASO előfordulását a vizsgált populációban.⁴ A felsővégtagi obliteratív érfolyamatok ritkák, s az összes érbetegségek 5-7%-át teszik ki.⁵

Magyarországon nagyobb lakosság-számat érintő epidemiológiai felmérés nem történt. *Nemes és munkatársai* 1974-ben végeztek a vidéki lakosság körében az arteriosclerosis obliterans szűrését célzó vizsgálatokat.⁶

A Központi Statisztikai Hivatal 1986. évi morbiditási adataiban az ASO (arteriosclerosis obliterans) átlagosan 1,98%-a volt (férfi: 2,8%; nő: 1,24%). *Pest megyében* végzett vizsgálataink szerint 20.000 betegből az esetek 70%-a a 30-60 éves korosztályba tartozott. Megfigyeléseink szerint a férfi-nő arány fokozatosan közelít egymáshoz, s emelkedni látszik a fiatalabb korosztály érintettsége.²

Az egészségügy kiemelt **feladata** az érbetegségek korai felismerése, a progresszió megakadályozása, az időben végzett kezelés, s az érműtétek biztosítása, a csonkoló műtétek lehetséges el-

Dr. Meskó Éva
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház
Angiológiai Osztály
2143 Kistarcsa, Semmelweis tér 1.

kerülése. Az érbetegek ellátási rendszerének célszerű megtervezéséhez elengedhetetlen az **adatgyűjtés**. E kérdés fontosságát felismerve az Angiológiai Szakmai Kollégium 1992-ben Epidemiológiai Bizottságot hozott létre (vezető: Meskó Éva; tagjai: Farsang Csaba, Nagy Zoltán, Káli András, Mátyás Lajos). A Bizottság a feladat megoldására első lépésként Pest és Borsod megyét jelölte ki a mintafelmérések elindítására. A választás azért esett ezekre a területekre, mert mindkét megyében megvolt az érbeteg-ellátás hármass rendszere (belgyógyászat, érsebészet, radiológia), s a több éves, sőt évtizedes múlttal szervezett egységes érbeteg-ellátás.

Az epidemiológiai vizsgálatba bekapcsolódott a Pest megyei és Borsod megyei ÁNTSz, az országos tisztifőorvos a kialakított tervet jóváhagyta, s az Egészségügyi Minisztérium támogatta a munkát.

A vizsgálat lépéseit a munkacsoport részletesen kidolgozta, felmérte a személyi és tárgyi feltételeket. A vizsgálatok statisztikai szempontjait a SOTE Biometriai és Klinikai Epidemiológiai Csoportjának vezetője, Paksy András dr. állította össze. Ez alapján a mintavétel úgy határozott meg, hogy a Pest megyei adatok nyomán a lakosság 30-64 év közötti korosztályát vizsgáltuk meg. A statisztikai mintavétel szabályait követve a felmérés a korcsoport összlétszámának 10%-át, Pest megyében 40.000 embert érintett.

Az előkészítési fázisban **Pest megyében 500 körzeti orvost** oktattunk az általunk szervezett egy hetes angiológiai tanfolyamokon. Az epidemiológiai vizsgálatba bekapcsoltuk azt a 16 szakorvosi **rendelőintézetet**, ahol már 1984-ben egyéni továbbképzéssel 2-2 körzeti orvost tanítottunk meg az angiológia

alapelemeire. A rendelésen megjelenő betegek vizsgálatára a körzeti orvosok az ÁNTSz segítségével **Doppler készüléket** kaptak. Előzetesen a **médiát** is bekapcsoltuk a lakosság felvilágosításába, szórólapokat szerkesztettünk. Mindez elsősorban a két megye (Pest és Borsod megye) angiológusainak, s a szervezésben résztvevő munkacsoportoknak jelentett sokrétű, emberpróbáló munkát.

Időközben, 1993-tól fokozatosan megváltozott az egyes körzetek orvosainak alkalmazási minősége, számos körzeti orvos magánszférában kezdett dolgozni, mások állomáshelyet változtattak. A közismert átszervezési hullám nemcsak az alkalmaztatási minőséget változtatta meg, hanem úgy tűnt, csökkent az érdeklődés az epidemiológiai munka iránt is.

Borsod megyében sikerült elérni egy kisebb betegcsoport **phlebológiai** felmérését. A **Pest megyei** betegek csoportosításából kiderült, hogy az érbetegek 25%-a gangraena stádiumában kerül először szakellátásra. E ténynek több okát találtuk:

- a beteg későn fordult orvoshoz,
- az orvos nem tudta megállapítani a helyes diagnózist,
- a helyesen megállapított diagnózis nyomán a beteg nem kapott megfelelő kezelést.

Az Angiológiai Szakmai Kollégium fontosnak tartotta, hogy az érbetegségek feltárása, diagnosztizálása és kezelése érdekében kulcsszerepet játszó belgyógyászati angiológiát fejlessze, s ezáltal biztosítsa az érsebészet számára a megfelelő szakmai segítséget. Mindezen törekvések ellenére sem sikerült egyértelműen elfogadtatni az érbeteg-ellátásban a belgyógyászati angiológia jelentőségét. A helyzetet súlyosbította

az a tény, hogy 1955-ben az Angiológiai Szakmai Kollégium feloszlott, így az érbetegségek felkutatását, kezelését, gondozását szorgalmazó szakmai fórum, az egységes szemléletet képviselő szakértői egység megszűnt.

A helyzet ellensúlyozására a meglévő belgyógyász angiológus szakemberek részvételével 1997-ben létrejött a Belgyógyászati Kollégium **Angiológiai Munkacsoportja**, mely feladatául kapta az **országos angiológiai helyzet felmérését**.

Az egyes egészségügyi intézményekben elküldött kérdőíveken arról tettünk fel kérdéseket, hogy helyileg működik-e belgyógyászati fekvő vagy járórendszert érbeteg-ellátás, milyen a felszereltség, mennyi a betegforgalom, csatlakozik-e hozzájuk érsebészet, van-e radiológiai érbeteg-ellátás az intézetben belül.

A kérdéskörre Meskó 1990 és 1993-ban végzett felméréséből származó adatok nyújtottak összehasonlítási alapot.⁷ (1., 2. ábra)

A kérdőíveket 106 intézmény küldte vissza a megkérdezett 117-ből. A számok összesítésekor meglepő eredményeket találtunk:

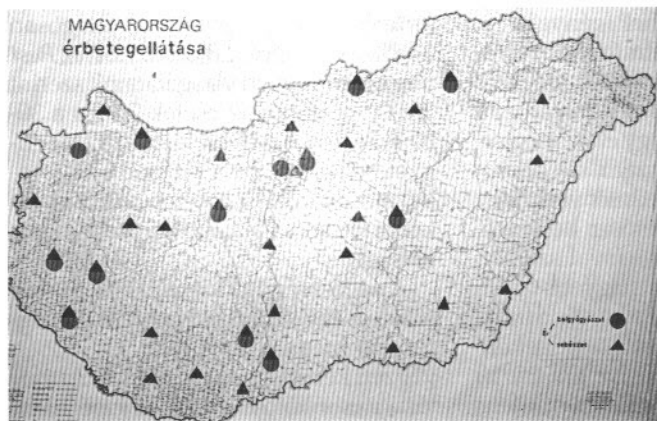
Érsebészeti és érbelgyógyászati ellátás Magyarországon

A vizsgálat éve:	1990	1993	1997
Érsebészet	33	40	54
Érbelgyógyászat	13	25	21

Jelenleg angiographia, érbelgyógyászat, érsebészet egy intézetben belül az

1. ábra

Magyarország érbeteg-ellátása 1990-ben



2. ábra

Magyarország érbeteg-ellátása 1993-ban



egész országban csak 14 helyen van, s ebből 7 intézmény a fővárosban van!

Az egyes ellátottsági szinteket meghatározva megállapíthattuk, hogy a vidéki városokban lényegesen kevesebb az ér-beteg-kezelésének esélye. A számadatokból kitűnik, hogy relatíve kevesebb a belgyógyászati angiológiával foglalkozó intézmény. Ezért a gyakorlat szerint az általános belosztályokon, ritkábban a körzetekben vetik fel az ér-betegség gyanúját, majd az érsebészeti rendeléseken ezt felülbírálják, adott esetben itt indikálják az angiographiát, melyet esetleg más kórházban végeznek el. Így módon gyakran késik a felismerés és a megfelelő ellátás.

Évekkel ezelőtti adatok szerint Magyarországon 200.000 ellátatlan ér-beteg él, évente 50.000-60.000 a kezelt ér-betegek száma, s évente átlagosan 1%-kal nő az ér-betegek összlétszáma. Közismert, hogy az ér-betegek mintegy 30%-a *alkalmas csak érműtételre*, a többi belgyógyászaton kezelendő. Ide tartozik a körzeti rendelők feladatvállalása is. Magyarországon évente 100.000 lakosra 720 keringési halálok esik, ebből 40% a szív, 36% az agyi és 24% a perifériás erek elváltozásához társul. Így módon a mortalitási és morbiditási statisztikákban vezető helyen álló érrendszeri betegségek megelőzése és kezelése kiemelt jelentőségű.

Miért nem állunk e fontos kérdés megoldásában még annyi próbálkozás után sem a helyzet magaslatán?

Az Angiológiai Bizottság kérdőíve nyomán szerzett adatokból számos következtetés vonható le a magyarországi angiológiai helyzetről:

- angiológiai ellátásunk sem mennyiségében, sem minőségében nem felel meg a hazai követelményeknek,
- nincsenek kialakítva a szükséges betegellátási rendszerek s az ér-beteg-ellátás hármass pillére csak nagyon kevés helyen biztosított,
- nincsenek meghatározva a kompetenciaszintek,
- nincs megfelelően kidolgozott stratégia az alapellátás, intézeti kezelés és utógondozás biztosítására.

E hiányosságok részben kiküszöbölésére az Angiológiai Bizottság 1998-ban kidolgozta az angiológiai szakmai és szervezeti irányelveket. Megállapította a progresszív minimumfeltétel-rendszert, javaslatot tett a jelenlegi BNO kódok időszerű átdolgozására, foglalkozott az oktatás, továbbképzés kérdésével. A Bizottság kiemelt fontosságúnak jelölte meg a rehabilitáció lehetőségeinek javítását.⁸

A fentiekben vázolt fontosabb szempontok megvalósításának alapfeltétele a *szakemberképzés*. Jelenleg úgy tűnik, hogy a belgyógyászati angiológia még mindig nem vívta ki méltó helyét az ér-beteg-ellátásban. A végzős egyetemi hallgatók kevéssé informálódnak az angiológiáról, alig van fogalmuk az ér-betegségekről, hacsak medikus éveikben véletlenszerűen nem kerültek angiológiai indíttatású munkacsoport vonzáskörébe.

Általános igazság, hogy ami nem szakvizsgatárgy, azíránt kevesebb az érdeklődés. Talán ez is magyarázza a belgyógyászati angiológia háttérbe szorulását. A kandidátusi vizsgatárgyak között évek óta szerepelt az angiológia, számos angiológiai témájú kandidátusi értekezést írtak, mégis a mai napig nem nyert létjogosultságot az angiológia mint szakvizsgatárgy.

A Belgyógyászati Munkacsoport törekvéseit annyiban koronázta siker, hogy 1999-ben lehetőség nyílt a „belgyógyászati angiológia minősített orvosa” cím elnyerésére.

Mindezen túlmenően reménykeltő az a bejelentés, amelyet a Kölnben 2001. májusában rendezett Nemzetközi Angiológiai Kongresszuson tettek, miszerint az UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) a belgyógyászati angiológiát is az önálló szaktárgyak közé sorolta. Ezáltal új távlatok nyílhatnak a jövőbeni ér-beteg-ellátás számára. Az epidemiológiai felmérések már eddigiekben kidolgozott szempontjainak megvalósítása új alapokon indulhat meg ismét.

Az Angiológiai Bizottság és a Magyar Angiológiai Érsebészeti Társaság szervezésében újraindítandó epidemiológiai vizsgálat *várható eredményei*:

- felmérhető a vizsgált populáció érrendszeri elváltozásainak gyakorisága és típusa,
- ütemezhető a kezelés fázisai,
- felmérhető a kezelendő betegek száma
- megszervezhető a kezelés stratégiája (egészségügyi intézmények, szakrendelések kialakítása, vizsgáló eljárások kidolgozása, műszertelepítés, gyógyszerellátás, munkaegészségügyi és rehabilitációs szempontok),
- a morbiditási és mortalitási adatokban kiemelkedő területeken települési, környezetvédelmi, táplálkozás-egészségügyi felmérésekkel megtörténhet a terület egészségügyi feltérképezése.

A vizsgálat várható *tanulságai*:

- további kutatások alapjául szolgálhat,
- szakmai továbbképzésre nyújt lehetőséget, emeli az alapellátás színvonalát,
- kiemelt gyakorlati szervezési jelentőségű.

Mindezen gondolatok megvalósításával körvonalazódnak a *további fontos teendők*:

- hangsúlyozni kell a belgyógyászati angiológia oktatását az egyetemi és posztgraduális képzésben,
- törekedni kell az angiológia szakvizsgatárggyá nyilvánítására,
- a terület orvosainak megfelelő képzéssel kell biztosítani a szerepét az előszűrő – utógondozó funkciókban,
- országosan egységesíteni kell az érsebészet, érbelgyógyászat és radiológia hármass egységével rendelkező *regionális centrumok* kialakítását,
- ha a fentiek megvalósulnak, megfontolandó *egy országos angiológiai intézet* létrehozása, mely nagy tömegű ér-beteg ellátásának valós központja lenne.

Irodalomjegyzék:

1. Simon Tamás: Az ér-betegségek epidemiológiája In: Angiológia. Medicina, 1990. Szerk.: Szabó Z., Solti F., Nemes A., p:17-19.
2. Meskó Éva: Arteriosclerosis obliterans In: Belgyógyászati angiológia. Medintel. 1999. Szerk.: Meskó É., Farsang Cs., Pécsvárad Zs. p: 241-256.
3. De Bakey et al: Patterns of atherosclerosis and their surgical significance Ann. Of Surg. 1985. 201. p:115-120.
4. Criqui et al: The sensitivity, specificity and predictive value of traditional clinical evaluation of peripheral arterial disease results from non invasive testing in a defined population Circulation. 1985. 71. p: 516-522.
5. Tóth Károly: Artériás betegségek – epidemiológia In: Belgyógyászati angiológia. Medintel. 1999. Szerk.: Meskó É., Farsang Cs., Pécsvárad Zs. P:235-240.
6. Nemes A., Balogh Á., Mentényi T.: Falusi lakosság szűrővizsgálata érsebészeti szempontok alapján Orvosi Hetilap. 1974. 115. p: 2929-2930.
7. Meskó Éva: A belgyógyászati angiológia története In: Belgyógyászati angiológia. Medintel. 1999. Szerk.: Meskó É., Farsang Cs., Pécsvárad Zs. p: 1-9.
8. Az angiológiai ellátás szakmai és szervezeti irányelvei. Feltétel és követelményrendszer. Angiológiai Bizottság 1998.