

20. melléklet

A stroke elsődleges megelőzésének finanszírozási eljárásrendje

1. Az eljárásrend tárgyát képező betegség, betegcsoport megnevezése

Stroke/TIA primer prevenció (BNO: G45, I63)

2. A primer prevenció fontossága

2.1. A primer prevenciót más néven **elsődleges megelőzésnek** is nevezzük. Célja a betegség kifejlődésének megakadályozása. Történhet orvosi beavatkozással, de az egészségtudatos életmód kialakításának ösztönzése, az egészségre ártalmas hatások kiküszöbölése ugyanolyan fontos szerephez jut. Az agyérbetegségek (stroke) primer prevenciójakor az **ischaemiás szívbetegségek**, valamint a **perifériás obliteratív betegségek** megelőzéséről is beszélünk, hiszen a három kórforma patofiziológiai gyökere közös: az **arteriosclerosis**. A primer stroke-prevenció a **primer vaszkuláris prevenció** része.

2.2. Az elsődleges prevenció célja a **tünetmentes lakosság** körében a vaszkuláris, ezen belül a cerebrovaszkuláris kórállapotok megelőzése a **kockázati tényezők felismerésével és kezelésével**. Az elsődleges megelőzés stratégiája a **teljes lakosságot** elérő prevenciós stratégia, másodsorban a stroke kockázati tényezői által veszélyeztetett vagy **fokozottan veszélyeztetett személyek** felkutatása. Az egészséges életmód, a dohányzásmentesség, a **normál tartományban lévő** testtömeg index, minimális alkoholfogyasztás, a rendszeres testmozgás és az egészséges étkezés az ischaemias stroke kockázatcsökkenését eredményezi.

2.3. A primer stroke prevenció kiemelt területei:

- 2.3.1. Magas vérnyomás terápia
- 2.3.2. Cukorbetegség
- 2.3.3. Lipid csökkentő terápia
- 2.3.4. Thrombocytáaggregáció-gátló kezelés
- 2.3.5. Pitvarfibrilláció
- 2.3.6. Dohányzás elleni küzdelem
- 2.3.7. Alkohol fogyasztás mérséklése
- 2.3.8. Testtömeg kontroll
- 2.3.9. Fizikai aktivitás
- 2.3.10. Táplálkozás
- 2.3.11. Genetikai háttér
- 2.3.12. Ösztrogénpótló terápia postmenopauzában

2.4. Magas vérnyomás terápia

2.4.1. A magas vérnyomás csökkentése életmód-változtatással és egyénre szabott gyógyszeres terápiával ajánlott a 120/80 Hgmm-es célvérnyomás eléréséig. Amennyiben a vérnyomás értéke ezen életmódbeli változtatásokkal nem moderálható, akkor szükséges a gyógyszeres kezelés, amely a Magyar Hipertónia Társaság szakmai ajánlásai szerint történik. A vérnyomást rendszeresen ellenőrizni kell. Antihipertenzív gyógyszeres kezelés alkalmazása szükséges azon prehipertenzív (120-130/80-90 Hgmm) betegekben, akiknek kongesztív szívelégtelensége, myocardialis infarktusa, diabetes mellitusa vagy krónikus veseelégtelensége is van. A cerebrovaszkuláris kórképek szempontjából az **izolált szisztolés hipertónia kezelése** (szisztolés vérnyomás >140 Hgmm és diasztolés vérnyomás <90 Hgmm) kedvező hatású.

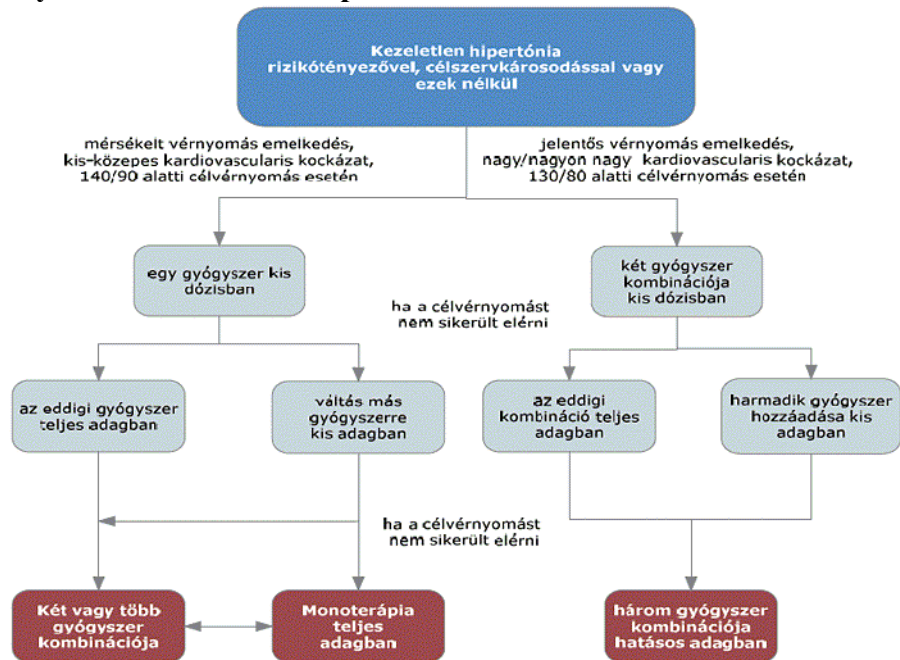
2.4.2. A vérnyomás nem gyógyszeres kezelésétől várható eredmények

	A	B	C
1	A kezelés elemei	Ajánlás	Szisztolés vérnyomás csökkentése
2	Testsúlycsökkentés	Optimális BMI < 25 kg/m ² elérése vagy fenntartása	-5 és -20 Hgmm között/10 kg fogyás
3	Sófogyasztás csökkentése	Sófogyasztás (NaCl) csökkentése < 6 gramm/nap	-2 és -8 Hgmm között
4	Mediterrán* étrend alapelveinek betartása	Zöldség, gyümölcs, zsírszegény tejtermékek fogyasztása, telített zsírok fogyasztásának csökkentése, K-, Ca-dús étrend	-8 és -14 Hgmm között
5	Rendszeres fizikai aktivitás	Rendszeres fizikai aktivitás (30-60 perc/nap) lehetőleg mindennap, az életkornak megfelelő szubmaximális** frekvencián	-4 és -9 Hgmm között
6	Alkoholfogyasztás moderálása	Nem több mint 2 ital/nap/férfi (25 gramm alkohol) vagy 1 ital/nap/nő (12,5 gramm alkohol)	-2 és -10 Hgmm között

* DASH diéta: gyümölcsökben, zöldségekben, alacsony zsírtartalmú tejtermékekben gazdag étrend

** Szubmaximális frekvencia = 220-életkor (év) x 0,7

2.4.3. A vérnyomás kezelésének alapelvei:



2.4.4. Ajánlott célvérnyomás értékek hipertóniás betegnél:

	A	B
1	Betegcsoport	Célvérnyomás érték (Hgmm)
2	Hipertóniás populáció (ajánlás: A)	<140/90
3	Időskor, izolált szisztolés hipertónia	<140/90
4	Diabetes, metabolikus szindrómás hipertóniás populáció	<130/80
5	Stroke utáni állapot, igazolt koszorúér-betegség, krónikus vesebetegség	<130/80
6	Nephropathia (hipertenzív, diabeteszes)*	<130/80

* 1 gramm feletti proteinuria esetén még kisebb lehet a célérték: <125/75 Hgmm

2.4.5. A szív és érrendszeri események veszélyével járó kockázati tényezők

	A	B	C
1	Biológiailag meghatározott	Életmóddal összefüggő	Általános
2	<ul style="list-style-type: none"> - Magas vérnyomás - Dyslipidaemia = Kóros LDL-CH szint = Határérték alatti HDL-Ch-szint = Kóros trigliceridszint - Magas vércukorszint - Túlsúly/elhízás - Metabolikus szindróma 	<ul style="list-style-type: none"> - Dohányzás - Étrend = Helytelen zsír- és zsírsavbevitel = Alacsony zöldség-gyümölcsfogyasztás - Túlzott alkoholfogyasztás - Mozgásszegény életmód 	<ul style="list-style-type: none"> Nem befolyásolható - Életkor - Nem - Örökölt tényezők - Etnikum Befolyásolható - Iskolázottság - Jövedelem - Életkörülmények - Munkakörülmények - Pszichoszociális stressz

2.5. Cukorbetegség

Nincs evidencia arra, hogy a vércukorellenőrzés javítása csökkentené a stroke előfordulását. Diabetes mellitus esetén a célvérnyomásérték 130/80 Hgmm vagy az alatti érték.

2.6. Lipidsökkentő terápia

A lipidsökkentő sztatín kezelés a stroke prevencióban az egyik legjelentősebb előrelépés az aszpirin és a vérnyomáscsökkentő terápia alkalmazása óta. Kiemelten kell figyelni a veszélyeztetett betegcsoportokat: még nem érbeteg cukorbeteg; tünetmentes nagy kockázatú egyének; koszorúérbetegek. A szérum koleszterinszintjét rendszeresen ellenőrizni kell. A célértékek elérése döntő fontosságú a hatékony prevenció érdekében. A lipid célértékeket az alábbi táblázat tartalmazza:

2.6.1. Kockázatbesorolás az VI. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia ajánlása szerinti kockázati típusok és ennek megfelelő lipid célértékek:

	A	B
1	KOCKÁZATBESOROLÁS	
2	Igen nagy kockázat	
3	<ul style="list-style-type: none"> - Akut súlyos állapotok: akut koronária szindróma, stroke, kritikus végtag ischaemia - * Klinikailag igazolt vagy invazív/nem invazív módszerrel dokumentált atheroszklerotikus koronária, cerebrális és perifériás érbetegség - Súlyos krónikus vesebetegség (GFR<30 ml/min/1,73 m² és proteinuria) - Diabetes mellitus (1-es és 2-es típus) és ≥ 1 nagy rizikófaktor (RF), illetve szervkárosodás - familiaris hypercholesterinaemia - SCORE ≥ 10%/10 év 	
4	<ul style="list-style-type: none"> * Korábbi myocardialis infarktus, ischaemias stroke, TIA, aorta aneurizma, koronaria (PCI), CABG/carotis/perifériásrevaszkularizációs beavatkozás; koronaria angiográfia, UH, MR, CT, stressz-echokardiográfia, v. SPECT, carotis IMT, coronaria calcium score. RF: Nagy kockázati tényezők: életkor, dohányzás, hipertónia, magas koleszterin szint. 	
5	Nagy kockázat	
6	<ul style="list-style-type: none"> - Kardiovaszkuláris tünetek nélküli szubklinikus atheroszklerózis - Nem invazív módszerrel kimutatott atheroszklerózis v. plakk (UH, MR, CT) - Boka-kar index ≤ 0,9 - Diabetes mellitus (1-es és 2-es típus) és 0-1 nagy rizikófaktor (RF) - Krónikus vesebetegség (eGFR 30-60 ml/min/1,73 m², illetve proteinuria) - Familiaritás (korai CV-esemény, férfi <55 év, illetve nő <65 év) - Egyes súlyos rizikófaktorok: (önállóan) - RR>180/110 Hgmm - Atherogén dyslipidaemia, egyéb familiaris atherogén dyslipidaemiák - Testtömegindex (BMI)> 40 kg/m² 	

	–	metabolikus	szindróma
	– SCORE 5-10%/10 év között		
7	Közepes kockázat		
8	–	≥ 2	nagy rizikófaktor (RF)
	– SCORE 1-5%/10 év között		
9	Kis kockázat		
10	–	0-1	nagy rizikófaktor (RF)
	– SCORE ≤ 1,0%/10 év		
11	CÉLÉRTÉKEK LIPIDANYAGCSERÉBEN		
12	Igen nagy kockázat * (lásd kockázatbesorolás)		Nagy kockázat * (lásd kockázatbesorolás)
13	Koleszterin (Ch) < 3,5 mmol/l		
	LDL-Ch < 1,8 mmol/l		
	** Non-HDL-Ch < 2,6 mmol/l		
	Triglycerid < 1,7 mmol/l		
	HDL-Ch > 1,0 mmol/l (férfi)	Kolesztein Ch < 4,5 mmol/l	
	> 1,3 mmol/l (nő)	LDL-Ch < 2,5 mmol/l	
	* Akut koronária szindróma, ischaemiás stroke és kritikus végtag ischaemia esetén a Ch értéktől függetlenül maximálisan tolerált adagú, nagy hatékonyságú statin (rosuvastatin, atorvastatin) kezelés javasolt.	** Non-HDL-Ch < 3,3 mmol/l	
		Triglycerid < 1,7 mmol/l	
		HDL-Ch > 1,0 mmol/l (férfi)	
		> 1,3 mmol/l nő)	
14	A cél az LDL koleszterin csökkentése, amelyben a statinok preferálandók. Ha az LDL célérték statin monoterápiával nem érhető el, kombinációs antilipidaemiás kezelés javasolt ezetimib hozzáadásával. Hypertriglyceridaemia vagy atherogén dyslipidaemia társulása esetén a statinok kombinációja fibrát, esetleg omega-3 zsírsav alkalmazásával megfontolható. ** Non-HDL-Ch másodlagos cél lehet, célértékei 0,8 mmol/l-rel nagyobbak, mint az adott kategóriára előírt LDL-Ch célérték.		

2.6.2. Metabolikus szindróma

A metabolikus szindróma elnevezés több faktor gyakori együttes előfordulására utal. Ezek a centrális elhízás, a hipertónia, az alacsony HDL-koleszterin, az emelkedett triglicerid, az emelkedett vércukor.

A klinikai gyakorlatban az IDF (International Diabetes Federation) által megalkotott új definíció használható a metabolikus szindrómában szenvedő betegek felismerésére.

A diagnózis felállítható, ha a testsúlyfelesleg igazolható:

1. derékbőség ≥ 94 cm férfiaknál, ≥ 80 nőknél;

és az alábbiakból 2 vagy több egyszerre van jelen:

2. szérumtrigliceridszint ≥ 1,7 mmol/l vagy emiatt specifikus kezelés;

3. HDL-koleszterin férfiaknál ≤ 1 mmol/l, illetve nőknél ≤ 1,3 mmol/l vagy emiatt specifikus kezelés;

4. vérnyomás ≥ 130/85 Hgmm vagy antihipertenzív kezelés;

5. vércukor ≥ 5,6 mmol/l vagy 2-es típusú diabetesz.

2.7. Thrombocytáaggregáció-gátló kezelés

Első választandó szer az aszpirin. Az aszpirin ma elfogadott preventív dózisa: 75-150 mg/nap.

Thrombocytáaggregáció-gátló kezelés indokolt lehet pl.:

– diabetes mellitusban;

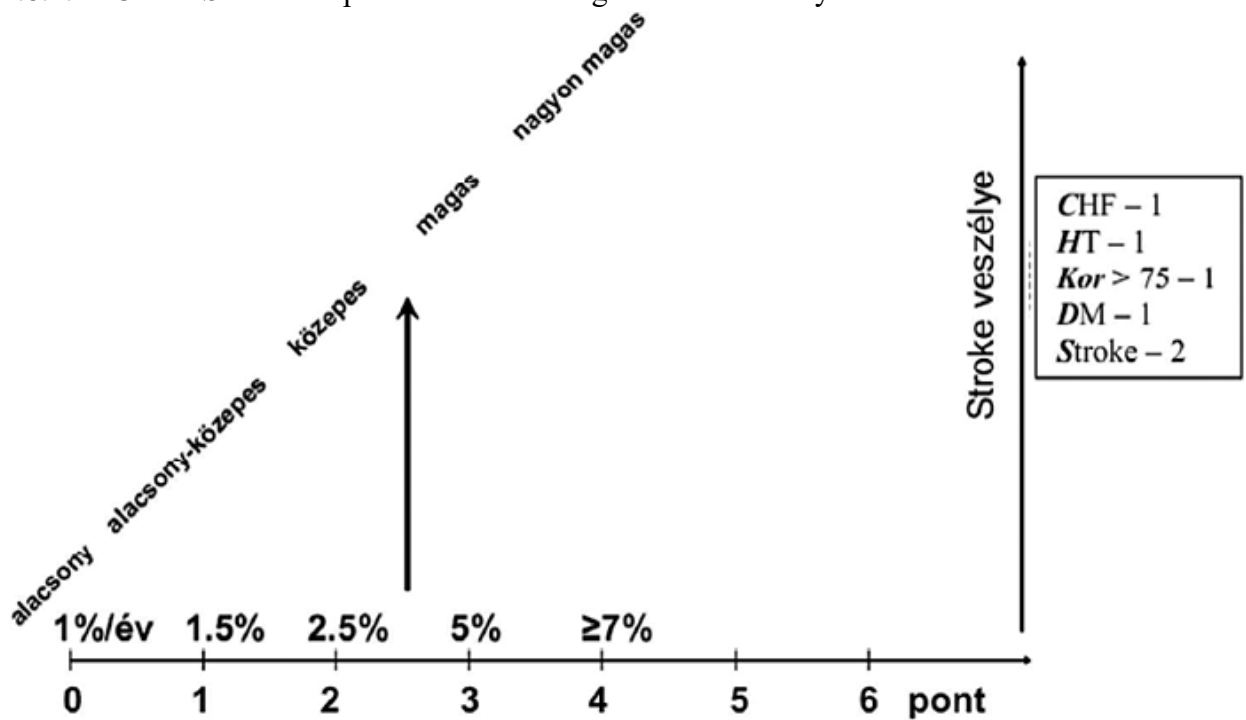
– ha beállított vérnyomás mellett a SCORE rizikó magas (>10%).

2.8. Pitvarfibrilláció (PF)

A pitvarfibrilláció a stroke erős, független rizikófaktora. A CHADS2-skála alkalmazásával a

pitvarfibrilláló betegek stroke-veszélye mérhetővé válik, és segítségével megtervezhető az antikoaguláns kezelés.

2.8.1. A CHADS2-skála a pitvarfibrilláló betegek stroke-veszélyének mérésére:



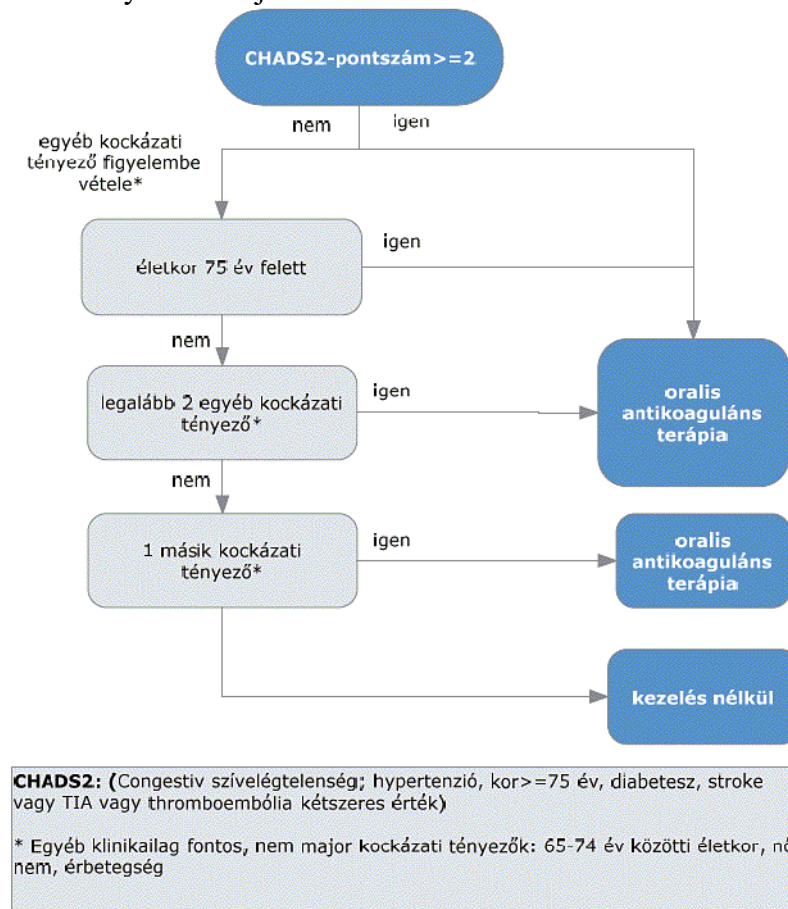
CHF: pangásos szívelégtelenség, HT: magas vérnyomás, életkor > 75 felett. DM: diabetes mellitus 1 pontot, lezajlott stroke 2 pontot jelent. A nyíl azt jelzi, hogy ha a pontszám ≥ 2 , a beteg antikoagulálandó. A % az éves stroke-veszélyt jelenti.

A CHADS2 szerint 0 vagy 1 pontot elérő betegeknél, vagy azoknál, akiknél a stroke kockázatának részletesebb értékelésére van szükség, átfogóbb, kockázati tényezőkön alapuló megközelítés alkalmazása ajánlott, amely kiterjed a thromboembólia további kockázati tényezőire is.

2.8.2. A stroke CHADS-VASC pontszám szerint megadott gyakorisága:

	A	B	C
1	a) A stroke és a thromboembólia kockázati tényezői nonvalvuláris PF-ben		
2	Major kockázati tényezők	„Klinikailag fontos, nem major” kockázati tényezők	
3	Korábbi stroke, TIA, illetve szisztémás embólia 75 év vagy magasabb életkor	Szívelégtelenség, illetve mérsékelt vagy súlyos bal kamrai szisztolés diszfunkció (pl. BKEF ≤40%) Hipertónia - diabetes mellitus Női nem - 65-74 év közötti életkor Érbetegség	
4	b) Egy CHA2DS2-VASc-nak rövidített pontozási rendszer formájában kifejezett, kockázati tényezőkhöz alapuló megközelítés (A maximális pontszám 9, mivel a kor 0, 1 vagy 2 pontot jelenthet)		
5	Kockázati tényező		Pontszám
6	Kongesztív szívelégtelenség/balkamra-diszfunkció		1
7	Hipertónia		1
8	75 év feletti életkor		2
9	Diabetes mellitus		1
10	Stroke/TIA/tromboembólia		2
11	Érbetegség		1
12	65-74 év közötti életkor		1
13	Női nem		1
14	Maximális pontszám		9
15	c) A stroke CHA2DS2-VASc pontszám szerint megadott gyakorisága		
16	CHA2DS2-VASC pontszám	Betegek (n=7329)	A stroke kiigazított gyakorisága (%/év)
17	0	1	0%
18	1	422	1,3%
19	2	1230	2,2%
20	3	1730	3,2%
21	4	1718	4,0%
22	5	1159	6,7%
23	6	679	9,8%
24	7	294	9,6%
25	8	82	6,7%
26	9	14	15,2%

2.8.3. A pitvarfibrilláló betegeknél stroke-prevenció céljából alkalmazott orális antikoaguláció klinikai folyamatábrája:



2.8.4. Emelt, indikációhoz kötött társadalombiztosítási támogatással adható új típusú orális antikoaguláns készítmények

Stroke és szisztémás embolizáció megelőzésére nem billentyű eredetű pitvarfibrillációban szenvedő felnőtt betegeknél,

- K-vitamin antagonisták (acenocumarol, warfarin vagy mindkettő) alkalmazásának ellenjavallata esetén vagy
- K-vitamin antagonisták kezelés ellenére elszenvedett stroke vagy szisztémás embolizáció esetén, vagy

ha 6 hónapot meghaladó K-vitamin antagonisták kezelés során a mért INR értékek kevesebb mint 60%-a esik terápiás tartományba (INR 2 és 3 közé), a következő kockázati tényezők közül legalább kettő fennállása esetén:

- bal kamrai ejekciós frakció <40%,
- tünetekkel járó szívelégtelenség New York Heart Association (NYHA) II. stádium,
- életkor >= 75 év,
- életkor >= 65 év, a következők valamelyikével: diabetes mellitus, koszorúér-betegség vagy hipertónia

Vonatkozó hatóanyagok: dabigatran etexilate, rivaroxaban, apixaban, edoxaban (Eü70 26.).

2.8.5. Az a. carotis állapotának megítélése

Több rizikófaktorral jelentkező betegek esetén mindenképpen indokolt a carotisok állapotát fizikális vizsgálat keretében is ellenőrizni és a carotisokra ráhallgatni még akkor is, ha a beteg tüneteket nem említ. Stenosisra a carotis feletti hallható systoles zöreje utalhat. Tünetmentes betegeknél a carotis felett hallható zöreje indokolja a betegek szakorvoshoz (neurológus,

éresebész) irányítását alaposabb kivizsgálás céljából. A kivizsgálás során non-invazív vizsgálmódszerekkel szükséges megerősíteni az invazív beavatkozások szakmai indokoltóságát:

2.8.5.1 a plaque szerkezetének a vizsgálata (UH),

2.8.5.2 a néma infarktuszok kizárása (CT, MRI),

2.8.5.3 az intracranialis erek további (esetleg multiplex) stenosisának diagnosztizálása (CTA vagy MRA indokolt esetben DSA).

2.8.6. Invazív beavatkozások:

2.8.6.1 CEA (carotis endarterectomia)

Tünetmentes betegeknél, amennyiben a **carotis szűkület súlyossága >70%** és a **stroke rizikó magas** (UH-val igazolt instabil plaque), elsősorban CEA végzése javasolt, ha a várható élettartam legalább 3-5 év, a myocardialis infarctus és a halálozás kockázata alacsony. A műtét olyan intézményben vállalható, ahol a perioperatív stroke/halálozási ráta 3%-nál kisebb.

2.8.6.2 CAS (a. carotis stent)

Tünetmentes betegeknél - amennyiben a carotis szűkület súlyossága >70%, a plaque instabil - CAS választható a CEA kiváltására elsősorban a magas cardiovascularis rizikójú, illetve a műtét szempontjából kockázatos betegnél (pl.: korábbi műtét, thracheostoma, irradiatio, szöveti fibrosis stb.).

Mindkét beavatkozás után indokolt az azonos oldali, illetve ellenoldali carotisok ultrahang vizsgálattal való követése a rekonstrukció után 1 és 6 hónap múlva, majd 1, illetve 2 év múlva.

2.9. Dohányzás elleni küzdelem

A dohányzás mindkét nemnél az ischaemiás stroke kialakulásának független rizikófaktora.

A dohányzás fokozza az artériák merevségét, emeli a fibrinogénszintet, fokozza a thrombocyták aggregációját, csökkenti a HDL-koleszterin-szintet és növeli a hematokrit értéket. Kimutatták, hogy a dohányzás duplájára emeli az ischaemiás stroke kialakulásának a rizikóját. Azok, akik a dohányzásról leszoknak, 50%-kal csökkentik ezt a kockázatot. A passzív dohányzás is emelheti a stroke kockázatát. Ajánlott a dohányzásról való teljes leszokás.

2.10. Alkohol fogyasztás

A túlzott alkoholfogyasztás (>60 g/nap) növeli mind az ischaemia-s, mind a vérzéses stroke kialakulásának kockázatát. Ajánlott a túlzott alkoholfogyasztásról való leszokás. Kimutatták, hogy az alkohol fogyasztás mérséklésével 2-10 Hgmm közötti szisztolés vérnyomás csökkenést lehet elérni (ld. 2.4.2 . táblázat)

2.11. Testtömeg kontroll (ld. 2.4.2.)

A magas testtömegindex (BMI \geq 25) fokozott stroke-kockázattal jár mindkét nemből, részben az ennek következtében kialakuló magas vérnyomás és diabetes mellitusnak köszönhetően. Az abdominalis elhízás a férfiaknál stroke-rizikófaktor. Kimutatták, hogy testsúlycsökkentéssel, az optimális BMI (<25kg/m²) elérésével és megtartásával 5-20 Hgmm/10 kg közötti szisztolés vérnyomás csökkenést lehet elérni (ld. 2.4.2 . táblázat). A magas testtömeg-indexszel rendelkezők testsúlycsökkentő diétája feltétlenül ajánlott.

2.12. Fizikai aktivitás (ld. 2.4.2.)

Kimutatták, hogy a magas fizikai aktivitású egyének stroke-rizikója kisebb volt az alacsony aktivitásúakénál. Ez az összefüggés részben a mozgás testsúlyra, vérnyomásra, szérumszénvesztésre és glükóz toleranciára kifejtett jótékony hatásának köszönhető. A rendszeresen végzett szabadidős fizikai aktivitás (2-5 óra hetente) összefüggést jelez a

felvételnél megfigyelt enyhébb tünetekkel járó ischaemiás stroke-kal és a jobb rövid távú kimenetellel. Kimutatták, hogy a rendszeres, hetente legalább 3-4 alkalommal végzett közepes intenzitású fizikai aktivitás (30-60 perc/nap), az életkornak megfelelő szubmaximális frekvencián [$220 - \text{életkor}(\text{év}) \times 0,7$] akár **4 és 9 Hgmm közötti** szisztolés vérnyomás csökkenést eredményezhet (ld. 2.4.2. táblázat). A rendszeres fizikai aktivitás megtervezése - akár orvosi segítséggel is - feltétlenül szükséges.

2.13. Táplálkozás (ld. 2.4.2.)

Zöldség-, gyümölcs-, halfogyasztás

Megfigyelték, hogy a magas zöldség- és gyümölcsfogyasztás a stroke-rizikó csökkenését segíti elő. Az ischaemiás stroke kialakulásának rizikója kisebb volt azoknál, akik havonta legalább egyszer halat fogyasztottak. Kimutatták, hogy a sófogyasztás (NaCl) mérséklése (<6 gramm/nap) 2-8 Hgmm közötti szisztolés vérnyomás csökkenést eredményezhet. A mediterrán étrend alapelveinek betartása: zöldség, gyümölcs, zsírszegény tejtermékek fogyasztása, telített zsírok fogyasztásának csökkentése, K-, Ca-dús étrend pedig 8-14 Hgmm közötti szisztolés vérnyomás csökkenést eredményezhet (ld. 2.4.2 . táblázat). Összefoglalva alacsony só-, alacsony telített zsírsav-, magas zöldség- és gyümölcstartalmú, rostokban gazdag diéta fogyasztása ajánlott.

2.14. Genetikai háttér szerepe

Az alábbi genetikai rendellenességek mellett fordulhat elő gyakrabban ischaemiás stroke: homocysteinuria, dyslipidaemia, Fabry-féle betegség, haemoglobinopathiák, polycythaemia, coagulopathiák.

A fenti kórállapotok orvos szakmai szempontok szerinti megfelelő kezelése kiemelten fontos.

2.15. Postmenopauzális ösztrogénpótló kezelés

A stroke kockázata nőknél hirtelen megemelkedik menopauzában. Kimutatták, hogy az egészséges nőknél végzett hormonpótlás az ischaemiás stroke rizikóját emeli. A stroke kockázata - vélhetően - csak a hosszú távú hormonpótló kezelés esetén növekszik (>5 év).

3. Az ellenőrzés alapját képező finanszírozás szempontból lényeges sarokpontok

A finanszírozási ellenőrzés során elsődlegesen azt vizsgáljuk, hogy a kezelő orvosok betartják-e a kihirdetett finanszírozási rendet, különös tekintettel a következő főbb ellenőrzési sarokpontokra, melyek természetesen az ellenőrzés céljának megfelelően változhatnak.

3.1. A hipertóniás betegek vérnyomáscsökkentő kezelésben részesülnek?

3.2. Antihipertenzív szerek bevezetése előtt a betegek rizikó csoportba sorolása megtörtént és dokumentált?

3.3. A betegdokumentáció alátámasztja, hogy a beteg vérnyomását kontrollálták?

3.4. A pitvarfibrilláló betegek antikoaguláns kezelésben részesülnek?

3.5. A betegek részesülnek lipid csökkentő terápiában, amennyiben a laborértékeik ezt alátámasztották?

3.6. A lipidcsökkentésben sztatint alkalmaztak?

4. A finanszírozási eljárásrend alkalmazásának hatását mérő minőségi indikátorok

4.1. A finanszírozási eljárásrend hatását a következő indikátorokkal kívánjuk mérni:

4.1.1. A területre fordított közkiadások alakulása.

4.1.2. A helyes, finanszírozott algoritmus szerint kezelt betegek aránya.

4.2. Rövidtávon értékelhető mutatók:

4.2.1. Antithrombotikus terápiában részesült betegek aránya

4.2.2. Pitvarfibrilláló betegek esetében a CHADS₂≥2 pontszám mellett antikoagulált, és a

terápiás tartományban antikoagulált betegek aránya

4.2.3. Lipidcsökkentő terápiában részesült betegek aránya

4.2.4. A lipidcsökkentő terápia során sztatín kezelésben részesült betegek aránya

4.2.5. A vérnyomáscsökkentő terápiában részesült betegek aránya

4.3. Hosszútávon értékelhető mutatók:

4.3.1. Kockázati tényezők miatt gondozásba vett betegek számának alakulása

4.3.2. Cerebrovaszkuláris thrombotikus epizódok száma

4.3.3. Stroke után dependens (önálló életvitelében valamilyen formában segítségre szoruló) betegek számának alakulása

4.3.4. Stroke miatt meghalt betegek számának alakulása

5. A finanszírozás szempontjából lényeges finanszírozási kódok

Az alábbiakban felsoroljuk a fontosabb finanszírozási kódokat, tájékoztatási céllal.

5.1. Fontosabb BNO kódok

	A	B
1	BNO	BNO megnevezése
2	G4500	Vertebrobasilaris syndroma
3	G4510	Arteria carotis syndroma (féltekei)
4	G4520	Többszörös és kétoldali praecerebralis arteria syndromák
5	G4530	Amaurosis fugax
6	G4580	Egyéb, átmeneti agyi ischaemiás attackok és rokon syndromák
7	G4590	Átmeneti agyi ischaemiás attack (TIA) k.m.n.
8	I6300	Agyi infarctus a praecerebralis ütőerek rögösödése miatt
9	I6310	Agyi infarctus a praecerebralis ütőerek emboliája miatt
10	I6320	Agyi infarctus a praecerebralis art. k.m.n. elzáródása-szűkülete miatt
11	I6330	Agyi infarctus a cerebralis ütőerek rögösödése miatt
12	I6340	Agyi infarctus a cerebralis ütőerek emboliája miatt
13	I6350	Agyi infarctus a cerebralis art. k.m.n. elzáródása-szűkülete miatt
14	I6360	Agyi infarctus az agyi visszerek nem suppuratív rögösödése miatt
15	I6380	Agyi infarctus, egyéb
16	I6390	Agyi infarctus, k.m.n.
17	E7800	Tiszta hypercholesterinaemia
18	E7820	Kevert hyperlipidaemia
19	E7840	Egyéb hyperlipidaemia
20	E7850	Hyperlipidaemia, k.m.n.
21	I48H0	Pitvari fibrillatio és flutter

5.2. Fontosabb OENO kódok:

	A	B
1	OENO	OENO megnevezés
2	11041	Vizsgálat
3	11301	Kontrollvizsgálat, konzílium
4	88460	Vérvétel
5	28620	Prothrombin meghatározása
6	28610	Thrombin idő meghatározása
7	28621	Aktivált parciális thromboplastin idő
8	3612D	Echocardiographia color Doppler
9	12601	EKG végtag és mellkaselvezetéssel
10	3617A	Duplex UH, nyaki erek
11	36112	Nyaki erek UH vizsgálata
12	3616C	Transcraniális Doppler vizsgálat

13	34410	Agykoponya natív CT vizsgálata
14	34490	CT angiográfia koponya
15	34411	Agykoponya CT vizsgálat iv. kontrasztanyag adását követőleg
16	34915	Agykoponya MR vizsgálat natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg
17	34948	MR angiográfia, iv. kontrasztanyag adása nélkül
18	34949	MR angiográfia, iv. kontrasztanyag adásával
19	33341	Szelektív arteriographia - további ágak, áganként
20	33351	Szuperszelektív arteriographia - további ágak, áganként

5.3. Fontosabb HBCs kódok

	A	B
1	HBCS	HBCS megnevezése
2	01M015D	Cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA) praecerebralis elzáródással, rt-PA kezeléssel
3	01M015A	Cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA) praecerebralis elzáródással, speciális kezeléssel
4	01M015C	Cerebrovascularis betegségek speciális vizsgálatokkal igazolva
5	01M015F	Cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA) praecerebralis elzáródással, speciális kezelés nélkül 18 év felett
6	01M0210	Hypertensiv encephalopathia
7	01M0160	Átmeneti ischaemiás agyi keringésszavar (TIA)
8	01M0170	Egyéb cerebrovascularis rendellenességek

5.4. Fontosabb ATC kódok

	A	B
1	ATC	ATC megnevezés
2	B01AC04	clopidogrel
3	B01AC05	ticlopidin
4	B01AC06	acetilszalícilsav
5	B01AC30	thrombocytá aggregációt gátlók kombinációi, kivéve heparin
6	B01AD02	alteplase
7	B01AD11	tenekteplase
8	C10AA01	simvastatin
9	C10AA05	atorvastatin
10	C10AA07	rosuvastatin
11	C10AX09	ezetimibe
12	C10BA02	ezetimibe és simvastatin
13	C10BA05	atorvasztatin és ezetimibe
14	C09A	ACE-inhibitorok önmagukban
15	C09B	ACE-inhibitorok kombinációban
16	C09CA	angiotensin II antagonisták önmagukban
17	C09D	angiotensin II antagonisták kombinációi
18	C07AB02	metoprolol
19	C07AB07	bisoprolol
20	C07AB12	nebivolol
21	C07AG02	carvedilol
22	C07BB07	bisoprolol+thiazidok
23	C07FB02	metoprolol+egyéb vérnyomáscsökkentők
24	B01AA03	warfarin
25	B01AA07	acenokumarol
26	B01AB04	dalteparin
27	B01AB05	enoxaparin
28	B01AB06	nadroparin
29	B01AB12	bemiparin
30	B01AE07	dabigatran etexilate
31	B01AX06	rivaroxaban
32	B01AF02	apixaban
33	B01AF03	edoxaban

6. Fogalmak, rövidítések:

ACE-gátlók:	angiotenzin-konvertáló enzim gátlók
ASA:	acetilszalicilsav
ARB:	angiotenzin receptor blokkolók
CAS:	a. carotis stent
CEA	carotis endarterectomia
INR:	Nemzetközi Normalizált Ráta
NOAC:	novel oral anticoagulans
PF:	pitvarfibrilláció
SR:	lassú felszívódású készítmény
TIA:	átmeneti agyi keringészavar (tranziens ischaemiás attack)”