

Hrvatska mreža primarne perkutane koronarne intervencije danas

Dana 15. svibnja 2010. u Zagrebu je u organizaciji Radne skupine za akutni koronarni sindrom Hrvatskog kardiološkog društva i koronarne jedinice Kliničke bolnice Sestara milosrdnica održan jednodnevni simpozij „Hrvatska mreža primarne perkutane koronarne intervencije danas“. Ujedno je to bila prilika da se skromno obilježi obljetnica koronarne jedinice KB Sestara milosrdnica. Simpozij je pri-vukao stotinjak sudionika, a održan je zahvaljujući sponzorstvu farmaceutske tvrtke Krka Pharme, koja već godinama potpomaže Radnu skupinu za akutni koronarni sindrom.

U uvodnom izlaganju doc. dr. sc. Dijana Delić-Brkljačić pozdравila je dosadašnje organizacijske dosege i više nego dobre rezultate svih centara uključenih u Hrvatsku mrežu primarne perkutane koronarne intervencije (PCI). U daljem izlaganju se prof. dr. sc. Davor Miličić, predsjednik Hrvatskog kardiološkog društva, osvrnuo na 2002. godinu kada je Češko kardiološko društvo deklariralo primarnu PCI, tj. mehaničko intervencijsko otvaranje ugruškom začeljene koronarne arterije u akutnom srčanom infarktu, superiornom metodom u odnosu na trombolizu. Rezultate njihove Prag I, a zatim Prag II studije Europsko kardiološko društvo uvrstilo je u svoje smjernice zbrinjavanja i liječenja

Hrvatska mreža primarne perkutane intervencije, organizirana 2005. godine, međunarodno je prepoznati sustav dobre organizacije urgentnog liječenja kardioloških bolesnika. Osnutkom „mreže“ polazilo se od principa postupne implementacije u sustav zdravstvene zaštite, a sve u cilju osiguranja jednake razine liječenja akutnoga srčanog infarkta u svim dijelovima Hrvatske. Rezultati mreže usporedivi su s onima bogatijih zemalja i dokazuju da pošten i stručan rad može nadoknaditi manjak finansijskih sredstava. Organiziranjem simpozija 15. svibnja 2010. želja vodstva Radne skupine za akutni koronarni sindrom bila je okupljanje svih sudionika urgentnog liječenja bolesnika s akutnim infarktom miokarda. Ujedno, bila je to i prigoda za obilježavanje 40. godišnjice osnivanja koronarne jedinice KB Sestara milosrdnica.

akutnog infarkta miokarda sa ST elevacijom (STEMI) 2003. godine, a 2004. godine Američko kardiološko društvo. To su bili poticaji za nastanak i razvoj Hrvatske mreže primarne PCI. Ujedno je prof. dr. sc. Miličić istaknuo da dobrom organizacijom „naše mreže“ više od 70% populacije Hrvatske ima ispunjene uvjete liječenja primarnom perkutanom intervencijom (Češka oko 90%). Nadalje je naglasio da je do postizavanja još boljih rezultata potreban niz daljih napora u organizacijskom i logističkom smislu, pa da je održani skup u cilju promicanja i interaktivnog razrješavanja te problematike imao puno opravданje.

Slijedili su vrlo emotivni istupi prof. dr. sc. Šime Mihatova i prim. dr. Vlade Sjerobabskog, koji su se prisjetili liječenja srčanog infarkta nekada, prije osnutka koronarnih jedinica i

prije intervencijskog liječenja, kada je hospitalna smrtnost iznosila do 35%, a trajanje liječenja do 35 dana. Prof. dr. sc. Vjeran Nikolić Heitzler, predsjednik Radne skupine za akutni koronarni sindrom i voditelj koronarne jedinice KB Sestara milosrdnica, u svojem se izlaganju osvrnuo na četrdeset godina postojanja koronarne jedinice, deset godina 24-satne službe primarne PCI u KB Sestara milosrdnica i pet godina Hrvatske mreže primarne PCI. Podsjetio je da su prve koronarne jedinice osnovane kasnih šezdesetih godina prošlog stoljeća diljem svijeta u Sydneyu, Kansas Cityju, Philadelphia, Londonu, Edinburghu,

Obljetnica koronarne jedinice KB „Sestara milosrdnica“

Koronarna jedinica KB Sestara milosrdnica počinje djelovati 23. rujna



Prof. dr. sc. Šime Mihatov održao je jedno od uvodnih izlaganja prisjetivši se visoke smrtnosti osoba oboljelih od srčanog infarkta prije osnivanja koronarnih jedinica i prije implementacije primarne PCI kod akutnog srčanog infarkta



Uz prof. dr. sc. Vjerana Nikolića Heitzlera (za govornicom) sudionici okruglog stola o mreži primarne PCI bili su (na slici s lijeva): prim. dr. sc. Albino Jović, dr. Hrvoje Stipić, prof. dr. sc. Jure Mirat, mr. sc. Željko Plazonić, dr. Giunio Lovel, doc. dr. sc. Maja Strozzi, mr. sc. Zdravko Babić, prof. dr. sc. Davor Miličić i dr. Đeidi Prvulović

1970. i najstarija je KJ na prostoru jugoistočne Europe. Od njenog osnutka do 30. travnja 2010. liječeno je 24.679 bolesnika. U začecima intervencijskog zbrinjavanja STEMI infarkta u svijetu, već od 1998. primjenjena je ta metoda u Zavodu za kardiovaskularne bolesti KB Sestara milosrdnica, a od 1. listopada 2000. bolnica je prva u Hrvatskoj implementirala 24-satnu pripravnost primarne PCI. Nužno je istaknuti da se u bolesnika kod kojih se primjenila metoda mehaničke reperfuzije akutnog STEMI infarkta drastično smanjila smrtnost i danas ona iznosi oko 5%, a trajanje liječenja do sedam dana.

Vrijedno je napomenuti da je KJ od 1970. do 1990. radila na starijо lokaciji s pet kreveta i da je u tih prvih 20 godina zbrinula 8678 bolesnika. Od 1991. radi na novoj lokaciji s osam kreveta te je do 2000. zbrinula 7870 bolesnika. Posljednjih devet godina zbrinula je 7793 bolesnika, a broj posebice raste od 2005., kada na inicijativu Radne skupine za akutni koronarni sindrom Hrvatskog kardiološkog društva počinje projekt Hrvatske mreže primarne PCI, kojom KB Sestara milosrdnica pokriva ne samo pripadajuće općine Zagreba već i STEMI bolesnike Karlovačke županije, u kraćem razdoblju Varaždinske, a od 2007. i Sisačko-moslavačke županije. Pripadajuća mreža KB Sestara milosrdnica odnosi se na populaciju od 600.000 stanovnika Zagreba, tako i onih transportiranih iz drugih sredina, a rezultirala je zbrinjavanjem 1030 bolesnika godišnje (rezultati za 2009. g.). Samim time značajno se smanjio prosjek ležanja u KJ – s 3,42 dana 2000. na 2,83 dana 2009. godine. U sklopu svog izlaganja autor je u više navrata istaknuo da dobri rezultati ovise o timskom radu visokoeduciranog osoblja, ne samo liječnika već i medicinskog osoblja raznih profila.

Međunarodna prepoznatljivost Hrvatske mreže primarne PCI

Mr. sc. Zdravko Babić, tajnik Radne skupine za akutni koronarni sindrom, prikazao je prve rezultate Hrvatske mreže primarne PCI (2005.-2007.) u međunarodnim

Aktualno stanje Hrvatske mreže primarne PCI, 2009.

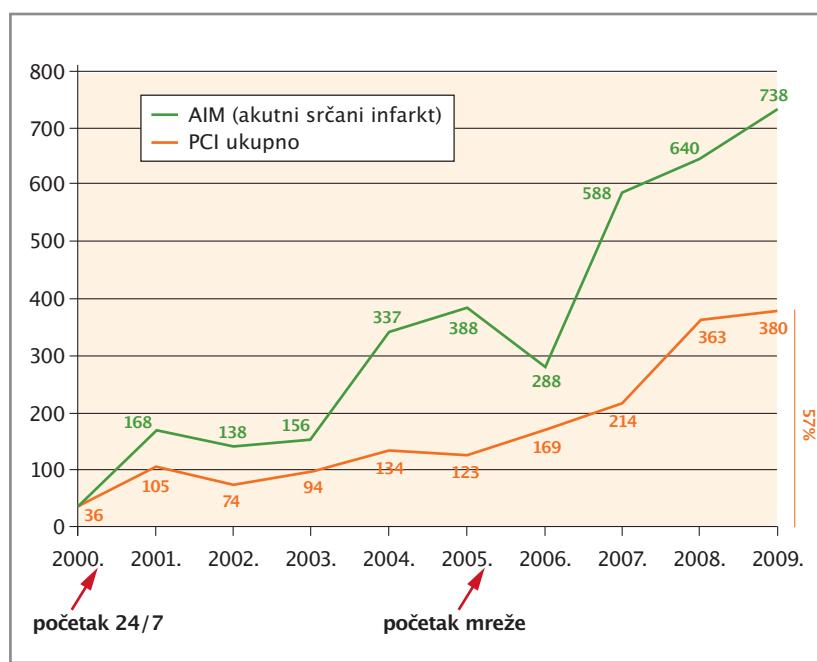


Nadamo se da će još dva centra – Zadar i Slavonski Brod primarnom PCI pokrivati svoja okolna područja na bazi 24/7. Danas obavljaju primarnu PCI kod akutnih STEMI bolesnika samo tijekom redovnog radnog vremena.

okvirima. Podsetio je da je „mreža“, osnovana 2005. na osnovi tada recentnih znanstvenih rezultata, primarno kao pilot-projekt koji se

odnosio na dva „prstena“ oko Zagreba i Rijeke, i da je pritom pokrivala populaciju od više od dva milijuna stanovnika. Od 2008. godine odnosi

Ukupan broj bolesnika liječenih koronarnom intervencijom u KB Sestara milosrdnica u razdoblju od 2000. do 2009. godine



se na gotovo čitavu Hrvatsku s 10 intervencijskih centara, od kojih svega jedan nema 24-satnu službu. Polazilo se od principa postupne implementacije u sustav zdravstvene zaštite, a sve u cilju osiguranja jednake razine liječenja akutnoga srčanog infarkta u svim dijelovima Hrvatske. Značajno je napomenuti da je mreža od osnutka imala podršku Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Prije nepuna dva mjeseca u vrlo kratkom slijedu objavljena su dva članka u vodećim kardiološkim časopisima u svijetu, u kojima se odaje priznanje rezultatima hrvatske mreže, koja je smanjila smrtnost hospitaliziranih za 50% u odnosu na ostale vidove liječenja srčanog infarkta. U radu objavljenom u „European Heart Journal“, među 30 europskih zemalja po uspješnosti i dosezima primarne PCI Hrvatska je rangirana ispred nekih drugih zemalja Europe poput Španjolske, Engleske, Francuske i Italije. Gotovo istovremeno je objavljen članak u „American Journal of Cardiology“, u kojem je iznesena teza da Hrvatska i sa znatno nižim bruto nacionalnim dohotkom po glavi stanovnika (BNP), 38. u svijetu, može ostvariti identične rezultate sa zemljama znatno višeg BNP-a, poput SAD-a, koji je 10. u svijetu, i to zahvaljujući dobroj organizaciji i

izvrsnosti na svim razinama zbrinjavanja srčanog infarkta.

Ukratko su prikazani i već do sada objavljeni rezultati studije u razdoblju od 1. rujna 2005. do 31. kolovoza 2007. s osam uključenih PCI centara (KB Sestara milosrdnica, KBC Zagreb, KB Dubrava, KBC Rijeka, KBC Split, KB Osijek, OB Sveti Duh, SB Magdalena), pri čemu je bilo uključeno 1190 akutnih STEMI bolesnika liječenih primarnom PCI, a od toga 513 transportiranih i 677 netransportiranih. Analizirajući rezultate uočeno je da su u tom, prvom razdoblju liječnici zazirali od transportiranja teških bolesnika, osobito onih s kardiogenim šokom, da je vrijeme od pojave bola do prvog kontakta s liječnikom bilo identično kod obje grupe bolesnika, a da je transport, što je i očekivano, bio dulji kod transportiranih bolesnika. Evidentno nisu postojale značajnije razlike u krajnjem ishodu bolesti, tj. bolesnici diljem Hrvatske ostvarili su identičnu razinu liječenja.

Iskustva intervencijskih centara u zbrinjavanju bolesnika sa STEMI infarktom

U sesiji koja je slijedila u trajanju od 150 minuta dana je mogućnost svakom od 10 intervencijskih centara za prikaz podataka za razdoblje od 2008. do 2009. godine kako bi se uočili pomaci u organizaciji zbrinjavanja bolesnika i kako bi svaki centar ukazao na svoje probleme.

U prikazu rada intervencijskog centra KB Sestara milosrdnica doc. dr. sc. Hrvoje Pintarić ukazao je na trend povećanja broja transportiranih hemodinamski teških bolesnika, a što prije nije bio slučaj, i na problem sve učestalije potrebe urgen-

tnog zbrinjavanja NSTEMI (bez ST elevacije segmenta u EKG-u) bolesnika kojih je broj sve veći, karakteristični su za stariju životnu dob, vrlo često uključuju višežilnu koronarnu bolest, a prognoza i smrtnost im se u praćenju do 12 mjeseci izjednačuju sa STEMI infarktom. Aktualne smjernice liječenja NSTEMI bolesnika indiciraju intervencijsko liječenje, po potrebi i hitno. Odlukom HZZO-a ti bolesnici također ispunjavaju uvjete za hitnu intervenciju.

Doc. dr. sc. Maja Strozzi, prikazujući rezultate KBC Zagreb, naglasila je da netransportirani bolesnici imaju značajno dulje razdoblje od početka tegoba do javljanja liječnika u odnosu na transportirane. Vrijeme transporta je značajno dulje za transportirane bolesnike. Urgentna PCI je provedena samo kod 15% NSTEMI bolesnika.

Navodeći rezultate KB Dubrava, dr. sc. Boris Starčević je pokazao gotovo idealna vremena od početka bolova do prvog kontakta s liječnikom kod obje skupine bolesnika. Nešto je veća incidenciju šoka kod netransportiranih bolesnika i sve veću potrebu urgentne intervencije kod NSTEMI infarkta, pa oni čine 25% svih primarnih PCI.

Mr. sc. Željko Plazonić u prikazu rezultata KBC Rijeka posebno je naveo dug transport ukazujući na manjkavu organizaciju nekih područnih centara koji bolesnike upućuju primarno u ustanovu s nemogućnosti intervencije, a zatim se isti bolesnik, često na povratku korišteći isti cestovni pravac, naravno u obrnutom smjeru, upućuje u intervencijski centar.

U prikazu KBC Split dr. Lovel Giunio je navodeći u globalu dobre

TABLICA 2. Rezultati Hrvatske mreže primarne PCI

	DANAMI	PRAGUE-1	PRAGUE-2
Mortalitet (30 dana nakon pPCI)	6,6%	7,0%	6,8%
Hrvatska mreža pPCI	All pts.	T pts.	N-T pts.
Mortalitet (rani)	4,4	3,0%	5,8%
Mortalitet (6 mj. follow-up)	1,2	0,5%	2,2%

Rezultati Hrvatske mreže primarne PCI (transportirani T i netransportirani N-T) ne zaostaju za rezultatima Danske (Danami) i Češke mreže (Prague-1 i 2)

rezultate istaknuo da se u tom centru ne može izvršiti podioba na transportirane i netransportirane bolesnike jer se radi o jedinoj bolničkoj ustanovi u širem krugu. Ujedno se radi o gotovo jedinom centru koji sporadično i rijetko koristi potrebe i helikopterskog prijevoza.

Zastupajući SB Magdalenu, dr. Hrvoje Stipić je naveo da je riječ o ustanovi s relativno manjim brojem primarnih PCI, svega 10% s obzirom na ukupan broj PCI, međutim s vrlo dobrim rezultatima i idealno ostvarenim vremenima. To je, po njegovim riječima, lako objašnjivo s obzirom na malo područje Zagorja koje ustanova pokriva.

Prof. dr. sc. Jure Mirat prikazao je rad intervencijskog centra OB Sv. Duh, koji pokriva 170.000 građana pripadajućih zagrebačkih općina, a u nastavku svojeg izlaganja je istaknuo predložak registra intervencija.

Doc. dr. sc. Robert Steiner prikazao je rad KB Osijek posebno nampionjući da pokriva pet županija s izrazito dugim transportom bolesnika zbog niza okolnosti. Za pozitivni primjer naveo je bolnicu u Vinkovcima s kojom je ostvarena optimalna organizacijska suradnja. Naveo je i problem koji sve više-manje tišti, a to su finansijska sredstva uplaćena od HZZO-a koja tek dijelom bivaju iskorištena za nabavu intervencijskog materijala.

Prim. dr. sc. Albino Jović prikazao je probleme OB Zadar, koja je tek od lipnja 2008. uključena u 24-satnu pripravnost, no uz vrlo dobre rezultate. Istaknuo je da bolnica sve više koristi transradikalni pristup.

U konačnici, dr. Đeiti Prvulović dao je prikaz rada OB Slavonski Brod, jedinog centra koji nije još uveo 24-satnu pripravnost pa se intervencije rade jedino tijekom radnog vremena. Drugim riječima, 40% STEMI infarkta se zbrinjava fibrinolizom, a do 30% infarkta ne dobiva bilo kakav vid reperfuzijske terapije.

U završnici skupa organiziran je okrugli stol u kojem su sudjelovali gotovo svi navedeni predavači. Elaborirani su brojni problemi. Spomenuto je pitanje intervencijskog centra u Dubrovniku, koji isti bez sumnje zavređuje usprkos manjega

 European Heart Journal 2010; 31: 943–957
 Clinical Research
Coronary heart disease

Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries

Petr Widimsky,¹ William Wijns,² Jean Fajadet,³ Mark de Belder,⁴ Jiri Knot,⁵ Lars Aberson,⁶ George Andrikopoulos,⁷ Jose Antonio Baz,⁸ Amadeo Bertrán,⁹ Marc Clays,¹⁰ Nicholas Danchin,¹¹ Svetozko Djambasov,¹² Paul Erne,¹³ Juha Hertkainen,¹⁴ Kurt Huber,¹⁵ Peter Januzzi,¹⁶ Sten Kragh,¹⁷ David Krueger,¹⁸ Peter Ludman,¹⁹ James McGuire,²⁰ Ferri,²¹ Bela Merkely,²² Andrej Novak,²³ Mihai Nedić,²⁴ Grzegorz Opiłski,²⁵ Miodrag Ostojić,²⁶ Dragana Radovancevic,²⁷ Marco De Servi,²⁸ Ulrich Steinbrück,²⁹ Martin Studený,³⁰ Marco Tuhar,³¹ Zorana Vasiljević,³² Franz Weindling,³³ Adam Witkowski,³⁴ and Uwe Zeymer³⁵ on behalf of the European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions³⁶

Cardiovascular Network of the European Society of Cardiology

Aims
Patients access to reperfusion therapy and the use of primary percutaneous coronary intervention (PCI) or thrombolytic (TIA) vary considerably between European countries. The aim of this study was to obtain a realistic picture of the present picture of new patients with ST elevation myocardial infarction (STEMI) in Europe.

Methods and results
The changes of the national working group practices of revascularized outcome in European countries and related experts known to be involved in the national regions joined the writing group upon invitation. Data were collected by the writing group members from their national working groups and the results were aggregated and presented in each group country and those with more than 100 new patients with STEMI in 2008. The results of the national and regional regions in 30 countries were included in the analysis. The annual incidence of new STEMI patients in each of the countries was 20–30% and the age range 30–75 years. The mean age of patients with STEMI ranged from 60 years in France to 68 years in Italy. The mean age of patients with STEMI was 64 years. The mean time to treatment with thrombolytic or PCI ranged from 175 min in France to 100 min in Italy and the rate of door-to-balloon time was 90% and the rate of door-to-pulse was 2 h. In 2008, the annual incidence of new patients with STEMI was 160,000 and the rate of STEMI patients who received thrombolytic or PCI was 95%. A total of 103,000 patients with STEMI received thrombolytic or PCI therapy and the rest of the patients (37%) received PCI. In 10 countries where PCI was the dominant strategy, the number of PCI procedures per 1000 per year was 406, whereas in countries where TIA was the dominant strategy, the number of PCI procedures per 1000 per year was 356. In 2008, the mean time to arrival to the hospital was 53 min and the median time to treatment after admission was 100 min.

Results of the Croatian Primary Percutaneous Coronary Intervention Network for Patients With ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction

Vjeronik Nikolici Heitzler, PhD,¹ Zdravko Babic, MD,² Damir Milice, PhD,³ Mijo Borovic, PhD,⁴ Miroslav Rupcic, MD,⁵ Jure Mirat, PhD,⁶ Maja Sirota, PhD,⁷ Zeljko Pavacic, MD,⁸ Lovro Grgic, PhD,⁹ Robert Steiner, PhD,¹⁰ Bozo Starevc, PhD,¹¹ and Ivica Velickovic, PhD¹²

The Republic of Croatia, with a gross domestic product per capita of US\$31,254, is an emerging market economy. The goal of the present investigation was to prove that a non-emergent primary percutaneous coronary intervention in a less developed country equally improves the prognosis of all patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) as compared with patients in highly developed countries. We prospectively investigated 1,190 patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction treated by primary PCI or thrombolysis in 10 centers in the Republic of Croatia (472 transfected and 313 transferred). The postprocedural thrombolysis in myocardial infarction score was 1.43, and incidence of major adverse cardiovascular events on (3.8%), postoperative death (0.8%), and incidence of major adverse cardiovascular events (2.5%) were similar to those in highly developed countries. The annual incidence of new STEMI patients in the country was 200 per 10,000 individuals, and the mean age of patients was 64 years. Women were more frequently affected than men (33.6% vs. 25.9%, P < 0.001), and there was no difference in the gender distribution between the transferred and non-transferred patients overall or in the subgroup of patients \geq 75 years, women, and those with ST-elevation myocardial infarction in the anterior wall. The European Society for Cardiology (ESC) Intervention Network has obtained treatment results of acute ST-segment elevation myocardial infarction in the Republic of Croatia and compared it with those in highly developed countries. © 2010 Elsevier Inc. All rights reserved. (Am J Cardiol 2010;100:1260–1267)

The Republic of Croatia, with a gross domestic product per capita of US\$31,254, is an emerging market economy. The goal of the present investigation was to prove that a non-emergent primary percutaneous coronary intervention in a less developed country equally improves the prognosis of all patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) as compared with patients in highly developed countries. We prospectively investigated 1,190 patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction treated by primary PCI or thrombolysis in 10 centers in the Republic of Croatia (472 transfected and 313 transferred). The postprocedural thrombolysis in myocardial infarction score was 1.43, and incidence of major adverse cardiovascular events on (3.8%), postoperative death (0.8%), and incidence of major adverse cardiovascular events (2.5%) were similar to those in highly developed countries. The annual incidence of new STEMI patients in the country was 200 per 10,000 individuals, and the mean age of patients was 64 years. Women were more frequently affected than men (33.6% vs. 25.9%, P < 0.001), and there was no difference in the gender distribution between the transferred and non-transferred patients overall or in the subgroup of patients \geq 75 years, women, and those with ST-elevation myocardial infarction in the anterior wall. The European Society for Cardiology (ESC) Intervention Network has obtained treatment results of acute ST-segment elevation myocardial infarction in the Republic of Croatia and compared it with those in highly developed countries. © 2010 Elsevier Inc. All rights reserved. (Am J Cardiol 2010;100:1260–1267)

U radu objavljenom u „European Heart Journal“, među 30 evropskih zemalja po uspjehu i dosezima primarne PCI Hrvatska je rangirana ispred nekih drugih zemalja Europe poput Španjolske, Engleske, Francuske i Italije

gravitacijskog područja od svega 70.000 stanovnika, ali tijekom ljetnih mjeseci i svakodnevnih 15.000 turista. Kateterizacijski laboratorij u Dubrovniku u potpunosti je dovršen prije nepune godine dana, međutim njegova aktivnost se svodi na jedan dolazak vikendom gostujuće ekipe iz Zagreba. Ponovno se potvrđuje teza da usprkos velike investicije nije povedeno adekvatno kadrovsko planiranje pa su željeni rezultati izostali.

Nužnost daljnje unaprjeđenja, adekvatnog praćenja, vrednovanja i podrške primarne perkutane intervencije

Jedan od značajnih problema nazoran u više centara odnosi se na neodgovarajuće dug transport bolesnika u intervencijske centre i potrebe edukacije liječnika hitne pomoći u što ranijem prepoznavanju i zbrinjavanju bolesnika s akutnim srčanim infarktom. U diskusiji su svi sudionici isticali nužnost uvođenja registra jer se bez njega ne može suvislo razgovarati o pitanju smrtnosti, a time će se ikristalizirati centri koji zaziru od teških bolesnika, rezultati intervencija itd. Istaknuto je da se pacijentima s trajanjem tegoba manjim od tri sata i s transportom duljim od 90 minuta može primijeniti tromboliza preferirajući trombolitik s direktnim trombinskim učinkom poput

ateplaze, koji je registriran u našoj zemlji. Ti bolesnici su naravno kandidati za što skoriju koronarografiju i u 80% slučajeva za intervenciju.

Gotovo svi sudionici okruglog stola smatraju su da bi HZZO trebao kontrolirati bolnicama dodijeljena sredstva za intervencijsku kardiologiju. Kolege s KBC Zagreb ukazali su na nužnost obnavljanja dijagnostičke opreme jer muku muče s RTG aparatom, od kojih je jedan star 12, a drugi osam godina (amortizacijski vijek tih aparata iznosi 10 godina). Mnogi su isticali i neodgovarajuću naknadu pripravnosti za intervencijske kardiologe koja se od centra do centra razlikuje u rasponu 30–60–100% dežurstva, neovisno o broju intervencija i s obavezom punoga radnog vremena idućeg dana.

U diskusiji su načeta i druga brojna pitanja. Sudionici su bili više-manje zadovoljni dosadašnjim dosezima Hrvatske mreže primarne PCI i njenim priznanjem ne samo kod nas već i u svijetu, uza želju da se rezultati još unaprijede.

prof. dr. sc. Vjeran Nikolić Heitzler,
predsjednik Radne skupine za akutni koronarni sindrom,

mr. sc. Zdravko Babić,
tajnik Radne skupine za akutni koronarni sindrom