



Tadeusz Gburek

Lukasz Tulecki



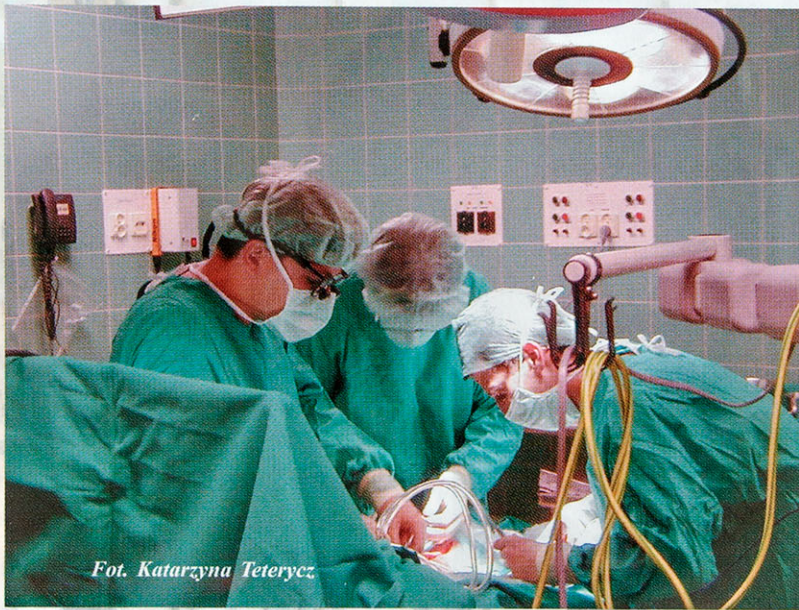
Stan obecny i perspektywy chirurgii serca na Zamojszczyźnie

Mówiąc o integracji z Unią Europejską nie sposób nie wspomnieć o służbie zdrowia. W powszechnej świadomości społecznej rysuje się obraz olbrzymiej przepaści dzielącej polską medycynę od zachodnioeuropejskiej. Rzeczywiście, w wielu dziedzinach medycyny mamy jeszcze dużo do zrobienia, jednak w zakresie kardiologii nie pozostajemy daleko w tyle. Jej poziom, szczególnie w aspekcie stosowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz zaawansowania technologicznego, nie odbiega od standardów europejskich. Rocznie w naszym kraju wy-

konuje się ponad 17 000 operacji kardiologicznych, co stanowi jednak jedynie 1/3 zapotrzebowania. Nadal dużym wyzwaniem jest dostępność tego typu leczenia w naszym kraju, a co za tym idzie świadomość społeczeństwa odnośnie aktualnych możliwości współczesnej kardiologii. Mimo że w kilku województwach ilość operacji na otwartym sercu w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców nawet przekracza średnią europejską (635 operacji na 1 000 000 ludności), to jednak w większości regionów, m.in. w województwie lubelskim, wskaźnik ten jest znacznie niższy (w 2000 r. wynosił 172). Utworzenie nowego ośrodka chirurgii serca w Zamościu wychodzi naprzeciw tym wyzwaniom.

Dzięki wspólnemu wysiłkowi środowiska me-

dycznego oraz władz samorządowych w dniu 23 czerwca 2001 roku w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II odbyło się uroczyste otwarcie Oddziału Kardiologii. Powstanie tego typu placówki w mieście niewojewódzkim, nie posiadającym akademii medycznej było dużym sukcesem. Do końca 2001 roku wykonano w zamojskim szpitalu 130 operacji kardiologicznych. W związku z zapotrzebowaniem na tego typu leczenie planowane jest stałe zwiększanie ilości operacji oraz ich zakresu.



Fot. Katarzyna Teterycz

Pierwsza operacja na otwartym sercu w Szpitalu im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

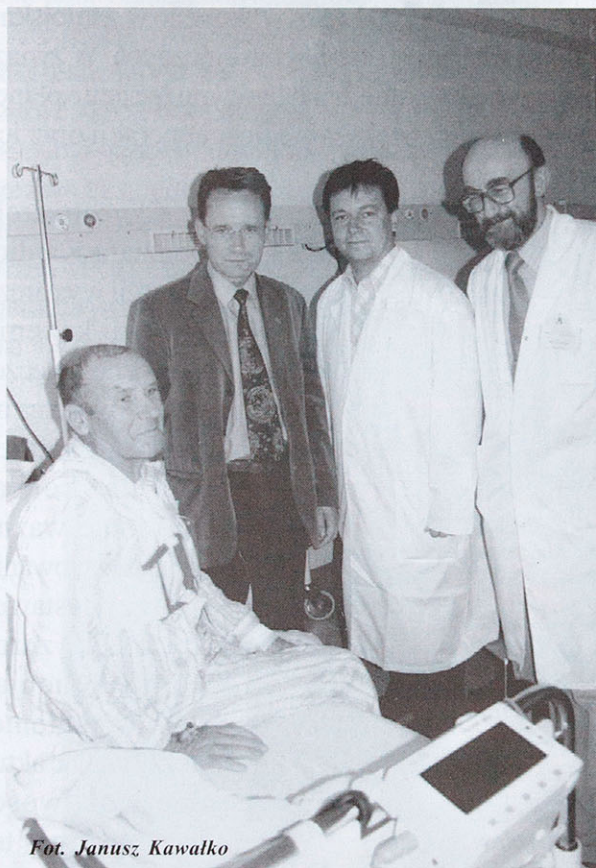
działającego pacjenta. Dużo zależy także od samego chorego i jego najbliższych. Odpowiednio wcześniej przeprowadzona diagnostyka znacznie rozszerza możliwości skutecznego leczenia. Zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej chorób serca odgrywa tu bardzo ważną rolę.

Operacja kardiologiczna jest zwięźleniem pewnego procesu diagnostycznego i leczniczego, który podzielić można na kilka etapów. Spróbujmy je

Czy otwarcie Oddziału Kardiologii wystarczy do zwiększenia skuteczności leczenia chorób serca na Zamojszczyźnie? Nie do końca. Ogromnie ważne jest zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej pracujących w regionie, którzy znając aktualne możliwości diagnostyczne i terapeutyczne muszą odpowiednio po-

prześledzić na przykładzie choroby niedokrwiennej serca, która jest powodem 80% interwencji kardiologicznych.

Przyczyną choroby niedokrwiennej serca, zwanej także chorobą wieńcową jest miażdżycy dotykająca tętnice wieńcowe serca. Nie można bagatelizować żadnych objawów ze strony serca. W przypadku stwierdzenia zmniejszonej tolerancji wysiłku, czyli pojawiania się wraz ze wzrostem jego natężenia bólu w klatce piersiowej, pieczenia, ucisku, gnecenia lub duszności, należy koniecznie zgłosić się do lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego). On na podstawie rozmowy z pacjentem, badania fizykalnego oraz po wykonaniu kilku prostych badań dodatkowych powinien skierować do dalszej diagnostyki kardiolo-



Fot. Janusz Kawalko

Pierwszy pacjent Władysław Karol, który przeszedł operację na oddziale Kardiochirurgii w Zamościu w otoczeniu (od lewej) dr Tadeusza Gburka, dr Andrzeja Duralka i dr Andrzeja Kleinroka

gicznej, obejmującej m.in. próbę wysiłkową, badanie echokardiograficzne. Są to badania proste i dostępne, a zarazem niezbędne do postawienia odpowiedniej diagnozy. W związku z tym, że czas odgrywa tu bardzo ważną rolę, obowiązkiem każdego lekarza pierwszego kontaktu jest w miarę możliwości jak naj-

szybsze przeprowadzenie pacjenta przez cykl badań diagnostycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania. Na podstawie ich wyniku dokonana jest kwalifikacja do bardziej specjalistycznego, tym razem już inwazyjnego badania - koronarografii, która umożliwia wizualizację naczyń wieńcowych

i zlokalizowanie zmian w ich obrębie. Badania tego typu wykonywane są w Zamościu w Pracowni Hemodynamiki Szpitala im. Papieża Jana Pawła II. Możliwości dalszego leczenia inwazyjnego jest kilka. W części przypadków, gdy miażdżycy w naczyniach wieńcowych nie jest jeszcze zaawansowana, możliwe jest poszerzenie zwężeń, co nosi ogólną nazwę angioplastyki (pełny jej zakres jest wykonywany w zamojskim szpitalu). Gdy jednak zmiany są bardziej zaawansowane, zwężenia krytyczne obejmują wiele naczyń, konieczna jest konsultacja kardiologiczna, na podstawie której po zapoznaniu się z dotychczasowymi badaniami dokonuje się kwalifikacji do leczenia operacyjnego choroby niedokrwiennej serca, czyli operacji pomostowania tętnic wieńcowych, tzw. "bypassów" (ang. CABG, coronary artery bypass grafting).

Istotą leczenia operacyjnego jest wykonanie pomostów omijających stwierdzone zwężenia w naczyniach wieńcowych. Używa się do tego celu własnych naczyń żylnych chorego, pobranych z kończyn dolnych oraz tętnic z klatki piersiowej i ewentualnie przedramienia. Operacja wykonywana jest w krążeniu pozaustrojowym - serce jest zatrzymywane, a jego funkcję przejmuje aparat zwany popularnie płuco-sercem. Oprócz klasycznego CABG w zamojskim szpitalu istnieje możliwość wykonania w szczególnych przypadkach także operacji bez krążenia pozaustrojowego typu OPCAB (ang. Off pump coronary artery bypass) oraz MIDCAB (ang. minimal invasive direct coronary artery bypass) z wykorzystaniem technik małoinwazyjnych.

We współpracy z Pracownią Hemodynamiki podejmuje się także tzw. leczenie hybrydowe, polegające na przeprowadzeniu równoczesnego lub następującego po sobie w niewielkim odstępie czasu zabiegu angioplastyki i chirurgicznego pomostowania tętnic wieńcowych.

Na kwalifikację do operacji "bypassów" można patrzeć niejako z dwóch stron. Po pierwsze trzeba mieć świadomość, że choroba serca jest na tyle zaawansowana, że nie jest możliwe skuteczne leczenie farmakologiczne lub za pomocą zabiegów angio-



plastyki. Z drugiej strony stan serca i naczyń jest jeszcze na tyle dobry, że istnieje możliwość operacyjnego leczenia, na które w zaawansowanej chorobie jest już za późno. Decyzję o leczeniu kardiochirurgicznym podejmuje się u pacjentów rzeczywiście tego potrzebujących, kiedy inne metody terapeutyczne nie są już możliwe. Operację trzeba przeprowadzić zanim dojdzie do pierwszego lub czasami kolejnego zawału, o skutkach trudnych do przewidzenia. Należy pamiętać, że ryzyko nieoperowania się znacznie przewyższa ryzyko samej operacji.

Chociaż chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca stanowi przeważającą większość interwencji kardiochirurgicznych, zamojski oddział zaj-

czenia, także kardiochirurgicznego.

Jest to ich obowiązkiem. Niestety do naszego oddziału często trafiają pacjenci z już przebytymi zawałami serca, z wieloletnim przebiegiem nieskutecznie leczonej farmakologicznie choroby wieńcowej, zbyt późno lub zbyt powoli diagnozowani. Znacznie zwiększa to ryzyko operacji, a nawet czyni ją niemożliwą. Dość często niestety konsultujemy pacjentów, którym z powodu zbyt zaawansowanej choroby nie możemy już pomóc. Żadne leczenie inwazyjne nie jest u nich możliwe. Byłoby inaczej, gdyby w odpowiednim czasie, na wcześniejszym etapie choroby, trafili do specjalisty. Czasami zdarza się, że pacjenci zakwalifikowani po koronarografii do leczenia operacyjnego nie wyrażają na nie zgody. Wracają do domu, a po pewnym czasie zjawiają się z powrotem w szpitalu, z nasileniem objawów wieńcowych lub nawet ze świeżym zawałem. Wówczas ryzyko operacji znacznie wzrasta, czasami niezbędna jest ponowna koronarografia, a u części pacjentów operacja nie jest już możliwa.



Fot. Janusz Kawalko

Nowoczesną pracownię kardiologiczną w szpitalu im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu prezentują (od lewej) dr Andrzej Kleinrok, dr Tadeusz Gburek, prof. Andrzej Bochenek i dr Andrzej Mielcarek

muje się także operacyjnym leczeniem wad zastawkowych, ubytków w przegrodzie międzyprzedsionkowej i międzykomorowej oraz tętniaków aorty. Planowane jest stałe poszerzanie zakresu przeprowadzanych operacji.

Kilka spraw koniecznie trzeba podkreślić. Po pierwsze bardzo dużo zależy od samych pacjentów, tj. od świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Osoba odczuwająca jakiegokolwiek objawy mogące sugerować choroby serca powinna koniecznie zgłosić się do lekarza. Zbyt późne zdiagnozowanie choroby, kiedy zmiany w sercu są już zaawansowane, uniemożliwia wdrożenie skutecznej terapii. Bardzo ważną rolę odgrywają tu lekarze pierwszego kontaktu, którzy powinni odpowiednio pokierować pacjentem i poinformować go o aktualnie dostępnych sposobach le-

operować pacjentów w zaawansowanej, niestabilnej fazie choroby wieńcowej, obarczonych znacznie zwiększonym ryzykiem operacyjnym.

Dzięki stałemu postępowi kardiochirurgii, badaniom naukowym i zaawansowaniu technologicznemu poszerzają się możliwości chirurgicznego leczenia chorób serca. Dotyczy to także Polski, a tym samym naszego regionu. W tej dziedzinie jesteśmy już bardzo blisko Europy. Dostępność do tego typu operacji wzrasta, wyzwaniem staje się stałe zwiększanie społecznej świadomości w tym zakresie i propagowanie odpowiednich zachowań prozdrowotnych. Niewielkim nakładem środków można tym wyzwaniom sprostać. Wymaga to jednak odpowiednich działań nie tylko środowiska medycznego, ale także władz samorządowych.