

Komentarz

Prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak

Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, CSK MSWiA, Warszawa

Z dużym zainteresowaniem, a jednocześnie pewnym niepokojem, przeczytałem list angiologów z Krakowa. Z zainteresowaniem dlatego, że jest to pierwsza oficjalna krytyczna reakcja środowiska angiologów na opracowane zalecenia. Należy przypomnieć, że w opracowywaniu zaleceń brali udział angiolodzy w osobach prezesa Polskiego Towarzystwa Angiologicznego — prof. Rajmunda Adamca, prezesa-elekta Polskiego Towarzystwa Angiologicznego — prof. Jacka Wrońskiego, konsultanta krajowego ds. angiologii — prof. Krzysztofa Ziaji oraz współautora listu — prof. Rafała Niżankowskiego. Jednym z inicjatorów powstania i opracowania zaleceń w obecnym kształcie był konsultant krajowy ds. angiologii, prof. Krzysztof Ziaja. Tak więc angiolodzy aktywnie uczestniczyli w przygotowaniu zaleceń, chociaż rzeczywiście prezentowali odmienny pogląd na wybrane problemy. Nie przypominam sobie jednak, aby protestowali przeciwko przyjęciu tego dokumentu jako oficjalnego stanowiska towarzystw naukowych, w tym Polskiego Towarzystwa Angiologicznego.

Jednak od zainteresowania większy jest niepokój, jaki wywołują niektóre stwierdzenia zawarte w tym liście. Niepokój mój wynika z tego, że prof. Rafał Niżankowski jest opiniotwórczym reprezentantem środowiska angiologów inwazyjnych. Dlatego sądzę, że sposób myślenia i problemy poruszane w tym liście są typowe dla całego środowiska. Wydaje się, że znaczna część problemów poruszanych przez Autorów jest wywołana przez obecny kształt programu specjalizacji, który daje angiologom możliwości wykonywania wszystkich, podkreślam — wszystkich — zabiegów wewnątrznaczyniowych. Mając takie możliwości i kompetencje, korzystają z tego bardzo szeroko. W większości przypadków, podobnie jak Autorzy listu, przeprowadzają te zabiegi bez właściwego zabezpieczenia chirurgicznego. W opinii autorów zaleceń, w tym moim również, właściwe zabezpieczenie to takie, które zapewnia choremu pełne bezpieczeństwo. Pełne bezpieczeństwo może zapewnić jedynie obecność chi-

rurga naczyniowego i sali operacyjnej w miejscu, w którym zabieg jest wykonywany. Stąd koncepcja tworzenia Centrów Leczenia Chorób Naczyń. Nie przemawia do mnie argument przytaczany przez Autorów listu, chyba nie do końca prawdziwy, o dużej sprawności transportu medycznego w Polsce. Bardziej niepokojąca jest propozycja, aby pomocy w przypadku powikłań po zabiegach wewnątrznaczyniowych udzielał „rejonowy oddział chirurgiczny”, bo jak piszą Autorzy: „Przecież chlebem powszednim w tak zwanym ‘rejonie’ jest leczenie ostrego niedokrwienia kończyn i urazów naczyń...”. Pomysł taki świadczy o kompletnej nieznajomości problemów związanych z jatrogennymi urazami tętnic, w tym także wywołanymi niepowodzeniem zabiegów wewnątrznaczyniowych. To nie tylko zaopatrzenie tętniaka rzekomego powstałego w miejscu nakłucia tętnicy. W wielu przypadkach jatrogenne urazy tętnic są skomplikowane (rozwarstwienia, rozerwania, pęknięcia, zakrzepy) i wymagają wykonania trudnych operacji rekonstrukcyjnych. Przeprowadzenie tych zabiegów wymaga bardzo dużego doświadczenia. Chirurg ogólny w rejonowym oddziale chirurgicznym w większości przypadków nie dysponuje ani doświadczeniem, ani możliwościami zaopatrzenia takich urazów. Program specjalizacji z chirurgii ogólnej nie wymaga nabycia umiejętności wykonywania skomplikowanych operacji rekonstrukcyjnych tętnic. Wymaga natomiast nabycia umiejętności wykonania embolektomii i w ograniczonym zakresie naprawy prostych uszkodzeń tętnic. Te ostatnie działania prowadzą się niejednokrotnie do opanowania krwawienia i założenia *shuntu* zapewniającego ukrwienie kończyny na czas transportu na oddział chirurgii naczyniowej lub przybycia specjalisty — chirurga naczyniowego. Następstwem niedokrwienia kończyny dolnej w przebiegu powikłań po zabiegu wewnątrznaczyniowym może być utrata kończyny, co jest kalectwem, ale w większości przypadków nie zagraża życiu chorego. Znacznie większe zagrożenie stwarzają powikłania zabiegów wewnątrznaczyniowych w obrębie

tętnic trzewnych. Pęknięcie, rozwarstwienie czy zakrzep tętnicy nerkowej, kręzkowej górnej czy pnia trzewnego mogą wymagać pilnej operacji rekonstrukcyjnej. Podobnie uszkodzenie czy rozwarstwienie aorty w sąsiedztwie odejścia tych tętnic. Opóźnienie rozpoczęcia operacji grozi niedokrwieniem jelit, nerki, wątroby ze wszystkimi tego groźnymi następstwami. Może wywołać groźny dla życia krwotok z uszkodzonej aorty. W tych przypadkach zabezpieczenie chirurgiczne w miejscu wykonywania zabiegów wewnątrznaczyniowych jest konieczne, gdyż przewożenie chorego do ośrodka chirurgii naczyniowej może być ryzykowne. Oddzielnego omówienia wymaga problematyka angioplastyki tętnic szyjnych. Wielu angiologów, w tym także Autorzy listu, wykonuje te zabiegi również bez zabezpieczenia chirurgicznego. W przypadku wystąpienia powikłań w tej grupie chorych czasu na reakcję jest wyjątkowo mało i trudno sobie wyobrazić przewożenie chorego z dokonującym się udarem do ośrodka chirurgii naczyniowej w celu wykonania operacji naprawczej.

Autorzy listu, protestując przeciwko ograniczeniu wykonywania zabiegów wewnątrznaczyniowych do Centrów Leczenia Chorób Naczyń, przedstawiają swoje znakomite wyniki (4 powikłania wymagające interwencji chirurgicznej na 640 zabiegów — 0,63%). W piśmiennictwie spotyka się znacznie większe odsetki powikłań, sięgające 2,1–6,6% [1]. Biorąc pod uwagę liczbę wykonywanych zabiegów diagnostycznych i leczniczych we wszystkich obszarach układu naczyniowego, liczba powikłań wymagających leczenia chirurgicznego jest więc znaczna.

Zupełnym nieporozumieniem wydaje się stwierdzenie dotyczące wykonywania zabiegów wewnątrznaczyniowych przez radiologów interwencyjnych. Autorzy piszą: „...angiolog czy **radiolog interwencyjny** stosujący w praktyce te zalecenia [klasyfikacji TASC II — dopisek aut.] nie ma obowiązku konsultowania tych chorych z chirurgiem naczyniowym i ma prawo do **samodzielnego**

wdrożenia w tych przypadkach leczenia wewnątrznaczyniowego” [podkr. aut.]. O tym, że robią tak angiolodzy, wiemy wszyscy. Nie znam jednak ośrodków, może poza jednym, w których zabiegi wewnątrznaczyniowe byłyby wykonywane przez radiologów interwencyjnych bez współpracy z chirurgami naczyniowymi.

List ten odbieram jako fragment toczącej się od lat dyskusji na temat tego, kto może i powinien wykonywać zabiegi wewnątrznaczyniowe w różnych obszarach układu tętniczego. Jeszcze nie tak dawno podziały były jasne: kardiologzy wykonywali zabiegi na tętnicach wieńcowych, radiolodzy i chirurdzy na tętnicach obwodowych. Obecnie podział ten traci znaczenie. Radiolodzy interwencyjni i chirurdzy nadal wykonują zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach obwodowych i aorcie, kardiologzy interwencyjni wyszli daleko poza tętnice wieńcowe i zaczęli wykonywać coraz więcej zabiegów na tętnicach obwodowych, a angiolodzy chcą robić wszystkie rodzaje zabiegów wewnątrznaczyniowych na tętnicach obwodowych. W dążeniu do rozszerzania zakresu zabiegów przez kardiologów i angiologów w wielu przypadkach zginęło z pola widzenia bezpieczeństwo chorych, stąd idea twórców zaleceń, aby wszystkie zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach obwodowych wykonywano w dobrze przygotowanych ośrodkach, w których musi istnieć oddział chirurgii naczyniowej mogący wykonać operację naprawczą tętnic w przypadku wystąpienia powikłań.

Chcę jednocześnie pogratulować Autorom stworzenia Małopolskiego Rejestru Zabiegów Wewnątrznaczyniowych. Jest to znakomita metoda kontroli wczesnych i odległych wyników leczenia.

Piśmiennictwo

1. Cronenwett JL, Johnston KW. Rutherford's Vascular Surgery, Saunders, Philadelphia 2010.