

Komentarz

Prof. dr hab. n. med. Andrzej T. Dorobisz

Konsultant Krajowy ds. Chirurgii Naczyń

Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Wrocław

W zeszycie „Chirurgii Polskiej” 2010, 12, 1, 1–3 ukazał się ciekawy, emocjonalnie napisany artykuł obrazujący dorobek najbardziej aktywnego polskiego ośrodka angiologicznego zajmującego się angiologią interwencyjną. Przedstawiono ogólnie liczbę wykonanych procedur endowaskularnych, którą należy uznać za bardzo wysoką. W polskich warunkach wykonanie 1800 procedur endowaskularnych na tętnicach obwodowych w ciągu jednego roku jest imponujące. Jednak cel Autorów listu jest nieco niepokojący w świetle dążeń i doświadczeń współczesnej medycyny, angiologii, chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej. Jest on próbą dokonania pełnego rozdziału angiologii od chirurgii naczyniowej i radiologii, w czasie gdy na całym świecie dąży się tworzenia bardziej doskonałych struktur, jakimi są centra naczyniowe (nie chirurgii naczyniowej, nie angiologii czy też radiologii interwencyjnej). Skupienie sił pod jednym dachem, w jednym ośrodku jest wyjątkowo dobrze przemyślaną inicjatywą wdrożoną w większości krajów europejskich. Przyczyna takiego sposobu postępowania jest prosta — dobro pacjenta i ekonomia kraju, szpitala.

Wraz ze starzeniem się populacji częstość występowania miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych stale wzrasta. Sytuacja ta rodzi wiele problemów, stawiając coraz to wyższe wymagania dla nauki, ekonomii i ochrony zdrowia krajów rozwiniętych, gdzie choroby układu krążenia, powodowane głównie miażdżycą, są odpowiedzialne za około połowę wszystkich zgonów. Umieralność pacjentów z chromaniem przestankowym jest 2–3-krotnie większa niż u osób tej samej płci i wieku bez chromania. Łączna umieralność, niezależnie od przyczyny, po 5 i 15 latach od rozpoznania miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych wynosiła odpowiednio 30% i 70% w porównaniu z 10% i 30% w grupie kontrolnej. Udokumentowano znaczny wzrost zachorowań na miażdżycę zarostową tętnic kończyn dolnych oraz wykazano analogiczny wzrost chorób współtowarzyszących, takich jak

nadciśnienie tętnicze i cukrzyca — to ważny i niepokojący sygnał zmian w epidemiologii miażdżycy zarostowej tętnic.

W zachodnich populacjach umieralność z powodu chorób układu krążenia osiągnęła swój szczyt w latach sześćdziesiątych XX wieku. Obecnie, po zastosowaniu odpowiedniej struktury postępowania leczniczego, aktywnych metod profilaktyki pierwotnej i wtórnej uległa obniżeniu nawet o 40%. Niestety, nie obserwujemy tego zjawiska w Polsce.

Jedną z przyczyn sukcesu krajów europejskich stało się stworzenie centrów naczyniowych. Współpraca specjalistów zajmujących się leczeniem chorób naczyń obwodowych wraz innymi specjalnościami wspomagającymi oraz szeroko zakrojona akcja uświadamiająca społeczeństwo doprowadziła do wytworzenia się mechanizmów odpowiedniego prowadzenia pacjentów. Pacjent z przewlekłym niedokrwieniem kończyny jest chorym wymagającym wielokierunkowej terapii — leczenia przez diabetologa, kardiologa, nefrologa i lekarzy wielu innych specjalności. Odpowiednie prowadzenie zapewnia nie tylko bezpieczeństwo chorego stabilnego, ale przede wszystkim, w przypadku niekorzystnego postępu choroby, wybranie najkorzystniejszego wariantu leczenia.

Mechaniczne traktowanie obrazu radiologicznego, dysponowanie tylko jedną możliwością leczenia inwazyjnego prowadzić może do wybrania niekorzystnego wariantu leczenia. Zgadzam się w pełni, że same zabiegi wewnątrznaczyniowe może wykonywać angiolog, radiolog, chirurg naczyniowy. Jednak to właśnie tworzona latami, dla dobra pacjenta, współpraca pozwoliła na wspólne zapewnienie względnego bezpieczeństwa choremu i powstanie mało zawodnej struktury organizacyjnej. Osobiście jestem za podejmowaniem decyzji leczniczych po konsylium co najmniej dwóch lub trzech specjalistów. W dobie, gdy leczenie chorych w podeszłym wieku staje się ciągle coraz trudniejsze (zmiany wielonarządowe),

a równocześnie dostępne są coraz nowsze technologie, najkorzystniej jest podejmować decyzje w rozszerzonym gronie specjalistów. Ma to wiele implikacji, z których podstawowymi są odpowiednio dobrany ciąg leczenia i ekonomia. Leczenie wewnątrznacyniowe jest tylko jedną z metod terapii, jednym z etapów prowadzenia chorych, decyzje muszą być podejmowane z dużą rozważą, a ich podjęcie powoduje nie tylko inną jakość, ale też wprowadza pacjenta w inne mechanizmy postępowania terapeutycznego. Leczenie wewnątrznacyniowe jest nie tylko drogie, ale też niepewne, a wyniki odległe nie w pełni poznane. Oderwanie się angiologii może doprowadzić do powstania znacznych nieprawidłowości w zakresie innych specjalności, które obecnie obserwuje się i szeroko komentuje w naszym środowisku.

Szukam właściwej odpowiedzi, ale też ze zdumieniem stwierdzam niekorzystne dla pacjenta zdarzenia, jakimi są nie tyle powstawanie coraz to nowych specjalności, ale próby ich izolowania się. Wspólne, wielospecjalistyczne przedstawianie chorego, jednego przecież organizmu, prowadzi nie tylko do podjęcia najlepszego sposobu leczenia, ale też przy znajomości problemu łatwiej o najwłaściwszą koncepcję zaopatrzenia powikłań, które zawsze powstają w przypadku postępowania inwazyjnego.

Gratuluje Autorom niespotykanie małej liczby niekorzystnych zdarzeń. Jednak te statystyki w krótkim czasie mogą ulec diametralnej zmianie w przypadku wystąpienia tylko kilku groźnych powikłań postępowania endowaskularnego. Przewożenie chorych do innego ośrodka może być nie tylko niekorzystne, ale przede wszystkim

zagrozić życiu pacjenta czy też narządowi zaopatrywanemu przez uszkodzoną tętnicę. Ideą postępowania nie jest posiadanie na sali, gdzie wykonywane są zabiegi endowaskularne, wszystkich specjalistów, ale przede wszystkim ich interwencji/pomocy, w przypadku konieczności i powikłań. Czy ta sytuacja zdarza się raz na kilka tygodni czy miesięcy, nie ma żadnego znaczenia — najważniejsze jest dobro chorego, który musi właśnie w tym właśnie momencie otrzymać kwalifikowaną opiekę. Specjaliści muszą być dostępni w każdej chwili, znajdować się w zasięgu — „pod jednym dachem”, a chory nie ma być wożony po okolicznych szpitalach nawet najsprawniejszym transportem.

Osobnym ekonomicznym problemem jest tworzenie rozproszonej struktury organizacyjnej w leczeniu chorych. Koszty aparatury i jej utrzymania, jak również obsady personalnej są bardzo wysokie — stąd idea tworzenia centrów nacyniowych, a nawet stworzenia nowej specjalizacji lekarskiej obejmującej całość zagadnień (zalecenia Niemieckiego Towarzystwa Chirurgii Nacyniowej i Endowaskularnej).

W polskich warunkach powstanie centrów leczenia chorób naczyń może stanowić także ważny element w negocjacjach z oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w określeniu zapotrzebowania na specjalistów z zakresu angiologii, radiologii inwazyjnej i chirurgii nacyniowej.

Rejestr zabiegów wewnątrznacyniowych jest trafną ideą pozwalającą monitorować skuteczność leczenia w latach, a nie jedynie ich wczesne wyniki. Pomysł jest bardzo dobry, jednak wymaga kolejnych nakładów finansowych i odpowiedzi: kto, gdzie i jak?