

Czy wytyczne mogą szkodzić?

Jestem „czytelnikiem” Twittera. Zacząłem w pandemii, oczekując codziennych raportów Ministerstwa Zdrowia... Ale to inna historia... Z biegiem dni przybywało osób, instytucji, które obserwowałem. Odkryłem, że działka kardiologiczna to dość pokaźny obszar, który relacjonuje nowe techniki, rzadkie przypadki, dyskusje kliniczne i nie tylko.... I ostatnio trafiłem na gorącą dyskusję po opublikowaniu nowych amerykańskich wytycznych o rewaskularyzacji. O zgrozo – wpis jednego z kardiochirurgów, który dopominał się klasy III dla PCI u chorych z obniżoną frakcją wyrzutową! Strasznie nie mógł odżałować, że autorzy tego nie umieścili w dokumencie. Wiecie, co mi się i gdzie otworzyło?! Lubię swoich kardiochirurgów, znam ich wady i zalety i podobnie jak wychodzi w wielu badaniach (pamiętacie OPTIMUM, ostatnie TCT), około 50% chorych jest dyskwalifikowanych z operacji, bo to czy tamto... Cała prawda, cały kominek... I co dalej z tymi chorymi? Sugerując się wynikami badania ISCHEMIA, kierować ich do leczenia zachowawczego? BTW – tylko 5% *all comers* to pacjenci tej próby klinicznej... Oznacza to, że ci chorzy nie trafią do kardiologów inwazyjnych, nie będą mieli zabiegu z rotablacją, pompą do mechanicznego wsparcia itp., itd. Populacja tych pacjentów będzie się zmniejszała i „dzięki temu” szkolenie młodych kardiologów inwazyjnych będzie szło opornie. Nauczą się leczyć STEMI, konsultować chorych z NSTEMI i trzynaczyniową chorobą wieńcową... A co stanie się, gdy chory leczony według zasad ISCHEMIA, zrzucony przez kardiochirurgów, trafi z ostrym zespołem wieńcowym, wstrząsem kardiogennym i będzie wymagał zaawansowanych technik przezskórnych i ten młody kardiolog inwazyjny będzie jedynie miał praktykę z webinarów czy Twittera? A jeśli to będzie pacjent po przebytym pomostowaniu aortalno-wieńcowym przed wielu laty, ze zmianami trudnymi? Czy kardiochirurg będzie go leczył? Nie sądzę...

Co zatem z tezą postawioną w pytaniu? Oczywiście, mam nadzieję, że potraktowaliście ją z przymrużeniem oka, bo oczywiście wyniki badań klinicznych są najważniejsze i wybór optymalnego sposobu leczenia dla pacjenta jest kluczowy dla jego rokowania. Istnieje jednak cała masa sytuacji klinicznych i anatomicznych, w których kardiochirurg będzie bezradny lub zacznie się obawiać podwyższonego ryzyka zgonu okołoperacyjnego. I tu znowu z przymrużeniem oka – tak, wytyczne mogą być szkodliwe – dla procesu kształcenia i doskonalenia zawodowego kardiologów inwazyjnych. Z codziennych obserwacji wynika, że odsetek pacjentów trudnych, tzw. CHIP w każdej pracowni, to średnio 20–25%, no może 30%. Czyli w trakcie szkolenia podstawowego w Polsce, adept kardiologii inwazyjnej wykona około

Tomasz Pawłowski

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centrum Medyczne
Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

60 przypadków CHIP. Teoretycznie. A co gdy szkoli się w miejscu, gdzie nie wykonuje się rotablacji, zabiegów na dystalnym, niezabezpieczonym pniu lewej tętnicy wieńcowej? Czy będzie gotowy do samodzielnej pracy i wykonania zabiegu? Liczba scenariuszy, które przygotowują nam pacjenci, jest niezliczona. Ostatnio widziałem taki zabieg – pacjent po wielokrotnych angioplastykach i zawałach, z ostrą niewydolnością lewokomorową i zamknięciem (zakrzepica) tętnicy zstępującej przedniej... Operator, młody stażem, nie dał rady udrożyć naczynia, nie miał na tyle doświadczenia, aby założyć samodzielnie system wsparcia lewej komory... Doświadczenie przychodzi z czasem i liczbą przypadków. Niektórzy dochodzą do niego szybciej (mają to coś), niektórzy wolniej. Jedno jest pewne – po 200 przypadkach kształcenie ustawiczne jest konieczne. Kursy, warsztaty, kongresy, demonstracje live, wizyty proktorów – to wszystko buduje doświadczenie.

Jeśli mogę wrzucić tu kamyczek – nasza Klinika organizuje sporo kursów i warsztatów, także indywidualnych, o WCCI i WARCHIP nie wspomnę. Myślę, że jest to dobra baza do wymiany doświadczeń. I coś

jeszcze – oczywiście zapraszamy na dłużej niż 1 czy 2 dni – jeśli jesteś młodym adeptem, rezydentem kardiologii, to zapraszamy. To ciężka praca, ale jeszcze większa przygoda.

Co z naszą tezą? Dobrze, że w każdym wytycznych jest furka o decyzji Kardiogrupy. Oczywiście znajdą się tacy, którzy uważają, że są mądrzejsi, będą kwestionować te zapisy i decyzje. Trzeba tylko pamiętać, że umiejętność czytania posiedli także inni specjaliści – np. z zakresu prawa i tylko czasami z tego powodu warto taki dokument mieć (jak decyzje Kardiogrupy), a także o tym, żeby zapisy wytycznych nie były martwe lub, co gorsza, źle rozumiane, a w konsekwencji szkodliwe dla chorych.

PS W 2022 roku WCCI odbywa się w dniach 20–22 kwietnia. Zapraszamy!

Adres do korespondencji:

Tomasz Pawłowski
Klinika Kardiologii Inwazyjnej CMKP
ul. Wołoska 137, 02–507 Warszawa
e-mail: pawtom@gmail.com