

## Poszukiwanie czynników ryzyka operacyjnego drogą do poprawy wyników leczenia chirurgicznego

dr hab. n. med. Marek Jemielity

Katedra Kardio-Torakochirurgii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu



W pracy tureckich autorów poruszono istotny problem przedłużonego pobytu chorych po zabiegach rewaskularyzacji mięśnia sercowego z wykorzystaniem krążenia pozaustrojowego (CPB) na oddziałach intensywnej opieki medycznej (OIOM) i związanego z tym ryzyka zgonu. Badaniem objęto dużą grupę 5648 chorych, z której wyodręb-

niono analizowaną podgrupę. W ostatnich latach wraz z postępem medycyny i wprowadzaniem coraz nowocześniejszego sprzętu wyniki leczenia chirurgicznego choroby wieńcowej ulegają stałej poprawie, mimo operowania coraz trudniejszych chorych. Potwierdzają to obserwacje autorów pracy, gdzie jedynie 2,5% chorych w całej grupie poddanej rewaskularyzacji serca w sposób planowany wymagało przedłużonego pobytu na oddziale intensywnej terapii, a większość z nich udało się uratować.

Autorzy wyodrębnili kilka czynników związanych ze zwiększonym ryzykiem zgonu podczas przedłużonego pobytu na OIOM-ie. Wśród najważniejszych chciałbym zatrzymać się na zespole małego rzutu serca (wymagającym zastosowaniu kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej), cukrzycy oraz pooperacyjnej niewydolności nerek. Jak podkreślają w swojej pracy autorzy, najczęstszą przyczyną przedłużonego pobytu chorych na oddziale pooperacyjnym był zespół małego rzutu. Pooperacyjny zespół małego rzutu serca jest jednym z najgorzej rokujących powikłań po zabiegu rewaskularyzacji serca. Stosunkowo często stosowano mechaniczne wspomaganie krążenia, tj. kontrapulsację wewnątrzaoortalną, co wydaje się postępowaniem w pełni uzasadnionym. Niestety, z pracy nie wynika, jakie kryteria decydowały o jej zastosowaniu. Na podstawie własnego doświadczenia uważam, że u chorych o dużym ryzyku okołoperacyjnym warto zastosować kontrapulsację elektrycznie, nawet już przed zabiegiem operacyjnym lub bezpośrednio po zatrzymaniu krążenia pozaustrojowego, w celu zapobiegnięcia rozwojowi zespołu małego rzutu. Autorzy dość powierzchownie potraktowali w metodologii problem cukrzycy, która jak wykazali w analizie wieloczynnikowej, była jednym z niezależnych czynników śmiertelności w okresie okołoperacyjnym. Należy podkreślić, że nieprawidłowo kontrolowana cukrzyca jest jednym z zasadniczych czynników mogących wpłynąć na powstanie niezwykle niebezpiecznego powikłania pooperacyjnego w postaci zapalenia śródpiersia. Dlatego trzeba podkreślić

wartość oznaczania u wszystkich chorych hemoglobiny glikowanej. W naszym ośrodku nie kwalifikujemy do planowanego zabiegu operacyjnego chorych, u których stężenie hemoglobiny glikowanej wynosi powyżej 7%. Wśród najważniejszych czynników przedłużających pobyt na OIOM-ie autorzy wymieniają pooperacyjną niewydolność nerek i – co należy podkreślić – większość z tych chorych (71,7%) zmarła. Niestety, autorzy nie podają sposobów leczenia niewydolności nerek – czy chorych leczono jedynie farmakologicznie czy z zastosowaniem dializ. Z podobną śmiertelnością mieliśmy do czynienia w naszym ośrodku wiele lat wcześniej. Obecnie dzięki wprowadzeniu hemofiltracji wyniki leczenia pooperacyjnej niewydolności nerek znacznie się poprawiły.

Szkoda, że autorzy pracy nie podjęli w dyskusji próby określenia sposobów pozwalających na wyeliminowanie czynników wpływających na ryzyko powstania powikłań prowadzących w efekcie do przedłużonego pobytu w sali intensywnej terapii. W tym miejscu warto wspomnieć o alternatywnym sposobie chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej – zabiegach bez użycia krążenia pozaustrojowego (*off-pump coronary artery bypass*, OPCAB). Jestem zdecydowanym zwolennikiem wykonywania zabiegów rewaskularyzacji tym sposobem i od wielu lat operuję chorych jedynie tą metodą. Ponieważ w Klinice wykonujemy także zabiegi z użyciem CPB, w ciągu ok. 10 lat dokonałem kilku istotnych spostrzeżeń dotyczących wyników leczenia obu metodami. Na podstawie leczenia sposobem OPCAB ok. 1500 chorych mogę stwierdzić, że metoda ta pozwala na zmniejszenie śmiertelności okołoperacyjnej do poziomu ok. 1%. Wydaje się, że ta niewielka śmiertelność wynika ze zmniejszenia częstości występowania powikłań okołoperacyjnych. Ponadto metoda ta pozwala znacznie ograniczyć przetoczenia krwi. W tej sytuacji od kilku lat do zabiegów sposobem OPCAB kwalifikujemy chorych o zwiększonym ryzyku powstania powikłań neurologicznych, oddechowych czy nerkowych i uzyskujemy u nich bardzo dobre wyniki leczenia. Potwierdzają to doniesienia innych autorów, którzy podkreślają, że szczególne korzyści z operacji bez użycia krążenia pozaustrojowego odnoszą chory o dużym ryzyku operacyjnym.

Podsumowując – praca jest kolejną próbą określenia czynników wpływających na przedłużony pobyt na OIOM-ie i śmiertelność okołoperacyjną u chorych poddanych rewaskularyzacji serca. Jako taka jest godna polecenia, gdyż każda próba zwrócenia naszej uwagi na czynniki ryzyka może być drogą do poprawy wyników leczenia chirurgicznego choro-

by wieńcowej. Szkoda, że metodyka pracy nie została całkowicie dopracowana. Niezbyt precyzyjne definicje niektórych ważnych czynników ryzyka przedłużonego pobytu na OIOM-ie i związanej z tym śmiertelności nie pozwalają na ich jednoznaczną interpretację. Obecnie w ośrodkach kardiologicznych przywiązuje się dużą wagę do określania ryzyka operacyjnego za pomocą ogólnie przyjętych

skal. W Europie powszechnie wykorzystuje się skalę EuroSCORE. Zastanawiające jest, że w analizowanej przez autorów grupie chorych znaczenia rokowniczego nie miały takie ważne czynniki przyjęte w skali EuroSCORE, jak przewlekła obturacyjna choroba płuc czy niska frakcja wyrzucania lewej komory.