

W poszukiwaniu straconego czasu

prof. dr hab. n. med. Lech Poloński

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



Nie ulega wątpliwości, że efekty leczenia zawału serca są tym lepsze, im wcześniej uzyskuje się udrożnienie tętnicy odpowiedzialnej za zawał. Zależność czas-efekt jest szczególnie wyraźna, kiedy stosujemy leczenie trombolityczne, ale istotna także przy leczeniu angioplastyką. Ostatnie 8–10 lat w Polsce to wielkie sukcesy w leczeniu wszystkich ostrych zespołów wieńcowych w okresie wewnątrzszpitalnym. Upowszechnienie inwazyjnych metod postępowania doprowadziło do bardzo wyraźnej redukcji śmiertelności wewnątrzszpitalnej i długoterminowej. Co więc można zrobić, aby jeszcze poprawić wyniki leczenia? Są dwa obszary, gdzie ciągle można szukać rezerw.

Pierwszy – to leczenie wstrząsu. Zbyt rzadko w tym ciężkim powikłaniu korzystamy z najbardziej skutecznych sposobów leczenia, czyli pomostowania aortalno-wieńcowego i przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI). Znacznie chętniej stosujemy je u chorych w I czy II klasie wg Killipa, którzy z leczenia inwazyjnego korzystają mniej, niż mogliby skorzystać chorzy we wstrząsie. Z analizy danych rejestru PL-ACS wynika, że podobną liczbę chorych, ok. 140, można uratować, stosując angioplastykę u 535 chorych we wstrząsie i aż u 1741 chorych w I i II klasie wg Killipa [1].

Drugi – to skrócenie czasu, jaki upływa od początku bólu do przetransportowania chorego do szpitala. Na czas ten składa się opóźnienie w wezwaniu pogotowia przez chorego, czas dojazdu karetki do miejsca zachorowania, czas potrzebny na wstępną diagnozę i podanie leków oraz czas transportu z domu do szpitala. Tutaj nasze sukcesy są znacznie skromniejsze. Pomimo usilnych starań ciągle jeszcze 30–40% chorych w Polsce trafia do ośrodka referencyjnego za pośrednictwem najbliższego szpitala, a to wydłuża czas transportu o średnio 60 min. Paradoksalnie, pomimo bardzo gęstej sieci pracowni hemodynamiki deklarujących pełnienie 24-godzinnej dyżuru, czas dotarcia chorego do referencyjnego szpitala praktycznie nie uległ zmianie od roku 2005 do 2008. W 2005 r. było to 239 min, w 2006 – 235 min, w 2007 – 227 min, a w 2008 – 216 min (dane z rejestru PL-ACS). Ta niewielka poprawa jest głównie efektem bardziej sprawnej pracy pomocy doraźnej i krótszego dystansu do szpitala, a w znacznie mniejszym stopniu wcześniejszego wzywania pomocy przez chorych. Tylko ok. 55% chorych z zawałem mięśnia sercowego

z uniesieniem odcinka ST (STEMI) trafia do referencyjnego szpitala w ciągu pierwszych 6 godz. od zachorowania, a w ciągu pierwszych 2 godz., co umożliwia najbardziej efektywne leczenie, tylko niespełna 20% chorych. Około 30% chorych nie może skorzystać z leczenia reperfuzyjnego, gdyż czas od początku bólu do dotarcia do szpitala przekracza 12 godz. [2]. Bardzo podobne wyniki uzyskali Ostrzycki i wsp. w analizie opóźnienia leczenia metodą pierwotnej angioplastyki w grupie 350 chorych ze STEMI, wykazali też po raz kolejny ścisły związek rokowania z czasem wdrożenia leczenia [3].

Działania organizacyjne i upowszechnienie transmisji EKG do ośrodków referencyjnych przez telefon stwarzają nadzieję na istotną poprawę tej sytuacji. Największy udział w opóźnieniu przedszpitalnym mają jednak sami chorzy. Jak wynika z rejestru PL-ACS, pierwszy kontakt z lekarzem następuje po średnio 145 min, a zasadniczą składową tego czasu jest zbyt późne zawiadomienie o zachorowaniu [4]. W komentowanej pracy wezwanie pogotowia nastąpiło po średnio 108 min, a pierwszy kontakt z pracownikami służby zdrowia po 125,9 min. To zdecydowanie zbyt długo. Nie jest to tylko nasz problem – dotyczy całej Europy, a także Stanów Zjednoczonych. W wytycznych AHA/ACC określa się, że docelowo czas od początku bólu do wezwania pomocy nie powinien przekraczać 5 min, a w ciągu kolejnych 30 min chory powinien znaleźć się w szpitalu, który jest w stanie podjąć skuteczne leczenie. Jak to uzyskać? Edukacja społeczeństwa i kampania medialna wydają się jedynym rozwiązaniem, co potwierdzają także wyniki pracy Walkiewicz i wsp. Podjęcie tych działań jest więc nieodzowne, ale trzeba sobie zdawać sprawę, że na efekty pewnie przyjdzie czekać kilka lat. Wiemy, jakie czynniki powodują późne wezwanie pomocy medycznej w populacji amerykańskiej – zaawansowany wiek i płęć żeńska. Późno pomoc wzywają Afroamerykanie, osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, osoby z wywiadem „wieńcowym”, z cukrzycą lub obu tymi chorobami. Wyniki Walkiewicz i wsp. również wskazują osoby leczone z powodu choroby wieńcowej jako grupę późno wzywającą pomoc. To niewątpliwie dowód, że z tymi chorymi nikt nie miał czasu porozmawiać (a powinno się to robić rutynowo) na temat objawów zawału, zagrożeń i sposobu postępowania. Pozostałe wyniki wskazują na nieco inne powody opóźnienia wezwania pogotowia niż w cytowanych powyżej danych ze Stanów Zjednoczonych. Zaskakująco, grupą najgorszą pod tym względem w pracy Walkie-

wicz i wsp. są osoby między 56. a 70. rokiem życia, z których połowa czekała aż 3 godz. Częściej są to kobiety, które jak słusznie piszą autorzy, są przekonane, że to zagrożenie ich nie dotyczy. Ponadto trzeba dodać, że u kobiet objawy są często nietypowe. Osoby dobrze znające objawy zawału wzywały pogotowie po 10–25 min, jednak poziom wiedzy na temat objawów zawału był tak samo niski u chorych, którzy sądzili, że objawy ustąpią, jak i u pozostałych badanych. Wyniki Walkiewicz i wsp. nie potwierdzają też cytowanych wyżej obserwacji, że niski status socjalno-ekonomiczny wydłuża czas do wezwania pogotowia – mieszkańcy miast dłużej zwlekali z telefonem niż mieszkańcy wsi, a najgorzej pod tym względem wypadli mieszkańcy Warszawy. To zaskakująca obserwacja, możliwa do wytłumaczenia tylko na drodze spekulacji i na pewno wymagająca weryfikacji.

Komentowana praca pokazuje, że polska populacja chorych na zawał mięśnia sercowego ma swoją specyfikę. Dobrze, że Walkiewicz i wsp. podjęli się jej określenia. Czy jednak uzyskane wyniki dotyczą wszystkich regionów Polski? Twierdzą, że nie i dlatego cenne byłyby badania w kilku różnych miejscach kraju.

Wnioski autorów są jednoznaczne – poziom wiedzy o zawale serca jest niski i to właśnie jest główny powód opóźnienia wezwania pomocy. Wniosek dobrze udokumentowany, ale trzeba przyznać – zaskakujący. Żadna inna choroba w ciągu ostatnich kilku lat nie była bowiem tematem tak licznych programów i opisów popularnonaukowych jak

zawał. Informacje powinny być dotrzeć przede wszystkim do mieszkańców miast. Wyniki pracy pokazują, jak mała była skuteczność tych działań. Nie znaczy to oczywiście, że należy ich zaniechać. Tylko szeroko zakrojona akcja edukacyjna z udziałem prasy, radia i telewizji (a może i Kościoła?), prowadzona systematycznie i przewlekłe może doprowadzić do osiągnięcia tych docelowych 5 min od początku bólu do wykręcenia numeru 112. Bardzo istotna jest też rola lekarzy i pielęgniarek, którzy mają kontakt z grupami najbardziej zagrożonymi. Muszą tylko chcieć i mieć czas na czasochłonną edukację chorego.

Piśmiennictwo

1. Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów wieńcowych PL-ACS. Sprawozdanie z realizacji programu. Zabrze, czerwiec 2006; 62-64.
2. Gąsior M, Gierlotka M, Cieślinski A, et al. Wyniki leczenia zawału serca z uniesieniem odcinka ST. Dane z rejestru PL-ACS na Śląsku. *Kardiologia Polska* 2005; 62: 1-44-50.
3. Ostrzycki A, Sosnowski C, Borowiec-Kocafida A, et al. Opóźnienie leczenia ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem odcinka ST metodą pierwotnej angioplastyki wieńcowej w materiale ośrodka zlokalizowanego w pobliżu centrum Warszawy. *Kardiologia Polska* 2008; 66: 609-14.
4. Poloński L, Gąsior M, Gierlotka M, et al. Polish Registry of Acute Coronary Syndromes (PL-ACS). Characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Poland. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 861-71.