

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Już ponad rok temu, w maju 2006 r., w *Kardiologii Polskiej*, w dziale *Nasze forum*, ukazał się tekst profesorów Andrzeja Bochenka i Mariana Zembali zatytułowany: *Wszelkie informacje o mojej przedwczesnej śmierci wydają się mocno przesadzone – Kardiochirurgia* [1]. Tekst ten zrobił

na mnie wielkie wrażenie, jako że lepiej, niż ja bym potrafił, opisał istniejące i jakie powinny być, relacje między kardiologami inwazyjnymi i kardiochirurgami. Kilkakrotnie się już nań w swoich komentarzach powoływałem, jak też dyskutowałem go z prof. Bochenkiem.

Jak wiadomo, kardiologowie inwazyjni i kardiochirurdzy różnią się nieraz znacznie w podejściu do niektórych przypadków wymagających pilnej, a zwłaszcza planowej czy odroczonej rewaskularyzacji (kardiochirurgicznie czy kardiologicznie inwazyjnie?). Ja – kardiolog „zachowawczy” – dopatruję się u wielu kolegów kardiologów inwazyjnych poczucia omnipotencji („wszystko da się zrobić przezskórnie”) powodującej porywanie się na zabiegi, które z większą korzyścią dla chorego powinno się zostawić kardiochirurgom. Bardziej zainteresowanych tematem (a powinni być wszyscy) odsyłam do wspomnianego artykułu A. Bochenka i M. Zembali, w którym kwestie te są szczegółowo przedyskutowane [1].

Obecnie wszyscy, nie tylko na oddziałach kardiologii inwazyjnej, obserwujemy niesamowite wręcz zwiększenie liczby chorych wymagających pilnej przeważnie rewaskularyzacji, u których chodzi o kolejny zabieg poszerzenia, niekiedy wielokrotnie już poszerzanego, stentowanego przeważnie, naczynia. Oczywiście trafiają się też chorzy w takiej samej sytuacji po pomostowaniu aortalno-wieńcowym (CABG), ale już po wszczepieniu lewej tętnicy piersiowej wewnętrznej (LIMA) do tętnicy przedniej zstępującej (LAD) – bardzo rzadko.

Redaguję od wielu lat (pewnie zbyt długo) dział *Chorzy trudni, typowi* i odnoszę nieraz wrażenie, że gdy coś się dzieje w polskiej kardiologii – znajduje to odzwierciedlenie (choć raczej na zasadzie „wierzchołka góry lodowej”) w tematyce prac kierowanych do tego działu. Obecnie obserwuję napływ prac dotyczących zakrzepów w stentach. Przed kilku miesiącami Anna Tomaszuk-Kazberuk i wsp. z Białegostoku opisali przypadek nawracającej wczesnej zakrzepicy w stencie u chorego opornego na leki przeciwplatekcyjne [2]. Teraz prawie jednocześnie nadeszło dwie prace na ten temat.

Pierwsza – Jerzego Sachy i wsp. z Opola – dotyczy zakrzepicy w stencie powlekanym założonym przed 13 mies. do tętnicy okalającej z powodu restenozy w stencie metalowym założonym z powodu ostrego zespołu wieńcowego. Stent powlekanym wykrzepił w miesiąc po odstawieniu (po 12 mies. zażywania) kłopidogrelu i kwasu acetylosalicylowego. To bardzo ciekawa praca przedstawiająca na podstawie bogatego i najnowszego piśmiennictwa, kontrowersyjne i budzące wiele emocji od czasu ostatniego Kongresu ESC w Barcelonie, zagadnienie późnego wykrzepiania stentów powlekanych, czyli wydzielających lek [3]. Druga praca – Arkadiusza Derkacza i wsp. z Wałbrzycha i Wrocławia – dotyczy nawracającego zwężenia tętnicy międzykomorowej przedniej, które 5-krotnie udało się poszerzyć, a za 6. razem – już nie. Dopiero wtedy chora zgodziła się na proponowane jej od początku leczenie kardiochirurgiczne LIMA do LAD, którego wobec postępu choroby już nie można było zastosować [4]. Podobne przypadki odmowy chorego poddania się najkorzystniejszemu dlań zabiegowi kardiochirurgicznemu są na porządku dziennym. Nasi chorzy trafiają bowiem na stół w pracowni hemodynamicznej „zapatrzeni” w relacjonowane bardzo często w telewizji sukcesy kardiologów inwazyjnych, coraz częściej, nawet starsi, zapoznają się ze wszystkim, co na ten temat ukazuje się w Internecie. A nam bardzo często brakuje czasu, by im cierpliwie wytłumaczyć, co dla każdego z nich byłoby najkorzystniejsze, jakie korzyści i zagrożenia wynikają z każdego sposobu leczenia. Pod koniec dyskusji, co rzadkie w naszym piśmiennictwie, Autorzy w jednym zdaniu podnoszą kwestię kosztów wielokrotnie powtarzanych zabiegów koronaroplastyki.

A propos koronaroplastyki – 9 maja 2007 r. we Wrocławiu odbyło się uroczyste posiedzenie Dolnośląskiego Oddziału PTK z okazji 5-lecia Dolnośląskiego Centrum Chorób Serca MEDINET (dyrektor dr hab. Romuald Cichoń). Wśród wykładowców obecny był prof. Bernard Meier z Berna w Szwajcarii, który razem z Gruentzigiem wykonywał pierwsze na świecie przezskórne angioplastyki. W swoim doskonałym wykładzie wyraził pogląd, że na świecie implantuje się zbyt wiele stentów, a zapomina się o angioplastyce balonowej, nadal dającej długotrwałe doskonałe efekty (zna 30-letnie). Prof. Meier uważa, że dobry hemodynamista nie powinien przekraczać 50% „ustentowania” [5]. Poddaję to pod rozważę.

Niniejszy komentarz piszę 5 lipca 2007 r., w 7. tygodniu protestów środowiska medycznego w sprawie ha-

niebnie niskich uposażeń. W pełni je popieram, nie wiem, czym się zakończą. Wiem jednak jedno – musimy przyjąć do wiadomości, że pieniądze na procedury i na płace idą z jednej puli i podrażając koszty leczenia, wydajemy na to pieniądze z naszych kieszeni. Biorąc pod uwagę wielkość PKB, nie jesteśmy w stanie dorównać w funduszach przeznaczonych na leczenie światowym gigantom ekonomicznym. A jeśli w wydatkach na kardiologię inwazyjną dorównujemy im, a może przodujemy w Europie i na świecie, to pogódźmy się z tym, że to przede wszystkim z naszej, naszych kolegów i jakże biednych koleżanek pielęgniarek kieszeni. Nikt poza nami tego nie doceni. Starajmy się te pieniądze wydawać racjonalnie. Nie powinno być tak, że – w znacznej mierze dla opłacalności jakiejś procedury – szacuje się prawdopodobny koszt przedłużenia życia chorego o 1 rok. Jeżeli to np. tylko 1 rok, to koszt przedłużenia mu życia daną procedurą o ten 1 rok jest 10 razy większy niż u chorego, który przeżyje najpewniej 10 lat [6]. Myślę, że rozpoczynając 73. rok życia (tak, tak...), mogę to napisać.

Zakończę apelem do kolegów kardiologów, głównie inwazyjnych: Zawsze zastanawiajcie się, czy dla chorego,

ale i dla budżetu opieki zdrowotnej, lepiej poszerzyć czy zoperować. My i tak już wiemy, że Wy wszystko potraficie!

Piśmiennictwo

1. Bochenek A, Zembala M. Wszelkie informacje o mojej przedwczesnej śmierci wydają się mocno przesadzone – Kardiologia. *Kardiologia Pol* 2006; 64: 556-8.
2. Tomaszuk-Kazberuk A, Sobkowicz B, Usowicz-Szaryńska M, et al. Podejrzenie oporności na klopidogrel u chorego z nawracającą zakrzepicą w stencie. *Kardiologia Pol* 2007; 65: 810-4.
3. Sacha J, Wester A, Pluta W. Zakrzepica w stencie trzynaście miesięcy po wszczępieniu stentu powlekanego lekiem antyproliferacyjnym. *Kardiologia Pol* 2008; 66: 78-80.
4. Derkacz A, Jerzyk K, Wawrzyńczak R, et al. Wielokrotna angioplastyka tętnicy zstępującej przedniej. Ile razy należy poszerzać tętnicę z powodu restenozy? *Kardiologia Pol* 2008; 66: 81-83.
5. Meier B. Sukcesy i porażki kardiologii inwazyjnej. Wykład na posiedzeniu Dolnośląskiego Oddziału PTK z okazji 5-lecia DCCS MEDINET, 9 maja 2007 r.
6. Hlatky MA, Mark DB. Economics and cardiovascular disease. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, et al. (eds.). *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 7th edn. Elsevier, Philadelphia 2005; 20.