

Kiedy i dlaczego w leczeniu wstrząsu kardiogenego potrzebny jest anestezjolog?

Andrzej Kübler

Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Akademia Medyczna, Wrocław

Kardiol Pol 2007; 65: 1531–1532

Wstrząs kardiogeny zabija człowieka w bezwzględny i okrutny sposób. Z moich wczesnych doświadczeń lekarskich przywołuję obraz znajomego z wspaniałym, czynnym umysłem i zdrowym w ogólności organizmem, którego „pompa” uległa poważnemu defektowi – mogłem wtedy tylko przyspieszać wlew adrenaliny i obserwować jego przedłużone umieranie. Dlatego działania medyczne zmierzające do przyczynowego leczenia wstrząsu kardiogenego powinny być racjonalną podstawą terapii.

Wymiana „pompy” to najbardziej logiczny wybór terapeutyczny. A jeśli jest to niemożliwe, to przynajmniej szybka naprawa. Działania takie podjęte w naszym kraju przez chirurgów z Zabrza wykazały, że skomplikowana interwencja zabiegowa może pomóc choremu nawet w najcięższym stanie, stanowiącym dawniej przeciwskazanie do operacji. Rozwój kardiologii interwencyjnej stworzył możliwość wykonywania skutecznych, mało inwazyjnych zabiegów u chorych we wstrząsie kardiogenym. Efektywność takich działań została opisana w fachowym piśmiennictwie. Wyniki badania SHOCK opublikowane w 1999 r. wykazały, że interwencje zabiegowe obniżyły śmiertelność z 63 do 50% wśród chorych we wstrząsie kardiogenym, co jest różnicą istotną statystycznie.

No a co z tą drugą połową, która umiera?

I tutaj rodzi się pytanie o rolę anestezjologa w leczeniu wstrząsu kardiogenego. Mam na myśli anestezjologa-intensywiście, ponieważ rola anestezjologa jako partnera chirurga na sali operacyjnej została już dobrze określona i nie może budzić kontrowersji. Anestezjolog jest też specjalistą intensywnej terapii. W Polsce nie ma żadnej innej specjalności z programem szkolenia w intensywnej terapii. Wymagania międzynarodowych towarzystw naukowych oraz instytucji związanych z Unią Europejską (UEMS) określają, że kształcenie w intensywnej terapii obejmuje 2 lata szkolenia zaliczonego w akredytowanym ośrodku. Dla spełnienia tych wymogów przedłużono

w Polsce okres specjalizacji do 6 lat, aby uzyskać specjalizację zarówno w anestezjologii, jak i intensywnej terapii. Dlatego, pisząc o intensywiście, będę miał na myśli specjalistów anestezjologów w naszym kraju.

Wstrząs kardiogeny jest zespołem złożonym. Jego przyczyną może być, tak jak w definicji, „pump failure”, ale w konkretnej sytuacji klinicznej na obraz kliniczny może nakładać się wiele przyczyn. Bardzo często wystąpienie objawów wstrząsu u osoby z chorobą serca wiąże się z hipowolemią. Objawy wstrząsu mogą się też rozwijać w przebiegu towarzyszącego zakażenia. Wstrząs jest zespołem ogólnoustrojowym. Jego istotą, niezależnie od przyczyny, jest niedotlenienie tkanek. Wymaga więc leczenia ogólnoustrojowego. A do leczenia ogólnoustrojowego zespołu zaburzeń organizmu najbardziej nadaje się intensywiście.

Oczywiście, to nie może opóźnić interwencji przyczynowej. Ale nie każdy wstrząs kardiogeny pojawia się przed drzwiami kardiologicznej pracowni zabiegowej lub kardiochirurgicznej sali operacyjnej.

Warto więc sięgnąć do podstawowej zasady leczenia wstrząsu opisaną kiedyś przez amerykańskich chirurgów – zasady VIP + PS. W myśl tej zasady chory we wstrząsie to osoba specjalnej wagi (*very important person*, VIP). Dla przeżycia wymaga:

- V – wentylacji, czyli zapewnienia doływu tlenu do tkanek,
- I – infuzji, czyli wypełnienia łożyska naczyniowego oraz
- P – perfuzyjnego ciśnienia na poziomie utrzymującym funkcje mózgu i serca.

A kto uczyni pacjenta VIP-em? Ten, kto go błyskawicznie zaintubuje, wktuje się do każdego naczynia, z centralnym włącznie, i założy kaniulę tętniczną do ciągłego pomiaru ciśnień. Kto to zrobi właściwie oprócz intensywiisty? VIP to zadanie podstawowe, po nim następuje *post scriptum* – PS:

- P – przyczynowa interwencja farmakologiczna oraz
- S – przyczynowa interwencja zabiegowa.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kübler, Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Akademia Medyczna, ul. T. Chałubińskiego 1a, 50-368 Wrocław, tel.: +48 71 327 09 23, faks: +48 71 327 09 24, e-mail: office@anest.am.wroc.pl

Sukces inwazyjnych interwencji kardiologicznych nie może przesłonić istotnej roli, jaką odgrywa zapewnienie choremu pozycji VIP-a, a to gwarantuje intensywiści. Sukces w udrożnieniu naczyń wieńcowych u chorego z nieodwracalnie uszkodzoną korą mózgową nie jest sukcesem terapeutycznym.

Dynamiczny postęp, jakim jest stworzenie w naszym kraju systemu dyżurów dla ostrych zespołów wieńcowych, nie pociągnął za sobą poprawy podstawowego leczenia wstrząsu. Gdy chory dociera do pracowni zabiegowej, ale nie jest już VIP-em, bo ciśnienie krwi jest nieoznaczalne, to przyczynowa interwencja przestaje być możliwa i zasadna. Dlatego sukces terapeutyczny we wstrząsie kardiogenym nie jest przywilejem tylko jednej grupy zawodowej. W istotnej mierze zależy on od szybkiego rozpoznania i właściwego postępowania w okresie poprzedzającym przyczynowe leczenie tego zespołu. Dotyczy to nie tylko interwencji pozaszpitalnych, ale w dużej mierze interwencji wewnątrzszpitalnych.

Chorzy umierają w szpitalu z przyczyn nagłych, najczęściej krążeniowych. Zgon w kilka dni po zabiegu ogólnochirurgicznym jest tego typowym przykładem. I zawał serca w autopsji. Dlatego, aby chronić chorych w szpitalu przed zagrożeniem, zaawansowane systemy opieki zdrowotnej powołały specjalne instytucje, np. w Australii coś w rodzaju R-ki w szpitalu (*Medical Emergency Team, MET*), a w Anglii podobny system *outreach service*, który zyskał już państwową akceptację. Jest rzeczą oczywistą, że organizacja i nadzorowanie takich systemów należy do intensywiści.

Określając, kiedy i dlaczego anestezjolog jest potrzebny w leczeniu wstrząsu kardiogenego, należy wskazać następujące elementy:

- pojawienie się zagrożenia wstrząsem lub objawów wstrząsu – aby ustabilizować podstawowe funkcje życiowe chorego,

- rozwinięcie się w przebiegu wstrząsu niewydolności wielonarządowej – bo tylko specjalistyczne intensywne leczenie daje szansę na przeżycie.

Nie można zapomnieć, że szansę na poprawę wyników leczenia wstrząsu kardiogenego stwarza opanowanie ogólnoustrojowej reakcji zapalnej obserwowanej także w tym zespole. Wprawdzie wyniki badań TRYUMPH czy SHOCK 2, opublikowane w 2007 r., nie przyniosły zadowalających rezultatów, ale ten fascynujący kierunek badań pozostaje otwarty.

Intensywiści w ostatnich latach są bardzo zaangażowani w badania nad opanowaniem reakcji zapalnej w przebiegu sepsy. Ten obszar badawczy może stwarzać doskonałą możliwość współpracy kardiologów i anestezjologów.

Czy intensywiści musi być anestezjologiem? Nie, intensywne leczenie nie jest własnością żadnej specjalizacji medycznej, należy do tych, którzy ją uprawiają. Trzeba zdobyć odpowiednie wykształcenie i udokumentować, że 3/4 działalności zawodowej prowadzi się na oddziale intensywnej terapii.

Intensywne leczenie na świecie jest otwarte dla różnych specjalizacji. W Polsce możliwość uzyskania umiejętności w dziedzinie intensywnej terapii przez innych specjalistów nie jest zagrożeniem dla anestezjologów, choć powoduje niepokój części środowiska anestezjologicznego. W krajach europejskich, np. w Niemczech, gdzie w opartym na anestezjologii systemie, intensywne leczenie otwarte dla innych specjalności, nie zaszły żadne istotne zmiany w strukturze usługowej specjalistów zajmujących się intensywną terapią. Nadal ponad 75% intensywiści to anestezjolodzy. Niestety, intensywne leczenie to bardzo ciężki kawałek chleba i pozostają przy niej tylko wybrani.