

Kardiochirurgia polska – osiągnięcia 2005 r.

Marian Zembala¹, Bohdan Maruszewski², Stanisław Woś³

¹Sekretarz Generalny Klubu Kardiochirurgów Polskich

²Prezes Klubu Kardiochirurgów Polskich

³Konsultant Krajowy w Dziedzinie Kardiochirurgii

Kardiol Pol 2006; 64: 445-449

Zgodnie z kilkunastoletnią tradycją również w tym roku przedstawiamy Ogólnopolski Raport *Kardiochirurgia Polska 2005*. Zawiera on najistotniejsze dane ilościowe i jakościowe dotyczące przebiegu oraz wczesnych wyników leczenia kardiochirurgicznego dorosłych i dzieci w 30 ośrodkach kardiochirurgicznych w Polsce.

Inicjatywa publikowania corocznych sprawozdań z aktywności polskiego środowiska kardiochirurgicznego była autorskim pomysłem prof. Mariana Śliwińskiego, ówczesnego prezesa Klubu Kardiochirurgów Polskich. O wartości i randze tego przedsięwzięcia niech świadczy fakt, że przed nami podobny rejestr mieli tylko kardiochirurdzy brytyjscy, jednak był on nieco uboższy w szczegółowe informacje. Coroczny raport, ukazujący się nieprzerwanie od 1982 r. do dziś, szczegółowo dokumentuje liczbę operacji kardiochirurgicznych wykonanych u dorosłych i dzieci w poszczególnych ośrodkach kardiochirurgicznych w Polsce, pokazuje rodzaje i liczbę zabiegów, a także uzyskiwane wyniki leczenia, tryb, rodzaj i zakres operacji oraz liczbę powikłań. O nowatorstwie Ogólnopolskiego Raportu Kardiochirurgii Polskiej świadczy fakt, że dane dotyczące wyników leczenia odnoszone są do przedoperacyjnej skali ryzyka EuroSCORE i obiektywizują wyniki leczenia uzyskiwane w poszczególnych ośrodkach.

Co nowego i ważnego wydarzyło się w polskiej kardiologii w 2005 r.? Przybyły 3 nowe sale operacyjne (teraz jest ich łącznie 62) oraz 10 stanowisk intensywnej terapii pooperacyjnej (obecnie 330). Liczba specjalistów w dziedzinie kardiologii zwiększyła się o 15 (158). Mamy również 46 samodzielnych pracowników naukowych (poprzednio 42). Niestety, liczba kardiologów zmniejszyła się o 15 (188). Liczba perfuzjonistów dyplomo-

wanych wzrosła z 96 do 110. Obecnie formalnie otwarte specjalizacje z kardiologii ma 113 kolegów. W 2005 r. we wszystkich 30 ośrodkach kardiologii w Polsce wykonano łącznie 24 783 operacje, ze śmiertelnością szpitalną 3,6%, w tym 21 843 operacje w krążeniu pozaustrojowym (KPU) oraz operacje wieńcowe bez użycia krążenia.

Wnioski z Ogólnopolskiego Raportu *Kardiochirurgia Polska 2005*

Wrodzone wady serca

W następstwie spadku liczby urodzeń zmniejsza się również liczba dzieci rodzących się z wrodzonymi wadami serca. Pomimo niewielkiego zmniejszenia się ogólnej liczby operacji wad wrodzonych (9,8%), w dalszym ciągu polska kardiologia dziecięca należy do potęg światowych, z liczbą 2524 operacji i śmiertelnością szpitalną 3,65% (4,47% w 2004 r.). Operacje w KPU (1782) stanowią 70,6% wszystkich zabiegów, co jest zgodne z proporcjami przyjętymi w Europie i na świecie. Ilość niepowodzeń zabiegów w KPU wynosi 4,76% (5,41% w 2004 r.), a w zabiegach bez KPU 1,18% (2,48% w 2004 r.). O rzeczywistej sile polskiej kardiologii dziecięcej stanowi 26% noworodków wśród wszystkich operowanych. Łącznie 59% wszystkich dzieci z wrodzonymi wadami serca operowanych w Polsce to noworodki i niemowlęta.

Wśród szczególnych osiągnięć kardiologii noworodka nie sposób nie zauważyć braku śmiertelności po korekcji anatomicznej przetożenia wielkich pni tętniczych (TGA), choć niepokoi jedynie 70 tych operacji wykonanych w ciągu roku. To z pewnością zbyt mało, co oznacza, że w dalszym ciągu część noworodków z TGA nie dociera do ośrodków referencyjnych. Wielkie osiągnięcie kardiologów dziecięcych w naszym kraju,

Adres do korespondencji:

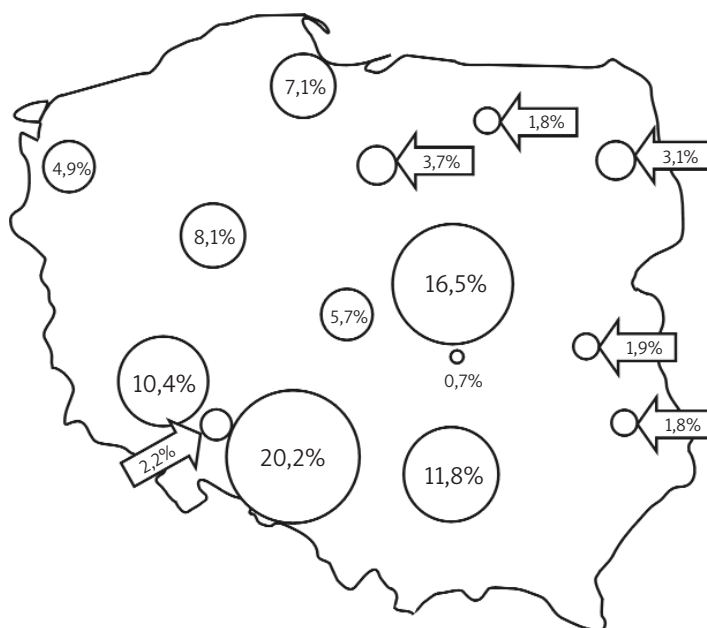
prof. Marian Zembala, Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii i Transplantologii ŚIAM, Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Szpitalna 2, 41-800 Zabrze, tel.: +48 32 373 36 89, faks: +48 32 278 43 34, e-mail: m.zembala@scchs.pl

Tabela I. Rejestr głównych typów operacji kardiologicznych w 2005 r. w poszczególnych ośrodkach w Polsce wg Raportu Klubu Kardiologów Polskich

Lp.	liczba operacyjnych	operacje w krążeniu pozaustrojowym	ogólna liczba operacji	wady zastawkowe nabyte	choroba wieńcowa	wieńcowe zabiegi mało inwazyjne	wieńcowe operacje skojarzone, wady + CABG	wady wrodzone	tętniaki aorty piersiowej	ablacja A Fib	nowotwory serca i osierdzia	transplan-tacje
1. prof. J. Sadowski (Kraków)	8	2294	2530	567	1365	158	126	47	161	17	13	12
2. prof. M. Zembala (Zabrze)	3	1711	1952	306	958	294	164	221	54	39	6	42*
3. prof. J. Rogowski (Gdańsk)	3	1560	1794	258	1075	748	111	26	81	9	2	-
4. prof. S. Woś (Katowice)	3	1348	1506	169	956	158	170	6	37	7	8	-
5. prof. A. Bochenek (Katowice)	3	1221	1335	117	1015	113	102	0	25	8	-	-
6. prof. S. Wiechowski/dr hab. M. Brykzyński (Szczecin)	3	1076	1183	100	787	106	95	7	28	7	6	-
7. prof. J. Zastónka (Łódź)	3	946	1203	175	662	59	51	12	24	16	7	-
8. prof. A. Biederman (Warszawa)	2	921	1128	287	335	303	50	81	105	7	4	-
9. prof. L. Anisimowicz (Bydgoszcz)	2	805	950	83	578	511	119	1	41	14	-	-
10. prof. R. Kalawski (Poznań)	2	805	882	100	657	100	33	2	8	5	3	-
11. dr hab. W. Kustrzycki (Wrocław)	2	794	836	142	579	128	41	4	18	-	8	-
12. dr hab. R. Cichoń (Wrocław)	1	785	785	74	545	68	31	100	5	3	-	-
13. prof. W. Dyszkiewicz/dr hab. M. Jemielity (Poznań)	2	692	694	103	486	247	45	3	12	15	7	-
14. dr J. Skiba (Wrocław)	2	683	792	101	524	55	47	4	16	-	3	-
15. dr hab. M. Musur (Białystok)	2	680	750	109	466	49	76	3	19	-	2	-
16. prof. Z. Religa/dr hab. J. Różański (Warszawa)	2	672	729	197	332	249	93	5	22	11	2	21
17. dr M. Garlicki (Warszawa)	2	627	643	69	463	222	24	9	23	1	7	22
18. prof. K. Suwalski (Warszawa)	1	571	659	89	409	392	46	5	6	42	7	-
19. dr J. Kaperczak (Opole)	1	475	515	55	314	128	80	-	12	-	-	-
20. dr P. Hendzel (Warszawa)	1	465	465	47	356	332	38	-	21	-	2	-
21. dr hab. J. Stążka (Lublin)	2	414	455	58	312	25	29	1	17	8	2	-
22. dr P. Żelazny (Olsztyn)	2	400	407	75	276	242	21	7	9	8	3	-
23. dr T. Gburek (Zamość)	2	390	398	61	290	-	22	5	8	3	2	-
24. prof. J. Moll (Łódź)	1	307	446	-	-	-	-	400	-	-	-	-
25. prof. B. Maruszewski (Warszawa)	1,5	299	482	-	-	-	-	482	-	-	-	-
26. prof. E. Malec (Kraków)	1	287	420	-	-	-	-	420	-	-	6	-
27. prof. M. Wojtalik (Poznań)	1	270	330	brak danych	brak danych	brak danych	-	330	-	-	-	-
28. dr D. Borkowski (Radom)	1	155	172	23	152	8	5	1	-	-	-	-

Operacje w krążeniu pozaustrojowym oraz MIDCAB w Polsce w 2005 r.

ŚLĄSK	4	4 414
WARSZAWA	7	3 611
KRAKÓW	2	2 581
WROCŁAW	3	2 262
POZNAŃ	3	1 767
GDAŃSK	1	1 560
ŁÓDŹ	2	1 253
SZCZECIN	1	1 076
BYDGOSZCZ	1	805
BIAŁYSTOK	1	680
OPOLE	1	475
LUBLIN	1	414
OLSZTYN	1	400
ZAMOŚĆ	1	390
RADOM	1	155
RAZEM	30	21 843



Rycina 1. Aktywność regionalna ośrodków kardiochirurgicznych w Polsce w 2005 r.

nia ogólnokrajowa śmiertelność szpitalna 2,4%. W tej liczbie mieści się 4695 operacji wieńcowych wykonanych technikami mało inwazyjnymi, tj. bez stosowania krążenia pozaustrojowego, co jest ważnym osiągnięciem polskiej kardiologii, ponieważ wskaźnik ten należy do wyższych w Europie. Operacje mało inwazyjne są obciążone niską śmiertelnością, wynoszącą średnio w skali kraju w okresie szpitalnym 1,3%, co wobec mniejszej rozległości zabiegu jest skuteczną konkurencją wobec nowych możliwości kardiologii inwazyjnej (stenty powlekane, DES).

Pomosty tętnicze (tętnice piersiowe, tętnica promieniowa), pobierane także technikami mało inwazyjnymi, są najlepszą gwarancją znakomitych odległych wyników leczenia choroby niedokrwiennej serca. Udokumentowano skuteczność rewaskularyzacji chirurgicznej u chorych z chorobą niedokrwinną serca i znacznie upośledzoną frakcją wyrzutową. Należy podkreślić, że w Polsce w minionym roku aż 1579 operacji pomostowania tętnic wieńcowych dotyczyło chorych z dużym pozawałowym uszkodzeniem serca i LVEF poniżej 30%.

Szczególną radością napawają nas, kardiologów, dane ubiegłoroczne, świadczące o dynamicznym rozwoju naprawczych zabiegów pozawałowo uszkodzonej zastawki mitralnej. Dzisiaj kardiologowie już nie wystarcza bardzo ogólna ocena stopnia niedomykalności mitralnej. Nowe jakościowe badania takich wskaźników echokardiograficznych, jak ERO powyżej 20 mm² (w dawnej definicji niedomykalność umiarkowana

++/+++ w niedokrwiennej niedomykalności mitralnej są już obecnie u zdecydowanej większości chorych wskazaniem do rewaskularyzacji chirurgicznej, połączonej z jednoczesną naprawą niedomykalności mitralnej. Zwązający pierścień mitralny daje choremu zdecydowanie lepsze średnio- i długoterminowe wyniki leczenia. Wymianę zastawki ogranicza się obecnie tylko do ostrej niedomykalności mitralnej i wyjątkowo trudnej postaci niedokrwiennej MI, gdzie naprawa jest niemożliwa bądź nieskuteczna. W 2005 r. w Polsce wykonano 357 operacji naprawy niedokrwiennej niedomykalności zastawki mitralnej, podczas kiedy w 2002 r. tylko 116. Postęp w tej dziedzinie jest widocznym świadectwem nowoczesności polskiej kardiologii i kardiologii, podobnie jak wykonane w minionym roku 183 zabiegi chirurgicznej rekonstrukcji (SVR) pozawałowo uszkodzonej lewej komory serca, upowszechnione w Polsce głównie dzięki nowatorskiemu międzynarodowemu programowi badawczemu STICH, w którym aktywnie uczestniczy 8 polskich ośrodków kardiochirurgicznych.

Nabyte wady serca skojarzone z chorobą niedokrwinną

Stale rośnie grupa chorych wymagających, oprócz zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego z powodu choroby niedokrwiennej serca, także jednoczesnej naprawy lub wymiany zastawki, najczęściej aortalnej. W 2005 r. wykonano w kraju 1619 takich operacji, ze średnią śmiertelnością w okresie szpitalnym wynoszącą 7,1%, podczas kiedy w 2002 r. wykonano ich tylko 813.

Tętniaki aorty

Operacje tętniaków aorty, w tym najgroźniejsze ostre rozwarstwienia, wymagają szybkiej i precyzyjnej diagnostyki kardiologicznej i radiologicznej (USG, CT), która staje się coraz bardziej dostępna. W rezultacie operowano 752 chorych, w tym aż 283 w trybie ratującym życie z powodu ostrego rozwarstwienia aorty. Jak wynika z ogólnopolskiego rejestru, śmiertelność podczas operacji przewlekłych tętniaków aorty była wysoka i wynosiła w kraju średnio 16,2%, natomiast bardzo wysoka podczas operacji w ostrym rozwarstwieniu, gdzie wynosiła 27,9%. Redukcja śmiertelności w tej najtrudniejszej grupie chorych z ostrym rozwarstwieniem jest jednym z najważniejszych zadań współczesnej kardiologii, kardiologii oraz radiologii, bowiem szybka i precyzyjna diagnostyka, duże doświadczenie operującego chirurga i anestezjologa dają szansę na wyraźną poprawę uzyskiwanych wyników leczenia, także w ostrym rozwarstwieniu aorty. Odczuwalny przełom w tej dziedzinie uzyskano przez wprowadzenie leczenia tętniaków aorty piersiowej technikami endowaskularnymi.

Transplantacje serca i płuc

Zarówno kardiologów, kardiologów, jak i transplantologów musi niepokoić wyraźny spadek liczby transplantacji serca w minionym roku w naszym kraju. W Polsce roczne zapotrzebowanie na tego typu operacje jest na poziomie 150–180 transplantacji serca, 40–60 transplantacji płuc, ok. 4–6 jednoczesnych transplantacji serca i płuc, 8–12 jednoczesnych transplantacji serca i nerek oraz ok. 2–3 rocznie jednoczesne transplantacje serca, płuc i wątroby u młodych osób z ciężką mukowiscydozą.

Przyczyn obecnego stanu transplantacji narządów klatki piersiowej w Polsce jest wiele, a pierwsza z nich to niedocenywanie znaczenia właściwej opieki nad potencjalnym dawcą serca czy płuc nie tylko przez anestezjologa, ale także kardiologa, internistę czy pulmonologa, oceniającego kurczliwość serca przed pobraniem i wydolność płuc czy czystość drzewa oskrzelowego. Problem dotyczy również listy potencjalnych biorców serca. Do transplantacji zgłaszani są chorzy starsi, z wieloma obciążeniami narządowymi, m.in. cukrzycą, upośledzoną funkcją nerek, bardzo często po uprzednich operacjach kardiologicznych pomostowania aortalno-wieńcowego czy wielokrotnych zabiegach PCI.

W Polsce nadal za późno na listy oczekujących trafiają młodzi chorzy z nieodwracalnym uszkodzeniem serca, ale bez dużych zmian narządowych i nadciśnienia płucnego. Śmiertelność w okresie szpitalnym w danym ośrodku zależy od liczby akceptowanych biorców pilnych z grupy dużego ryzyka. W ośrodkach, gdzie akceptuje się takich pilnych biorców, czasami tygodniami hospitalizowanych na oddziałach intensywnej opieki kardiologicznej

z zastosowaniem kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej lub mechanicznego wspomaganie krążenia, śmiertelność w okresie szpitalnym jest zaskakująco wyższa i wynosi ok. 20, a nawet 30%. Znacznie lepsze wyniki transplantacji serca uzyskiwane są u biorców z grupy małego i średniego ryzyka, gdzie śmiertelność po transplantacji serca w okresie szpitalnym wynosi od 6 do 8%.

Program transplantacji płuc w Polsce, rozpoczęty w Zabrzu, pomimo powodzenia zarówno w zakresie transplantacji pojedynczego płuca, jak i obu płuc, jest w trakcie budowy i rozwoju. Wymaga bliskiej współpracy z pulmonologami, anestezjologami i kardiologami oraz, jak cała transplantologia, ze specjalistami takich dziedzin jak bakteriologia, wirusologia, immunologia, patologia i rehabilitacja.

Podsumowanie

Ogólnopolski Raport *Kardiochirurgia Polska 2005*, funkcjonujący nieprzerwanie od 1982 do 2005 r., osiągnął postawione cele. Zdecydowanie pomógł w rozwoju polskiej kardiologii dorosłych i dzieci. Pokazując rodzaje i ilości wykonywanych operacji, uwiarygodniał rzeczywisty wysiłek całego polskiego środowiska kardiologicznego. Dokumentując śmiertelność i powikłania, sprzyjał poprawie wyników leczenia.

Z taką formą raportu mamy do czynienia po raz ostatni. W styczniu 2006 r. rozpoczął działalność Krajowy Rejestr Operacji Kardiologicznych (KROK) – nowoczesna baza danych, w sposób perspektywiczny gromadząca szczegółowe informacje o każdej operacji kardiologicznej we wszystkich polskich ośrodkach kardiologii. Dane te są anonimowo przekazywane do Europejskiej Bazy Danych EACTS oraz, w formie comiesięcznych raportów, do Ministra Zdrowia. Przedsięwzięcie to jest realizowane z inicjatywy Klubu Kardiologów Polskich na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach programu POLKARD. Jego wykonawcą jest Klinika Kardiologii Instytutu Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, kierowana przez prof. dr. hab. n. med. Bohdana Maruszewskiego, a koordynatorem jest dr Zdzisław Tobota. To oni stworzyli i kierują bazą europejską EACTS *Congenital Database*.

Tegoroczny raport jest również dobrą okazją do złożenia podziękowań całemu środowisku kardiologicznemu i kardiologicznemu, a więc lekarzom i pielęgniarkom, których ciężka, całodobowa praca przyniosła rezultaty na miarę tych uzyskiwanych w dobrych europejskich ośrodkach. Jest też szczególny powód do podziękowania naszym najbliższym przyjaciołom, koleżankom i kolegom kardiologom, których wysokie wymagania i oczekiwania najbardziej sprzyjają choremu, a jednocześnie przyczyniają się do rozwoju polskiej kardiologii.