

organu. Z deficytu podaży transplantatów wynika, że większość chorych nigdy nie doczeka tego zabiegu. Gdyby jednak wszystkim chorym w skrajnej postaci niewydolności serca, oczekującym na transplantację, implantowano sztuczne serca, to chorzy tacy z implantowanymi sztucznymi sercami, najnowszych konstrukcji, mają szansę przeżycia nawet kilkuletniego okresu w niezłym stanie ogólnym. Pokazuje to wyraźnie przykład pierwszego pacjenta Barneya Clarka, któremu wszczepiono sztuczne serce Jarvik-7. Jego indeks serca bezpośrednio po tym zabiegu wzrósł prawie dwukrotnie. Obecnie produkowane sztuczne serca są coraz doskonalsze i umożliwiają chorym względnie długi okres przeżycia.

Jest rzeczą pewną, że ogromna większość chorych wymagających transplantacji serca nie doczeka tego zabiegu. Według statystyk niemieckich, w tym kraju na przeszczep serca oczekuje około 20 tys. chorych rocznie. Biuro Ocen Technicznych przy Kongresie Stanów Zjednoczonych ocenia, że na transplantację biologicznego lub sztucznego serca oczekuje około 80 tys. Amerykanów. Przenosząc te dane na warunki polskie, można przewidywać, że zapotrzebowanie na sztuczne serce w naszym kraju sięga około 10 tys. chorych rocznie.

Koszt jednego sztucznego serca (pod koniec XX wieku) wynosił w Stanach Zjednoczonych ok. 50 tys. dolarów. Aby więc pokryć zapotrzebowanie na sztuczne serca w Polsce dla chorych na skrajną niewydolność serca potrzeba około 1 mld zł rocznie. Jest to z pewnością bariera ekonomiczna, którą w naszym kraju, przy wielkim niedoborze środków finansowych w publicznej opiece zdrowotnej, trudno będzie pokonać. Nie jest to jednak przeszkoda, której nie da się przełamać w przyszłości. Natomiast bariery podaży transplantatów serca adekwatnie do potrzeb chorych z pewnością nie da się nigdy pokonać. Na całym świecie wykonuje się obecnie nie więcej niż 5 tys. transplantacji serca rocznie

(w Polsce około 130), podczas gdy potrzeby są wielokrotnie wyższe. Cała nadzieja dla chorych na skrajną niewydolność serca leży więc w sztucznych sercach. Wraz z wielkim postępem techniki będą one z biegiem czasu coraz doskonalsze i tańsze. Przyniesie to ratunek chorym zagrożonym utratą życia. Można więc liczyć na to, że wielu producentów sprzętu medycznego na całym świecie będzie starać się zapewnić dostateczną podaż coraz doskonalszych sztucznych serc. Przykład Petera Houghtona, opisany we wstępie, świadczy o tym, że zastosowane w odpowiednim czasie sztuczne serce zapewnić może ratunek przed śmiercią i powrót do normalnego życia. Jeśli zawodzi farmakoterapia, jeśli nikłe są szanse na transplantację, nadzieją dla chorych cierpiących na niewydolność serca jest implantacja sztucznego serca. Szkoda tylko, że ta wielka nadzieja lecznicza dla tysięcy chorych na świecie jest jeszcze w małym stopniu wykorzystywana. Protetyka serca to obecnie medycyna elitarna, ale z wielkimi perspektywami rozwojowymi.

Zróbmy bilans światowy. Na 5 mld ludzi żyjących na świecie każdego roku umiera ok. 25 mln z powodu chorób serca i naczyń. Około 75 mln ludzi choruje na niewydolność serca w różnych jego stadiach, w tym około 750 tys. znajduje się w skrajnej jej postaci (NYHA IV). Do transplantacji serca kwalifikuje się około 75 tys. rocznie. Wykonuje się ich obecnie mniej niż 5 tys. rocznie (w Polsce około 130). Pozostali chorzy nie uzyskawszy skutecznej pomocy, umierają. Ratunkiem dla nich jest protetyka serca realizowana jednak w niewielkim stopniu i w nielicznych krajach. Nie istnieją możliwości zwiększania podaży transplantatów serca do potrzeb chorych. Protezy sercowe (sztuczne serca) mogą pokrywać zapotrzebowanie całkowicie. Limitowanie ich produkcji wynika z wysokich kosztów. Mimo tych ograniczeń protetyka sercowa ma niewątpliwie wielkie perspektywy rozwoju.

Komentarz

Marian Zembala



W roku 2008 nikt już nie kwestionuje przydatności mechanicznego wspomaganie krążenia, co więcej: nie tylko kardiochirurdzy czy anestezjodzy, ale i sami kardiologowie, wobec chorego z ostrą i ciężką niewydolnością serca, sięgają po nowe i skuteczne możliwości leczenia. Zastugą prof. Stanisława Sterkowicza, wybitnego polskiego lekarza, kardiologa, internisty, ale zarazem znakomitego publicysty i społecznika, jest przypomnienie nam drogi, jaką na świecie przebyła medycyna w chorobach serca, płuc i naczyń, aby mechaniczne wspomaganie krążenia mogło lepiej służyć potrzebującemu choremu.

Nikt w naszym kraju nie ma najmniejszych wątpliwości, że inicjatorem, a jednocześnie trwałym symbolem takiego działania był i jest prof. Zbigniew Religa. To jego determinacja doprowadziła do poszukiwania i stworzenia we wspó-

pracy z ośrodkami w Brnie, Moskwie, Rostoku i Berlinie polskich komór wspomaganie krążenia. Dzisiaj dzięki zabrzańskim komórkom zdołaliśmy w ośrodkach w Warszawie, Zabrzu, Gdańsku, Katowicach, Krakowie i kilku pozostałych uratować wielu chorych. Aktywność tak utalentowanych zabrzańskich konstruktorów, bioinżynierów, jak inż. R. Kustos, dr Z. Nawrat, dr P. Wilczek jest gwarancją naszego dalszego rozwoju. Niwelowane są także kolejne bariery i ograniczenia, aby zwiększyć dostępność urządzeń najlepszych i najskuteczniejszych, chociaż nadal kosztownych, produkowanych za granicą.

Pamiętajmy zawsze o dokonaniach pionierów, ich odważnej wizji i strategii, za którą czasami nie byliśmy w stanie nadążyć w leczeniu. Nie tylko my zresztą nie nadążaliśmy za Religą, inni nie nadążali za Liottą, Bucherlem, De Bakeyem. Trudno jest doścignąć pionierów w ich najważniejszym życiowym wyścigu. Byli po prostu od nas lepsi.