

Komentarz

prof. dr hab. n. med. Stanisław Woś
Krajowy konsultant w dziedzinie kardiologii

Celem niniejszego doniesienia jest przypomnienie organizatorom oddziałów kardiologicznych o niezbędnych warunkach koniecznych do realizowania świadczeń z zakresu kardiologii dorosłych.

Spełnienie tych wymagań dotyczy sal operacyjnych, oddziałów intensywnej terapii, jak również dysponowania odpowiednim zapleczem laboratoryjnym i personelem medycznym. Miejsca realizacji tych świadczeń zostały określone w Rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysoko specjalistycznych oraz warunków ich realizacji (DzU Nr 139, poz. 1140).

Jak wskazują liczne opracowania europejskie i amerykańskie, w nadchodzącej dekadzie coraz trudniejsza i starsza populacja chorych będzie trafiać do leczenia kardiologicznego, co jest związane ze zwiększonym ryzykiem okotooperacyjnym. Fakt ten niewątpliwie będzie miał wpływ na szybszą zużywalność urządzeń oraz konieczność dodatkowego wyposażenia oddziałów w sprzęt i aparaturę medyczną, która w tej chwili wydaje się ponadstandardowa.

Na licznych kongresach i spotkaniach towarzystw naukowych w Europie i USA zaleca się tworzenie zespołów tzw. Heart

Team z odpowiednim zapleczem aparaturowym, które będą ze sobą współdziałać w trudnych przypadkach klinicznych na tzw. salach hybrydowych, na których jest wypracowywana strategia interwencji zapewniająca nie tylko dobry efekt kliniczny, ale przede wszystkim ograniczające ryzyko powikłań.

W tych zespołach będą mogły zapadać decyzje co do wyboru koniecznych, ale mniej inwazyjnych procedur, np. z dostępu przezskórnym tętniczym czy poprzez mniejsze dostępy operacyjne z tzw. minitorakotomii. Już obecnie tworzą się w kraju pierwsze zespoły (w Zabrze, Warszawie, Krakowie i Katowicach) wszczepiające przezskórne zastawki lub zamykające przecieki wewnątrzsercowe we wrodzonych wadach serca u dzieci czy okołozastawkowe po wszczepionych uprzednio zastawkach.

Podobnie coraz częściej model leczenia hybrydowego spostrzega się w chorobie niedokrwiennej serca polegającej na zastosowaniu mało inwazyjnych technik chirurgicznych (*minimally invasive direct coronary artery bypass – MIDCAB*) czy OPCAB (*off-pump coronary artery bypass*) w skojarzeniu z przezskórną angioplastyką wieńcową w celu uzyskania pełnej rewaskularyzacji mięśnia sercowego u chorych z wielonaczyniową chorobą niedokrwinną serca.

Prezentowane obecnie wyniki leczenia hybrydowego są obiecujące i wskazują, że indywidualne podejście do leczenia trudnej choroby niedokrwiennej serca tymi dwoma alternatywnymi metodami, jakimi są CABG i PCI, są sposobami nawzajem się wspomagającymi.

Ma to szczególne znaczenie w leczeniu chorych ze zwiększonym ryzykiem operacyjnym.

Należy podkreślić, że już obecnie około 30% chorych trafia do leczenia chirurgicznego po wcześniejszym stentowaniu naczyń wieńcowych i dodatkowo 5% chorych po wcześniejszym pomostowaniu naczyń wieńcowych.

Kolejną populacją chorych, gdzie koszty procedur będą stawać się coraz bardziej finansochłonne, są chorzy z ciężką niewydolnością serca oczekujący na przeszczep, wymagający mechanicznego wspomaganie serca za pomocą wszczepialnych sztucznych komór, co jest już udokumentowaną metodą terapeutyczną.

Wskazaniem do stosowania ww. systemu mechanicznego wspomaganie serca są ciężkie niewydolności serca na tle kardiomiopatii niedokrwiennej rozstrzeniowej infekcyjnej i jako pomost do transplantacji serca.

W szczególnym polu widzenia winny się znaleźć te ośrodki, które zajmują się leczeniem ciężkiej niewydolności serca oraz mające program przeszczepu serca (Zabrze, Kraków, Warszawa, Gdańsk).

Podsumowując zatem – w polu widzenia polskiej kardiologii powinno się znaleźć takie wyposażenie aparaturowo-sprzętowe, jak:

- zestawy ECMO – dla leczenia ostrej niewydolności oddechowej,
- do hemofiltracji,
- implantowane komory serca dla dzieci i dorosłych,
- pompy rotacyjne i wirowe,
- cell-savery,

oraz wszelkiego rodzaju instrumentarium z torami wizyjnymi do wykonywania procedur endoskopowych związanych z zaburzeniami rytmu serca.

Zatem dążąc do tworzenia nowych oddziałów kardiologicznych, należy popatrzeć poprzez skalę zwiększonych wydatków finansowych na modernizację i zakup koniecznego sprzętu zgodnie z nadchodzącymi nowymi trendami panującymi w Europie.