

Remont naczyń

Patrycja Majer



Wejście główne CSK MSWiA w Warszawie
(fot. archiwum)

Mamy nowoczesny sprzęt diagnostyczny, dysponujemy pełną diagnostyką radiologiczną i udało nam się jako nielicznym w Polsce zakontraktować zabiegi angioplastyki wieńcowej z użyciem stentów rapamycynowych, zapobiegających restenozie. Dzięki temu już teraz liczba pacjentów w naszym szpitalu potroiła się – mówi dr n. med. Marek Durlik, dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie.

Grunt to diagnoza

– Dzięki nowoczesnym urządzeniom potrafimy, np. bardzo precyzyjnie określić, które naczynie wieńcowe zajęte miażdżycą powinny być leczone – tłumaczy doc. dr hab. n. med. Robert Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej. – Każde zwężenie miażdżycowe, które redukuje przepływ krwi, narasta w czasie. Na początku, kiedy jest jeszcze nieznaczne, nie wpływa na hemodynamikę. Dopiero gdy zwężenie redukuje ponad 50 proc. średnicy tętnicy, należy ją leczyć. – Najtrudniej jest podjąć decyzję, co należy zrobić ze zwężeniem zamykającym trochę mniej niż 50 proc. światła naczynia. Nierzadko trudno jest w trakcie koronarografii ocenić jednoznacznie czy należy takie naczynie poszerzyć, czy nie – mówi doc. dr Robert Gil. – Jest to tym trudniejsza decyzja, że zoperowanie zwężenia, które nie było konieczne, naraża pacjenta na ryzyko restenozy. Tymczasem chory nie miałby jej, gdyby nie był leczony. Na szczęście Centralny Szpital Kliniczny MSWiA jako jedyny w Polsce wykonuje w trakcie koronarografii USG wewnątrznaczyniowe. – Nie jest to tanie badanie, jego koszt wynosi 3,5 tys. zł. Pokrywamy go z własnych środków. Jednak tylko ono pozwala nam obejść blaszkę

miażdżycową od wewnątrz, oznaczyć jej wielkość, grubość, charakter, ocenić dokładnie, ile światła pozostało w naczyniu – opowiada doc. dr hab. Robert Gil. Na tej podstawie w przeciągu kilku minut można mieć pewność czy konieczne jest leczenie danego zwężenia i jaką technikę najlepiej zastosować.

Stenty z rapamycyną

Najczęściej w takiej sytuacji stosuje się angioplastykę naczyń wieńcowych z zastosowaniem tradycyjnych stentów. – Niestety, każdy kardiolog doskonale zna sytuację, kiedy pacjent po upływie około pół roku od przeprowadzenia zabiegu angioplastyki wieńcowej, zaczyna znów odczuwać duszności, bóle wieńcowe, łatwiej się męczy. Restenozą, czyli nawrót zwężenia w naczyniu wieńcowym to zhora współczesnej kardiologii. Dotyka ona średnio co czwartego pacjenta po angioplastyce. Do niedawna nie było na nią skutecznego sposobu. Na szczęście dziś udało się ten problem zminimalizować – mówi dr Robert Gil. – Umożliwiły to nowoczesne stenty, uwalniające leki antyproliferacyjne, takie jak rapamycyna. Umieszczony na stencie lek uwalnia się przez kilka tygodni, powstrzymując typowy po zabiegu rozrost ścianek naczynia. W efek-

cie miejsce, w którym umieszczono stent goi się, ale nie powoduje ponownego ubytku światła w tętnicy. Zastosowanie stentów rapamycynowych aż 5-krotnie zmniejsza prawdopodobieństwo nawrotu restenozy. W Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA udało się zakontraktować zabiegi angioplastyki wieńcowej z użyciem takich stentów. Stanowią one 15 proc. wszystkich angioplastyk robionych w tym szpitalu. – Stenty rapamycynowe są dla wszystkich pacjentów lepsze niż klasyczne. Niestety, są drogie (jeden stent kosztuje 10 tys. zł, podczas gdy klasyczny od 1,2 tys. do 1,7 tys. zł) i dlatego nie możemy ich wszczepiać każdemu choremu – opowiada dr Robert Gil. – Dostają je u nas jednak ci chorzy, którzy bezwzględnie ich potrzebują, np. chorzy, którzy mieli już zabieg angioplastyki albo by-passy i u których leczone naczynie ponownie zaczyna się zwężać, ale też ci mający zmiany w pniu głównym lewej tętnicy wieńcowej, czy w początkowym odcinku tętnicy przedniej wstępującej, gdzie bardzo często mamy do czynienia z restenozą, a jej następstwa kliniczne są bardzo poważne.

W pracowni elektrofizjologicznej

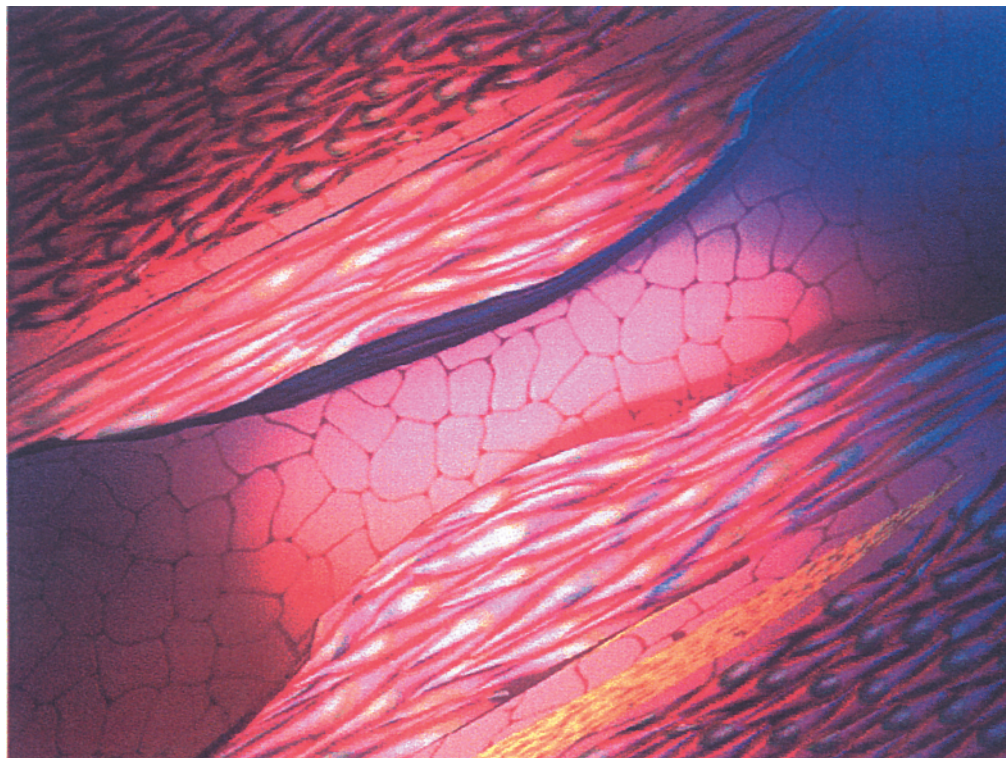
W Klinice Kardiologii Inwazyjnej od dwóch lat wszczepia się nowo-

Zastosowanie stentów rapamycynowych aż 5-krotnie zmniejsza prawdopodobieństwo nawrotu restenozy

czesne stymulatory serca z dodatkowymi elektrodami. Rozruszniki te, zamiast jak dotychczas dwóch, mają trzy elektrody – tłumaczy doc. Robert Gil. – Stosuje się je u pacjentów cierpiących, np. z powodu napadowego migotania przedsionków. Zadaniem trzeciej elektrody jest ustabilizowanie nadmiernej aktywności elektrycznej przedsionków. W efekcie zmniejsza się ilość napadów migotania przedsionków. Na pomoc mogą tu też liczyć pacjenci z niewydolnością serca, dla których dotychczas jedyną szansą był przeszczep. Implantacja odpowiedniego stymulatora z dodatkową elektrodą stymulującą lewą komorę zmienia rozchodzenie się prądów pobudzających skurcze serca. Koszty takiego stymulatora są prawie 2-krotnie wyższe niż standardowego, jednak tylko ten zabieg niejednokrotnie pozwala pacjentowi doczekać przeszczepu serca, a czasami nawet uniknąć go.

Bez zgagi

W szpitalu MSWiA znajduje się nie tylko doskonale wyposażony oddział kardiologiczny. Także pacjenci z innymi schorzeniami mogą liczyć na pomoc, świadczoną w oparciu o najnowsze technologie medyczne. – Zupełną nowością, jaką wprowadziliśmy na oddział gastroenterologiczny jest zabieg endoskopowego leczenia choroby refluksowej – mówi dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska, zastępca dyrektora ds. lecznictwa. Choroba refluksowa to plaga XXI wieku. Niestety, dotychczas chorych leczy się farmakologicznie albo chirurgicznie. I jeden, i drugi sposób jest dla pacjentów uciążliwy. Pierwszy skazuje ich na przyjmowanie leków do końca życia, drugi naraża na niedogodności związane z operacją. Alternatywą dla tych sposobów leczenia okazało się endoskopowe szycie błony śluzowej żołądka. Metoda jest całkiem nowa. Zabiegi takie na świecie wy-



Restenoza (fot. archiwum)

konuje się dopiero od dwóch lat, a w całej Europie wykonano ich tylko 38, w tym 2 w Polsce. Z punktu widzenia pacjenta jest to taki sam zabieg jak gastroskopia, z tym, że gastroenterolog nie diagnozuje choro- go, ale zszywa zniszczoną śluzówkę, robiąc w niej zakładki. Zabieg trwa nie dłużej niż 20 minut. Niestety, jak każda nowość, jest drogi. Kosztowne jest samo urządzenie (ok. 10 tys. zł), które na razie jest jednorazowe. Jak ocenia dr Grażyna Rydzewska, potrzebować go może nawet 10 proc. populacji.

Balon w brzuchu

Wśród nowoczesnych technik leczenia, w warszawskim szpitalu znalazła się jeszcze jedna, leczenie otyłości olbrzymiej za pomocą balonu zakładanego przy użyciu endoskopu. – Jest to bardzo prosta metoda leczenia otyłości i w przeciwieństwie do innych, mało inwazyjna. Balon wprowadza się do żołądka za pomocą gastroskopii. Następnie wypełnia się go roztworem soli fizjologicznej, zabarwionej niebieskim barwnikiem do pojemności 500–700 mililitrów i po-

zostawia w żołądku na 4–6 miesięcy. Dzięki temu pacjent jednocześnie nie odczuwa głodu i też nie może dużo jeść, bo balon nie pozostawia w żołądku zbyt wiele miejsca na pokarm. W tym czasie lekarze i dietetycy rozpisują choremu dietę 1 000 kalorii i uczą go nowego sposobu odżywiania. – tłumaczy dr Grażyna Rydzewska. Chociaż zabieg ten nie jest refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w szpitalu MSWiA można go zrobić prywatnie. A nie jest zbyt drogi. Koszt operacji łącznie z leczeniem wynosi ok. 7 tys. zł.

Otwarty dla wszystkich

Od niedawna w szpitalu MSWiA może się leczyć każdy. Po pierwsze dlatego, że tylko tutaj wykonuje się niektóre specjalistyczne zabiegi, jak np. szycie endoskopowe żołądka. Po drugie dzięki wprowadzeniu przez szpital pakietu odpłatnych usług medycznych. W ten sposób dyrekcji szpitala udało się upiec dwie pieczenie na jednym ogniu, zwiększyć dostępność i zarobić na własne utrzymanie. ■