

## Recenzja książki „Polska skala ryzyka leczenia operacyjnego choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego”

Praca zbiorowa pod redakcją Janusza Zastłnki, Czesława Domańskiego, Alicji Iwaszkiewicz, Ryszarda Jaszewskiego, Piotra Okońskiego. Wydawnictwo Medyczne Plus s.c., Warszawa ul. Srebrna 16. Warszawa 2006, ISBN 83-923874-2-3, ss. 176



### Stanisław Sterkowicz

Emerytowany profesor medycyny, kardiolog i historyk medycyny. Od 1981 r. organizuje coroczne ogólnopolskie konferencje kardiologiczne Włocławskiego Towarzystwa Naukowego. Redaguje również książkowe zapisy tych konferencji.

Kardiologia i Torakochemia Polska 2008; 5 (2): 222–223

Zespół pracowników Kliniki Kardiologii i Katedry Kardiologii i Kardiologii i Intensywnej Terapii Kardiologicznej oraz II Katedry i Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wspólnie z pracownikami Katedry Metod Statystycznych

#### Polska Skala Ryzyka Operacyjnego

Czynniki ryzyka	Punkty
zaburzenia hemodynamiczne przed operacją	4
EF mniejsze niż 40%	3
nagły tryb zabiegu	3
choroby płuc	3
poprzednia interwencja kardiologiczna	2
niestabilna choroba wieńcowa	2
powierzchnia ciała mniejsza niż 1,75 m <sup>2</sup>	2
zwężenie pnia l. tętnicy wieńcowej większe niż 75%	2
ilość płytek krwi powyżej normy	2
wiek 65 lat + 1 pkt co 5 lat	2
leczenie nadczynności tarczycy	1
cukrzyca	1
stężenie kreatyniny większe niż 1,2 mg/dl	1
miażdżycza zarostowa kończyn dolnych	1
zawąt w ciągu ostatnich 90 dni	1
komorowe zaburzenia rytmu	1
zabieg w ECC	1

Uniwersytetu Łódzkiego od 1997 r. prowadził badania nad opracowaniem skali ryzyka operacyjnego, umożliwiającej ocenę (w formie liczbowej) pacjentów poddawanych z powodu choroby wieńcowej zabiegowi przestawiania (by-pass). Problem ten stał się szczególnie ważny w ostatnich latach z racji coraz większej liczby chorych poddawanych takiemu leczeniu i to coraz częściej osób w podeszłym wieku, obciążonych dodatkowo różnorodnymi przewlekłymi chorobami. Za granicą w tym celu opracowano w 1992 r. skalę Cleveland Clinic Foundation, przypisując określonym parametrom chorego wartości liczbowe. Zsumowanie tych wartości pozwalało ocenić, czy ryzyko operacyjne jest niskie, mierne czy wysokie. W skali Cleveland bada się 16 parametrów, wśród których najwyższą notę przypisuje się operacjom ze wskazań nagłych. W krajach Europy Zachodniej w 1999 r. wprowadzono dla tego samego celu skalę Euroscore, oceniającą 18 parametrów o różnych przypisywanych im wartościach liczbowych. Kardiologowie łódzcy, dążąc do lepszej oceny ryzyka operacyjnego chorych populacji polskiej, opracowali własną Łódzką Skalę Ryzyka – przedoperacyjną (oceniającą 13 parametrów chorego), jak i śródoperacyjną (badającą 9 parametrów). Porównując swoją skalę z zagranicznymi, stwierdzili większą przydatność własnej. Przypisali to specyfice polskiej populacji oraz istniejącemu w Polsce systemowi opieki zdrowotnej. W badaniach tych prowadzonych w latach 1997–1999 ocenianych było 1023 chorych leczonych w Klinice Kardiologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Dążąc do ulepszenia tej metody, łódzcy lekarze w latach 2003–2005 na podstawie 4658 operowanych chorych w 12 ośrodkach akademickich w Polsce wykonujących zabiegi chirurgiczne na naczyniach wieńcowych, zmodyfikowali własną i opracowali Polską Skalę Ryzyka Operacyjnego choroby niedokrwiennej serca. Zawarto w niej 18 parametrów o różnych przypisywanych im wartościach liczbowych, których związek z ryzykiem zgonu został udowodniony. Ja-

ko cechę najważniejszą oceniono zaburzenia hemodynamiczne przed operacją, nieco mniej ważną – nagły tryb zabiegu oraz frakcję wyrzutową serca poniżej 40%. Zsumowane wyniki tych ocen pozwalają przydzielać chorego do określonej grupy ryzyka. Jest to więc metoda bardzo przydatna w codziennej praktyce kardiologów i kardiochirurgów, ale również i lekarzy internistów, spotykających się często w swej pracy z osobami cierpiącymi na chorobę niedokrwienną serca. Ze względu na dużą praktyczną wartość tej metody przytaczam ją poniżej.

Ostateczna decyzja o zabiegu należy zawsze do chorego uprzedzonego o ryzyku operacyjnym. Szanse życia chorego z wysokim stopniem ryzyka, jednak bez zabiegu, są nikłe, natomiast pomyślnie przeprowadzenie zabiegu zwiększa je w istotny sposób. Wybór właściwego postępowania w tych sytuacjach jest niezwykle trudny.

Obok omówienia różnych metod oceniania ryzyka operacyjnego w zabiegach na tętnicach wieńcowych praca zawiera jeszcze kilka rozdziałów związanych tematycznie z tym zagadnieniem. W sposób zwięzły, a ważny dla lekarzy ogólnych, omówiono w nich: diagnostykę ostrego zespołu wieńcowego, metody leczenia operacyjnego, znieczulenie w zabiegach rewaskularyzacyjnych i powikłania leczenia

Po zsumowaniu przytoczonych czynników ustala się grupę ryzyka wg poniższej tabeli:

Grupa ryzyka	Liczba punktów	Śmiertelność (%)
niska	0–5	0,97
umiarkowana	6–9	3,00
średnia	10–13	10,46
wysoka	13 i więcej	29,78

operacyjnego. Dla lekarzy mało obeznanych z rachunkiem prawdopodobieństwa trudniejszy do zrozumienia jest rozdział poświęcony analizie statystycznej badanych pacjentów. Jest on jednak potrzebny do potwierdzenia rzetelności badań.

Książka ta godna jest polecenia wszystkim lekarzom, którzy w swej codziennej pracy spotykają się z chorymi na chorobę wieńcową. Polska Skala Ryzyka Operacyjnego w Chorobie Niedokrwiennej Mięśnia Sercowego powinna stanowić wyposażenie każdego kardiologa i kardiochirurga.