

Dlaczego leczenie wstrząsu kardiogenego wymaga współpracy interdyscyplinarnej?

Why the treatment of cardiogenic shock requires multidisciplinary approach?

Piotr Knapik

Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii Pooperacyjnej, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2006; 3 (3): 262–263



Nie ulega wątpliwości, że wstrząs kardiogeny jest najczęstszą przyczyną zgonu tych chorych, którzy docierają do szpitala z zawałem serca. Od lat wiadomo również, że wstrząs kardiogeny rozwija się u ponad 7% chorych z zawałem, z których około połowa umiera [1]. Liczby te są porażające, jeżeli wziąć pod uwagę, że wstrząs kardiogeny co roku rozwija się w Stanach Zjednoczonych i Europie u 120–160 tys. chorych – oznacza to ponad 50 tys. zgonów rocznie.

A jak to jest u nas w Polsce? Trzeba przyznać, że posiadamy obecnie wyjątkowo dokładne informacje na ten temat. Rozwijający się dynamicznie *Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych* dysponuje już danymi prawie 100 tys. pacjentów przyjętych do ponad 400 polskich szpitali z ostrym zespołem wieńcowym (w tym 57 tys. chorych z zawałem z uniesieniem lub bez uniesienia odcinka ST). Wiemy, że wstrząs kardiogeny rozwinął się u 3500 pacjentów (ok. 6%), a ponad połowy z nich nie udało się uratować [2]. Wstrząs kardiogeny jest więc nie lada problemem. Wydaje się, że nadszedł czas, aby do dyskusji na ten temat dołączyli lekarze innych specjalności. Tych, których zainteresuje niniejszy artykuł redakcyjny, zachęcam do lektury artykułu na stronie 304. Pierwszym autorem tej pracy jest dr Paweł Nadziakiewicz, anestezjolog blisko współpracujący z naszymi klinikami kardiologii, biorący tam aktywny udział w prowadzeniu chorych wymagających intensywnej terapii.

Wydaje się, że w walce z tak masowym zabójcą, jak wstrząs kardiogeny, należy stosować nadzwyczajne środki. Sięgnąć po wszelką dostępną pomoc i zmobilizować wszystkie nasze medyczne siły. Na pierwszej linii frontu oczywiście są (i zawsze tam będą) kardiologowie. Właśnie pod ich opiekę trafią w pierwszej kolejności chorzy z ostrymi zespołami wieńcowymi. To znakomicie, że szybko powstają w naszym kraju czynne przez 24 godz. na dobę pracownie hemodynamiki, ponieważ szybka rewaskularyzacja

tętnicy odpowiedzialnej za zawał jest najważniejszym elementem w zapobieganiu i leczeniu wstrząsu kardiogenego [3]. Do leczenia tej najtrudniejszej grupy chorych powinni jednak włączyć się również lekarze innych specjalności – przede wszystkim anestezjolodzy, którzy obecni są przecież w każdym szpitalu. Trzeba przy tym pokonać uprzedzenia, niepotrzebne podziały i organizacyjne przeszkody. Dlaczego warto to zrobić?

Ponieważ wstrząs kardiogeny po prostu wymaga zastosowania metod typowych dla intensywnej terapii. Trzeba zastosować inwazyjne monitorowanie hemodynamiczne, „ciężkie” środki inotropowe, sztuczną wentylację, balon wewnątrzaoortalny, i wiele innych metod. Nierzadko trzeba też pomyśleć – pomimo ogromnego ryzyka – o szybkiej kwalifikacji do leczenia kardiologicznego [4–6], tymczasem ośrodki kardiologiczne, publikujące dziś oficjalnie swoje wyniki leczenia, nie spieszą się czasem do kwalifikacji chorych z tak ekstremalnie wysokim ryzykiem operacyjnym [2]. Liczy się więc szybkość i inwazyjność zespołowo prowadzonych działań, a nasz system ochrony zdrowia zupełnie nie jest do tego przygotowany. **Według danych pochodzących z ogólnopolskiego rejestru, zaledwie 56% chorych we wstrząsie kardiogenym leczono na oddziałach kardiologii, a nieco ponad 13% – na wieloprofilowych oddziałach intensywnej terapii [2]. Ponad 25% chorych leczono na oddziałach chorób wewnętrznych! Z całym szacunkiem – jakie szanse ma tam chory we wstrząsie kardiogenym, jeżeli taki przypadek stanowi nie lada wyzwanie nawet dla oddziału intensywnej terapii, dysponującego najnowocześniejszym sprzętem i posiadającego dostęp do inwazyjnych metod leczenia?**

Anestezjolodzy mogliby udzielić wsparcia kardiologom nie tylko w leczeniu chorych we wstrząsie kardiogenym. W ostatnich latach pojawiły się doniesienia wskazujące, iż wyniki leczenia chorych, u których zatrzymanie krążenia na-

Adres do korespondencji: prof. dr hab. med. Piotr Knapik, Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii Pooperacyjnej, Śląskie Centrum Chorób Serca, 41-800 Zabrze, ul. Szpitalna 2, tel. +48 32 373 37 24, faks +48 32 273 27 31, e-mail: nadzial@poczta.onet.pl

stąpiło w warunkach pozaszpitalnych, a pierwotną postacią zatrzymania krążenia było migotanie komór, można poprawić po zastosowaniu terapeutycznej hipotermii, prowadzącej do przejściowego zmniejszenia zużycia tlenu przez ośrodkowy układ nerwowy w najbardziej krytycznym dla chorego okresie [7]. Jest oczywiste, że najczęstszą przyczyną zatrzymań krążenia w opisanych warunkach są ostre zespoły wieńcowe, a więc znaczna część tych chorych trafi pod opiekę kardiologów. Od 2005 r. leczenie z zastosowaniem hipotermii terapeutycznej jest oficjalnie zalecane przez *Europejską Radę Resuscytacji* po wystąpieniu nagłego zatrzymania krążenia w warunkach pozaszpitalnych u chorych nieprzytomnych i z zachowaną wydolnością układu krążenia [8].

Na świecie spotyka się dwa podejścia do zagadnień intensywnej terapii. Tą dziedziną medycyny zajmują się albo wyłącznie anestezjodolodzy posiadający równocześnie tytuł specjalisty intensywnej terapii, albo specjalnie wyszkoleni tylko w tym kierunku lekarze, tzw. *intensywiści*. W naszym kraju funkcjonuje pierwszy z przedstawionych modeli. Intensywna terapia nie jest odrębną specjalnością. Pełne merytoryczne i praktyczne przygotowanie do zajmowania się intensywną terapią gwarantuje jedynie uzyskanie specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, a prawo do kierowania wieloprofilowymi oddziałami intensywnej terapii posiadają jedynie specjaliści w zakresie anestezjologii.

Taka sytuacja ma dobre i złe strony. Liczba oddziałów intensywnej terapii w Polsce jest zbyt mała, aby pomieścić wszystkich chorych wymagających hospitalizacji na takich oddziałach. W efekcie chorzy, spełniający kryteria przyjęcia do obszaru intensywnej terapii, są leczeni z konieczności na oddziałach o różnym profilu – chirurgii, chorób wewnętrznych, neurologii, kardiologii etc., a intensywne leczenie prowadzone jest tam przez lekarzy tych specjalności. To na ogół znakomici fachowcy, często w pełni oddani intensywnej terapii, niemający jednak pełnego przygotowania do prowadzenia tego rodzaju działalności, co może czasami powodować problemy. Należy przypomnieć, że program specjalizacji w anestezjologii obejmuje wielomiesięczne staże na wieloprofilowym oddziale intensywnej terapii zlokalizowanym na terenie jednostki akredytowanej do szkolenia specjalistycznego, co daje gwarancję pełnego zaznajomienia się z zagadnieniami i procedurami związanymi z prowadzeniem intensywnego leczenia u krytycznie chorych.

Być może optymalnym rozwiązaniem byłoby stworzenie odrębnej specjalności, będącej swego rodzaju uzupełnieniem posiadanych przez danego lekarza kwalifikacji. Są to sprawy dyskutowane na całym świecie. Można byłoby wtedy zaproponować uzyskanie specjalizacji w zakresie intensywnej terapii tym specjalistom w zakresie np. chirurgii lub kardiologii, którzy na swoich macierzystych oddziałach chcieliby zajmować się na stałe chorymi w krytycznym stanie. Niechęć do przyjęcia takiego kompromisowego rozwiązania w naszym kraju pojawia się jednak po obu stronach. **Czasami odnoszę wrażenie, że anestezjodolodzy nie chcą stracić monopolu na intensywną terapię, zaś lekarze innych specjalności uważają, że dodatkowe szkolenie w za-**

kresie intensywnej terapii nie jest im w ogóle potrzebne. Oba te podejścia są błędne, a cierpią na tym wyłącznie nasi chorzy. Należy mieć nadzieję, że problem ten zostanie w końcu jakoś rozwiązany. Do tego czasu trzeba za wszelką cenę (nie zważając na obiektywne przeszkody i gniewne pomrukiwania po obu stronach) konsekwentnie dążyć do zacieśnienia współpracy pomiędzy anestezjologami a tymi lekarzami innych specjalności, którzy zajmują się na co dzień krytycznie chorymi. Chorzy wymagający intensywnej terapii mogą na tym jedynie skorzystać.

Przypomnijmy – wstrząs kardiogeny jest główną przyczyną zgonu u tych chorych z zawałem serca, którzy docierają żywi do szpitala. Kardiolog nie powinien samotnie zmagać się z leczeniem chorego w stanie krytycznym, podobnie jak np. chirurg nie powinien brać sam na barki leczenia ciężkiego urazu wielonarządowego. Anestezjologia jest klasyczną specjalnością interdyscyplinarną, tak więc anestezjodolodzy zabezpieczają nie tylko oddziały zabiegowe, ale są do dyspozycji wszystkich ciężko chorych w szpitalu. W leczeniu krytycznie chorego powinni zaangażować się równocześnie lekarze kilku różnych specjalności. W takich sytuacjach nie ma miejsca na półśrodki, liczy się tylko zgodne, zespołowe i szybkie działanie.

Piśmiennictwo

- Goldberg RJ, Samad NA, Yarzebski J, Gurwitz J, Bigelow C, Gore JM. Temporal trends in cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1999; 340: 1162-1168.
- Gąsior M: Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych. Wstrząs kardiogeny PL-ACS, czyli polska rzeczywistość. XIII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna, Zabrze 9-10.06.2006.
- Hochman JS, Sleeper LA, Webb JG, Sanborn TA, White HD, Talley JD, Buller CE, Jacobs AK, Slater JN, Col J, McKinlay SM, LeJemtel TH: Early revascularization in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. SHOCK Investigators. Should We Emergently Revascularize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock. *N Engl J Med* 1999; 341: 625-634.
- Thompson CR, Buller CE, Sleeper LA, Antonelli TA, Webb JG, Jaber WA, Abel JG, Hochman JS. Cardiogenic shock due to acute severe mitral regurgitation complicating acute myocardial infarction: a report from the SHOCK Trial Registry. Should we use emergently revascularize Occluded Coronaries in cardiogenic shock? *J Am Coll Cardiol* 2000; 36: 1104-1109.
- Menon V, Webb JG, Hillis LD, Sleeper LA, Abboud R, Dzavik V, Slater JN, Forman R, Monrad ES, Talley JD, Hochman JS. Outcome and profile of ventricular septal rupture with cardiogenic shock after myocardial infarction: a report from the SHOCK Trial Registry. Should we emergently revascularize Occluded Coronaries in cardiogenic shock? *J Am Coll Cardiol* 2000; 36 (3 Suppl A): 1110-1116.
- Slater J, Brown RJ, Antonelli TA, Menon V, Boland J, Col J, Dzavik V, Greenberg M, Menegus M, Connery C, Hochman JS. Cardiogenic shock due to cardiac free-wall rupture or tamponade after acute myocardial infarction: a report from the SHOCK Trial Registry. Should we emergently revascularize occluded coronaries for cardiogenic shock? *J Am Coll Cardiol* 2000; 36 (3 Suppl A): 1117-1122.
- Bernard SA, Gray TW, Buist MD, Jones BM, Silvester W, Gutteridge G, Smith K. Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. *N Engl J Med* 2002; 346: 557-563.
- Nolan JP, Deakin CD, SOAr J, Bottiger BW, Smith G. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 4. Adult advanced life support. *Resuscitation* 2005; 67 (Suppl 1): S39-S86.