

 Medexpress, 2021-03-19 12:35

Kardiologia:

Prof. Bartuś ocenia możliwości i ograniczenia w leczeniu pacjentów



Thinkstock/GettyImages

W pierwszej części wywiadu Medexpressu profesor dr hab. n. med. Stanisław Bartuś ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, przewodniczący Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wyjaśnia z jakimi wyzwaniami mierzy się współczesna kardiologia i jak wygląda dziś zaawansowane technologicznie leczenie pacjentów z zawałem serca.

Jakie nowoczesne technologie są stosowane dziś w kardiologii, w leczeniu zawałów serca?

Prof. Stanisław Bartuś: To jest trudne pytanie. Leczenie zawału tylko pozornie wydaje się proste, bo teoretycznie polega na mechanicznym udrożnieniu zamkniętej tętnicy. Od ośrodków wykonujących te zabiegi wymaga się jednak dyżuru 24-godzinnego, 7 dni w tygodniu, intensywnego nadzoru kardiologicznego, możliwości wykonywania zabiegów 24 godziny na dobę, posiadania systemów telemedycznych czyli tele-EKG, możliwości konsultacji przez telefon, systemów do wspomaganie pracy serca jak kontrapulsacja, a w niektórych ośrodkach bardziej zaawansowanych pomp wspomagających lewą komorę. Oczywiście standardem jest posiadanie nowoczesnych przewodników, cewników balonowych, stentów. Co 2, 3 lata do wszystkich urządzeń wchodzi nowe generacje, w związku z czym trzeba być na bieżąco. Trzeba posiadać urządzenia do usuwania skrzeplin, prowadzenia mechanicznej resuscytacji, respirator a także systemy do leczenia ewentualnych powikłań, które, jeżeli ktoś leczy zawały, muszą się pojawić, mieć możliwość czasowej stymulacji pracy serca czy pełnej gamy urządzeń wszczepialnych czyli rozruszniki, kardiowertery, defibrylatory ect., i w końcu systemy do oceny krążenia wieńcowego takie jak FFR (pomiar cząstkowej rezerwy przepływu wieńcowego) oraz systemy do obrazowania wewnątrznaczyniowego jak ultrasonografia wewnątrznaczyniowa, czy też w niektórych ośrodkach optyczną koherentną tomografię. Jednak przede wszystkim w każdym ośrodku musi być zespół doskonale wyszkolonych specjalistów lekarzy, pielęgniarek, techników i personelu pomocniczego, bowiem osoby te leczą pacjentów w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, gdzie nie ma miejsca na pomyłki. Jak widać leczenie chorych z zawałem serca jest bardzo kompleksowym zadaniem. I dla laika, czy osoby nieobeznanej z tematem, może wydawać się to prostą sprawą, bo robimy zabieg, udrażniamy naczynie i człowiek, który mógłby być inwalidą albo nie żyć, w ciągu 5-7 dni wychodzi do domu i domaga się dopuszczenia go do pracy bo tak świetnie się czuje. A jeszcze 20 lat temu tak dobrze nie było. Śmiertelność z powodu zawału serca wynosiła wtedy w najlepszych ośrodkach około 15 procent chorych, a tak naprawdę w okolicach 40 procent. Potężny skok technologiczny dokonał się w ciągu ostatnich 15 lat, od kiedy leczymy zawały serca. W leczeniu zawałów serca wszystko jest nowe w porównaniu z tym co było 20 lat temu, począwszy od diagnostyki, przez postępowanie z pacjentem, technologie jakie są używane, a na koniec po opiekę nad tym chorym, czyli intensywna terapia i później programy opieki pozawałowej dla tych pacjentów. To całkowicie zmieniło możliwości leczenia kardiologicznego, a w konsekwencji umożliwia zdecydowanie zmniejszyć stopień inwalidztwa i wydłużyć życie nawet o kilka lat. I chyba nie ma w medycynie aż tak spektakularnej metody, która w dramatyczny sposób zmieniała rokowanie ludzi stających nagle przed sytuacją zawału serca, obarczoną ogromną śmiertelnością i stopniem inwalidztwa. W latach 2000-2010 we wszystkich krajach, również w Polsce, była przychylna atmosfera na to aby rozwijać opiekę zawałową. Dzięki temu w Polsce powstała sieć 160 ośrodków kardiologii interwencyjnej z czego prawie wszystkie pełnią 24 godzinny dyżur zawałowy. Ten dobrostan

społeczeństwa doprowadził do tego, iż refundacja leczenia zawałów została zmniejszona średnio o jedną trzecią. W związku z tym szereg nowych technologii, które w tamtym czasie wchodziły na rynek, nie doczekały się szerszego wdrożenia, bo po prostu ośrodków nie stać było na ich wdrożenie z uwagi na brak refundacji.

To zapewne odbija się na dostępności do tych nowoczesnych technologii jeśli chodzi o pacjentów z zawałem serca...

Prof. S.B: Nie można ograniczać dostępności do leczenia zawału serca, jest to bowiem procedura ratująca życie, tu kardiolodzy interwencyjni stają na wysokości zadania. Zmiana wyceny nie spowodowała w żaden sposób zmniejszenia dostępności do samej metody leczenia. Natomiast, z całą pewnością, mniej chętniej były wykorzystywane między innymi metody obrazowania wewnątrznacyniowego. Na szczęście udało się przekonać płatnika czyli NFZ i MZ do refundacji przynajmniej niektórych z tych metod. W szczególności dotyczyło to ultrasonografii wewnątrznacyniowej, pomiaru cząstkowej rezerwy przepływu wieńcowego oraz rotaabblacji. I stały się one metodami refundowanymi, znacznie poprawiając w ten sposób jakość leczenia.

Czym jest koherentna tomografia optyczna i jakie płyną z niej korzyści dla pacjenta?

Prof. S.B: Optyczna koherentna tomografia jest metodą obrazowania wewnątrznacyniowego. Jest to bardzo dokładna metoda dzięki której możemy oglądać przekrój naczynia, tak jakbyśmy oglądali pod mikroskopem optycznym. Bazuje na świetle widzialnym, ale rozdzielczość badania jest bardzo wysoka, dzięki czemu możemy zobaczyć znacznie więcej szczegółów niż w innych metodach. Metoda ta jest porównywana do ultrasonografii wewnątrznacyniowej, która również dostarcza nam bardzo dużo szczegółów, jednak nie ma aż takiej rozdzielczości. Ta metoda jest używana do obrazowania wewnątrznacyniowego czyli do oceny jak naczynie jest zbudowane, jak wygląda jego anatomia i anatomia patologiczna zmian, które będziemy leczyć. Możemy ocenić nie tylko samo naczynie, jego budowę, ale także budowę, rozmiar skład i morfologię blaszki miażdżycowej. Dzięki temu operator ma dużo więcej informacji i może lepiej zaplanować zabieg, ale także zoptymalizować wynik leczenia. Wiemy bowiem, iż posługiwanie się wyłącznie angiografią, bez metod obrazowych może pogarszać wyniki leczenia, a tym samym rokowanie pacjentów. Użycie obrazowania za pomocą koherentnej tomografii optycznej umożliwia nam dużo bardziej precyzyjne obrazowanie stentów. Widzimy jak jest rozprężony, czy straty stentu przylegają do ściany naczynia, widzimy uszkodzenia naczynia w postaci dyssekcji i możemy ocenić to w skali mikrometrów czyli naprawdę bardzo dokładnie. Metoda ta nie tyle zmienia całkowicie nasze patrzeć na terapie ale umożliwia nam dokładniejsze leczenie, co przekłada się na rokowanie pacjenta po zabiegu.

Metoda ta jest refundowana w okulistyce, ale w kardiologii nie. Jak Pan ocenia taką sytuację?

Prof. S.B: Nie chciałbym tego oceniać. W czasie kiedy wchodziła refundacja ultrasonografii wewnątrznacyniowej, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne oraz Zarząd Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych, aplikowały o możliwość wykonywania tych badań. I trzeba przyznać, że była przychylność ze strony władz, które wtedy pracowały nad tą refundacją, aby tak się stało. Ta metoda miała być refundowana również w kardiologii. Jednak z uwagi wymogi formalne nie udało się tego wprowadzić, bowiem ta technologia nie przeszła oceny AOTMiT (AOTMiT oceniał dotąd jedynie użycie tej technologii w okulistyce, ale nie w kardiologii). Od tamtej pory zarówno Zarząd Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych jak i zarząd główny PTK okresowo ponawia swoją prośbę do płatnika o przeprowadzenie stosownych procedur i modyfikację przepisów, tak aby można było tej technologii używać jako równoważnej dla ultrasonografii wewnątrznacyniowej. Proponowaliśmy aby tę technologię można było stosować wymiennie z ultrasonografią wewnątrznacyniową (w tych samych wskazaniach), dzięki czemu płatnik nie ponosiłby żadnych dodatkowych kosztów ponad te, które obecnie ponosi. Mamy nadzieję, że wkrótce się to zmieni i ta metoda uzyska jednak możliwość

refundacji. Mimo braku refundacji wiele ośrodków stosuje OCT, zwłaszcza u skomplikowanych i trudnych chorych.

Przejdźmy do pacjentów z ciężką objawową niedomykalnością zastawki trójdzielnej: na jakie przełomowe i nowoczesne rozwiązania może liczyć ta grupa chorych?

Prof. S.B: Jeżeli idzie o przeszskórną naprawę niewydolności zastawki trójdzielnej to tutaj złotym standardem w dalszym ciągu jest zabieg kardiochirurgiczny czyli otwarta operacja. W ostatnich latach pojawiło się szereg różnych nowych technologii przecewnikowych (bez otwierania klatki piersiowej), które opierają się albo na zmniejszaniu pierścienia trójdzielnego, albo na poprawie kooptacji płatków czyli przyleganiu płatków, albo na implantacji zastawek do żył głównych (żyły próżnej górnej i żyły próżnej dolnej), albo też na implantacji zastawki przecewnikowo w miejscu chorej zastawki.

Najbardziej znane metody małoinwazyjne to wszczepiana od wielu lat w pozycję zastawki trójdzielnej zastawka Melody, ale również wszczepianie w pewnych wskazaniach w tę pozycję innych zastawek, które są zaprojektowane do zabiegów przeszskórnych w pozycji zastawki aortalnej. Do poprawy kooptacji płatków zastawki trójdzielnej używa się metody TriCLip. Jest to chyba najlepiej zapowiadająca się metoda, posiadająca duże kliniczne dowody na skuteczność i bezpieczeństwo. Metoda polega na naprawie zastawki przy użyciu klipsu. Tą samą metodę wcześniej stosowano na przy zastawce dwudzielnej (mitralnej). Tam od lat używany jest ten sam system pod nazwą MitraClip. System wykazuje bardzo dobre wyniki leczenia, co udowodniono w dużych badaniach klinicznych, bowiem nie tylko zmniejsza ilość hospitalizacji ale przede również śmiertelność w grupie chorych z ciężką niewydolnością zastawki mitralnej. Dla potrzeb użycia na zastawce trójdzielnej system dostarczający został zmodyfikowany, zapożyczono bowiem pewne rozwiązania techniczne ze sprzętu używanego do zabiegów elektrofizjologicznych, aby umożliwić bezpieczne manewrowanie tym urządzeniem i implementowanie go dla leczenia zastawki trójdzielnej.

Ponadto mamy tu wiele różnych innych metod, które są stosowane w różnych grupach pacjentów. Należy zwrócić uwagę, iż leczenie chorych z niewydolnością zastawki trójdzielnej wymaga bardzo indywidualnego podejścia, aby dla danego pacjenta zaproponować najlepsze w jego przypadku możliwe rozwiązanie. Jak powiedziałem, obecnie leczenie kardiochirurgiczne jest jednak w dalszym ciągu najczęściej stosowanym rozwiązaniem dla wielu chorych zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jednak należy pamiętać, że wielu pacjentów nie może być leczona kardiochirurgicznie z uwagi na inne obciążenia. Dla nich właśnie są omówione powyżej metody.