Fot. A. Chomicz

Serce po interwencji kardiologa.
Gościem ostatniej audycji w Radiu Orthodoxia z cyklu Pytanie do specjalisty był prof. Sławomir Dobrzycki, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Pytania zadawał dr Jan Kochanowicz.

Jak wygląda choroba niedokrwienna serca i zawał okiem kardiologa interwencyjnego?
Choroba niedokrwienna serca jest jedną z postaci chorób układu sercowo-naczyniowego, to główna przyczyna umieralności w naszej populacji, czyli bardzo istotny problem. To sytuacja, gdy krew, która doprowadza tlen i substancje odżywcze do mięśnia sercowego, nie może tam dopłynąć z powodu przeszkody w tętnicach wieńcowych. Najczęstszą przyczyną jest miażdżyca tętnic wieńcowych, powodująca tworzenie się blaszki miażdżycowej, która stopniowo rosnąc, zawęża światło naczynia i powoduje upośledzenie ukrwienia mięśnia sercowego. Gdy dochodzi do gwałtownego przyspieszenia narastania zwężenia, w następstwie pęknięcia blaszki miażdzycowej, powstaje zakrzep. To ma groźne konsekwencje, gdyż dochodzi do martwicy obszaru unaczynienia przez daną tętnicę, która uległa zamknięciu czy zwężeniu, czyli do zawału serca. Jeśli nie podejmiemy natychmiastowych działań, ten obszar ulegnie martwicy i upośledzi funkcję serca. W międzyczasie może dojść do dramatycznych powikłań, z zatrzymaniem serca i nagłym zgonem sercowym. Powinniśmy przed tym się chronić. Dlatego tak ważna jest wiedza i świadomość pacjentów na temat swojej choroby. Muszą wiedzieć, że gdy pojawiają się objawy bólu w klatce piersiowej, nie można czekać, ale natychmiast wezwać pogotowie.

Do czego służy koronarografia, jakim pacjentom się ją wykonuje?
U pacjenta z przewlekłą chorobą niedokrwienną serca, która objawia się bólem czy duszeniem w klatce piersiowej podczas większego wysiłku, mamy czas aby podjąć właściwe postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. Nie należy jednak takich objawów lekceważyć, chorzy często myślą, że taki ból, który mija, to nic wielkiego, a taka sytuacja wymaga szczegółowego

postępowania diagnostycznego. Dlatego w takim przypadku najlepiej udać się do lekarza rodzinnego, który może skierować pacjenta do kardiologa. Ten specjalista ma możliwości aby potwierdzić rozpoznanie choroby i wdrożyć odpowiednie postępowanie. Jeśli ta dławica piersiowa jest mocno nasilona, to po wykonaniu szeregu badań nieinwazyjnych, pacjent kierowany jest na diagnostykę inwazyjną serca czyli koronarografię.

Na czym polega koronarografia?

To badanie pozwalające na ocenę anatomii tętnic wieńcowych oraz ocenę obecności i stopnia zaawansowania miażdżycy tętnic wieńcowych, czyli zwężeń w tętnicach wieńcowych. Na tej podstawie można podjąć optymalną decyzję co do sposobu postępowania terapeutycznego. Jak stwierdzimy obecność zwężeń, możemy je usunąć, co zapewni powrót właściwego ukrwienia mięśnia sercowego, a pacjent nie będzie już miał objawów choroby.

Koronarografię wykonujemy w bardzo dobrze wyposażonej tzw. Pracowni Hemodynamicznej (Pracownia cewnikowania serca). Polega ono na wprowadzeniu cewnika przez układ tętniczy do aorty i tuż przy sercu do ujść tętnic wieńcowych. Przez cewnik podajemy środek kontrastowy i uwidaczniamy tętnice.

Czy pacjent musi się do takiego badania przygotować?

Przed planową koronarografią pacjentowi pobierana jest krew do badań, takich jak parametry krzepnięcia czy grupa krwi. Większośc pacjentów musi być na czczo, stosowane jest nawadnienie przy pomocy kroplówek. Przed samym zabiegiem osoba badana otrzymuje lek uspokajający. Pacjent w trakcie badania jest przytomny. Procedura koronarografii jest wykonywana w znieczuleniu miejscowym, bardzo cienką igiełką nakłuwamy skórę. Zabieg jest praktycznie bezbolesny dla 95 proc. pacjentów. Rutynowo stosujemy dwa różne dostepy tętnicze, dostęp promieniowy na przesdramieniu i dostęp udowy. Przy dostępie promieniowym po zabiegu zakładana jest specjalna opaska i pacjent na wózku wraca na salę. Przy dostępie przez tętnicę udową, pacjent musi leżeć i na salę wraca na łóżku.

Od czego zależy wybór metody dojścia do tętnicy? Czym różnią się te metody?

Jeszcze kilka lat temu większość zabiegów wykonywana była przez tętnicę udową, teraz w naszym ośrodku u 95 proc. pacjentów stosujemy dostęp promieniowy. Ta druga metoda ma bardzo wiele zalet. Wykonywana jest przez dużo mniejszą tętnicę, tuż nad dłonią, co wymaga większej wprawy, ale pozwala wyeliminować lub zminimalizować powikłania miejscowe. Pacjent po zabiegu może chodzić, musi tylko oszczędzać rękę, odpada dyskomfort związany z koniecznością leżenia, jaka jest przy dostępie z tętnicy udowej. Może tego samego dnia lub następnego wyjść do domu.

Nasz ośrodek pod względem ilości zabiegów przez tętnicę promieniową jest wiodący. W Polsce tą metodą wykonuje się ok. 30 proc. zabiegów. Dla porównania powiem, że w USA z dojścia promieniowego jest wykonywanych tylko tylko ok. 1 proc. Zabiegów terapeutycznych (PCI).

Jakie mogą być powikłania po koronarografii?

Powikłania występują bardzo rzadko, częściej przy dojściu z dostępu udowego. Dlatego tu pacjent musi leżeć przez kilka godzin po zabiegu. Najczęstszymi są powikłania są miejscowe, w miejscu nakłucia tętnicy, i sa to krwiaki. Groźniejszymi są przetoka tętniczo-żylna czy tętniak rzekomy. Powikłania najczęściej występują u osób starszych, otyłych, z cukrzycą, czy niewydolnością nerek. Aby zminimalizować ryzyko powikłań, pacjent musi być właściwie przygotowany do zabiegu.

Czym jest angioplastyka tętnic wieńcowych?
Gdy podczas koronarografii okaże się, że zwężenie miażdżycowe jest na tyle duże, że upośledza dopływ krwi do mięśnia sercowego, możemy je rozszerzyć. Zabieg polega na tym, że wprowadzamy przez jedną z tętnic (w naszym ośrodku promieniową prawą), cewnik o średnicy 2 mm w ujście tętnicy wieńcowej, pod kontrolą radiologiczną, podając kontrast. Na ekranie RTG widzimy wtedy zwężenie, wprowadzamy bardzo cienki drucik - prowadnik angioplastyczny i specjalny balon. Ma on średnicę od 1 do 5 mm, przy wypełnianiu, balon się rozpręża i przyjmuje kształt walca. Pod ciśnieniem od kilku do nawet 20 atmosfer powodujemy zgniecenie blaszki miażdżycowej i przywrócenie właściwego kanału światła naczynia. W wielu przypadkach to może być koniec zabiegu. Ale skuteczniejszym sposobem jest wszczepienie w miejsce zwężenia po poszerzeniu balonem, specjalnej protezy wewnątrznaczyniowej, zwanej stentem. Stent to taka jakby siateczka, wykonana ze specjalnej stali lub innych metali, która umocowana na balonie, pod ciśnieniem kilkunastu atmosfer, wciskana jest w ścianę naczynia. Powoduje przywrócenie światła naczynia i zlikwidowanie zwężenia.
W dość krótkim okresie po założeniu stentu - siateczki lub angioplastyce balonowej, może dojść do nawrotu zwężenia (tzw. restenozy). Zjawisko to obserwuje się u kilku do kilkunastu procent pacejntów i występuje najczęściej w ciągu 6-ciu miesięcy od zabiegu. W prewencji tej niekorzystnej sytuacji opracowano dodatkową metodę pokrywania stentów specjalnymi lekami zapobiegającymi nawrotowi zwężenia – tzw. stenty uwalniające leki antyproliferacyjne (ang. DES). Takie stenty są obecnie stosowane w większości przypadków implantacji stentów, pozwoliło to na znamienne zmniejszenie ryzyka nawrotu zwężenia (restenozy). Nowością ostatnich kilku lat są stenty bioresorbowalne, które znikają po pewnym czasie z tętnicy i można w tym miejscu w razie potrzeby wszczepić by-pass (połączenie omijające zwężenie, stolsowane w trakcie operacji kardiochirurgicznej). Stenty oczywiście nie wyleczą choroby zasadniczej, którą jest miażdżyca, ale pozwalają na leczenie wybranego odcinka tętnicy, gdzie doszło do zwężenia i przywracają pełne ukrwienie mięśnia sercowego.

Ile czasu trwa pobyt pacjenta w klinice?
Pacjent zazwyczaj spędza u nas dwie noce. Pierwszego dnia po przyjęciu ma wykonane badania krwi, następnego wykonane procedury inwazyjne, a na trzeci dzień wypisywany jest do domu. Czasem zabieg jest przeprowadzany tego samego dnia co przyjęcie na oddział, a następnego dnia chorego wypisujemy. Inwazyjność przezskórnych zabiegów jest nieporównywalnie mniejsza niż przy tradycyjnych operacjach kardiochirurgicznych.

Jak wygląda organizacja opieki nad pacjentem z zawałem na Podlasiu?
Mamy kilka wyspecjalizowanych ośrodków leczenia interwencyjnego, do którego pacjent z zawałem powinien jak najszybciej trafić. To Uniwersytecki Szpital Kliniczny, a także będący pod naszą kuratelą szpital wojewódzki w Białymstoku, są też dwa NZOZ -y: w Augustowie i w sąsiednim województwie, w Ełku.
Wezwana do podejrzenia zawału załoga pogotowia ma możliwość wykonania EKG i transmisji danych do jednego z ośrodków leczących, gdzie lekarz analizuje badanie EKG i w przypadku podejrzenia zawału, pacjent jeszcze w domu czy w karetce, może otrzymać wstępne leczenie farmakologiczne i nastepnie jest transportowany bezpośrednio do nas, gdzie już na niego czeka zespół zabiegowy, który natychmiast wykonuje koronarografię i po rozpoznaniu tętnicy, która spowodowała zawał, przystepuje do jej udrożnienia, zabieg ten odbywa się w pracowni hemodynamicznej. Szybkie dotarcie do pracowni hemodynamicznej i wczesniejsze niezwlekanie

z wezwaniem pogotowia, może spowodować, że u danego pacjenta nie dojdzie do zawału. W EKG natomiast nie będzie oznak zawału czyli blizny pozawałowej. Ale warunek jest jeden - pacjent nie może czekać, aż mu przejdzie ból, musi natychmiast zadzwonić na pogotowie i jak najszybciej do nas trafić. Opóźnienie na którym kolwiek etapie dotarcia do pracowni hemodynamicznej, to dopuszczenie do większego uszkodzenia mięśnia sercowego. Jeśli pacjent trafi do nas w pół godziny od chwili ostrego incydentu, po 90 minutach ma już udrożnione tętnice i może normalnie funkcjonować. Po dwóch tygodniach wróci do pracy, może wrócić do pełnej aktywności fizycznej.

Od czego zależy, czy pacjent ma wstawiane by passy czy stenty?
Wybór sposobu naprawienia krążenia wieńcowego zależy od tego, jaki jest stan pacjenta, jaka anatomia zwężeń. Dlatego zawsze dyskutujemy różne opcje leczenia z kardiochirurgami. By-passy wstawiają właśnie kardiochirurdzy. To są takie pomosty omijające zwężenie tętnicy i w ten sposób przywracające ukrwienie serca. Można wszczepić od jednego do kilku by-passów (pomostów aortalno-udowych).

Jak postępować po zawale?
Nawet jeśli pacjent czuje się dobrze, tabletki musi przyjmować do końca życia. Leczenie farmakologiczne to jeden z elementów leczenia choroby niedokrwiennej. Bardzo ważny jest też zdrowy styl życia, aktywność fizyczna - wysiłek kilka razy w tygodniu, redukcja masy ciała, odpowiednia dieta: unikanie “fast foodów”, tłustych posiłków, nadmiaru węglowodanów. Trzeba jeść często w niedużych ilościach, dieta powinna być bogata w warzywa i owoce.
Nalegamy też na rzucenie palenia. Alkohol w chorobie niedokrwiennej serca w małych ilościach nie jest zakazany. To może być jeden drink, kieliszek wina czy brandy. Ale chodzi o bardzo nieduże ilości, bo każdy nadmiar powoduje przyspieszenie czynności serca i wzmożonę pracę całego układu sercowo-naczyniowego. Z chorobą niedokrwienną serca, w tym również po zawale serca powinniśmy prowadzić normalny, aktywny tryb życia.