Zegarmistrzowie maleńkich serc

Panaceum: Na co dzień ratuje Pan życie i zdrowie pacjentów, wydaje mi się jednak że są takie operacje, które zostają z lekarzem na długo. To była jedna z nich?

Prof. dr n. med. Krzysztof Szaflik: Moim zdaniem wszystkie zabiegi wewnątrzmaciczne są na swój sposób spektakularne i w zasadzie trudno mówić o mniejszych i większych, bo każdy zabieg przeżywamy tak samo. Każde działanie wewnątrzmaciczne jest działaniem inwazyjnym, więc przed każdym zabiegiem ważymy korzyści medyczne i psychologiczne z ryzykiem wykonania tego zabiegu. Powikłania mogą być różne: wyzwolenie czynności skurczowych, odpłynięcie płynu owodniowego, czy w końcu nieudany technicznie zabieg, w którym nie osiągamy tego, co zaplanowaliśmy. Wtedy przeżywamy to podwójnie. Słowem, każdy zabieg ma w sobie tę część, która powoduje, że myślimy o nim przed, w trakcie i długo po. Trzeba mieć świadomość, że każda matka, która decyduje się na podjęcie interwencyjnych działań terapeutycznych w leczeniu wewnątrzmacicznym, chce zmniejszyć skutki danej nieprawidłowości, bądź choroby płodu. Bywa, że mamy do czynienia z zespołem wad i wtedy zwykle nie kwalifikujemy płodu do terapii, bo naprawienie jednej patologii nie gwarantuje poprawy ogólnego stanu płodu.

P: Proszę powiedzieć ile takich zabiegów wykonuje się w ciągu roku? To kilka, kilkanaście czy kilkadziesiąt tego typu operacji?

K. S.: Od 2000 roku wykonaliśmy ponad siedem tysięcy zabiegów wewnątrzmacicznych w różnych patologiach. W tej chwili bardzo dokładnie liczymy te zabiegi, ponieważ od 2006 roku mamy duże wsparcie Departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia. Zawdzięczamy to naszym byłym pacjentkom, które pisały w tej sprawie do ministerstwa. Ówczesny Minister Zdrowia, Zbigniew Religa podjął decyzję o realizacji programu ministerialnego, który gwarantuje nam dodatkowe finansowanie tych zabiegów, a także pozwolił nam na zakup potrzebnego sprzętu.

P: Wracając do ostatniego zabiegu, czyli operacji poszerzenia zastawki aortalnej u dwudziestoczterotygodniowego płodu. Przeczytałam, że serce ma wówczas dwa centymetry, a zastawka dwa milimetry. Jako laik, nie mogę sobie tego wyobrazić. Czy z pańskiego punktu widzenia, był to zabieg wyjątkowy? Był trudniejszy od innych, czy o tym samym stopniu zegarmistrzowskiej precyzji, co inne zabiegi wewnątrzmaciczne

K. S.: Ryzyko tego zabiegu było zdecydowanie większe. Po pierwsze, mamy pracujące

serce, płód jest znieczulony metodą kardocentezy. Przez powłoki brzuszne i przez macicę wchodzimy do worka owodniowego i następnie przez klatkę piersiową wchodzimy do lewej komory serca, pracującego dwucentymetrowego serca. Obraz widziany na monitorach jest odpowiednio powiększony, tor igły jest dobrze widoczny, lewa komora jest powiększona i wejście do niej jest dość proste. Dopiero później zaczyna się ten zegarmistrzowski etap, kiedy kardiolodzy interwencyjni, z którymi współpracujemy, muszą się dostać do tej zwężonej zastawki, za pomocą prowadnicy wprowadzonej do lewej komory. To jest mistrzostwo świata.

P: Domyślam się, że przygotowania do takiej operacji wymagają czasu i zaangażowania wielu osób. Wiem, że w ten zabieg zaangażowani byli również warszawscy specjaliści.

K. S.: Tak, w przypadku tego zabiegu, wadę rozpoznała dr Katarzyna Janiak, jeden z najlepszych ekspertów w kraju. Wadę skonsultowała prof. Joanna Szymkiewicz-Dengel. Z kolei dr Adam Kolesiński, był odpowiedzialny za tę wspomnianą, zegarmistrzowską część zabiegu, czyli za wprowadzenie balonu do zwężonej zastawki. Skorzystaliśmy z pomocy warszawskich kolegów, ponieważ oni zajmują się wewnątrzmacicznymi zabiegami kardiologicznymi już od kilku lat. Tym razem różne zawirowania organizacyjne spowodowały, że nawiązaliśmy tę współpracę i jesteśmy z niej bardzo zadowoleni. To była dla nas duża radość, a ten zabieg uświadomił nam, że ze względu na dobre zaplecze, które posiadamy w Instytucie i znakomity interdyscyplinarny zespół, możemy podobne zabiegi wykonywać także poza Warszawą.

P: Wcześniej w Łodzi nie było takich zabiegów?

K. S.: Nie, właśnie dlatego, że specjalizował się w nich ośrodek warszawski. Mimo, że nasz Instytut jest koordynatorem programu, uważałem że ośrodek warszawski może się tym z powodzeniem zajmować, tym bardziej, że takich zabiegów wykonuje się około dwudziestu w ciągu roku. Pojawiła się jednak organizacyjna szansa na współpracę i wykorzystanie doskonałej kardiologii z prof. Tomaszem Moszurą na czele i przy współpracy profesorstwa Molli. Zaangażowany był też oddział intensywnej opieki noworodkowej profesor Iwony Maroszyńskiej, czy doskonali neonatolodzy w Klinice Neonatologii ICZMP. Interdyscyplinarny charakter naszego ośrodka i rozwinięcie tych wszystkich specjalności, pozwala na realizację terapii płodu.

P: Ile osób jest zaangażowanych w leczenie pacjentki i płodu od momentu diagnozy, do chwili wyjścia ze szpitala?

K. S.: To faktycznie duża grupa ludzi, bo pacjentka musi być bardzo dobrze przygotowana. Po pierwsze – dobra diagnostyka, w tym przypadku stenozy aortalnej, po drugie to udział

kardiologów prenatalnych i kardiologów interwencyjnych, którzy oceniają stopień niewydolności krążenia i moment naszej ingerencji. W oddziale pacjentka jest przygotowywana tokolitycznie, aby zahamować macicę przed niepożądaną czynnością skurczową. Monitorowany jest stan krążenia przed i po zabiegu. Zespołowe działanie jest więc konieczne. Trzeba przyznać, że niewiele ośrodków w kraju ma tak rozwiniętą specjalizacje interdyscyplinarną jak ICZMP i rzeczywiście mamy tu sztab ludzi, którzy nad tym czuwają.

Rozmawiała Justyna Kowalewska

Panaceum 02/22