

# Ukryty zabójca

tekst Maciej Skarga  
foto Marcin Pietrusza

Prof. Andrzej Wolski,  
szef Oddziału Chirurgii  
Naczyniowej w PSK4  
w Lublinie

**D**ziąła nieoczekiwanie. W zależności od miejsca naszego organizmu, które atakuje, powoduje zgon w ciągu miesiąca, w czasie jednej doby lub też po kilku minutach. Generalnie w Polsce dopada około kilkudziesięciu tysięcy osób rocznie. Ponad osiemdziesiąt procent z nich, jeśli nie podjęły z nim walki, umiera w ciągu 5 lat.

Z reguły wybiera najsłabsze miejsce w systemie naczyń dostarczających podstawową pożywkę naszego życia, jaką jest krew. A kiedy już na dobre się tam zdomowi i zaczyna rosnąć, nie ma takiej siły, która mogłaby go w tym zatrzymać.

## Wróg tętnic

Tętniak jest patologicznym poszerzeniem odcinka tętnicy o co najmniej pięćdziesiąt procent w stosunku do jej prawidłowej średnicy. Dotyczy to również aorty. Jeżeli zatem norma wynosi dwa centymetry, to trzy centymetry w miejscu jej uwypuklenia już o nim świadczą.

Powstaje w miejscach, w których na ściankach naczyń odkładają się blaszki miażdżycowe i może mieć wygląd worka lub też swoim kształtem przypominać wrzeciono. Wtedy prześwit tętnicy pod nim się zwęża, a on sam poszerza. Po pewnym czasie ściana tętnicy jest już tak słaba, że dochodzi do jej pęknięcia i krew wydostaje się poza naczynie.

Sam nie boli i wykrywany jest przypadkowo. Najczęściej podczas badań ultrasonograficznych wykonywanych z innych przyczyn, np. podczas diagnostyki nerek lub kręgosłupa. A kiedy zaczynają nas boleć struktury wewnątrz ciała, na które tętniak uciska, zazwyczaj niebawem pęka i jeśli był nieleczony, na skuteczną interwencję najczęściej bywa za późno.

Umiejscawia się w różnych miejscach i w zależności od tego zajmują się nim: neurochirurdzy, jeśli dotyczy tętnic śródmózgowych, kardiochirurdzy, jeśli występuje w okolicach serca, i chirurdzy naczyniowi, jeżeli powstaje na tętnicach obwodowych.

## Walka o przeżycie

Jedną ze znanych i cenionych w Polsce placówek, która zajmuje się tym trzecim rodzajem tętniaka, jest lubelski Oddział Chirurgii Naczyniowej w PSK4.

– *Tętniak jest bardzo niebezpieczny* – stwierdza dr hab. n. med. Andrzej Wolski, który kieruje tym oddziałem. – *Za jego pojawienie się, poza przypadkami genetycznymi (zespół Marfana), nie mała część winy spada na nas. To my przecięż przez byle jaką dietę zwiększającą poziom cholesterolu, brak aktywności fizycznej i nałogi (zwłaszcza nikotynizm! powodujemy, że powstaje na ściankach tętnic uszkodzonych przez zmiany miażdżycowe. Dość często także lekceważymy kontrole i leczenie nadciśnienia tętniczego. Zapominamy przy tym, że kiedy już się u nas tętniak pojawi, to nigdy nie będzie możliwości w pełni się z niego wyleczyć. Zablokować przyrostu także nie można. Można tylko spowolnić jego rozwój. I wtedy taki stan, gdy np. aorta ma dwa centymetry średnicy, a tętniak w jednym jej miejscu cztery, może trwać czasem i dziesięć lat. Oczywiście jeżeli zadziała mechanizm spowalniający, co niestety nie zawsze się udaje. Na świecie były robione różne próby, ale do chwili obecnej ich efekt nie jest jednoznaczny.*

Pacjenci z wykrytym niewielkim tętniakiem bezobjawowym często na początku wizyty w przychodni

są zaskoczeni, że zaleca się im badanie USG i zgłaszanie się co kilka miesięcy do kontroli. Na pewno nie co miesiąc, bo w tak krótkim czasie tętniak, który ma cztery centymetry średnicy, może się powiększyć tylko w granicach tolerancji błędu przy pomiarze radiologicznym, a więc niewykrywalnie. Jednak w przypadku minimalnego przyrostu tętniaka ważniejsza jest zmiana trybu życia niż przedwczesna interwencja chirurgiczna, która zawsze niesie ryzyko powikłań. Jeżeli więc mają nadciśnienie tętnicze – niech je leczą. Jeśli palą papierosy, niech przestaną. Dienne spożycie soli zmniejszą do jednej płaskiej łyżeczki i nie przesadzają z cukrem. Jeżeli w pracy dźwigają ciężary, niech starają się ją zmienić, bo przy nadmiernym wysiłku tętniak może pęknąć. Dzięki temu nie wyzdrowieją, ale zwiększą szansę przeżycia i odrocą konieczną operację niekiedy nawet na wiele lat.

Lekarze z tutejszego oddziału chirurgii naczyń, mając do czynienia z tętniakiem bezobjawowym o niewielkiej średnicy, decydują o zabiegu podejmują dopiero wtedy, gdy grozi mu pęknięcie lub jego wielkość przekroczyła granicę pięciu centymetrów. Również wskazaniem do operacji są niecharakterystyczne dolegliwości bólowe, które wspólnie z wynikami badań dodatkowych są pomocne w podejmowaniu ostatecznych decyzji. Wtedy operacja jest konieczna. Zawsze jednak decyzja o takim zabiegu, zwłaszcza

przedwczesnym, nie jest prosta. Trzeba jeszcze wziąć pod uwagę ogólną kondycję chorego. Jakie ma inne istotne choroby współistniejące i czy przetrzyma taką operację.

– *Jeśli chory ma 84 lata – mówi doktor Wolski – jest pod dwóch zawałach serca i od dwóch lat nie chodzi, to my mamy go namawiać na operację? Tylko dlatego, że przypadkowo wykryto u niego bezobjawowego tętniaka? Jeśli tętniak jest większy niż 5,5 centymetra, a chory ma cukrzycę, astmę lub niewydolność serca, które powodują wysokie ryzyko operacji, to jaka decyzja będzie najwłaściwsza? I to jest dramat, który stoi przede mną jako lekarzem. Muszę jednak ten dylemat rozstrzygnąć. Nie tylko sam. I moi pacjenci wiedzą, że na ten temat rozmawiam z nimi bardzo szczerze.*

*Przecież my nie wyjmujemy odcinka aorty jak gaźnika i nie wsadzamy w to miejsce drugiego. A sam zabieg zawsze wiąże się z dużym urazem chirurgicznym. Czyli, jeśli się chorym mówi, że mają tętniaka, ale operacja z różnych przyczyn nie może być zrobiona, to nie dlatego, że lekarz nie chce, lecz dlatego, że ryzyko bezpieczeństwa takiego zabiegu dla tego chorego jest za duże. I przekracza spodziewane korzyści. Ludzie przy powikłaniach po takiej operacji czasem mówią, że lekarz ją źle wykonał. Natomiast nigdy, także przedtem, z reguły nie pytają siebie: a co ja do tej pory zrobiłem dla siebie przez lata życia, żeby teraz nie mieć tych komplikacji? A byłoby warto.*



## Zawsze jest szansa

Obecnie wyróżnia się dwa główne rodzaje leczenia inwazyjnego: klasyczny zabieg operacyjny oraz metoda wewnątrznaczyniową. Pierwszy polega na wycięciu worka tętniaka oraz wszczępieniu w jego miejsce protezy naczyniowej. Trwa kilka godzin, jest trudny i może wiązać się z licznymi wczesnymi powikłaniami. Dlatego wykonuje się go coraz rzadziej. Z kolei metoda wewnątrznaczyniowa przeżywa prawdziwy rozkwit. Jej celem jest zapobieganie pęknięciom tętniaka poprzez wszczępienie do światła aorty i tętnic protezy naczyniowej, tak zwanego stentgraftu. Jest to rurka wykonana ze sztucznego tworzywa i rozpięta na specjalnej siatce. Każda taka proteza musi być idealnie dopasowana do warunków anatomicznych chorego jeszcze przed operacją i dlatego wykonywana jest na zamówienie dla konkretnego pacjenta w oparciu o wyniki badań obrazowych. Zaletą takiego zabiegu jest mniejsze ryzyko wystąpienia powikłań okołoperacyjnych i dlatego stosowany jest głównie u osób obciążonych dużym ryzykiem operacyjnym. Oczywiście chory, który ma taką protezę, nie może zapominać o konieczności regularnej kontroli w celu oceny procesu leczenia.

– Stentgraft jest rzeczywiście szalenie pomocny w leczeniu tętniaka – mówi Andrzej Wolski. – Pacjenci powinni jednak przyjąć, że nigdy nie zabezpieczą na całe życie. Jeżeli po jego założeniu chory dalej nie zmieni swoich zasad życia i np. pali papierosy oraz nie dba o prawidłowe ciśnienie, to efekt takiego zabiegu będzie mizerny. A ewentualna wymiana tej protezy na nową, o innych parametrach, jest zagrożeniem życia. Poza tym stentgraftu nie można założyć każdemu, na żądanie. Po pierwsze jest to obce ciało w organizmie człowieka i nie wiadomo, jak się przyjmie. Po drugie ta proteza jest pewnego rodzaju urządzeniem, które niebывale rzadko, ale jednak, może zawieść w trakcie zabiegu. A wyjąć go z tętnicy swobodnie już nie można i trzeba wydostawać tylko operacyjnie. Na szczęście takie rzeczy w naszym lubelskim ośrodku ani razu się nie zdarzyły i to, nie ukrywam, jest nasz sukces. Warto jednak o tym wiedzieć.

Stentgrafty wprowadzane są przez niewielkie nacięcia w tętnicy udowej przy znieczuleniu zewnątrzoponowym w kręgosłup. Na pewno są skuteczne

i dzięki nim sam zabieg jest o wiele bezpieczniejszy niż klasyczna operacja. W żaden sposób jednak generalnie jej nie zastępują. Wszystko bowiem zależy od wielu czynników danego przypadku i dokładnego rozpoznania radiologicznego.

– Otóż to – wtrąca doktor Wolski. – Dlatego na naszym oddziale stworzyliśmy zespół, w którym główną radiologiczną część operacji wykonują pracownicy Zakładu Radiologii Zabiegowej pod kierownictwem Pani Profesor Małgorzaty Szczerbo-Trojanowskiej, a część chirurgiczną „naczyniowcy”. W tym zespole są także technicy, pielęgniarki, instrumentariuszki oraz anestezjologzy. Dzięki temu nad powodzeniem zabiegu czuwa cały sztab ludzi i sukces jest wspólny. Taki model zdaje egzamin i jestem z tego dumny. A wracając do stentgraftów. Trzeba wyraźnie powiedzieć, że są dość kosztowne. I dlatego w kontraktach z NFZ podlegają limitom. Mamy koniec sierpnia, a w naszym oddziale, zwłaszcza te super specjalne, są już do końca roku prostsze. Nikomu oczywiście nie odmawiamy pomocy, ale, póki co, robiąc około stu tętniaków rocznie, musimy dokonywać trudnych wyborów, kwalifikując pacjentów do odpowiednich zabiegów. I to jest najtrudniejsze.

Walka z tętniakiem jest więc skomplikowana i najlepiej byłoby nie dopuszczać go do siebie. Tymczasem w Polsce niedługo wykonywać się będzie 2000 stentgraftów rocznie w wyspecjalizowanych placówkach szpitalnych. Co będzie już wystarczające, ale nie rozwiąże problemu słabej diagnostyki wstępnej przed skierowaniem do specjalisty. Ministerstwo Zdrowia realizuje więc program badań przesiewowych w kierunku wczesnej wykrywalności tętniaka aorty brzusznej i zmniejszenie śmiertelności związanej z jego pęknięciem oraz operacją naprawczą. Być może to przyniesie poprawę sytuacji.

– Serce ludzkie bowiem jest jak zegar, który biciem odmierza kolejne chwile naszego życia – podkreśla doktor Andrzej Wolski. – Tętniak zaś to bomba zegarowa tykająca sobie gdzieś wewnątrz naszego organizmu, często zupełnie bez naszej wiedzy. Kiedy następuje jej eksplozja, dochodzi do krwotoku i chirurg ściga się z czasem, aby uratować życie choremu. Dlatego prawdziwe pole do popisu daje mu rola sapera, który rozbija tętniaka, zanim ten zdąży pęknąć. ■

