

Hanna Bachórzewska-Gajewska, Konrad S. Nowak

Zakład Kardiologii Inwazyjnej Akademii Medycznej w Białymstoku

Postępowanie z chorymi po zabiegach interwencyjnych

Chorzy na cukrzycę z zaburzeniami metabolizmu glukozy stanowią około 20–30% chorych poddawanych inwazyjnemu leczeniu choroby niedokrwiennej serca (PCI i CABG). Zabiegi rewaskularyzacji wieńcowej są dla nich mniej korzystne z powodu częstszych powikłań zarówno bezpośrednio po zabiegu, jak i w badaniach odległych.

Postępowanie po zabiegach inwazyjnych wiąże się ze skutkami samego zabiegu oraz z nadal istniejącą chorobą. Koronarografia pozwala ocenić zmiany w naczyniach nasierdziowych, nie pozwala jednak określić rodzaju blaszki miażdżycowej i mikrokrokrążenia. Wentrykulografia, którą zwykle wykonuje się łącznie z koronarografią, określa kurczliwość ścian lewej komory oraz jej funkcję.

W związku z rozwojem technik rewaskularyzacji, wynikami dużych randomizowanych programów oraz wprowadzeniem nowych leków, uaktualniono wytyczne ACC/AHA, dotyczące przezskórnej interwencji wieńcowej [1].

Postępowanie po zabiegu PCI w opiece szpitalnej obejmuje:

- kontrolowanie pod kątem nawrotów niedokrwienia;
- zatrzymanie krwawienia w miejscu wprowadzenia cewnika;
- wykrycie i zapobieganie niewydolności nerek po podaniu środka cieniującego;
- wdrażanie prewencji wtórnej.

Bezpośrednio po zabiegu oraz w czasie dalszej obserwacji należy zwrócić szczególną uwagę na na-

wrót niedokrwienia. We wczesnym okresie wiąże się ono z powstaniem zakrzepicy, w późniejszym (do 6 miesięcy) — z nawrotem zwężenia (restenoza) w rewaskularyzowanym naczyniu.

Cechy niedokrwienia w zapisie EKG po zabiegu pozwalają na wyodrębnienie chorych z dużym ryzykiem nagłego zamknięcia naczynia.

Występowanie objawów dławicy piersiowej wymaga indywidualnej decyzji dotyczącej sposobu dalszego postępowania.

W cukrzycy, ze względu na niewielkie objawy kliniczne, większy nacisk kładzie się na wcześniejsze wykrywanie restenozy oraz identyfikację chorych z progresją miażdżycy w tętnicach natywnych.

Wczesny nawrót niedokrwienia po CABG (do 30 dni) zwykle wiąże się z niepowodzeniem przeszczepu lub zakrzepicą w graficie i wymaga pilnej koronarografii. W późniejszym okresie niedokrwienie wiąże się ze zwężeniem w okolicy zespolenia i wykonana angioplastyka przynosi korzystne efekty. Późny nawrót niedokrwienia (ponad rok po operacji) świadczy o powstaniu w pomoście i/lub własnych naczyniach nowych zwężeń lub o zamknięciu pomostów żylnych. Leczenie obejmuje reoperację lub interwencję przezskórną, jednak rokowanie (wczesne i odległe) w tych zabiegach jest zdecydowanie gorsze.

Większej uwagi uwzględnienia możliwości powstania nefropatii związanej z użyciem kontrastu, wymagają chorzy na cukrzycę, zwłaszcza z dysfunkcją nerek. Przed i po zabiegu należy odstawić leki nefrotoksyczne (np. niektóre antybiotyki, niesteroidowe leki przeciwzapalne) i metforminę (szczególnie u chorych z istniejącą już dysfunkcją nerek).

Testy wysiłkowe zalecano u wszystkich chorych po zabiegach angioplastyki, jednak w związku z ich ograniczoną wartością w wykrywaniu restenozy, preferuje się je u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka, w tym również u chorych na cukrzycę.

Adres do korespondencji: dr med. Hanna Bachórzewska-Gajewska
Zakład Kardiologii Inwazyjnej
Akademii Medycznej w Białymstoku
15-276 Białystok, ul. Skłodowskiej-Curie 24a
tel./faks: (0 85) 746 88 28

Diabetologia Praktyczna 2002, tom 3, supl. B, B11–B12
Copyright ©2002 Via Medica

Lekarz zajmujący się kardiologią interwencyjną powinien współpracować z lekarzem opieki podstawowej w zakresie wdrażania i kontroli prewencji miażdżycy.

W zależności od czynników ryzyka i obecności przeciwwskazań, zalecenia powinny obejmować:

1. Kontrolę glikemii ($HbA_{1c} < 7\%$);
2. Kontrolę nadciśnienia tętniczego ($RR < 130/80$);
3. Kontrolę stężenia lipidów ($LDL < 100\text{mg/dl}$);
4. Przyjmowanie kwasu acetylosalicylowego, a u pa-

cjentów ze stentem dołączenie ticlopidyny lub clopidogrelu (4 tygodnie);

5. Zaprzestanie palenia tytoniu;
6. Kontrolę masy ciała;
7. Regularne ćwiczenia fizyczne;
8. Leczenie inhibitorami konwertazy angiotensyny zgodnie z zaleceniami AHA/ACC.

PIŚMIENNICTWO

1. *Circulation* 2001; 103: 3019–3041.