

Ostre zespoły wieńcowe

Aneta I. Gziut, Sebastian Ciuka

Za „przebój” ostatniego roku w kardiologii interwencyjnej w Polsce niewątpliwie można uznać tzw. ostre zespoły wieńcowe. W porównaniu z ubiegłym rokiem powstało więcej pracowni hemodynamicznych zajmujących się inwazyjnym leczeniem takich chorych, obserwuje się także wzrost świadomości korzyści takiego leczenia, większe zainteresowanie tym tematem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, kardiologów, mediów — o czym niewątpliwie świadczy wypełniona po brzegi sala w zabrzańskim Multikinie.

Ponieważ w Szczecinie od kilku miesięcy pełniony jest ostry dyżur kardiologiczny, temat ten nie jest nam obcy. Musimy się przyznać, że jadąc do Zabrza kierowaliśmy się chęcią porównania strategii postępowania, przygotowania czy kwalifikacji chorego do zabiegu.

Organizatorzy ciekawie ułożyli program warsztatów, przeplatając wykłady prezentacjami kolejnych

przypadków. Specjalnym gościem był inżynier Dominik Wiktor — twórca stentu „Wiktor”, który przybliżył historię od idei do powstania swojego stentu.

Jeśli ktoś z uczestników oczekiwał omawiania tematu od podstaw, rozczarował się, bo choć prezentowano „klasyczne” przypadki — zawał w trakcie ewolucji, niestabilna dławica piersiowa — to rozpatrywano raczej „szczegóły”, a nie podstawy zabiegu: rodzaj i bezpieczną dla pacjenta ilość użytego kontrastu, grupę użytych leków przeciwplatekcyjnych czy też występowanie i postępowanie w przypadkach zjawiska *no-reflow*. Jak przewidywaliśmy, dyskusję wywołało zagadnienie: stentować czy tylko poszerzać w zawałe z uniesieniem odcinka ST, czy podczas zabiegu w ostrym stanie u pacjenta powinno się wykonywać rewaskularyzację tylko tętnicy dozawałowej, czy też jednocześnie zaopatrzyć istniejące zwężenia w innych naczyniach? Z pewnością sporo kon-

troversji powstało, kiedy po dyskusji na ten temat i konkluzji, że priorytetem w tej chwili jest tzw. *culprit lesion*, zobaczyliśmy wynik zabiegu, w czasie którego operator — dr Dudek — zrewaskularyzował zwężenia we wszystkich naczyniach.

Nasze duże zdziwienie wzbudziło niewykorzystywanie ultrasonografii wewnątrzwieńcowej podczas zabiegów. Prawdopodobnie dlatego, że w naszym ośrodku są one używane właściwie w każdym przypadku, jesteśmy przyzwyczajeni do doboru cewników balonowych, stentów czy też optymalizacji wykonywanych za ich pomocą zabiegów. Z pewnością nie przekonała nas odpowiedź profesora Witolda Rużyłło o drastycznym podniesieniu kosztów procedury.

Oceniając warsztaty, należy wystawić bardzo wysoką notę za poziom prezentacji i wykładów, jednak w naszym odczuciu był to kurs dla osób o wyższym poziomie wiedzy w tej dziedzinie.