

Nowe aspekty w określaniu żywotności mięśnia sercowego?

Dariusz Dudek, Łukasz Rzeszutko

Tak zatytułowano jedną z wielu sesji na tegorocznym Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Amsterdamie, poświęconych ocenie żywotności mięśnia sercowego. Jednak zainteresowanie uczestników kongresu tym tematem było niewielkie. Czyżby już wszystko o obrazowaniu miokardium powiedziano?

Określanie żywotności mięśnia sercowego rozpatrywano z dwóch zasadniczych powodów — jako uzasadnienie rewaskularyzacji u pacjentów z obniżoną kurczliwością lewej komory oraz jako prognostyczne narzędzie oceny powrotu funkcji komory w ostrym zawale serca.

Prace i referaty przedstawiające nowe metody, jak echokardio-

grafia z użyciem kontrastów do-
wieńcowych, i nowe protokoły badań jak SPECT z dobutaminą, koncentrowały się głównie na wykazaniu różnic w stosunku do uznanych metod takich jak (np. PET, SPECT



foto: Artur Krzywkowski

czy rezonans magnetyczny). Wszystkie te metody cechują się podobną skutecznością w prognozo-

waniu powrotu funkcji skurczowej po skutecznej rewaskularyzacji. Zatem jakim kluczem posługiwać się przy kwalifikacji pacjentów do oceny żywotności mięśnia sercowego i którą metodę uznać za naj-

lepszą? Moderatorzy sesji ostatecznie zaproponowali, iż wnikliwa obserwacja kliniczna, a następnie tania i małoinwazyjna metoda, jaką jest echokardiograficzna próba z niską dawką dobutaminy, wydaje się wciąż optymalnym rozwiązaniem.

Badacze jeszcze raz potwierdzili, że niedokrwienie serca, udokumentowane w standardowym elektrokardiograficznym teście wysiłkowym, jest dobrym parametrem prognozowania powrotu czynności

**ACS MULTI-LINK RX ULTRA™
CORONARY STENT SYSTEM**

**LARGER PROJECTS REQUIRE
SPECIAL SCAFFOLDING...**

NEW

**...NEW HIGH COVERAGE STENT SYSTEM
DESIGNED FOR SAPHENOUS VEIN GRAFTS**

GUIDANT

kurczliwej lewej komory po zabiegach rewaskularyzacji u pacjentów z obniżoną frakcją wyrzutową. Jednak należy pamiętać, iż nowoczesne metody oceny żywotności mięśnia sercowego adresowane są do bardziej dyskusyjnych i trudnych do interpretacji wyników u pacjentów z niewydolnością serca.

Na kilku sesjach plenarnych i plakatowych zaprezentowano nową metodę oceny żywotności mięśnia sercowego, tzw. mapowanie elektromechaniczne lewej komory serca z wykorzystaniem systemu NOGA. Jej zastosowanie jest ograniczone ze względu na inwazyjny charakter badania i wysoki koszt. Niemniej jednak metoda ta pozwala na dokładną ocenę lokalnej aktywności elektrycznej i mechanicznej lewej komory serca, co umożliwia dokładną, przestrzenną lokalizację segmentów z zaburzoną czynnością kurczliwą. Dlatego też w nie-

dalekiej przyszłości system ten może być bardzo użyteczny przy prowadzeniu zabiegów z zastosowaniem laserowej rewaskularyzacji czy terapii genowej w niedokrwionych, ale żywych segmentach miokardium, gdzie nie jest możliwe przeprowadzenie klasycznych zabiegów PCI lub CABG.

Drugi omawiany aspekt oceny żywotności miokardium — obrazowanie w zawale serca, wydaje się interesujący, chociaż wciąż mało poznany. Z przedstawionych na zjeździe prac dotyczących obrazowania perfuzji mięśnia sercowego wynika, że uszkodzenie mikrokążeń w rejonie zawału ma duże znaczenie prognostyczne. U pacjentów, u których stwierdzono uszkodzenie mikrokążeń, obserwowano brak poprawy funkcji skurczowej lewej komory, mimo skutecznej rewaskularyzacji. Częstość uszkodzenia mikrokążeń u chorych

w wypadku uzyskania przepływu TIMI II lub III wynosiła około 30% i była jedynie nieco mniejsza w porównaniu z pacjentami, u których nie udało się przywrócić prawidłowego przepływu w tętnicach wieńcowych. Czy zatem wobec tych doniesień celem leczenia rewaskularyzacyjnego ostrego zawału serca będzie jedynie uzyskanie powrotu przepływu w tętnicach nasierdziejowych? Wydaje się, że dalsze badania nad mechanizmem zjawiska *no-reflow* mogą dostarczyć ważnych informacji, które poprawią efektywność leczenia zawału, a może także spowodują większe zainteresowanie sesjami dotyczącymi technik obrazowania na kolejnych zjazdach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Pracownia Hemodynamiki Szpitala Uniwersyteckiego, II Klinika Collegium Medicum UJ, Kraków

Operować czy nie?

Niedomykalność zastawki dwudzielnej o etiologii niedokrwiennej

Paweł Turek, Dariusz Dudek

Podczas tegorocznego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który odbywał się w dniach 26–30 sierpnia 2000 roku, jednym z poddawanych pod dyskusję problemów był wybór optymalnego okresu operacji niedomykalności zastawki mitralnej o etiologii nie związanej z przebytą chorobą reumatyczną.

W ciągu ostatnich 30 lat dokonął się znaczący postęp w leczeniu operacyjnym wad zastawkowych serca. Powszechnie akceptuje się, że wskazaniem do operacji zarówno w niedomykalności mitralnej, jak i aor-

talnej jest występowanie dolegliwości w klasie NYHA III i IV, a w wypadku chorych, z niewielkimi objawami — stwierdzenie nadciśnienia płucnego oraz nawet niewielkiego stopnia obniżenia frakcji wyrzutowej lewej komory (< 55%) i powiększenia się wymiaru końcowo-skurczowego lewej komory (> 45 mm). Wykazano bowiem, że stopień dysfunkcji lewej komory wyznacza wyniki bezpośrednie i odległe leczenia operacyjnego.

Stawiane na kongresie pytania dotyczyły kwestii: czy kierować na operację chorych z niedomykalno-

ścią mitralną, gdy występuje ona w przebiegu choroby niedokrwiennej serca. W chorobie wieńcowej niedomykalność zastawki dwudzielnej jest konsekwencją niedokrwienia oraz dysfunkcji mięśnia lewej komory i może mieć charakter ostry, przewlekły, odwracalny lub nie. Nie ma wątpliwości co do operacyjnego leczenia chorych z ostrą niedomykalnością zastawki dwudzielnej z objawami niewydolności krążenia. Kontrowersje pojawiają się w chwili, gdy podejmowana jest decyzja dotycząca sposobu leczenia chorych z towarzyszącą przewlekłą niedomykalnością