

wieloczynnikowej bezpośrednich wyników stentowania bez predylatacji u 1500 pacjentów wykazała, że głównym czynnikiem ryzyka niepowodzenia zabiegu jest lokalizacja zwężenia w tętnicy okalającej. Czynniki o mniejszym znaczeniu, ale również

wpływające na skuteczność stentowania bez predylatacji to wiek > 70 lat, obecność zwądnienia w poszerzonej tętnicy, stosowanie stentu GFX AVE, lokalizacja zwężenia w dystalnym segmencie naczynia oraz małe MLD przed PTCA. Warto o tym pa-

miętać przy ustalaniu wskazań do tej nowej metody leczenia.

Piśmiennictwo dostępne u autorów

*II Klinika Kardiologii
Collegium Medicum UJ, Kraków*

Po szczecińskich i katowickich warsztatach kardiologii interwencyjnej mamy kolejną, ciekawą propozycję w kalendarzu spotkań. Są to Warsztaty Zawałowe w Zabrze, organizowane przez Śląskie Centrum Chorób Serca pod kierownictwem prof. Lecha Polońskiego.

I warsztaty poświęcone inwazyjnemu leczeniu ostrego zawału serca
Zabrze, 18 maja 2000 roku

Zawał na żywo

Tomasz Pawłowski

Pojechałem do Zabrze z ciekawości. Chciałem się dowiedzieć, jak przedstawiają się doświadczenia śląskiego ośrodka w przeszukornym leczeniu ostrego zawału serca a także chciałem zobaczyć, w jaki sposób koledzy z Zabrze radzą sobie z trudnościami organizacyjnymi przekazów na żywo.

Sala Teatru Nowego, która służyła jako miejsce obrad, zgromadziła nie tylko czołówkę polskich kardiologów interwencyjnych i kardiologów chirurgów, ale także lekarzy ze szpitali rejonowych, którzy często przekazują pacjentów z rozpoznaniem zawałem serca do leczenia interwencyjnego, a tutaj mieli okazję zoba-

czyć, jak wygląda proces terapeutyczny.

Trzeba przyznać, że organizatorzy bardzo dobrze ułożyli program warsztatów, sprawnie przeplatając wykłady zaproszonych gości prezentacją kolejnych przypadków. Prof. Poloński czuwał nad wszystkim tak, że nie było ani jednej zbęd-

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

**CLINICALLY PROVEN DESIGN* AND HIGH DELIVERABILITY...
... ACS MULTI-LINK DUET™
YOUR PARTNER FOR SUCCESS**

***ACS MULTI-LINK DUET™
STENT REGISTRY
6-MONTH RESULTS**

GUIDANT



nej przerwy w obradach, a zupełnie przypadkowy dobór chorych do prezentacji pozwolił przedyskutować wiele kwestii związanych z leczeniem ostrego zawału serca.

Już pierwszy przypadek wywołał kontrowersje dotyczące momentu, w którym należy rozpoznać wstrząs oraz decyzji, czy zawsze należy zabezpieczyć chorego balonem do kontrapsacji wewnątrzaoortalnej. Operatorzy dr Gąsior, dr Wilczek po uzyskaniu dobrego przepływu (TIMI III) odstąpili od zastosowania balonu do IABP (zabieg przeprowadzali u pacjenta z ciśnieniem skurczowym w garnicach 75–80 mm Hg).

Drugi przypadek stał się powodem burzliwej dyskusji, której przewodzili prof. Zembala i doc. Dąbrow-

ski. U pacjenta z zawałem ściany dolnej stwierdzono angiograficznie zwężenie i cechy świeżej skrzepliny w ujściu gałęzi marginalnej tętnicy okalającej. Klasyczna angioplastyka balonowa poprawiła wprawdzie napływ, ale w odczuciu większości obecnych, spowodowała redystrubucję skrzepliny do ujścia Cx. To stało się zarzewiem debaty — czy należy rutynowo stosować blokery receptora płytkowego IIb/IIIa, czy tylko może rozważać ich stosowanie. Kardiologowie interwencyjni (doc. Dąbrowski, dr Dudek) stali na stanowisku, że obecnie standardem powinien być przepływ super TIMI III, co możemy osiągnąć poprzez odblokowanie mikrokrążenia dzięki blokerom IIb/IIIa. Kardiochirurdzy obawiali się nadmiernej aktywacji układów fibrynolitycznych i ewentualnych powikłań przy leczeniu operacyjnym. Taki sam dystans okazywali wobec możliwości leczenia ostrego zawału serca heparynami drobnocząsteczkowymi zamiast klasyczną heparyną, obawiając się, że enoksoparyna i nadroparyna trudniej podlegają inaktywacji w razie konieczności pilnej operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.

Jednak swoistym „rodzynkiem” warsztatów była prezentacja trzeciego przypadku. Pierwszym zaskoczeniem były osoby wykonujące zabieg — doc. Gil i dr Rzeźniczak, którzy wykazali się dużą odwagą

i mimo obcej pracowni i odmiennej „kranikologii” świetnie poradzili sobie z przeprowadzeniem interwencji u pacjenta z niestabilną chorobą wieńcową. Tym większe było zaskoczenie, że ani praca tętnicy wieńcowej, ani tętnica okalająca nie są tzw. *culprit lesions*. Była nią zamknięta gałąź diagonalna, którą dość sprawnie zrekanalizowano.

Przekazy z pracowni hemodynamicznej zostały uzupełnione wykładami zaproszonych gości, m.in. na temat wstrząsu zawałowego i roli kardiochirurga w leczeniu ostrego zawału serca. Szkoda tylko, że z przedstawionych doświadczeń nie nakreślono schematów i wytycznych postępowania w pierwotnej angioplastyce wieńcowej. Od strony technicznej zabrakło kilku słów, jaki sprzęt (lidery, balony angioplastyczne) polecają operatorzy z ośrodka o największym w Polsce doświadczeniu w leczeniu ostrego zawału serca.

Reasumując, należy podkreślić, że dobrze zaplanowane warsztaty, z wysokiej jakości przekazem telewizyjnym były ciekawym doświadczeniem dla każdego lekarza, który w swojej praktyce spotyka pacjentów z ostrym zawałem serca. Wydaje się, że formuła warsztatów będzie kontynuowana w następnych latach i pomoże w wymianie doświadczeń w tej trudnej dziedzinie.

Wrocław, 28–30 września 2000 roku

IV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Robert Gil, Artur Krzywkowski, Piotr Ponikowski

W dniach 28–30 września 2000 roku we Wrocławiu odbędzie się już IV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicz-

nego. Wiele wskazuje na to, że pod względem liczby uczestników oraz wystawców będzie to spotkanie równie udane jak poprzednie w

Warszawie. Z całą pewnością przyczyni się do tego miejsce spotkania, znana z licznych imprez sportowych Hala Ludowa.

