

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Często obserwuję w Wałbrzyskim Ośrodku Kardiologii Interwencyjnej, z którym od prawie 4 lat na co dzień współpracuję, godne publikacji sytuacje kliniczne, w których trzeba się zachować niestandardowo. Do „mojego” działu także otrzymuję prace, w których ktoś (musi to być dobry klinicysta) postąpił niestandardowo.

Tak jest z komentowaną pracą z ośrodka prof. Marianny Janion dotyczącą zakończonego sukcesem (udane CABG) zastosowania przedłużonej kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej (IABP) u chorej z ciężką niewydolnością lewej komory (nawracające obrzęki płuc) – wprawdzie w przebiegu ostrego zawału, ale bez wstrząsu ani istotnej hipotonii.

Minęły czasy, kiedy kontrapulsacja (chyba lepiej po polsku „przeciwpulsacja”) wewnątrzaoortalna, dostępna w świecie od 40 lat, była w Polsce leczeniem unikatowym, stosowanym właściwie wyłącznie przez kardiochirurgów. Obecnie NFZ nie zaakceptuje pracowni hemodynamicznej, która nie ma przynajmniej jednego takiego urządzenia wspomagającego funkcję lewej komory. Znajdują się one również na wielu oddziałach intensywnej opieki kardiologicznej.

Poszperawszy w pamięci, przypomniałem sobie przynajmniej 4 przypadki z Wałbrzycha i Wrocławia zupełnie podobne do opisanego. Wszystkie dotyczyły ostrej – przewlekłej niewydolności krążenia w przebiegu ciężkich zawałów ściany przedniej. Niestety byli też chorzy, których nie dało się uratować, jednak żyje pacjent, u którego trzeba było mechanicznie wspomagać krążenie przez 6 tygodni!

Autorzy w poglądowej części swojej pracy zawarli doskonały przegląd aktualnego piśmiennictwa na poruszony temat. Nie dowierając, że w piśmiennictwie nie ma więcej pozycji dotyczących IABP w niewydolności krążenia, zadałem sobie (niewielki) trud przeszukania bazy MEDLINE, poszukałem w ostatnich wydaniach Braunwalda [1], podręczniku ESC *Choroby serca i naczyń* [2], zapo-

znałem się z wytycznymi ESC z 2008 r. dotyczącymi rozpoznania i leczenia ostrej oraz przewlekłej niewydolności serca, z istotnym polskim udziałem [3]. W podręczniku Braunwalda wśród sześciu wskazań do IABP na czwartym miejscu wymieniona jest „stabilizacja kliniczna kandydata do przeszczepu serca przed implantacją urządzenia do wspomaganie pracy serca (VAD)”. Europejska kardiologia w ogóle nie wspomina o tym sposobie leczenia.

W wytycznych ESC z 2008 r., w ustępie dotyczącym leczenia (algorytm) znalazłem zdanie: „Należy rozważyć wprowadzenie kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej (IABP) i intubację, jeśli istnieją [a więc nie tylko zawał! K.W.] potencjalnie odwracalne przyczyny ostrej HF, jako pomostu do operacji lub uzyskania poprawy”.

W pracy Changa i wsp. z 2008 r. *Clinical experience with intra-aortic balloon counterpulsation over 10 years: a retrospective cohort study of 459 patients* chorzy z CHF byli drugą najmniej korzystającą z tego sposobu leczenia grupą spośród 5 uwzględnionych.

Sądzę jednak, że na razie, dopóki nie będą szeroko dostępne inne urządzenia wspomagające pracę lewej komory (sztuczna lewa komora – LVAD), wielu naszych najciężej chorych pacjentów będzie można uratować, postępując się kontrapulsacją wewnątrz- (nie dowierzam zewnętrznej) aortalną.

Piśmiennictwo

1. Braunwald W. *Choroby serca. Elsevier Urban&Partner. 7th ed. Wrocław 2008, t I, s. 608.*
2. *Choroby serca i naczyń. Podręcznik Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Termedia, Poznań 2006/2007.*
3. Wytyczne 2008 Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące rozpoznania i leczenia ostrej oraz przewlekłej niewydolności serca. *Kardiologia Polska* 2008; 66 (Supl. IV).
4. Chang SN, Hwang JJ, Chen YS, et al. Clinical experience with intra-aortic balloon counterpulsation over 10 years: a retrospective cohort study in 459 patients. *Resuscitation* 2008; 77: 316-24.