

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa;
Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej, Polska Akademia Nauk, Warszawa



Powyższy przypadek jest najlepszą ilustracją z jednej strony skuteczności pierwotnej angioplastyki wieńcowej, a z drugiej znaczenia leczenia towarzyszącego, w tym właściwej farmakoterapii oraz kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej u chorych ze wstrząsem kardiogenym.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że bez działań zabiegowych opisywany chory był skazany na śmierć. Operatorowi należy pogratulować wyboru dobrego protokołu zabiegowego, w tym wykorzystania zarówno kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej, jak i inhibitora receptora płytkowego IIb/IIIa. Na uwagę zasługuje również skuteczna próba trombektomii aspiracyjnej jeszcze przed użyciem cewnika balonowego dla tzw. predylatacji zmiany obstrukcyjnej. To zapewne dzięki temu u chorego nie wystąpił zespół *no-reflow*, a i stopień uszkodzenia miokardium uległ ograniczeniu. Pewne kontrowersje mógłby budzić wybór stentów. W najnowszych zaleceniach jest wyraźna preferencja dla stentów lekowych (DES) w pniu głównym lewej tętnicy wieńcowej (LMS). Jednak z jednej strony bardzo duża średnica LMS sama w sobie mogła być ograniczeniem ze względu na braki dużych rozmiarów stentów typu

DES, a z drugiej świadomość operatora, że w naczyniach powyżej 4 mm przewaga DES w stosunku do stentu metalowego (BMS) zaczyna się znacznie zmniejszać. Jeśli do tego dodać fakt sporego zagrożenia wystąpieniem zakrzepicy w DES w przypadku zmiany bogatej w zakrzep, to wybór dokonany przez operatora nie powinien dziwić. Osobiście mam tylko jedną wątpliwość. Chodzi mi o brak zakończenia zabiegu w technice *kissing balloons*. Zapewne na przeszkodzie stanęła tutaj średnica cewnika prowadzącego, która „nie przyjęła” dwóch cewników balonowych o stosunkowo dużych średnicach. Jednak należy pamiętać, że zabiegi na tzw. bifurkacjach, a do takich zalicza się podział LMS na tętnicę okalającą i zstępującą przednią, obligatoryjnie powinny być tak zakończone w przypadku użycia dwóch stentów. Takie podejście istotnie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia zakrzepicy w stentach i restenozy.

Na zakończenie jeszcze jedna pochwała dla Ośrodka. Wypis w dobrym stanie do domu chorego o tak ciężkim przebiegu klinicznym był również efektem żmudnej pracy nie tylko osób przeprowadzających zabieg, ale również lekarzy prowadzących chorego w PINK. I tak właśnie powinno wyglądać kompleksowe leczenie ciężko chorych pacjentów.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

ERRATA

W ubiegłorocznym wrześniowym numerze „Kardiologii Polskiej” (2011; 69, 9: 995–996) w dokumencie „Postępowanie w przypadku pacjentów z elektrodami z rodziny Sprint-Fidelis — wytyczne Zespołu Ekspertów Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii” prawidłowy zestaw Autorów to:

Andrzej Kutarski, Michał Chudzik, Przemysław Mitkowski, Marcin Grabowski, Andrzej Przybylski.