

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



Opisany powyżej przypadek kliniczny jednoznacznie ukazuje rolę i znaczenie przeszłokórnej rewaskularyzacji (PCI) w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych (OZW). Z całą pewnością protokół samej PCI oraz jej wykonanie były na wysokim poziomie. Nie wątpię, że zabieg wykonywał doświadczony operator i to jemu chory zawdzięcza życie. I w tym temacie to właściwie wszystko.

Jednak lektura powyższego „Angiogramu miesiąca” sprowokowała mnie do przemyśleń nad dwiema sprawami. Pierwsza z nich wiąże się z tzw. dostępem naczyniowym, a druga z umiejętnościami wykonywania przez kardiologów interwencyjnych zabiegów przeszłokórnej angioplastyki tętnic obwodowych.

W pierwszej kwestii chciałbym nieśmiało zwrócić uwagę, że operator opisywanej PCI miał aż nadto danych o „utrudnieniach” w dostępie udowym w związku z zaawansowanym procesem miażdżycowym u chorego. Dlatego nieco mnie zaskakuje brak wykorzystania przez niego *a priori* dostępu promieniowego czy ramiennego. Myślę zresztą, że znam genezę takiej postawy. Otóż dostęp udowy jest tradycyjnym dostępem, powszechnie stosowanym przez lata przez ogromną większość kardiologów interwencyjnych (nieługo minie 60 lat od wprowadzenia tej techniki przez I. Selinger!). To przyzwyczajenie jest tak bardzo silne, że dostęp np. promieniowy jest bardzo często wykorzystywany dopiero w razie niepowodzenia z nakłuciem tętnicy udowej. A że aktywny polski kardiolog interwencyjny wykonuje po kilkaset PCI rocznie, to nabyte umiejętności skutecznie pozwalają wręcz unikać stosowania dostępu promieniowego. A szkoda, bo w piśmiennictwie fachowym nie brakuje pozycji udowadnia-

jących przewagę dostępu promieniowego nad udowym (m.in. mniejszy odsetek powikłań miejscowych). Wykorzystując tę sposobność, namawiam wszystkich do powszechniejszego wprowadzenia dostępu promieniowego na początek do zabiegów planowych, a w następnej kolejności u chorych z OZW. W piśmiennictwie fachowym jest mnóstwo pozycji, które udowadniają, że po opanowaniu właściwej techniki uzyskuje się właściwie identyczne jak przy dostępie udowym możliwości terapeutyczne z istotnie mniejszym odsetkiem powikłań miejscowych, skutkującym krótszym okresem hospitalizacji. Postęp materiałowy i technologiczny objawiający się coraz lepszym sprzętem doskonale temu sprzyja.

Aspekt drugi wiąże się z zabiegiem na tętnicy biodrowej wspólnej lewej, który był w mojej opinii jak najbardziej uprawniony. Niewątpliwie dzięki temu wielodniowe stosowanie kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej (IABP) nie zakończyło się amputacją kończyny dolnej lewej. Jest to już kolejny przypadek spośród przedstawianych w „Angiogramie miesiąca”, który jednoznacznie dowodzi, że w programie szkolenia kardiologa interwencyjnego należy uwzględnić zabiegi na tętnicach obwodowych. Z tym oczywiście powinno się wiązać zaopatrzenie Pracowni Kardioangiograficznych w stenty i cewniki balonowe o odpowiednich średnicach (> 4,5 mm), a ich zastosowanie nie powinno powodować jakichkolwiek problemów w kwestii rozliczeń z tych zabiegów w NFZ.

Podsumowując, chcę jeszcze wspomnieć, że osobiście u opisanego chorego koronarografię i PCI wykonałbym z dostępu promieniowego (najprawdopodobniej lewego), a w drugiej kolejności (być może już po badaniu diagnostycznym) ze względu na wskazanie do IABP starałbym się zabezpieczyć dostęp udowy, co zapewne skończyłoby się implantacją stosownego stentu do tętnicy biodrowej wspólnej lewej.

Konflikt interesów: nie zgłoszono