

## 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



Niewątpliwie to kolejny interesujący i dobrze opracowany przypadek zaprezentowany przez naszych tureckich Kolegów. Na podkreślenie zasługuje ciekawa dyskusja, pokazująca rolę manualnej trombektomii aspiracyjnej u chorych leczonych pierwotną angioplastyką wieńcową. I właściwie mógłbym na tym zakończyć swoją ocenę,

jednak uważna analiza tekstu spowodowała, że postanowiłem zwrócić uwagę Czytelników „Angiogramu miesiąca” na trzy sprawy. Po pierwsze, kiedy nie można przeprowadzić manualnego trombektomu przez ciasne zwężenie, raczej trudno się spodziewać, że uda się to z dużo sztywniejszym stentem na cewniku balonowym (!). W takim przypadku przed próbą implantacji stentu preferuje się wykonanie predylatacji cewnikiem balonowym o stosunkowo niedużej średnicy. Wydaje się, że takie postępowanie, nawet jeśli powoduje uruchomienie materiału zatorowego, to w mniejszym stopniu niż stent siłowo wprowadzany w zmianę. Druga uwaga dotyczy stosowania inhibitorów receptora płytkowego IIb/IIIa u chorych z ostrym zespołem wieńcowym. Co prawda, najnowsze wytyczne ESC/EACT z września ubiegłego roku nie

zwiększają ich dotychczasowej roli (klasa rekomendacji IIb, poziom wiarygodności B), to wydaje się, że w sytuacji stwierdzenia zakrzepu o dużej objętości, a do tego przy trudnościach z pasażowaniem trombektomu lek z powyższej grupy powinien być zastosowany (oczywiście przy braku stosownych przeciwwskazań). Zresztą w świetle tych wytycznych wzrosła rola manualnej trombektomii (klasa rekomendacji IIa, poziom wiarygodności A), dlatego nie bardzo można się zgodzić z Autorami niniejszego „Angiogramu miesiąca”, że ESC nie zalecają użycia trombektomii aspiracyjnej. Najprawdopodobniej praca powstała tuż przed opublikowaniem najnowszych wytycznych dotyczących rewaskularyzacji wieńcowej. I na koniec ostatnia uwaga. Nie bardzo rozumiem, co oznacza stwierdzenie „nieodpowiednia dla PCI i CABG anatomia tętnic: przedniej zstępującej oraz okalającej”. Ten fakt był powodem odstąpienia od dalszych etapów rewaskularyzacji oraz ograniczenia się w leczeniu chorego do farmakoterapii. Dobry stan chorego podczas okluzji światła prawej tętnicy wieńcowej dowodził, że lewa tętnica wieńcowa zabezpieczała ukrwienie lewej komory na odpowiednim poziomie. Pozostaje więc pytanie, czy zwężenia w lewej tętnicy wieńcowej były rzeczywiście istotne, czy też rzeczywiście ich stan (prawdopodobnie mała średnica) źle rokował dla zabiegów rewaskularyzacyjnych.