

Szanujmy materiał na pomosty

prof. dr hab. n. med. Tomasz Hirnle

Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Białystok



Wyniki drożności pomostów z żyły odpiszczelowej wielkiej (VSM) i tętnicy promieniowej (RA) przedstawione w pracy Goldmana i wsp. są znakomite w obydwu grupach. Jednak trudno na ich podstawie formułować daleko idące wnioski. Problemy stanowią krótki, zaledwie roczny czas obserwacji oraz to, że nawet z tak krótkiej obserwacji wypadła 1/4 chorych. Uważa się, że krótki czas obserwacji faworyzuje pomosty żyłne, a większa trwałość pomostów tętnicznych będzie widoczna w dalszej obserwacji. Jednak praca ta rozwiała pewien mit i zwróciła uwagę na rzadko dostrzegane problemy.

Mitem okazało się przekonanie, że „pomosty żyłne są nietrwałe”. W omawianym wieloośrodkowym badaniu drożność pomostów żylnych wyniosła aż 89%, a były to pomosty z wykluczeniem gałęzi przedniej zstępującej, która zabezpiecza najlepszy odpływ i drożność każdego pomostu. Bardzo interesujący jest fakt, że w omawianym materiale tylko 9,5% pomostów żylnych i 7,3% pomostów tętnicznych było zespolonych z tętnicami wieńcowymi o średnicy przekraczającej 2 mm. Żadna metoda przezskórna nie mogłaby w takich warunkach uzyskać porównywalnych wyników.

Istnieją następujące problemy:

- w krótkim okresie obserwacji drożność żyły i RA są takie same, a zatem nie ma potrzeby stosowania RA u starszych pacjentów. Jak dotąd brakuje zasad, kogo w wypadku chirurgii wieńcowej uznać za starszego, tak jak to jest w przypadku chirurgii zastawkowej. Osobom starszym wszczepia się zastawki biologiczne, bo ich ograniczona trwałość będzie wystarczająca;
- niektóre pracownie hemodynamiczne, mimo zastrzeżeń zgłaszanych przez chirurgów, stosują do koronarografii dostęp z lewej RA. Jest to właśnie ta tętnica, którą można pobrać jako materiał na pomost równocześnie z pobieraniem lewej IMA. Po przeprowadzeniu przez nią cewnika tętnica ta zostaje **zawsze** uszkodzona na co najmniej kilka miesięcy lub trwale i nie będzie nadawała się na po-

most. Niestety dostęp ten staje się coraz bardziej modny zarówno wśród kardiologów interwencyjnych (bo szybciej można wypisać ze szpitala), jak i wśród pacjentów (bo łatwiej znieść badanie). Jest to jednak postępowanie krótkowzroczne, bo zabiera pacjentom szansę na pomost tętniczny. Znane są jednak pracownie, które na prośbę chirurgów (prawdziwy *heart team*) wykorzystują dostęp z prawej RA, znacznie rzadziej stosowanej jako pomost. Podobnym problemem było dawniej często stosowane usunięcie *vena saphena magna* z powodu żyłaków podudzi. Obecnie istnieją inne metody postępowania z żyłkami i VSM jest częściej pozostawiona na miejscu.

Omawiane badanie, podobnie jak większość pracowań chirurgicznych, ma wiele ograniczeń, których nie można całkowicie wyeliminować. Często zapomina się, że ważnym elementem w chirurgii jest doświadczenie ośrodka i operatora. Nie są to fundamentalne różnice, ale niuanse techniki operacyjnej powodujące różny wybór preferowanych metod operacji. W ostatecznym rozrachunku to chirurg odpowiada za wynik operacji i życie pacjenta, więc wybiera najczęściej taką metodę, w której się najlepiej czuje (*on pump* czy *off pump*), stąd znakomite wyniki co do przeżycia (śmiertelność 0,7%). Także wybór materiału pozostawia się chirurgowi, który jednak musi umieć pobrać i zastosować każdy typ materiału. Wiadomo jednak, że o ile pobranie materiału żylnego niemal nigdy nie daje ujemnych następstw dla chorego, to pobranie materiału tętniczego może się wiązać z określonymi negatywnymi skutkami. Dlatego np. pobrania lewej i prawej IMA (z pewnością najlepsze materiały na pomosty) nie stosuje się u pacjentów otyłych, z cukrzycą i operowanych w trybie pilnym, co jest związane z potencjalnie utrudnionym gojeniem mostka całkowicie pozbawionego ukrwienia.

Praca Goldmana pozwala usystematyzować poglądy na wyniki rewaskularyzacji chirurgicznej. Jest to obecnie największe randomizowane badanie dotyczące tego zagadnienia. Z pewnością równie istotne będą wyniki w obserwacji odległej. Tym bardziej, że możliwe, iż znajdzie się tam 200 „brakujących” chorych, u których nie udało się zrobić angiografii po 12 miesiącach.

Konflikt interesów: nie zgłoszono