

## Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Niewątpliwie jeszcze kilka lat temu, kiedy w Polsce rozwijał się system inwazyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych (OZW), większość lekarzy zajmujących się kardiologią wyobrażała sobie, że koronarografia w sposób jednoznaczny będzie w stanie wykazać tętnicę odpowiedzialną za stan kliniczny takiego chorego. Dzisiaj po prawie

10 latach doświadczeń wiadomo już, że nie tylko u pacjentów z NSTEMI, ale także wśród osób ze STEMI koronarografia nie zawsze stawia „kropkę nad i”, wymagając od kardiologa sporej wiedzy klinicznej. Ta sytuacja wiąże się z jednej strony z poprawą dostępności do diagnostyki oraz leczenia inwazyjnego OZW, a z drugiej strony ze zwiększoną skutecznością farmakoterapii. W efekcie wśród chorych z OZW zdecydowanie częściej znajdują się pacjenci z wielonaczyniową postacią choroby wieńcowej oraz drożnymi tętnicami odpowiedzialnymi za objawy kliniczne. Niewątpliwie zaprezentowany przypadek należy nie tylko do ciekawych, ale i trudnych z punktu wdrożenia decyzji klinicznych, determinujących odległe efekty zastosowanego leczenia.

Wykonana przez Autorów „Angiogramu miesiąca” koronarografia udokumentowała zamknięcie dwóch pierwszorzędowych tętnic epikardialnych chorego. Ze względu na elektrokardiograficzne cechy zawału dolnej ściany operator uznał prawą tętnicę wieńcową (PTW) za tętnicę odpowiedzialną za zawał (IRA). Zabieg na tym naczyniu należał do tzw. krótkich i efektywnych. Zapewne brak całkowitego ustąpienia dolegliwości klinicznych u chorego zaintrygował operatora, który zauważył, że dalsza połowa gałęzi okalającej lewej (GO) nie wypełnia się po udrożnieniu PTW. Dlatego podjął próbę udrożnienia GO. Stosunkowo łatwe przejście przewodnika angioplastycznego i cewnika balonowego zdaje się świadczyć o krótkim czasie trwania niedrożności, a całkowite ustąpienie dolegliwości stenokardialnych potwierdza pośrednio zwią-

zek tej tętnicy z OZW. Można tylko pogratulować operatorowi „klinicznego nosa” i właściwej czujności. Osobiście postąpiłbym tak samo, jednak zastosowałbym w trakcie zabiegu protekcję inhibitorem receptora płytkowego IIb/IIIa.

Na marginesie tej sytuacji warto sobie uświadomić, że zwłaszcza segmenty proksymalne i środkowe pierwszorzędowych tętnic wieńcowych są miejscami tworzenia się licznych blaszek miażdżycowych, wśród których nie brakuje tych ranliwych (*vulnerable*), bliskich pęknięcia czy z cechami nadżerek. Wynik badania metodą ultrasonografii wewnątrzczyniowej wykonanego u pacjenta ze stabilną chorobą wieńcową nierzadko jest zaskakujący, ponieważ ujawnia obecność również takich blaszek, które ewidentnie przeszły ten etap, czyli pęknięcia bez istotnych objawów klinicznych, a spełniających kryteria blaszek z wypłukanym ich rdzeniem (obraz tzw. jamki).

Na podstawie badań wykorzystujących cewniki termograficzne wiadomo, że u chorych z OZW tzw. gorące (tj. aktywne) blaszki potrafią występować w kilku miejscach i to nie tylko w IRA. Można przyjąć, że w przypadku opisywanego pacjenta aktywne mniej więcej w tym samym okresie były dwie blaszki.

Na szczęście organizm człowieka dysponuje sporymi możliwościami leczniczymi w tym zakresie oraz istnieją już leki, które sprzyjają procesom gojenia (może bardziej pasywacji) wyżej opisanych blaszek miażdżycowych. Dzięki temu można leczyć na przykład implantacją stentu tylko te miejsca, w których siły obronne organizmu zawiodły.

Przedstawiony przypadek dowodzi jeszcze jednej sprawy. Otóż lekarz kwalifikujący chorego z podejrzeniem OZW do koronarografii musi zdawać sobie sprawę z jej ograniczeń (w tym możliwości spazmu, rozpuszczenia i wypłukania zakrzepu) oraz nie zapominać o podstawie skutecznej terapii, na którą składa się również prawidłowo zebrany wywiad i badanie lekarskie, a nie tylko skomplikowane nowoczesne urządzenia diagnostyczno-lecznicze.