

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Nieraz już zwracałem uwagę na to, że prace kierowane do działu *Chorzy trudni typowi* odzwierciedlają w jakiś sposób problematykę aktualnie nurtującą polskich kardiologów. Wydaje się, że takimi problemami są m.in. te związane z leczeniem antykoagulacyjnym i przeciwplateczkowym, niezbędnymi u wszystkich chorych poddanych

zabiegom kardiologii inwazyjnej i nie tylko. Chodzi zarówno o powikłania krwotoczne, jak i nieskuteczność tego leczenia.

Autorzy komentowanej pracy opisują przypadek dwukrotnej wczesnej zakrzepicy w stencie – w 4. i 10. dniu po pierwotnej PCI gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej wykonanej z powodu zawału bez uniesienia odcinka ST.

Próbując ustalić przyczynę tego stanu rzeczy, wykonali dostępne w ich ośrodku szerokie badania koagulologiczne, stwierdzając w istocie tylko brak hamowania czynności agregacyjnej płytek mimo stosowania dawki 150 mg kłopidogrelu. Mimo tego stwierdzenia, już (?) po 3. zabiegu PCI (wszystkie z implantacją stentu metalowego), przy takiej

samej dawce kłopidogrelu i 75 mg ASA, w późniejszej 2-miesięcznej obserwacji pacjent czuł się dobrze.

Nie jestem kardiologiem inwazyjnym, ale współpracuję od 4 lat z ośrodkiem wykonującym ok. 3000 koronariografii i 1500 PCI (przeważnie pierwotnych) rocznie (Wrocławski Ośrodek Kardiologii Interwencyjnej). Na razie nie mamy możliwości badania funkcji płytek (autorzy słusznie krytycznie omawiają jej wartość), za to dysponujemy ultrasonografią wewnątrzwieńcową – IVUS. Zastanawiam się, czy autorzy słusznie przy każdym nawrocie zakrzepicy implantowali choremu kolejny stent, nie zadowolając się, jak to jest praktykowane w naszym ośrodku, tylko odessaniem ewentualnej skrzepliny, balonowym poszerzeniem restenozy i doprężeniem stentu, nieraz pod kontrolą IVUS. Oczywiście trzeba dysponować takim urządzeniem.

Zastanawiałem się, czy słusznie kwalifikuję tę interesującą, jak sądzę głównie kardiologów inwazyjnych, pracę do „mojego” działu, adresowanego do bardzo szerokiego grona lekarzy, również do lekarzy rodzinnych. Chodziło mi jednak o to, by zwrócić ich uwagę na zagrożenia wiążące się z zabiegami PCI – przy całej wsłaniałości tej metody.