

## Czas na konsensus

dr hab. n. med. Andrzej Lekston<sup>1</sup>, dr n. med. Marcin Świerad<sup>2</sup>

<sup>1</sup>III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

<sup>2</sup>Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



Współwystępowanie zmian miażdżycowych w wielu obszarach naczyniowych jest zjawiskiem często spotykanym w pracowniach hemodynamicznych i rośnie wraz z wiekiem chorych [1]. Stanowi także poważny problem zarówno w trakcie zabiegów, bezpośrednio po nich, jak i w okresie rehabilitacji.



U pacjentów z rozpoznaną chorobą tętnic obwodowych w 60–80% przypadków stwierdza się istotne zwężenia w tętnicach wieńcowych. Prawdopodobieństwo wystąpienia zawału serca w tej grupie chorych wynosi 20–60%, a ryzyko zgonu z powodu choroby wieńcowej jest 2–6-krotnie większe [1].

W przypadkach wystąpienia ostrych zespołów wieńcowych u chorych z miażdżycą zarostową kończyn dolnych podjęcie decyzji co do wyboru sposobu i czasu leczenia stanowi poważny problem.

Warto zauważyć, że są to zazwyczaj chorzy starsi, niejednokrotnie obciążeni dolegliwościami ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz innymi schorzeniami, które same w sobie mogą stanowić główne przeciwwskazanie zarówno do zabiegów kardiologicznych, jak i zabiegów chirurgicznych w obrębie naczyń obwodowych.

Szybki rozwój małoinwazyjnych metod leczenia w ciągu ostatnich kilku dziesięcioleci, wprowadzanie nowych generacji sprzętu spowodowały, że zabiegi przeszkrone stały się bardziej przewidywalne, a rokowanie wczesne i odległe bardziej pomyślne [1, 2].

Praca publikowana przez kardiologów inwazyjnych z ośrodka w Krakowie przedstawiająca grupę chorych poddanych przeszkronej angioplastyce z powodu ostrych zespołów wieńcowych i angioplastyki zwężeń miażdżycowych w tętnicach kończyn dolnych (PTA) w trakcie tej samej hospitalizacji wydaje się znaczącym głosem w dyskusji [3].

Z doświadczeń Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu wynika, że za równoczesową rewaskularyzacją wieńcową i obwodową przemawiają:

- ryzyko progresji niedokrwienia w obrębie kończyn dolnych w trakcie lub po koronarografii, angioplastyce czy CABG;
- możliwość założenia balonu do kontrapulsacji (IABP);
- możliwość pełnej rehabilitacji po ostrym zespole wieńcowym [przywrócenie prawidłowego przepływu w obrębie tętnic kończyn dolnych umożliwia prowadzenie prawidłowej rehabilitacji ruchowej chorych po zawałe serca (AMI), PCI, CABG];
- możliwość rozwiązania w trakcie jednego pobytu w szpitalu/procedury problemu dwóch lub więcej obszarów naczyniowych, co zwiększa komfort i bezpieczeństwo chorego (choć taki sposób postępowania może obecnie napotykać pewne problemy związane z ograniczeniem możliwości finansowania takich łączonych procedur).

W sytuacjach nagłych, zarówno wieńcowych, jak i obwodowych, strategia zaopatrzenia zmian technikami przezskórnymi wydaje się metodą z wyboru. Zatem biegłość i rozważa w zastosowaniu technik rewaskularyzacji w obszarach pozawieńcowych stanowią ważne umiejętności kardiologa interwencyjnego. Szczególną sytuacją jest wystąpienie ostrego zespołu wieńcowego u chorego poddanego zabiegowi obwodowemu. Zespół podejmujący się takiego zabiegu powinien być w stanie jak najszybciej przeprowadzić procedurę wieńcową.

W ostatnich latach zalecenia towarzystw naukowych dotyczące kwalifikacji do sposobu i kolejności rewaskularyzacji wskazują na konieczność powstawania wielospecjalistycznych zespołów konsultacyjnych. Według najnowszych zaleceń Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących rewaskularyzacji wieńcowej zespół taki powinien składać się z kardiochirurga, kardiologa inwazyjnego i nieinwazyjnego [4]. W przypadkach chorych z miażdżycą tętnic obwodowych wydaje się zasadne dołączenie do zespołu chirurga naczyniowego i/lub angiologa. Takie zespoły w przypadkach pacjentów planowych dają szansę optymalnego ustalenia kolejności, metody rewaskularyzacji (z uwzględnieniem możliwości wykonania zabiegów hybrydowych) i miejsca wykonania zabiegu.

Tocząca się od długiego już czasu dyskusja o tym, która specjalność będzie miała monopol w wykonywaniu proce-

dur przezskórnych, wydaje się bezzasadna, a zabiegi takie powinni wykonywać specjaliści z największym doświadczeniem pozwalającym zapewnić największą skuteczność wczesną i odległą oraz bezpieczeństwo dla chorego.

### **Piśmiennictwo**

1. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR et al. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. *Circulation*, 2006; 113: e463–e654.
2. White HJ, Gray WA. Endovascular therapies for peripheral arterial disease. an evidence-based review. *Circulation*, 2007; 116: 2203–2215.
3. Bartuś S, Siudak Z, Brzeziński M et al. Percutaneous peripheral interventions in patients with multivessel coronary artery disease. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 1115–1121.
4. ESC/EACTS Guidelines 2010. *Eur Heart J*, August 29, 2010; DOI: 10.1093/eurheartj/ehq277.