

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Przystany do działu *Chorzy trudni typowi*, komentowany poniżej przypadek dotyczy dwóch różnych problemów, które zdarzyły się w jednym przypadku niewątpliwego zawału serca. U 55-letniego, dotąd zdrowego mężczyzny wystąpił masywny udar niedokrwienny mózgu, a następnego dnia – typowy pod każdym względem

zawał ściany dolnej serca z uniesieniem odcinka ST. Ze zrozumiałych i dokładnie omówionych w tekście pracy względów autorzy leczili zawał zachowawczo i zdziwili się niepomernie, nie znajdując w wykonanej po 6 tygodniach koronarografii „istotnych” zmian w naczyniach wieńcowych. Nie opisują zresztą (to nie zarzut), jakie były te „nieistotne”.

Jakkolwiek udary niedokrwienne mózgu wiktają, wiktają i zapewne będą wiktać zawały serca, również te leczone pierwotną PCI, odnoszę wrażenie, że częściej przy manipulacjach na prawej tętnicy wieńcowej, nie będą się zatrzymywać na tym aspekcie pracy. Tym bardziej, że autorzy szczególnie wyczerpująco omawiają właśnie to zagadnienie, zwracając uwagę na problemy związane z współczesnym leczeniem antyagregacyjnym.

Zatrzymam się natomiast krótko na występowaniu zawału serca przy angiograficznie prawidłowych tętnicach wieńcowych. Bardzo dobrze, że autorzy już w tytule podkreślili, że chodzi o „angiograficznie” prawidłowe tętnice wieńcowe, bo ja byłbym pewien, że tętnice wieńcowe, zarówno te o zupełnie gładkich zarysach, jak i te z tzw. zmianami przyściennymi, są naprawdę prawidłowe, dopiero po wykonaniu angioskopii tych tętnic czy choćby badania IVUS. Ze względu na wysoki koszt nie są one jednak, jak sądzę nigdzie na świecie, wykonywane rutynowo.

Występowanie zawałów i dławicy piersiowej przy niezmiennych tętnicach wieńcowych interesuje mnie od 25 lat. W 1983 r. opublikowałem w *Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej* artykuł redakcyjny na ten temat, oparty głównie na danych sekcyjnych wobec małej wówczas dostępności koronarografii [1].

Nie chodzi mi tutaj o tzw. pozawieńcowe przyczyny zawału – pytanie, które było kiedyś złym snem podchodzących do egzaminu z kardiologii. Obecnie niemal każdego tygodnia spotykamy się z chorymi spełniającymi

wszystkie kryteria uniwersalnej definicji zawału ESC/AHA [2], którzy nie mają zmian w naczyniach wieńcowych ani *perimyocarditis* [3]. W swojej pracy autorzy przedstawili aktualne piśmiennictwo dotyczące możliwej patogenezy tej sytuacji klinicznej. Podkreślają słusznie, że u takich chorych, nawet jeśli wykazują zgodne z lokalizacją zawału odcinkowe zaburzenia kurczliwości, rokowanie jest dobre. Prace na ten temat ukazywały się już w *Kardiologii Polskiej* – w latach 2003–2008 opublikowano lub przyjęto do druku sześć [3–5].

Osobiście trwam w przekonaniu (nie ma na to bezpośrednich dowodów) wyrażonym w pracy „Czy zmiany ST-T elektrokardiogramu są wynikiem zapalenia osierdza i mięśnia sercowego – czy zawału serca. Koronarografia nie zawsze rozstrzyga wątpliwość. Opis 4 przypadków” [4], że przynajmniej u części chorych zawały serca są powodowane głębokimi zaburzeniami funkcji śródbłonka, niekiedy doprowadzającymi nawet do przejściowej okluzji tętnicy wieńcowej. Z tego powodu uważam za słuszne dalsze ambulatoryjne leczenie wszystkimi lekami korzystnie oddziałującymi na czynność śródbłonka – statynami, inhibitorami ACE i/lub sartanami, ewentualnie kwasami omega-3.

Mam nadzieję, że przy częstym występowaniu zawałów u chorych z prawidłowymi angiograficznie tętnicami wieńcowymi problem ten zostanie wyjaśniony.

Piśmiennictwo

1. Wrabec K. Występowanie dławicy piersiowej i zawału serca przy niezmiennych tętnicach wieńcowych. *Pol Arch Med Wewn* 1983; 76: 1.
2. ESC/AHA. Universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J* 2007; 10: 109.
3. Kukla P, Bryniarski L, Bromblik A. Myopericarditis przebiegająca ze wstrząsem kardiogennym i obrazem klinicznym zawału ściany dolnej u mężczyzny z nadczynnością tarczycy i cukrzycą. *Kardiologia Pol* 2008; 66: 982-6.
4. Wrabec K, Lenartowska L, Sawa W. Czy zmiany ST-T elektrokardiogramu są wynikiem zapalenia osierdza i mięśnia sercowego – czy zawału serca. Koronarografia nie zawsze rozstrzyga wątpliwość. Opis 4 przypadków. *Kardiologia Pol* 2003; 58: 124-7.
5. Grąbczewska Z, Dybowski J, Sukiennik A. Ostre zawały serca przy niezmiennych angiograficznie tętnicach wieńcowych. *Kardiologia Pol* 2004; 60: 253.