

## Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Powyższy *Angiogram miesiąca* jest ewidentnym dowodem, że miażdżycza nie ogranicza się jedynie do tętnic wieńcowych, ale że dotyczy też innych obszarów ukrwienia ciała ludzkiego. Co więcej, w trakcie poszukiwań przyczyn problemów wieńcowych zmiany w tętnicach obwodowych mogą istotnie utrudnić (a nierzadko wręcz uniemożliwić) wykonanie zabiegu rewaskularyzacji wieńcowej.

Myślę, że nawet najwięksi przeciwnicy aktywności kardiologów w zakresie tzw. tętnic obwodowych zgodzą się, że pacjenci z wielopoziomą miażdżycą oraz z objawową chorobą wieńcową (w tym z OZW) powinni być leczeni kompleksowo, niejako przy okazji zaopatrywania tętnic wieńcowych. Dzięki takiemu podejściu nie tylko zapewnia się choremu optymalne leczenie choroby wieńcowej, ale przyspiesza się diagnostykę i leczenie „innych” naczyniowych problemów.

W przedstawianym przypadku ciekawa jest strategia operatora. Otóż za przyczynę OZW uznał on zmiany w ujściu pnia głównego oraz w początkowym odcinku tętnicy przedniej zstępującej. Można by dyskutować na temat wybranego stentu. Tutaj został użyty tzw. klasyczny metalowy (BMS), natomiast coraz głośniej podnosi się potrzebę stosowania w obrębie pnia głównego (LMS) stentu uwalniającego lek (DES). Operator jednak uznał, że stent o stosunkowo dużej średnicy przy braku masywnych zwapnień powinien zapewnić dobry efekt. Zapewne takiemu wyborowi sprzyjał też fakt rutynowych kontroli angiograficznych po implantacji BMS do pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej, obowiązujących w naszym ośrodku. Teoretycznie na tym zabieg mógłby zostać zakończony, ale operator zdecydował się jeszcze na zaopatrzenie ujścia prawej tętnicy

podobojczykowej. Z pełnym przekonaniem popieram takie podejście. Przecież lewa tętnica podobojczykowa była niedrożna, do tego istotnie zwężona była prawa tętnica biodrowa wspólna. Taka sytuacja znacznie utrudnia kolejny dostęp naczyniowy konieczny w związku z powikłaniami okołozabiegowymi czy w późniejszym okresie. Tak więc operator zdecydował się na zabieg w celu uniknięcia okluzji prawej tętnicy podobojczykowej (tym bardziej, że miał świadomość, jak trudno przechodził tam cewnik diagnostyczny, który mógł uszkodzić blaszkę miażdżycową) i dla zabezpieczenia dalszego dostępu naczyniowego. Dobre efekty leczenia w LMS oraz w prawej tętnicy podobojczykowej zachęciły operatora do zabiegu w prawej tętnicy biodrowej wspólnej, naczyniu z dobrze „rokującą” zmianą (krótką, o dużej średnicy).

Chora została wyleczona stosunkowo szybko i skutecznie oraz – co warto podkreślić – bez zamykania drogi do ewentualnego zabiegu CABG. Na pytanie, dlaczego nie wykonano CABG, można odpowiedzieć krótko. Problem został zdiagnozowany w ramach NSTEMI, gdzie zabiegi kardiologiczne nie zapewniają dobrych wyników. Warto również zauważyć, że okluzja lewej oraz istotne zwężenie prawej tętnicy podobojczykowej praktycznie uniemożliwiają jednoczesne wykorzystanie tętnic piersiowych wewnętrznych.

Uzyskane przez operatora wyniki dowodzą, że doświadczony kardiolog interwencyjny może skutecznie działać nie tylko w obrębie łożyska wieńcowego. Dlatego też na kanwie tego przypadku pozwolę sobie sformułować apel. Pozwólmy, dla dobra chorych, leczyć wielopoziomą miażdżycę tym, którzy umieją to robić (wyznaczając oczywiście stosowne kryteria potwierdzające umiejętności), a nie przypisujemy tych zabiegów oddzielnym specjalizacjom. Dobrym przykładem w tym względzie są Stany Zjednoczone.