

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Jak wielokrotnie pisałem, prace kierowane do działu *Chorzy trudni typowi* nie powinny być typowymi pracami kazuistycznymi opisującymi jakiś rzadko spotykany przypadek. Wręcz przeciwnie, powinny to być prace dotyczące przypadków niewystępujących rzadko i nastroczających określonych trudności diagnostyczno-terapeutycznych. Nade wszystko jednak muszą zawierać „przesłanie” – to znaczy autorzy powinni dokładnie opisywać zastosowane postępowanie, nie wstydząc się (a to nietatwe) popełnionych błędów – tak aby ktoś, kto spotka się z podobnym przypadkiem, mógł wykorzystać doświadczenie poprzednika. Komentowana praca, z bardzo autorytatywnego ośrodka, idealnie wpisuje się w moje oczekiwania.

Jak wynika choćby z częstości tego rodzaju przypadków wśród nadsyłanych prac, powikłania krwotoczne u chorych leczonych inwazyjnie z powodu OZW, powikłania krwotoczne agresywnej terapii przeciwzakrzepowej itp. są dosłownie na porządku dziennym.

Komentowany przypadek dotyczył pacjenta, który w wypadku komunikacyjnym doznał krwawienia śródmózgowego i prawie jednocześnie zawału serca. To nie tak rzadka koincydencja. W dążeniu do oszczędzenia mu konieczności pobierania, w razie wszczęcia stentu do tętnicy dozawałowej, podwójnej terapii przeciwplatektowej leczono go tylko POBA prawej tętnicy wieńcowej z doskonałym długotrwałym efektem. Osobiście uważam, że po-

dobnie można by postąpić w wielu innych przypadkach, również bez przeciwwskazań do leczenia antykoagulacyjnego. Sądzę (i nie tylko ja), że obecnie zbyt często goniśmy za jak najwyższymi odsetkami „ustentowienia”, a ostatnio również „udesowienia” (stenty DES bardzo potaniały). A jak piszą autorzy: „w dotychczasowych badaniach implantacja stentu w STEMI w porównaniu z samą angioplastyką balonową wiązała się jedynie z redukcją konieczności ponownych rewaskularyzacji w obserwacji odległej, natomiast nie zmniejszała ryzyka zgonu czy też ponownego zawału” [1].

Komentowany przypadek dotyczył PCI w OZW w udarze krwotocznym mózgu. W codziennej praktyce częściej spotykamy się jednak ze STEMI w udarach niedokrwiennych bądź z udarami niedokrwiennymi jako powikłaniami PCI w OZW. W lutowym numerze *Kardiologii Polskiej* ukazała się praca opisująca przypadek typowego STEMI u chorego z niedokrwiennym udarem mózgu [2]. Nie są mi znane statystyki (np. z Rejestru OZW w Polsce) występowania STEMI w udarach mózgowych ani udarów mózgowych w STEMI i po PCI, na pewno jednak jest to istotny i nasuwający wiele wątpliwości terapeutycznych problem kliniczny.

Piśmiennictwo

1. De Luca G, Suryapranata H, Stone GW, et al. Coronary stenting versus balloon angioplasty for acute myocardial infarction: A meta-regression analysis of randomized trials. *Int J Cardiol* 2008; 126: 37-44.
2. Wałek P, Chatupka M, Polewczyk A. Ostry zawał serca u chorego ze świeżym niedokrwiennym udarem mózgu przy niezmiennych angiograficznie tętnicach wieńcowych. *Kardiol Pol* 2009; 67: 173-6.