

## References

1. Crenshaw BS, Granger CB, Birnbaum Y, et al. Risk factors, angiographic patterns, and outcomes in patients with ventricular septal defect complicating acute myocardial infarction. GUSTO-I (Global Utilization of Streptokinase and TPA for Occluded Coronary Arteries) Trial Investigators. *Circulation* 2000; 101: 27-32.
2. Berger TJ, Blackstone EH, Kirklin JW. Postinfarction ventricular septal defect. In: Kirklin JW, Barratt-Boyes BG (eds.). *Cardiac Surgery*. Churchill Livingstone, New York 1993; 403.
3. Lemery R, Smith HC, Giuliani ER, et al. Prognosis in rupture of the ventricular septum after acute myocardial infarction and role of early surgical intervention. *Am J Cardiol* 1992; 70: 147-51.
4. Agnihotri AK, Madsen JC, Daggett WN Jr. Surgical Treatment of Complications of Acute Myocardial Infarction: Postinfarction Ventricular Septal Defect and Free Wall Rupture. In: Cohn LH (ed). *Cardiac Surgery in the Adult*. McGraw-Hill, New York 2008; 753-84.
5. Labrousse L, Choukroun E, Chevalier JM, et al. Surgery for post infarction ventricular septal defect (VSD): risk factors for hospital death and long term results. *Eur J of Cardiothoracic Surgery* 2002; 21: 725-32.
6. Deville C, Fontan F, Chevalier JM, et al. Surgery of post-infarction ventricular septal defect: risk factors for hospital death and long-term results. *Eur J Cardiothorac Surg* 1991; 5: 167-74.
7. Blanche C, Khan SS, Matloff JM, et al: Results of early repair of ventricular septal defect after an acute myocardial infarction. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 104: 961-5.
8. Menon V, Webb JG, Hillis LD, et al. Outcome and profile of ventricular septal rupture with cardiogenic shock after myocardial infarction: a report from the SHOCK Trial Registry. Should we emergently revascularize Occluded Coronaries in cardiogenic shock? *J Am Coll Cardiol* 2000; 36 (3 Suppl A): 1110-6.

## Komentarz redakcyjny

dr n. med. Roman Przybylski, prof. dr hab. n. med. Marian Zembala

Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

Operacyjne zamykanie pozawałowych ubytków przegrody międzykomorowej (VSD) wciąż jest jedną z najtrudniejszych operacji kardiologicznych i – mimo postępów w kardiologii i intensywnej terapii – jest związane z dużą śmiertelnością okołoperacyjną. O wynikach leczenia decyduje przede wszystkim wielkość obszaru lewej komory (LV) uszkodzonego w wyniku zamknięcia tętnicy dozawałowej. Tak więc stan kliniczny chorego przed zabiegiem i wielkość frakcji wyrzutowej LV są istotnymi czynnikami prognostycznymi. Jednakże na stan kliniczny wpływa bezpośrednio wielkość przecieku determinowana wielkością pozawałowego ubytku międzykomorowego. Tak więc możemy stwierdzić, iż chory z dużym ubytkiem i stosunkowo ograniczonym uszkodzeniem ściany przedniej [np. zamknięcie tętnicy przedniej zstępującej (LAD) po pierwszej tętnicy diagonalnej (D1)] będzie bardziej niewydolny przed zabiegiem niż chory z małym, tworzącym się dopiero ubytkiem i dużym uszkodzeniem LV, jednak wynik leczenia operacyjnego w tym pierwszym przypadku będzie lepszy.

Ponieważ mamy duże doświadczenie w chirurgicznej rekonstrukcji pozawałowo uszkodzonej LV, także u chorych z pozawałowymi przednimi ubytkami po zamknięciu LAD, w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu wykonujemy

operacje metodą wprowadzoną przez francuskiego kardiologa, prof. V. Dora. Pozwala ona nie tylko zamknąć ubytek, ale również wyeliminować zmienioną martwiczo tkankę ściany przedniej serca. Trzeba jednak pamiętać, że wczesna operacja, wykonana ze wskazań życiowych, wiąże się z dużo trudniejszą dla chirurga identyfikacją zasięgu zmian niedokrwiennych ściany przedniej i trudną decyzją o tym, jak duży obszar powinien być wykluczony poprzez wszycie łąty osierdziejowej.

Gratulujemy Autorom pracy, jak zawsze gdy uda się nie tylko uratować chorego trudnego, chociaż typowego, ale także przywrócić dobrą kurczliwość serca po zabiegu. Na szczęście w Polsce i na świecie, w związku z upowszechnieniem przez kardiologów inwazyjnych mechanicznej reperfuzji w zawałach serca, obserwujemy znacznie mniej mechanicznych powikłań zawału, w tym pozawałowego VSD. Jednocześnie cieszy nas – zarówno kardiologów, jak i kardiologów – rosnące doświadczenie naszych zabrańskich Kolegów w nieoperacyjnym zamykaniu pozawałowych ubytków międzykomorowych. Trzeba wspólnie podejmować trudne wyzwania u trudnych chorych – jest to prawda oczywista, jeżeli zależy nam na rozwoju nowoczesnej medycyny, wszystko jedno, czy dzieje się to w Australii, czy w Polsce.