

którą założono do prawego przedsionka. Ponadto wykonano pilną kontrolną koronarografię, w której stwierdzono dobry efekt wcześniejszej angioplastyki w PTW (Rycina 4).

Pacjent wymagał stymulacji przedsionkowej przez 5 kolejnych dni. W 7. dobie od zawału powrócił rytm zatokowy

o prawidłowej częstotliwości. Dzień później chory na własną prośbę wypisał się z Kliniki. Przy wypisie choremu zalecono wykonanie w rejonowej poradni kardiologicznej kontrolnego badania EKG metodą Holtera oraz regularne przyjmowanie kłopidogrelu, ASA, ramiprylu i simwastatyny.

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Węzeł zatokowy najczęściej jest zaopatrywany w krew poprzez gałąź odchodzącą od początkowego odcinka prawej tętnicy wieńcowej (PTW). Z tego też powodu wysokie okluzje PTW wiążą się często z zaburzeniami funkcji węzła zatokowego, objawiającymi się całą gamą zaburzeń – od asystolii, poprzez bloki zatokowo-przedsionkowe, do migotania przedsionków. Podobna sytuacja może mieć miejsce podczas zabiegu angioplastyki przeprowadzanego w obrębie proksymalnego odcinka PTW. W jego trakcie następcza dyssekcja może upośledzić przepływ przez najczęściej niewielką gałąź do węzła zatokowego. Ta wielkość jest o tyle istotna, że najczęściej rezygnujemy z jej protekcji dodatkowym przewodnikiem angioplastycznym.

W sytuacji przedstawionej powyżej przyczyną dysfunkcji węzła zatokowego najprawdopodobniej był zakrzep tworzący się na wysokości odejścia ww. gałęzi, tj. do węzła zatokowego. Wbrew pozorom do czasu osiągnięcia pełnej pasywacji płytek krwi oraz korzystnej równowagi pomiędzy endogenną fibrylizacją a wykrzepianiem wewnątrznaczyniowym takie zjawisko zdarza się nierzadko. Przy tym sporo doniesień potwierdza, że optymalny czas osiągnięcia tej równowagi jest osobniczo zmienny (m.in. ze względu na oporność na leki przeciwplatekcyjne czy funkcję wątroby). Wykonana u opisywanego chorego kontrolna koronarografia potwierdziła skuteczną implantację stentu i jest całkiem prawdopodobne, iż już po pierwszym poda-

niu niewielki zakrzep powstały w miejscu pierwotnego zamknięcia tętnicy mógł migrować na obwód krążenia wieńcowego, gdzie uległ rozpuszczeniu.

Jednak najciekawszym (a i najistotniejszym) z klinicznego punktu widzenia problemem jest postępowanie po takim epizodzie. Logika nakazuje wykonanie badań oceniających funkcję węzła zatokowego. Należy przy tym pamiętać, iż w razie stwierdzenia istotnych jego zaburzeń możemy mieć spory „kłopot”, związany ze wskazanym opóźnieniem zabiegu implantacji kardiostymulatora (ze względu na możliwość wystąpienia wysokiego progu stymulującego u chorych z zawałem dolnej ściany w wypadku nieoptymalnej lokalizacji elektrody). Wracając do oceny funkcji węzła zatokowego – najczęściej wykorzystuje się 24-godzinną rejestrację metodą Holtera, nieco rzadziej (u chorych z ostrym zespołem wieńcowym) szybką stymulację przedsionków. U opisywanego chorego lekarz prowadzący nie miał takiej szansy. Chory po naszym leczeniu poczuł się na tyle dobrze (zwłaszcza po powrocie do rytmu zatokowego), że wypisał się do domu na własne życzenie. Na szczęście z informacji uzyskanej od lekarza wiadomo, że od 3. doby średnia częstotliwość rytmu serca chorego nie spadła poniżej 50/min (był monitorowany do dnia wypisu w sali intensywnego nadzoru, a później telemetrycznie) i nie zanotowano elektrokardiograficznych cech dysfunkcji węzła zatokowego. Pozostaje wierzyć, iż chory zastosuje się do zaleceń zawartych w epikryzie karty informacyjnej, zwłaszcza że wręczając ją choremu, lekarz prowadzący poinformował go zarówno o możliwych objawach klinicznych, jak i ich następstwach.