

- SHould we emergently revascularize Occluded Coronaries for cardiogenic shock? *J Am Coll Cardiol* 2000; 36 (3 Suppl A): 1077-83.
9. Tendera M. Komentarz redakcyjny. *Kardiologia Polska* 2003; 58: 374.
  10. Pluta W, Krupa H, Kalarus Z, et al. Acute myocardial infarction with shock. Intracoronary thrombolysis. *Kardiologia Polska* 1993; 39: 341-5.
  11. Kukla P, Dudek D, Rakowski T, et al. Inferior wall myocardial infarction with or without right ventricular involvement – treatment and in-hospital course. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 583-8.
  12. Ornato JP, Peberdy MA, Tadler SC, et al. Factors associated with the occurrence of cardiac arrest during hospitalization for acute myocardial infarction in the second national registry of myocardial infarction in the US. *Resuscitation* 2001; 48: 117-23.
  13. O'Neill JM, McBride KD. Cardiopulmonary resuscitation and contrast media reactions in a radiology department. *Clin Radiol* 2001; 56: 321-5.
  14. Sandroni C, Cavallaro F, Ferro G, et al. A survey of the in-hospital response to cardiac arrest on general wards in the hospitals of Rome. *Resuscitation* 2003; 56: 41-7.
  15. Andres J (ed.). Polska Rada Resuscytacji. Wytyczne 2005 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej. *Wydawnictwo PANDIT*, Kraków 2005.
  16. Latacz P, Nessler B. Postępowanie w nagłym zatrzymaniu krążenia. In: Piwowarska W (ed.). Nagła śmierć sercowa. *Via Medica*, Gdańsk 2005: 289-311.
  17. Nadkarni VM, Larkin GL, Peberdy MA, et al. National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults. *JAMA* 2006; 295: 50-7.
  18. Cooper S, Janghorbani M, Cooper G. A decade of in-hospital resuscitation: outcomes and prediction of survival? *Resuscitation* 2006; 68: 231-7.
  19. Gabrielli A, Layon AJ, Cole P, et al. Prolonged cardiopulmonary resuscitation with preservation of cerebral function in an elderly patient with asystole after electroconvulsive therapy. *J Clin Anesth* 2002; 14: 234-40.
  20. Cooper S, Macnaughton P. Prolonged resuscitation: a case report. *Resuscitation* 2001; 50: 349-51.
  21. So HY, Buckley TA, Oh TE. Factors affecting outcome following cardiopulmonary resuscitation. *Anaesth Intensive Care* 1994; 22: 647-58.
  22. Negovsky VA. Postresuscitation disease. *Crit Care Med* 1988; 16: 942-6.
  23. O'Reilly SM, Grubb NR, O'Carroll RE. In-hospital cardiac arrest leads to chronic memory impairment. *Resuscitation* 2003; 58: 73-9.

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Wypada mi na wstępie podziękować zespołowi znakomitych Autorów z 4 ośrodków kardiologii inwazyjnej za skierowanie do działu *Chorzy trudni, typowi* tak ciekawego opisu, bardzo trudnego, uwiecznionego pełnym sukcesem, przypadku [1]. Spełnia on (z nadatkiem) wszystkie kryteria kwalifikujące do działu i ma ogromne walory dydaktyczne, wśród których wymienię znakomity przegląd najnowszego piśmiennictwa i wytycznych, który kwalifikowałby też pracę jako wręcz poglądową.

Leczenie zawału i ostrych zespołów wieńcowych (OZW) pierwotną angioplastyką (PCI) jest w Polsce bardzo powszechne. Ogromne znaczenie ma, moim zdaniem, zapoznanie, poprzez takie jak komentowane doniesienia, coraz szerszej rzeszy często bardzo młodych i mało doświadczonych (choć z konieczności szybko nabierających doświadczenia) hemodynamistów,

niezależnie od „na okrągło”, z tym, z czym mogą się spotkać w swojej praktyce.

Ze względu na mój wiek miałem możliwość uczestniczyć we wprowadzaniu w Polsce wielu procedur będących dziś codziennością, a nawet obowiązkowych. Podstaw reanimacji uczyłem się u dość dawno już nieżyjącego, wielkiego wrocławskiego i polskiego anestezjologa, prof. Antoniego Arońskiego z kliniki prof. Brossa. Bardzo wiele mu jako lekarz zawdzięczam – a jeśli chodzi o reanimację-resuscytację, to wiedzę, że podejmujący ją lekarz musi działać „z zaciekością” (nie zaś „markować”), bo tylko wtedy można osiągnąć sukces, nawet w przypadkach zdających się w ogóle nie rokować sukcesu.

Taki był, jak sądzę, opisany w komentowanym artykule przypadek. Gdy myślę o nim, przypominają mi się nauki śp. prof. Arońskiego. Muszę przyznać, że przypominały mi się one także nieraz wtedy, gdy udawało się nieoczekiwanie wyreanimować bardzo źle rokujących pacjentów, choć nie jestem zwolennikiem długotrwałego reanimowania np. chorych powoli, a w mękach,

umierających na terminalne nowotwory, chyba że wcześniej o to z różnych powodów poproszą.

Wspomniane upowszechnienie w Polsce pierwotnych PCI powoduje między innymi to, że na stół operacyjny w pracowniach hemodynamicznych trafiają chorzy w trakcie, nieraz już długotrwałej, resuscytacji, o których prawie nigdy nie powinno się mówić: „ach, to już chyba nie warto...”

Wprawdzie efektem takiego podejścia jest wzrastająca liczba chorych „odkorowanych” – nasz system opieki zdrowotnej nie jest prawie wcale przygotowany do opieki nad nimi, zdarzają się jednak także spektakularne sukcesy. Nigdy np. nie zapomnę mężczyzny w sile wieku znalezionego przez załogę karetki PR w rowie w pobliżu jednego z miast powiatowych pod Wrocławiem. Okazało się, że nie był pijakiem, ale miał zawał serca z migotaniem komór. Poprzez izbę przyjęć oddalonego o 25 km szpitala powiatowego, podłączony do respiratora, masowany, trafił do pracowni hemodynamiki mojego szpitala, gdzie udrożniono mu LAD, a po 3 dniach pobytu na OIOM-ie, w dobrym stanie, także mózgowym, wrócił do nas, by po kilku dniach pójść do domu. Podobnie inny chory (przywieziony helikopterem), u którego wszystko zaczęło się w czasie robót dekarских na dachu jego domu na wsi, z którego spadł – jak się okazało, z powodu wczesnego migotania komór.

Sprawa ma jednak drugą stronę, którą zdecydowałem się poruszyć w tym komentarzu. Otóż sukces w komentowanym przypadku wynikał zapewne także i z tego, że chora była leczona w (jak sądzę) bardzo doświadczonej, dobrze wyposażonej, zatrudniającej wielu kompetentnych kardiologów ośrodku. Może i z tego, że jeśli się to zdarzyło w trakcie koronarografii – trzeba było walczyć do końca.

Chodzi mi o to, jakie szanse ma chory, który trafi np. w nocy do początkującego ośrodka, gdzie dyżur ma akurat młody hemodynamista. Chyba o wiele mniej... A takich sytuacji musi być w Polsce sporo (o czym świadczą „krzywe uczenia się”).

W pracach kazuistycznych, również publikowanych w *Kardiologii Polskiej*, rzadko opisywane są przypadki zakończone niepowodzeniem. A ileż dopiero z nich można się nauczyć...

Chlubnym wyjątkiem była, dotycząca powikłanej planowej angioplastyki gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej, opublikowana niedawno praca z kliniki prof. Opolskiego [2] z moim komentarzem, w którym poruszałem już tę sprawę [3].

Prawej tętnicy wieńcowej z licznymi restenozami w przebiegu czy potrzebnych angioplastyk dotyczyła praca z ubiegłego roku Grąbczewskiej i wsp. [4], także z moim komentarzem [5], a znowu gałęzi przedniej zstępującej praca Parczewskiej i wsp. z 2003 r. [6].

W tym numerze *Kardiologii Polskiej* opublikowano pracę Derkacza i wsp. o nawrotach restenozy aż po dokonanie się zawału u chorej z mostkiem mięśniowym poddawanej zabiegowi stentowania [7].

Sądzę, że każdy z nas mógłby przygotować dalsze tego rodzaju opisy przypadków do *Kardiologii Polskiej*. Sami przygotowujemy jeden bardzo pouczający opis. Zapraszam!

#### Piśmiennictwo

1. Latacz P, Rostoff P, Gutowska O, et al. Długotrwała skuteczna resuscytacja z równoczesną złożoną angioplastyką gałęzi zstępującej przedniej lewej tętnicy wieńcowej w ostrym zawałe serca powikłanym wstrząsem kardiogennym. *Kardiol Pol* 2007; 65: 691-6.
2. Tomik Z, Wilczyńska J, Kosior D, et al. Niekorzystny przebieg kolejnych powikłań naczyniowych u chorej poddanej zabiegowi planowej angioplastyki wieńcowej – opis przypadku. *Kardiol Pol* 2006; 64: 506-12.
3. Wrabec K. Komentarz redakcyjny do wyżej wymienionej pracy. *Kardiol Pol* 2006; 64: 512-3.
4. Grąbczewska Z, Białoszyński T, Sukiennik A, et al. Nawracająca restenoza u chorej z jednonaczyniową chorobą wieńcową. *Kardiol Pol* 2006; 64: 59-61.
5. Wrabec K. Komentarz redakcyjny do wyżej wymienionej pracy. *Kardiol Pol* 2006; 64: 62.
6. Parczewska T, Wysoczański T, Wrabec K. Nawroty zwężeń po angioplastyce i postęp choroby wymuszają częste interwencje. Dylematy postępowania. *Kardiol Pol* 2003; 58: 42-3.
7. Derkacz A, Nowicki P, Protasiewicz M, et al. Wielokrotny zabieg stentowania mostka mięśniowego – opis przypadku. *Kardiol Pol* 2007; 65: 684-7.