

- for predicting mortality after coronary artery bypass grafting during acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2002; 90: 1-4.
4. Hsu RB, Chen RJ, Wang SS, et al. Determinants of successful surgical revascularization for failed angioplasty in patients with acute myocardial infarction and cardiogenic shock. *J Formos Med Assoc* 2002; 101: 815-9.
 5. D'Ancona G, Karamanoukian H, Ricci M, et al. Myocardial revascularization on the beating heart after recent onset of acute myocardial infarction. *Heart Surg Forum* 2001; 4: 74-9.
 6. Trachiotis GD, Hanumara D, McKenna L, et al. Surgical revascularization after acute myocardial infarction in patients with end-stage renal disease. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004; 26: 671-5.
 7. Sakon M, Yanagi K, Doi T, et al. Beating heart coronary artery bypass grafting for acute myocardial infarction. *Kyobu Geka* 2004; 57: 1085-7.
 8. Takemura T, Shimamura Y, Tsuda Y, et al. Clinical outcome of emergency off-pump coronary artery bypass grafting. *Kyobu Geka* 2003; 56 (8 Suppl): 672-7.
 9. Locker C, Mohr R, Paz Y, et al. Myocardial revascularization for acute myocardial infarction: benefits and drawbacks of avoiding cardiopulmonary bypass. *Ann Thorac Surg* 2003; 76: 771-6.
 10. Chen Y, Wan F, Jiang L, et al. Coronary artery bypass grafting after acute myocardial infarction. *Beijing Da Xue Xue Bao* 2003; 35: 512-4.
 11. Jasinski M, Wos S, Olszowka P, et al. Primary OPCAB as a strategy for acute coronary syndrome and acute myocardial infarction. *Heart Surg Forum* 2003; 6: 331-5.
 12. Barakate MS, Bannon PG, Hughes CF, et al. Emergency surgery after unsuccessful coronary angioplasty: a review of 15 years' experience. *Ann Thorac Surg* 2003; 75: 1400-5.

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Większość prac kierowanych do działu *Chorzy trudni, typowi* to opisy przypadków, których „trudność” jest natury typowo medycznej. Od czasu do czasu trafiają się jednak przypadki, w których w gruncie rzeczy największe są trudności natury organizacyjnej czy raczej – logistycznej.

Przypomnę tu 3 prace opublikowane w 2006 r. w *Kardiologii Polskiej*. W lutowym numerze ukazał się opis przypadku nadesłany przez Mariannę Janion i wsp. z Kielc pt. „Ostre rozwarstwienie aorty piersiowej u 34-letniej kobiety w 38. tygodniu ciąży”. Kobieta przywieziona ze Szpitala Powiatowego pod Kielcami zdiagnozowana w Kielcach i z sukcesem zoperowana w Krakowie [1]. W majowym numerze znajdujemy opis przypadku autorstwa Bogdana Winowskiego i Andrzeja Cieślińskiego pt. „Zawał serca ze wstrząsem. Trudna decyzja o transporcie do ośrodka referencyjnego” [2], którego tytuł już mówił, o co chodziło. W numerze grudniowym Krystyna Jaworska z Torunia i wsp. opisali przypadek gigantycznego, powikłanego rozwarstwienia aorty typu B, który (w 2003 r.!) udało się zoperować dopiero u prof. Hetzera w Berlinie. Chory przeżył [3].

Obecnie rozpowszechnienie kardiologii inwazyjnej w Polsce czyni aktualnym pytanie o bezpieczeństwo wykonywania nie tylko pierwotnych angioplastyk w ośrodkach bez zabezpieczenia kardiologicznego. Wiadomo, że upowszechnienie stentów (o tym poniżej) bardzo zmniejszyło ryzyko tej działalności. Podczas rozmowy z dr. med. Pawłem Kwineckim, ordynatorem Oddziału Kardiologii Dolnośląskiego Centrum Chorób Serca MEDINET we Wrocławiu, który zabezpiecza kardiologicznie połowę „dyżurów zawałowych” we Wrocławiu, dowiedziałem się, że w ciągu 2 lat tej działalności koledzy musieli „na ostro” operować nieco ponad 20 chorych. A w ogromnej większości nie byli to chorzy z powikłaniami zabiegów kardiologii inwazyjnej, lecz tacy, którzy nie nadawali się do interwencji przezskórnej (PCI).

Zagadnienie jest przedmiotem umiarkowanej liczby publikacji w piśmiennictwie zagranicznym. W *JAMA* z 2004 r. Wennberg i wsp. podają, że śmiertelność pacjentów po PCI w 178 szpitalach bez zaplecza kardiologicznego w Stanach Zjednoczonych w latach 1999–2001 wyniosła 6,0% wobec 3,3% ($p < 0.001$) w 934 szpitalach z takim zapleczem. W tych pierwszych wykonywano zresztą pierwotne/odroczone PCI znacznie częściej niż w tych drugich: 22,0% wobec 5,6% ($p = 0,001$) [4]. Na 1031 pierwszych PCI wykonanych w 2 budapeszteńskich szpitalach niepo-

siadających zaplecza kardiologicznego, potrzeba pilnej interwencji kardiologicznej zdarzyła się u 4 (0,4%) chorych [5]. I wreszcie, Zavala-Alarcon i wsp. z Phoenix w Arizonie podają, że wśród 1000 chorych poddanych planowej, w tym o „wysokim ryzyku”, angioplastyce wieńcowej, 7 (0,7%) pacjentów wymagało planowej interwencji kardiologicznej po niepowodzeniu PCI. Ciekawe, że perforacje tętnic wieńcowych zdarzyły się aż u 9 (0,9%) chorych – wszystkie skutecznie leczone przezskórnie [6].

Yang i wsp. przeanalizowali w 2005 r. zagadnienie ostrych interwencji kardiologicznych u osób poddanych najpierw PCI. Zbadali historie choroby 23 087 pacjentów poddanych w latach 1979–2003 PCI w Mayo Clinic, dzieląc ich na 3 grupy: sprzed ery stentów, początkowej ery stentów i współczesnej ery stentów. Jakkolwiek PCI wykonywano u chorych coraz wyższego ryzyka – stwierdzili coraz niższe odsetki wymagających pilnego pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) z 2,9%, poprzez 0,7%, do 0,3%. Śmiertelność w pilnych operacjach pozostała jednak wysoka i wahała się od 10 do 14% [7].

Komentowany przypadek z Wałbrzycha jest, jak mi wiadomo, jednym z kilkunastu podobnych (prawie zawsze chodziło o zwężenie głównego pnia lewej tętnicy wieńcowej, nigdy o powikłanie PCI) wysłanych z Wałbrzycha do jednego z trzech (przede wszystkim Kliniki Chirurgii Serca AM) ośrodków kardiologicznych we Wrocławiu, który jest oddalony o 70 km od Szpitala

im. Sokołowskiego w Wałbrzychu. Z chwilą – mającego nastąpić niebawem – uruchomienia lądowiska helikopterów przy tym szpitalu będzie to o wiele prostsze.

Piśmiennictwo

1. Janion M, Sadowski J, Janion-Sadowska A, et al. Ostre rozwarstwienie aorty piersiowej u 34-letniej kobiety w 38. tygodniu ciąży. *Kardiol Pol* 2006; 64: 183-8.
2. Winowski B, Cieśliński A. Zawal serca ze wstrząsem. Trudna decyzja o transporcie do ośrodka referencyjnego. *Kardiol Pol* 2006; 64: 501-4.
3. Jaworska K, Raczyńska A, Marciniak M, et al. Rozwarstwienie aorty typu B z objęciem łuku leczone operacyjnie. *Kardiol Pol* 2006; 64: 1428-32.
4. Wennberg DE, Lucas FI, Siewers AE, et al. Outcomes of percutaneous coronary interventions performed at centers without and with onsite coronary artery bypass graft surgery. *JAMA* 2004; 292: 1961-8.
5. Voith L, Vecsey T, Major L. Percutaneous coronary intervention without on-site cardiac surgery: the first one thousand patients. *Orv Hetil* 2005; 146: 1615-9.
6. Zavala-Alarcon E, Cecena F, Ashar R, et al. Safety of elective – including “high risk” – percutaneous coronary interventions without on-site cardiac surgery. *Am Heart J* 2004; 148: 676-83.
7. Yang EH, Gumina RJ, Lennon RJ, et al. Emergency coronary artery bypass surgery for percutaneous coronary interventions: changes in the incidence, clinical characteristics, and indications from 1979 to 2003. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 2004-9.