

## Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Nie raz, nie dwa słyszałem opinie wyrażane przez kardiochirurgów, iż naczynia wieńcowe u osób z chorobami układowymi (a do takich należą reumatoidalne zapalenie stawów) są „trudne” do operowania ze względu na „konsystencję” i odczynowość ich ściany. Nietrudno się z tym zgodzić, analizując mechanizm działania powszechnie stosowanych u nich sterydów, zwłaszcza działania długotrwałego. Takich opinii z kolei nie formułują kardiologowie inwazyjni, co z pewnością łączy się ze stosunkowo ograniczoną liczbą chorych leczonych przewlekłe kortykosteroidami i poddawanych zabiegom angioplastyki wieńcowej (PCI). Poza tym należy pamiętać, iż rozwarstwienie (tzw. dyssekcja) blaszki miażdżycowej jest jednym z głównych mechanizmów powiększania światła naczynia poddanego angioplastyce balonowej (POBA). Ma ono miejsce w ok. 70% przypadków przy stosowaniu ultrasonografii wewnątrzwieńcowej. Stąd trudno byłoby liczyć na to, że wystąpienie dyssekcji może mieć jakieś istotne cechy dyskryminacyjne.

W dobie szerokiego stosowania stentów wieńcowych, urządzeń wręcz idealnych do usuwania rozwarstwień (i to w technice bezpośredniej), o ich związku z POBA bardzo często się zapomina, dotyczy to zwłaszcza młodych adeptów kardiologii inwazyjnej. A warto pamiętać, iż ww. rozwarstwienie może wystąpić również na brzegach stentu (i to z istotnym opóźnieniem w stosunku do jego implantacji) i spowodować pogorszenie stanu klinicznego chorego (!).

Oczywiście postępowanie w razie wystąpienia dyssekcji nie w każdym przypadku jest tak oczywiste, tzn. nie zawsze konieczne jest użycie stentu. W tym momencie należałoby wspomnieć o tzw. leczniczych dyssekcjach (tj. nieupośledzających przepływu krwi) oraz o tzw. ogniskowym stentowaniu dyssekcji (tj. tylko jej „wrót”). Choć co do jednej rzeczy należy być pewnym. U chorego z ostrym zespołem wieńcowym, ze zmianą obstrukcyjną w proksymalnym segmencie pierwszorzędowej tętnicy wieńcowej (zwłaszcza w gałęzi przedniej zstępującej, tzw. tętnicy życia) stent jest najlepszym gwarantem utrzymania stabilności przepływu krwi. Dlatego w przedstawianym przypadku nie dziwi decyzja operatora o implantacji stentu. Widoczna blaszka miażdżycowa, redukująca światło dystalnego odcinka pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej (LMS) skłoniła go do zastosowania stentu dłuższego, niż można by planować tuż po koronarografii. Niewątpliwie dzięki temu, tj. poprzez pokrycie LMS na całej długości, wyeliminował on możliwość wystąpienia dyssekcji proksymalnie do implantowanego stentu. Każdy kardiolog interwencyjny musi mieć świadomość konsekwencji takiego powikłania PCI związanego z zabiegiem na granicy gałęzi przedniej zstępującej oraz LMS.

Na zakończenie jeszcze jedno spostrzeżenie. Otóż przy tzw. sekwencyjnych zwężeniach rozpoznawanie zjawiska *no-reflow* po zaopatrzeniu tylko zwężenia proksymalnego jest sprawą zawsze wątpliwą. Ze zrozumiałych względów do takiej oceny konieczne jest „zniesienie” zwężenia dystalnego. Tym niemniej w pełni popieram zastosowanie preparatu blokera receptora płytkowego IIb/IIIa w wypadku zabiegu dotyczącego LMS oraz tętnicy życia.