

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Wydział Lekarski i Kształcenia Podyplomowego, Akademia Medyczna, Wrocław



Tak zwane mechaniczne powikłania zawału serca: pęknięcie wolnej ściany lewej lub prawej komory, pęknięcie przegrody międzykomorowej, zerwanie jednego z mięśni brodawkowatych – to najcięższe powikłania zawału serca i to takie, których nie można wyleczyć zachowawczo, a jeżeli w ogóle, bo ryzyko jest zawsze ogromne, to tylko kardiochirurgicznie. Zadaniem kardiologa jest jedynie utrzymanie przy życiu chorego w chwili wystąpienia powikłania, zdiagnozowanie go jak najdokładniej, tak aby możliwie wcześniej oddać go, w jak najlepszym stanie, w ręce kardiochirurga.

Jakkolwiek wiadomo, że wcześniej wykonane pierwotne PCI w zawałe bardzo zmniejsza ryzyko wystąpienia ruptury [1], to leczenie fibrynolityczne, często jeszcze praktykowane na świecie, paradoksalnie zwiększa zagrożenie pęknięciem, w tym także przegrody międzykomorowej. Jest to przyczyna obserwowanego od dawna zjawiska wzrastającej śmiertelności w 2 pierwszych dobach zawału, zwłaszcza w wieku podeszłym [1–3]. Również i my wykazaliśmy to zjawisko, analizując nasz materiał. Powikłanie to częściej występowało u kobiet niż u mężczyzn [4].

Problem ten dyskutują też Autorzy komentowanej pracy. Pęknięcia przegrody międzykomorowej cieszą się zainteresowaniem autorów współpracujących z naszym czasopismem. Jakkolwiek obecnie przeważa pogląd, że najlepiej, by kardiochirurg interweniował możliwie jak najwcześniej, to w lipcu br. opublikowaliśmy pracę Artura Dziewierza i Dariusza Dudka ze wsp. z II Kliniki Kardiologii i Kliniki Chirurgii Serca IK CMUJ w Krakowie, w której 2 chorych operowano dopiero w 30. dniu lecze-

nia zachowawczego z wykorzystaniem przeciwpulsacji wewnątrzaoortalnej. Dziewierz i wsp. sformułowali tytuł swojej pracy w formie retorycznego pytania: „Czy odroczenie zabiegu kardiochirurgicznego w przypadku zawału mięśnia sercowego powikłanego pęknięciem przegrody międzykomorowej jest możliwe?” Wykazali, że tak [5].

Skądinąd straciliśmy niedawno chorą operowaną na balonie w 2. dobie, która przekazana kolegom kardiochirurgom w niezłym stanie ogólnym zmarła na stole operacyjnym mimo zamknięcia ubytku, zszycia wykrytego w czasie operacji pęknięcia wolnej ściany prawej komory i założenia pomostów żylnych.

Odwołując się też do swego komentarza do pracy Dziewierza i wsp., podtrzymam zawartą w nim konkluzję, że o decyzji, kiedy operować, tak jak w istocie w każdym przypadku, powinien decydować stan chorego, możliwość optymalnego i długotrwałego nieraz leczenia zachowawczego, nie zaś narzucone *a priori* schematy.

Piśmiennictwo

1. Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald's Heart Disease. Elsevier Saunders, Philadelphia 2005.
2. Bueno H, Martinez-Selles M, Perez-David E, et al. Effect of thrombolytic therapy on the risk of cardiac rupture and mortality in older patients with first acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 2005; 26: 1705-11.
3. Keeley EC, de Lemos JA. Free wall rupture in the elderly: deleterious effect of fibrinolytic therapy on the ageing heart. *Eur Heart J* 2005; 26: 1693-4.
4. Sobkowicz B, Lenartowska L, et al. Cardiac rupture complicating acute myocardial infarction. *Kardiol Pol* 2000; 52: 850.
5. Wrabec K. Komentarz redakcyjny do pracy: Dziewierz A, Dudek D. Czy odroczenie zabiegu kardiochirurgicznego w przypadku zawału mięśnia sercowego powikłanego pęknięciem przegrody międzykomorowej jest możliwe? *Kardiol Pol* 2005; 63: 63.