

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Trzeba przyznać, że przypadek przedstawiony w powyższym *Angiogramie miesiąca* został przygotowany wręcz wzorcowo. Uważny Czytelnik znajdzie w nim wszystko – od prezentacji klinicznej, poprzez koronarografię, do wielorzędowej tomografii komputerowej, że nie wspomnę o badaniach laboratoryjnych i zwykłych elektrokardiogramach. Autorzy w obszernej dyskusji wyczerpująco omówili częstość występowania oraz kliniczne następstwa anomalii naczyniowej, jaką jest podwójna lewa tętnica zstępująca przednia typu IV. Teoretycznie – nic dodać, nic ująć – stąd mój komentarz może wydawać się zbędny. Żeby jednak wykorzystać aspekt edukacyjny omawianego *Angiogramu miesiąca* pozwolę sobie zwrócić uwagę na dwie ważne, według mnie, sprawy.

Po pierwsze, lekarz przeprowadzający badanie koronarograficzne powinien wykonać odpowiednią liczbę sto-

sownych projekcji, w żadnym razie nie ograniczając się jedynie do pojedynczej dla każdej pierwszorzędowej tętnicy nasierdziejowej, i co jest jeszcze ważniejsze – musi (!) starannie je przeanalizować pod kątem ewentualnych anomalii rozwojowych. Ciarki przechodzą mi po plecach, kiedy pomyślę, że tzw. „szybki operator” mógłby podjąć się próby rekanalizacji tętnicy (jak np. pierwszej LAD w omawianym typie IV) o nietypowym przebiegu i długości.

Sprawa druga wiąże się z wielorzędową tomografią komputerową (MSCT), badaniem, które powinno być traktowane na obecnym etapie swojego rozwoju jako uzupełniające w stosunku do klasycznej koronarografii. Warto pamiętać, iż powinno się je wykonywać właściwie obligatoryjnie w przypadku każdej anomalii tętnic wieńcowych stwierdzonej w badaniu koronarograficznym. Myślę, iż nikt nie wątpi, że takie podejście, oprócz wartości prognostycznych, pozwala na wybór skutecznej terapii u takich pacjentów.