

# Czy warto czekać z założeniem kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej u niestabilnego chorego?

prof. dr hab. n. med. Tomasz Hirnle

Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Białystok



Wskazania do stosowania kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej (IABP) u chorych we wstrząsie kardiogennym są jednoznacznie jasno sformułowane w zaleceniach towarzystw naukowych i od lat niezmiennie: najpierw IABP, a następnie koronarografia i decyzja co do sposobu dalszego postępowania [1]. Inaczej wygląda problem niemałej grupy osób niebędących we wstrząsie, lecz z niestabilną dławicą, z angiograficznym obrazem zagrażającego zawału i wskazaniami do pilnej rewaskularyzacji chirurgicznej. Praktyka kliniczna wykazuje, że tacy pacjenci są zgłaszani do operacji często pod koniec dnia, gdy decyzja o sposobie postępowania pozostaje w rękach lekarzy dyżurnych, a oddział pooperacyjny jest wypełniony chorymi z całego dnia bezpośrednio po operacji. Zawsze powstaje pytanie, czy starać się operować ich natychmiast „siłami dyżurowymi” (zawsze skromniejszymi niż w ciągu dnia), czy spróbować ustabilizować. Problem ten znalazł odzwierciedlenie w europejskiej skali ryzyka EUROSCORE, w której podano, że operacja w trybie natychmiastowym powoduje wzrost ryzyka zgonu okołoperacyjnego o 2 punkty, co najczęściej przesuwa pacjenta z grupy ryzyka średniego (6%) do wysokiego (11%). Metodą, która może wydatnie na pewien czas zmienić stan pacjenta i spowodować odroczenie operacji z trybu natychmiastowego (niebezpiecznego) do pilnego (o zmniejszonym ryzyku), jest IABP. Jest to metoda często stosowana przez kardiologów. Kardiolodzy, oprócz wstrząsu, stosują ją rzadko, obawiając się prawdopodobnie powikłań miejscowych i problemów związanych z opieką nad takimi pacjentami. Z tych powodów faza przygotowań do operacji odbywa się najczęściej na oddziale chirurgicznym. Zastosowanie IABP, oprócz poprawy ukrwienia wieńcowego, wydatnie zwiększa rzut serca, przez co poprawia wydolność narządową, zapobiega niekorzystnym wahaniom ciśnienia i pozwala na bezpieczną indukcję znieczulenia, a to umożliwia bezpieczniejsze przeprowadzenie operacji. Kontrapulsacja wewnątrzaoortalna znakomicie ułatwia wykonanie operacji typu OPCAB bez krążenia pozaustrojowego. Chorzy

z IABP łatwiej tolerują hemodynamicznie wyważanie serca niezbędne do wykonania zespożeń [2]. Operacja OPCAB jest bardzo cenna u osób z niestabilną dławicą, bo można wykonać pierwszy pomost, czyli zespolenie dystalne i proksymalne, i przywrócić przepływ do naczynia odpowiedzialnego za niestabilność, a następnie wykonać pomosty do pozostałych tętnic wieńcowych.

Komentowana praca [3] daje szansę na upowszechnienie leczenia kontrapulsacją w przygotowaniu do operacji, dlatego że w dobitny sposób przedstawia korzyści z takiego postępowania. Podobne wyniki były prezentowane także przez inne polskie i zagraniczne ośrodki kardiologiczne [4, 5]. Prace te odgrywają ważną rolę, ponieważ publikacje na temat IABP dotyczą niemal wyłącznie leczenia wstrząsu i zawału i nie opisują przygotowania chorych do operacji.

Warto przypomnieć, że metoda IABP została opracowana w latach 60. w Detroit przez zespół prof. Kantrowitza [6], a czynny udział w badaniach brał stypendysta z Polski — dr Zbigniew Religa. Ta prosta technika stała się najpowszechniej na świecie stosowaną metodą krótkoterminowego mechanicznego wspomaganie krążenia.

## Piśmiennictwo

1. Mehta RH, Lopes RD, Ballota A, Frigiola A. Percutaneous coronary intervention or coronary artery bypass surgery for cardiogenic shock and multivessel coronary artery disease? *Am Heart J*, 2010; 159: 141–147.
2. Christenson JT, Licker M, Kalangos A. The role of intra-aortic counterpulsation in high-risk OPCAB surgery: a prospective randomised study. *J Card Surg*, 2003; 18: 286–294.
3. Wilczyński M, Krzych ŁJ, Bis J, Szmagała P, Ulczok R, Bochenek A. Effect of gender on efficacy of preoperative intra-aortic balloon pump in high risk patients undergoing surgical coronary revascularisation. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 1361–1368.
4. Perek B, Misterski M, Urbanowicz U et al. Optymalny czas stosowania kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej: doświadczenia własne. *Kardiochir Torakochir Pol*, 2009; 6: 335–339.
5. Zhibing Qiu, Xin Chen, Ming Xu. Evaluation of preoperative intra-aortic balloon pumping in coronary patients with severe left ventricular dysfunction undergoing OPCAB surgery: early and mid-term outcomes. *J Cardiothorac Surg*, 2009; 4: 39.
6. Kantrowitz A, Tjonneland S, Freed PS. Initial clinical experience with intraaortic balloon pumping in cardiogenic shock. *JAMA*, 1968; 203: 113–118.