

Komentarz

dr med. Bogusław Kapelak
Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii
Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie

Decyzję o leczeniu zabiegowym chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego podejmuje się na podstawie zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości oraz istotności wady w badaniu echokardiograficznym. Europejskie i amerykańskie towarzystwa kardiologiczne zalecają rozważenie zastosowania przezskórnej walwuloplastyki balonowej w przypadku objawowego zwężenia powierzchni ujścia mitralnego $< 1,5 \text{ cm}^2$ wraz z towarzyszącymi istotnymi zaburzeniami hemodynamicznymi. Warunkiem kwalifikacji pacjentów do walwuloplastyki balonowej jest odpowiednia anatomia zastawki mitralnej. Do jej oceny korzysta się najczęściej z klasyfikacji *Wilkins' Score*. U chorych w podeszłym wieku prawdopodobne jest, iż płatki zastawki okażą się bardziej zwłókniałe i zwapniałe, a aparat podzastawkowy patologicznie zmieniony, dlatego u chorych po 65. r.ż. częstość powodzeń przezskórnej walwuloplastyki mitralnej jest mniejsza w porównaniu z efektami tego zabiegu u chorych w młodszym wieku.

W przedstawionym w omawianej pracy przypadku podjęto właściwą decyzję dotyczącą sposobu leczenia pacjentki. Niekorzystne zmiany anatomiczne zastawki dwudzielnej i aparatu podzastawkowego, przebyty obrzęk płuc oraz obciążenia pozasercowe – chora niewidoma, w wieku 70 lat, po przebytych, poważnych operacjach przewodu pokarmowego, z nadciśnieniem tętniczym – stanowiły istotne wskazania do podjęcia decyzji o wszczepieniu biologicznej zastawki serca.

Zachowany, miarowy, zatokowy rytm serca oraz prawidłowa funkcja lewej komory serca (EF 60%) stwarzały pacjentce możliwość zaprzestania w kilka tygodni po implantacji zastawki biologicznej leczenia przeciwzakrzepowego, co niewątpliwie poprawiło jej komfort życia. W przebiegu pooperacyjnym, z powodu znacznego drenażu pooperacyjnego, pacjentka wymagała dwukrotnej retorakotomii w ce-

lu wykluczenia chirurgicznych przyczyn krwawienia. Miejsca krwawienia nie znaleziono, uznając, iż jego powodem były zaburzenia krzepnięcia. Łączna utrata krwi w bezpośrednim okresie pooperacyjnym wyniosła ponad 4000 ml. Znaczne straty krwi w okresie pooperacyjnym skutkujące dużymi przetoczeniami są istotnym czynnikiem wpływającym na wczesne i odległe wyniki leczenia operacyjnego, tak więc należy dotożyć wszelkich starań, aby w każdym przypadku kwalifikacji pacjentów do operacji serca z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego dokonać szczegółowej analizy przyjmowanych przez pacjenta leków. Jeżeli jest to możliwe, to na kilka dni przed planowaną operacją należy odstawić leki przeciwplatekcyjne i przeciwzakrzepowe. Poza podstawowym panelem badań układu krzepnięcia zalecane jest obecnie również wykonanie testów oceniających aktywności płytek krwi.

Dobór właściwego sposobu leczenia rzutuje w sposób oczywisty na przebieg pooperacyjny i dalsze rokowania, zatem wyboru metody leczenia należy dokonywać indywidualnie, biorąc pod uwagę współistniejące schorzenia i aktualny stan pacjenta. Wynik uzyskany u pacjentki pozwala wysoko ocenić pracę zespołu leczącego, jego doświadczenie i kwalifikacje. Praca stanowi przyczynek do dyskusji na temat sposobów leczenia operacyjnego pacjentów w podeszłym wieku z obciążającym wywiadem chorobowym. Niedostatkiem pracy jest brak informacji na temat stosowanego przed operacją leczenia przeciwzakrzepowego czy antyagregacyjnego oraz bardziej precyzyjnych badań układu hemostazy w okresie przed- i pooperacyjnym. W mojej ocenie praca ma istotny walor z uwagi na to, że obecnie pacjenci w podeszłym wieku, obciążeni czynnikami ryzyka stanowią dominującą grupę chorych wymagających operacji zastawkowych. Praca ta stanowi przyczynek do poszerzania informacji i dzielenia się doświadczeniami w tym temacie.