

Veliki uspjeh bijeljinskih ljekara

U bijeljinskoj bolnici u angio sali u poslednje vrijeme urađeno je nekoliko najkompleksnijih procedura na koronarnim krvnim sudova, tačnije na koronarnim krvnim sudovima, koji su potpuno zapušeni i kroz koji ne postoji protok prema definiciji više od 3 mjeseca.

Velikim znanjem i umijećem mladi bijeljinski ljekar Dr Aleksandar Janjičić zajedno sa timom ljekar iz bijeljinske bolnice i ljekara sa Instituta za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“ uradio je nekoliko vrlo zahtjevnih i komplikovanih procedura koje se rade samo u rijetkim ustanovama na širem prostoru bivše Jugoslavije.

Dr Aleksandar Janjičić, specijalista interne medicine, subspecijalizant iz kardiologije trenutno na edukaciji iz interventne kardiologije u UKC Srbije i Institutu za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“ u Beogradu. Dr Janjičić pohađa i 2. godinu doktorskih studija na Medicinskom fakultetu u Beogradu. Objavio je nekoliko radova iz oblasti interventne kardiologije na domaćim i međunarodnim skupovima.



Dr Aleksandar Janjičić

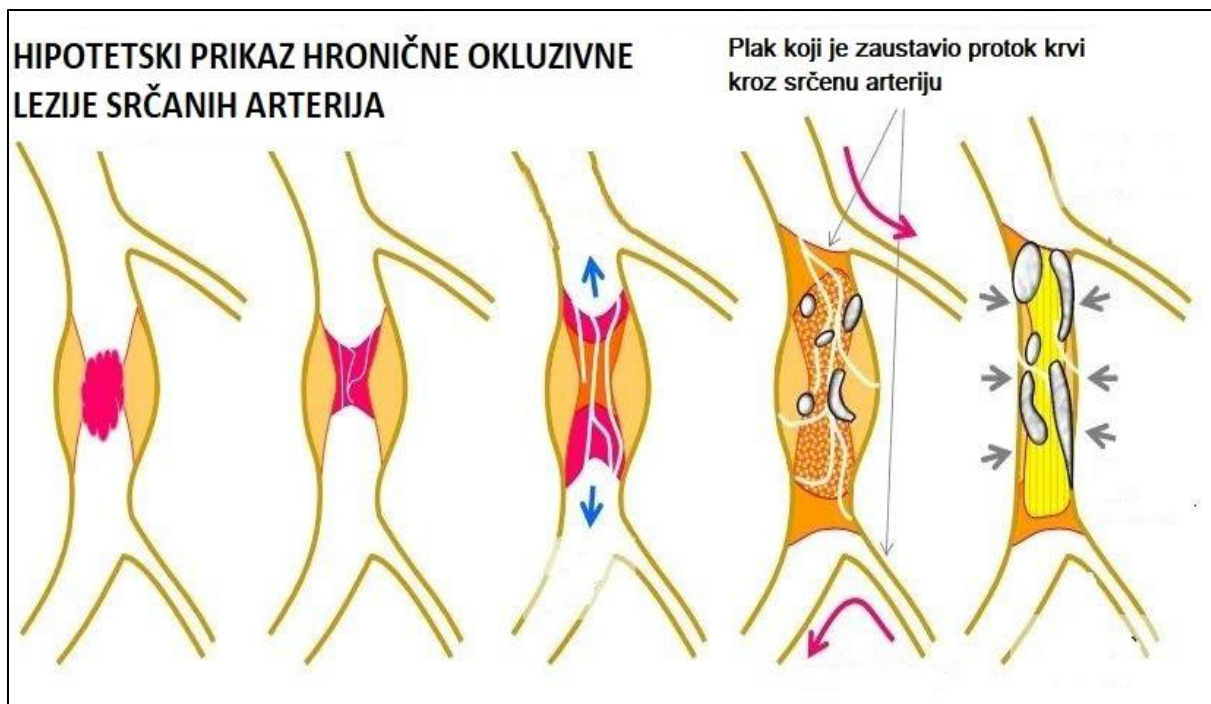
Dr Janjičić je ponos naše bolnice, mladi specijalista, ljekar koji radi u našoj bolnici, usavršava se i uči od najboljih, istakao je Prof. Dr Siniša Maksimović, direktor JZU bolnica „Sveti Vračevi“ u Bijeljini.

Učeći od najboljih i radeći u jednoj od najsavremenijih bolnica u Republici Srpskoj je sigurno velika čast, privilegija, ali i obaveza svih mladih ljekara zaposlenih u bolnici. Svima njima je omogućena edukacija, data šansa da uspiju i grade sjajne profesionalne karijere. Rukovodstvo bijeljinske bolnice podržava mlade ljude i želi da im pomogne u napredovanju, s ponosom ističe Prof. Maksimović.

Hronična totalna okluzija (CTO) koronarnih arterija definiše se kao kompletna okluzija koronarnih arterija koja traje duže od 3 meseca. Prema posljednjem konsenzusnom dokumentu EuroCTO kluba lezije mogu da se klasifikuju kao hronične totalne okluzije kada protok kroz okludirani segment jednak 0, i kada postoji angiografski ili klinički dokaz ili

velika verovatnoća trajanja okluzije ≥ 3 meseca. Hronično okludirana koronarna arterija je čest nalaz na koronarnoj angiografiji, a učestalost varira od 10 do 33% bolesnika sa značajnom koronarnom bolešću.

Uprkos ovome i dalje nije jasno da li i kada treba revaskularizovati ove lezije i na koji način. Ukoliko postoje simptomi (angina pectoris) ili objektivni dokazi ishemije ili vijabilnosti u zoni distribucije okludirane arterije, treba uzeti u razmatranje rekanalizaciju CTO. Nekoliko studija je pokazalo da u prisustvu hronične totalne okluzije kolateralna cirkulacija može da uspostavi snadbijevanje miokarda krvlju i takosačuva vijabilnos. Procena kolateralne funkcije adenozin stres testom je, međutim, pokazala abnormalnu rezervu protoka u preko 90% slučajeva što znači da kolaterale nisu dovoljne.



Kliničke indikacije za pokušaj revaskularizacije hronične totalne okluzije:

Uspješnost CTO pomoću perkutane koronarne intervencije (PCI) do skoro je bila 60-70%, što je značajno niže u odnosu na evaskularizaciju *non-CTO* lezija (uspješnost oko 98%). Tokom protekle decenije došlo je do značajnog napretka u tehnologiji, opremi i tehnikama perkutanih revaskularizacionih procedura za lečenje CTO koje uz sve veće iskustvo operatera, dovode do proceduralne uspješnosti oko 90%.

Kod bolesnika sa CTO koronarnih arterija odluka o daljem lečenju prolazi kroz tri koraka:

- a) evaluaciju simptoma,
- b) procenu veličine ishemije i/ili
- c) evaluaciju vijabilnosti miokarda miokarda u zoni okludirane arterije.

Prvi slučaj:

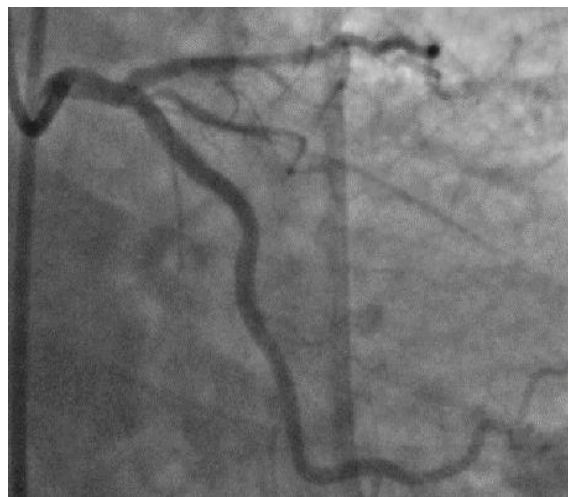
Pacijentkinja T. B, 1958. godišta klinički se prezentovala simptomima stabilne angine pectoris. Nakon učinjene koronarografije verifikovana jednosudovna koronarna bolest, CTO LCx. Prezentovana kardiohirurškom konzilijumu IKVB Dedinje. Odluka konzilijuma: PCI CTO LCx. Prvi pokušaj rekanalizacije bezuspjesešan u našoj ustanovi. Sledeći pokušaj posle 4 mjeseca u našoj ustanovi uspješan.

Opis tehnike:

Plasiran kateter vodič u glavno stablo lijeve koronarne arterije. Okluzivni segment se uspješno prođe sa žicom vodičem Gaia second uz podršku mikrokatetera „Corsair“. Učini se predilatacija okluzivne lezije sa serijom balona po veličini radi pripreme lezije za implantiranje stenta. Potom se uspješno implantira stent sa lijekom veličine 3.5x22 mm na 16 atm. Finalno se učini postdilatacija-dodatno utiskivanje stenta u zid krvnog suda sa balonom 4.0x12 mm na 24 atm. Finalni rezultat odličan, bez znakova disekcije, rezidualne stenoze, tromboze uz TIMI 3 u LCx i OM grani.



pre pci CTO LCx



posle pci CTO LCx

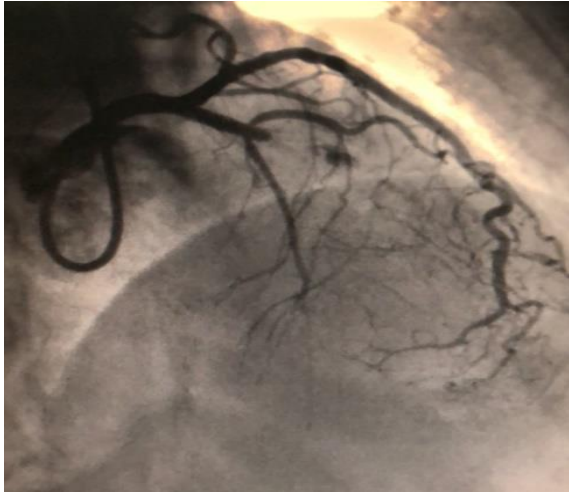
Drugi sličaj

Pacijent M .P. 1966 godište klinički se prezentuje simptomima stabilne angine pectoris. Nakon učinjene koronarografije verifikovana jednosudovna koronarna bolest, CTO LAD. Prezentovan kardiohirurškom konzilijumu IKVB Dedinje. Odluka konzilijuma: PCI CTO LAD.

Prvi pokušaj rekanalizacije u nasoj ustanovi uspješan.

Opis tehnike:

Plasiran kateter vodič u glavno stablo lijeve koronarne arterije. Okluzivni segment se uspješno prođe sa žicom vodičem „Gaia third“ uz podršku mikrokatetera „Corsair“. Učini se predilatacija okluzivne lezije sa serijom balona po veličini radi pripreme lezije za implantiranje stenta. Potom se uspješno implantira stent sa lijekom veličine 3.5x22 mm na 16 atm. Finalno se učini postdilatacija-dodatno utiskivanje stenta u zid krvnog suda sa balonom 4.0x12 mm na 24 atm. Finalni rezultat odličan, bez znakova disekcije, rezidualne stenoze, tromboze uz TIMI 3 u LAD.



pre pci CTO LAD



posle pci CTO LAD

Treći sličaj

Pacijent Lj.M. 1960 godišta klinički se prezentuje simptomima stabilne angine pectoris. Nakon učinjene koronarografije verifikovana dvosudovna koronarna bolest, CTO RCA et LCx. Prezentovan kardiohirurškom konzilijumu IKVB Dedinje. Odluka konzilijuma: PCI CTO LCx.

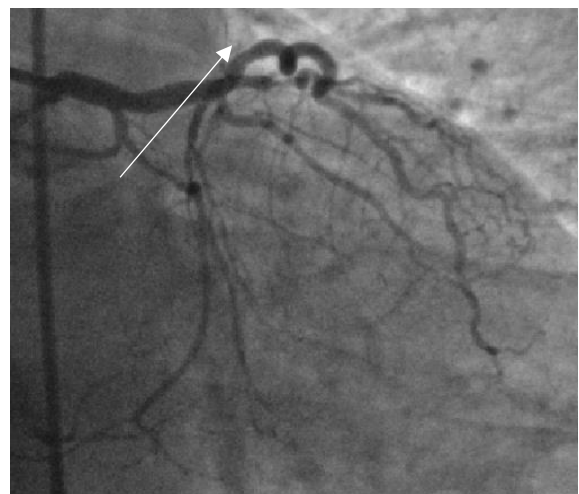
Prvi pokušaj rekanalizacije na IKVB Dedinje bezuspješan. Drugi pokušaj rekanalizacije LCx u bijeljinskoj bolnici ustanovi uspješan.

Opis tehnike:

Plasiran kateter vodič u glavno stablo lijeve koronarne arterije. Okluzivni segment se uspješno prodje sa žicom vodičem Filder FC uz podršku mikrokatetera „Corsair“. Učini se predilatacija okluzivne lezije sa serijom balona po veličini 15x15 mm i 2.0x15 mm na 6...8...12 atm. Zbog dijametra krvnog suda manjeg od 2 mm ne implantira se stent nego se sa balonom sa lijekom učini dodatna predilatacija. Finalni rezultat odličan, bez znakova disekcije, rezidualane stenozе, tromboze uz TIMI 3 u LCx i OM granama.



pre POBA CTO LCx



posle POBA CTO LCx