

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Nie ustaje napływ opisów przypadków zatorowości płucnej do działu „Chorzy trudni” w *Kardiologii Polskiej*. Nadchodzą coraz częściej z ośrodków, które na temat tego schorzenia w naszym piśmie jeszcze nie publikowały, coraz częściej internistycznych, hematologicznych. Opisy te są bardzo dokładnie opracowane pod względem

diagnostycznym, ze szczególnym uwzględnieniem badań koagulologicznych. Tak jak już pisałem w komentarzu do innej pracy, kardio-pulmonolodzy nie przypisują nadkrzepliwości krwi dużego znaczenia w patogenezie zatorowości płucnej [1]. Świadczy o tym wymienienie trombofilii na ostatnim miejscu wśród czynników umiarkowanego ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej w ostatnich wytycznych dotyczących diagnostyki i leczenia ostrej zatorowości płucnej [2].

Komentowana praca jako kolejna z nadesłanych do *Kardiologii Polskiej* porusza aspekt trombofilii (obie z różnych poznańskich ośrodków). Być może chodzi przede wszystkim o — szczególnie w Poznaniu — korzystne warunki do wykonywania badań koagulologicznych i genetycznych. Wydaje się, że w przeciętnych polskich laboratoriach szpitalnych nie ma możliwości przeprowadzenia na miejscu, tanio i od razu pełnych badań układu krzepnięcia. Można je wykonać, wysyłając materiał do innych ośrodków, trzeba za nie płacić, a choćby z wytycznych nie wynika taka konieczność.

Osobiście staram się zlecać te badania młodym pacjentom, zwłaszcza z niejednoznaczną patogenezą choroby, napotykać niekiedy nieprawidłowe wartości antytrombiny III, białka C. Takim chorym doradzałem zgłaszanie się do ośrodków koagulologicznych, nawet w Poznaniu.

Autorzy komentowanej pracy podają kilka czynników, które powinny skłaniać do podejrzewania trombofilii; są to „wystąpienie zakrzepicy w młodym wieku, nawrotowe poronienia u kobiet, występowanie zakrzepicy w rodzinie lub u kobiet w ciąży, zakrzepica o nieprawidłowej lokalizacji i małopłytkowość poheparynowa. Diagnostyką należy objąć także osoby poniżej 50. roku życia z zakrzepicą tętniczą lub żylną, bez wyraźnych czynników ryzyka miażdżycy”. U chorych tych powinno się też wdrożyć diagnostykę genetyczną w kierunku trombofilii, która jest coraz bardziej dostępna.

Opisany w pracy przypadek zadziwia bardzo małą liczbą objawów, bo chorego przyjęto do szpitala *de facto* w celu wykluczenia ostrego zespołu wieńcowego, który bardziej sugerowały wyniki biomarkerów (i ujemne T w V1–V3!) niż dolegliwości.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Elikowski W, Małek M, Żytkiewicz M, Kurosz J, Chłopocka-Woźniak M, Zawilska K. Depresja i jej leczenie a żylna choroba zakrzepowo-zatorowa: trzy przypadki zatorowości płucnej. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 596–599.
2. Grupa Robocza ESC. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące diagnostyki i postępowania w ostrej zatorowości płucnej. *Kardiologia Polska*, 2009; 67: suppl. I.