

## Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa;  
Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej, Polska Akademia Nauk, Warszawa



Autorzy powyższego artykułu przedstawili bardzo interesujący przypadek kliniczny, w trakcie diagnostyki którego dokonano kilku „odkryć”. I tak, nie znaleziono oczekiwanych zapewne świeżych zmian w koronarografii, natomiast zaskoczeniem była niedrożność pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej (!).

Należy zgodzić się z Autorami, że zamknięcie to miało charakter przewlekły i niewątpliwie wiązało się z operacją kardiochirurgiczną w dzieciństwie (uraz mechaniczny kaniulą zapewniającą perfuzję wieńcową!?). Przedstawione argumenty (m.in. bogate krążenie oboczne) są przekonujące i potwierdzone danymi literaturowymi. Wszyst-

ko wskazuje na to, że chorobę zdestabilizował napad trzepotania przedsionków z szybką czynnością komór. Zgodnie z powszechnie znanymi klasyfikacjami należy taki przypadek traktować jako typ 2 zawału, wtórnego do niedokrwienia wskutek zwiększonego zapotrzebowania na tlen lub zmniejszonego dowozu tlenu.

Na zakończenie chciałbym podkreślić konieczność przeprowadzania pełnej diagnostyki u chorych z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. Przypadek ten doskonale pokazuje, jak to jest ważne dla pacjenta. Przecież dzięki właściwej diagnostyce chorobę poddano zabiegowi ablacji cieśni prawego przedsionka i zakwalifikowano do złożonej operacji kardiochirurgicznej. Nikt chyba nie wątpi, że dalsze ograniczanie się do farmakoterapii skończyłoby się prędzej czy później epizodem dekompensacji funkcji serca.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono