

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Komentowana praca dotyczy przypadku bardzo trudnego, choć na szczęście nie tak często spotykanego — to jednak typowego. Nasunęło mi się wiele wiążących się z nim refleksji, ale też refleksji nad współczesną kardiologią. Jakimż przemianom uległa ona w ciągu ponad 50 lat, przez które dane mi było być „kardiologiem”.

Przestudiowałem ostatnio jeszcze raz obowiązujący od 2007 r. nowy program jednostopniowej specjalizacji z kardiologii [1, 2]. Budzi on we mnie mnóstwo wątpliwości, co nie jest przedmiotem tego komentarza. Wiem, że budzi je też u innych, choć mało kto daje temu publicznie wyraz. W „Kardiologii Polskiej” ukazał się bardzo ważny, moim zdaniem, list do Redakcji Barbary i Janusza Małeckich z Krakowa [3] zwracający uwagę na jedną z niekonsekwencji tego, ogromnie trudnego, jeżeli w ogóle możliwego do zrealizowania, programu.

Spośród moich licznych wątpliwości wymienię jedną: czy np. kardiolog (inwazyjny bądź elektrokardiolog) na pewno musi umieć nie tylko wykonać, ale i zinterpretować wynik „aspiracyjnej” biopsji szpiku. Aby nie gorszyć małuczkich i nie obrażać możliwych pominięć dalsze, bardzo liczne zastrzeżenia do tego programu, a raczej do możliwości jego zrealizowania w rzeczywistości, w której główną powinnością lekarza staje się komputerowe wypełnianie rozrastającej się do absurdalnych rozmiarów dokumentacji lekarskiej czy formułowanie rozpoznań klinicznych tak, aby NFZ jak najwięcej zapłacił za leczenie pacjenta.

Komentowany przypadek dotyczył 78-letniej kobiety przyjętej do Kliniki w istocie z powodu kolejnego w jej życiu napadu migotania przedsionków z akcją komór ok. 150/min, któremu towarzyszyły głębokie niedokrwiennie deniwelacje ST w wielu odprowadzeniach; przedsercowych, II i III kończynowych, uniesienie ST w aVR, umiarkowane zwwyżki troponiny T i CK-MB mass. Co istotne, w echokardiogramie nie uwidoczniło odcinkowych zaburzeń kurczliwości (daje to do myślenia po zapoznaniu się z koronarografią), frakcję wyrzutową oceniono na 55%. Chora ani przy przyjęciu, ani poprzednio nie miewała bólów klatki piersiowej, skarżyła się jedynie na utrzymujący się od 2 dni ból w podbrzuszu, nudności i kołatanie serca. Stosując typową farmakoterapię, uzyskano powrót rytmu zatokowego 75/min, z ustąpieniem cech niedokrwienia w EKG i ustąpienie bólu podbrzusza.

Kilka lub kilkanaście lat temu, również obecnie w Polsce, w ośrodkach niedysponujących jeszcze pracownią hemodynamiczną prawdopodobnie na tym zakończono by postępowanie diagnostyczne. W komentowanym przypadku, mając podsta-

wy do rozpoznania ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST (dawnego zawału podwiersrdziowego), wykonano koronarografię, stwierdzając (mimo prawidłowej kurczliwości serca w USG!) obraz wręcz „porażający” — amputację głównej pnia lewej tętnicy wieńcowej zaopatrzoną krążeniem obocznym oraz 95% wapniejące, o cechach niestabilności, proksymalne zwężenie prawej tętnicy wieńcowej. Słusznie zakwalifikowano chorą do pilnej chirurgicznej rewaskularyzacji, którą jednak odłożono o 4 dni, ponieważ przed koronarografią pacjentkę wysycono kłopidogrelem. Zdając sobie sprawę z ryzyka związanego z oczekiwaniem na wygaśnięcie działania kłopidogrelu podjęto (od razu źle rokującą, istotnie bezskuteczną) próbę udroźnienia niedrożnych odcinków pnia lewej tętnicy wieńcowej; słusznie nie odważono się próbować rozszerzyć prawej tętnicy wieńcowej, dzięki której żyła pacjentka. Zmarła jednak i nie dało się jej reanimować bezpośrednio tuż przed uzgodnionym przekazaniem (w 4. dobie) na kardiochirurgię.

Nie zadowolony Autorom sytuacji, w jakiej się znaleźli po zrobieniu koronarografii. Ja sam, dosyć (uważam, że racjonalnie) konserwatywny, być może w ogóle nie kwalifikowałbym tej chorej do koronarografii. Nieraz myślę, że niekiedy lepiej nie wiedzieć „co tam jest”. Tak mogło być w tym przypadku: chora nie miała dławicy, kolejne napadowe migotania przedsionków udało się umiarować. Wszystkie alternatywy były mało zachęcające: leczenie zachowawcze, próby udroźnienia lewej (mała szansa) lub prawej (ogromne ryzyko) tętnicy wieńcowej, wreszcie rewaskularyzacja kardiologiczna w osłonie masy płytkowej (także ogromnie ryzykowna). Zapewne optowałbym za operacją, ale w razie niepowodzenia żałowałbym tej decyzji, wyrzucając sobie, że pacjentka może inaczej leczona przeżyłaby. W życiu, nie tylko lekarskim, czasem trzeba wybierać między rozwiązaniami, z których żadne nie jest na pewno dobre. Tak było i w komentowanym przypadku. Dobrze, że został nam przedstawiony, bo uczy pokory, której nigdy dosyć.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

### Piśmiennictwo

1. Program specjalizacji dla lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia albo tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych. Program dla lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do specjalizacji, począwszy od postępowania kwalifikacyjnego. Maj/czerwiec 2007. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 2007.
2. Program specjalizacji z kardiologii: program podstawowy dla lekarzy po stażu podyplomowym (bez żadnej specjalizacji). Program dla lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do specjalizacji, począwszy od postępowania kwalifikacyjnego. Maj/czerwiec 2007. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 2007.
2. Małecka K, Małecki J. Implantacja układu stymulującego — zabieg chirurgiczny dla kardiologa. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 210–212.