

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Komentowana praca nasunęła mi wiele wiążących się z nią, choć nie zawsze ze sobą, refleksji, które chciałbym przedstawić Czytelnikom *Kardiologii Polskiej*:

1. W opisywanym przypadku wystąpiła koincydencja (czy tylko?) dwóch sytuacji klinicznych: u chorej z wrodzonym zespołem długiego QT, zresztą niemifestującym się wszystkimi typowymi dla niego objawami klinicznymi, rozpoznano kardiomiopatię tako-tsubo lub zawał bez uniesienia odcinka ST (znaczący wzrost, ale bez spadku troponin) czy też ostry zespół wieńcowy (OZW). Wszystko przy zupełnie prawidłowych, nawet bez cech spastyczności bądź zwolnionego odpływu kontrastu, nasierdżiowych tętnicach wieńcowych.
2. Pracę zakwalifikowałem do działu „Chorzy trudni typowi”, bo przypadek nasuwał i nasuwa (patrz wyżej) duże trudności diagnostyczne, a jest typowy. Rozpoznano w nim bowiem taką czy inną postać choroby wieńcowej — mimo prawidłowego wyniku koronarografii, co dziś ze względu na częstość występowania staje się lub już jest sytuacją typową, a prawie zawsze trudną do jednoznacznej interpretacji.
3. Dzieje się tak w związku z niesłuchanym, również (a może przede wszystkim) w Polsce, upowszechnieniem wykonywania koronarografii. Badanie to, wykonywane obecnie z bardzo szerokich, nieraz nawet wątpliwych wskazań (zarówno w trybie pilnym, jak i planowym), pozwala z całą pewnością stwierdzić, że nie tak rzadko występują przypadki OZW, w tym zawały, typowe pod każdym względem (z wyjątkiem nieraz zupełnie prawidłowego wyniku koronarografii). Przypisuje się je dość mitycznej „chorobie małych naczyń”, którą przy obecnym stanie diagnostyki kardiologicznej rozpoznaje się raczej poprzez wykluczenie innych przyczyn. Sposoby precyzyjnego jej diagnozowania nie są bowiem dotąd zdefiniowane, a rozpoznania ustala się dość „woluntarystycznie”. Przypomina mi to sytuację z podobnym według mnie pod tym względem tzw. kardiologicznym zespołem X, którego ja osobiście nigdy z przekonaniem nie rozpoznaję. Jeszcze do niedawna sądzono, że prawidłowy wynik koronarografii wyklucza zawał serca czy OZW. Obecnie tak się już nie uważa i rozpoznanie OZW z prawidłowymi tętnicami wieńcowymi spotyka się „na porządku dziennym”. Prawdopodobnie sprzyja temu fakt, że świadczenie to jest dobrze płatne przez NFZ i nielimitowane. Może to powodować i moim zdaniem powoduje „nadrozpoznawalność” OZW, niezależnie od jej motywów etycznie naganną jako jatrogenizującą pacjentów i zafalszowującą rejestry, pomijając inne skutki.
4. Jesteśmy, jak sądzę, na szczęście jeszcze daleko od pełnego „urynkowienia” ochrony zdrowia, z którego usiłują się obecnie wycofać choćby Stany Zjednoczone. Nasze aktualnie tylko częściowe jej urynkowanie skutkuje, bo musi, gwałtownym przyśpieszeniem rozwoju dziedzin medycyny, również kardiologii, priorytetowo finansowanych przez płatnika. Nie wiem, czy to tylko dobrze?... Najlepiej by było, żeby wszystko było finansowane priorytetowo. Ale kogo na to stać?

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono