

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Duży napływ prac do działu „Chorzy trudni typowi” powoduje, że niekiedy proponuję Redakcji zamieszczenie 2 opisów przypadków z jednym moim komentarzem. Wydaje mi się to celowe, gdy trafią się prace nieraz różne tematycznie, ale o podobnym w pewnym stopniu, jak to nazywam, „przesłaniu”. Tak było i tym razem.

Natychmiast po przeczytaniu pierwszej z prac [1] zorientowałem się, że w pełni nadaje się do wspomnianego działu.

Z zakresu kardiologii interwencyjnej to jeden z nielicznych artykułów, który przedstawia nie tylko blaski, ale i cienie tej najważniejszej chyba obecnie dziedziny kardiologii. Tym cieniem są m.in. nie tak rzadkie powikłania, którymi nikt się nie chwali — zwłaszcza gdy chorego uda się uratować, jak to było w opisanym przypadku — w postaci dysekcji stenotowanej tętnicy i masywnego, niedającego się opanować krwawienia do worka osierdziowego z tamponadą serca. Chorego uratowano tylko dzięki natychmiastowej interwencji kardiologicznej możliwej dlatego, że pracownia hemodynamiczna sąsiaduje z kliniką kardiologii. Mniejsza niejako o „tytułowe” majaczenie, które przejściowo pojawiło się w przebiegu pooperacyjnym, niebędące zresztą rzadkością u tak wiekowych (86 lat) pacjentów stanowiących obecnie coraz większy odsetek osób trafiających zarówno do pracowni hemodynamicznych, jak i klinik kardiologicznych. Uważam, że o ryzyku, cierpieniach związanych z zabiegami kardiologii interwencyjnej i kardiologicznymi, szczególnie u osób starszych, powinno się informować przede wszystkim lekarzy rodzinnych, a także kardiologów niemających z nimi często do czynienia, zwłaszcza w przypadkach stabilnej choroby wieńcowej, dla nich rzadko leczenie inwazyjne jest naprawdę korzystne i wskazane [2]. A przede wszystkim trzeba o tych cieniach rzetelnie informować naprawdę zainteresowanych, czyli pacjentów.

Podobny aspekt korzyści z bliskiego sąsiedztwa kardiologii z oddziałem intensywnej terapii kardiologicznej podnosi druga z komentowanych prac [3] dotycząca, jak się okazało, skazanych od samego początku na niepowodzenie intensywnych działań kardiologicznych i kardiologicznych prowadzonych u chorej z objawami tamponady serca (tamponada serca to ucisk na serce przez płyn w osierdziu, a nie przez masy nowotworowe) [4]. Gratuluję Autorom przesłania do publikacji opisu przypadku niezakończonego powodzeniem, do czego od dawna zachęcam! Obecnie coraz więcej jest przypadków pły-

nu w worku osierdziowym i nie sądzę, aby wynikało to jedynie z poprawy diagnostyki. Dość często chodzi o genetyczną nowotworową plyn, której zawsze poszukuje się, mając do czynienia z hydropericardium, jednak rzadko jest ona oczywista od samego początku. Opiswana chora, dotychczas bez objawów, zmarła przy pierwszym zmanifestowaniu się nacieczenia osierdzia przez bardzo złośliwy nowotwór, z niewielkim tylko udziałem płynu, którego ewakuacja, gdyby go było więcej, mogłaby tylko na krótko przedłużyć jej życie.

Przy okazji chciałem poruszyć jeszcze jedną, dość luźno związaną się z treścią tego komentarza sprawę. Aktualnie w Polsce funkcjonuje ok. 120 pracowni hemodynamicznych. Nie wiem dokładnie, ile z nich sąsiaduje z oddziałami kardiologii, ale na pewno mniejszość. I tak musi być. Chodzi mi o coś innego — w ubiegłym roku przybyło zapewne ok. 20 nowych pracowni. Na ich powstawanie nie ma wpływu Nadzór Specjalistyczny w Kardiologii. Ciekaw jestem, w ilu z nich (nie sąsiadujących z kardiologią) opisywany w pracy Krzycha i wsp. [1] 86-latek miałby szansę dożyć choćby swego „majaczenia”?

Niedawno uczestniczyłem w obronie doktoratu 38-letniego hemodynamiczisty. Koronarografie zaczął on wykonywać w 1999 r., jeszcze w czasie stażu podyplomowego. Jednocześnie szkolił się w kardiologii inwazyjnej na długich stażach odbywanych, tak się złożyło, również w pracowni hemodynamicznej, z której pochodzi komentowane doniesienie. Wśród członków Komisji Rady Wydziału przeprowadzającej ten „hemodynamiczny” doktorat wywiązała się dyskusja nad tym, jak obecnie odbywa się podstawowe (nie mówię o zaawansowanym) szkolenie hemodynamiczistów niezbędnych do obsadzenia wspomnianych pracowni. Część jest zapewne po prostu prawie samoukami, a część potrzeb kadrowych nie tylko tych pracowni jest pokrywana przez zawodowych „wędrownych” kardiologów inwazyjnych. Nie wiem, czy ktoś śledzi polskie i nie-polskie „krzywe uczenia” hemodynamiczistów. Zapewne można je znaleźć w rejestrach OZW.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Krzych ŁJ, Święch W, Białek K, Krysta K, Krupka-Matuszczyk I, Bochenek A. Majaczenie u chorych kardiologicznych — problem wielodyscyplinarny. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 479–481.
2. Committee for Practice Guideline ESC. Guidelines on the management of stable angina pectoris. *Eur Heart J*, 2006; 27: 1341–1381.
3. Puchalski B, Starczewska M, Koperski Ł et al. Tamponada serca pierwszym objawem raka płuca. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 482–485.
4. Boss N, Jacle R. *Hexal Podręczny Leksykon Medyczny*. Urban & Partner, Wrocław 1996.