

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Obie prace, będące przedmiotem jednego niniejszego komentarza nie mają ze sobą pozornie wiele wspólnego, poza tym że są doskonale napisane, omawiają bardzo ciekawe przypadki i dotyczą kardiologii inwazyjnej. Przedstawione przypadki występują często (spełniają kryterium typowości) i nasuwają duże trudności terapeutyczne.

Praca niezwykle aktywnej obecnie na różnych polach, prof. Wożakowskiej-Kapłon z wsp. [1] dotyczy ciężkiego infekcyjnego zapalenia wsierdza jako późnego powikłania implantacji stymulatora serca. Ostatnio we Wrocławiu i Wałbrzychu miałem kontakt z 2 podobnymi, bardzo problemowymi przypadkami wartymi zapewne oddzielnego opisu. W żadnym z nich, podobnie jak w opisanym przez Wożakowską-Kapłon i wsp., nie można się było doszukać ewidentnego błędu w postępowaniu przy wszczepieniu. Oba (w tym jeden przy współudziale zespołu prof. Kutarskiego) zakończyły się na razie szczęśliwie, pozostaje (zadane także w komentowanej pracy) pytanie, czy w zaistniałej sytuacji, przy takich wskazaniach, jakie są (nie IA), należy ponownie wszczepiać układ stymulujący.

O kwalifikacji do Działu drugiej znakomitej pracy kardiologiczno-kardiologiczno-inwazyjnej, autorstwa plejady znakomitości kardiologii i kardiologii inwazyjnej, z pierwszym autorem Tajstrą [2], przesądziły nie tylko jej walory merytoryczne i diagnostyczne. Przypominam, że Dział adresowany jest do szerokiego grona kardiologów, a nie do „wąskich” w obrębie kardiologii specjalistów.

Obie prace, choć tematycznie odległe, nasunęły mi jednak refleksje natury ogólnej, którymi od dawna już chciałem się podzielić z czytelnikami *Kardiologii Polskiej*.

Otóż wydaje mi się, że chcąc nie chcąc, uczestniczymy w pewnego rodzaju „propagandzie sukcesów” kardiologii. W publikacjach prawie wcale lub wcale nie pisze się o porażkach. Podobnie nie wspomina się o nich, ze zrozumiałych

względów, w mediach (częściowo wyręczają tu nas dziennikarze), nie wiem, czy w dostatecznym stopniu uwzględniają je nawet rejestry.

Zapytam tu, czy jesteśmy pewni, że uzyskując (prawie zawsze w pośpiechu) podpis pacjenta potwierdzający zgodę na zabieg, równie dużo czasu poświęcamy poinformowaniu go nie tylko o spodziewanych korzyściach, ale i o związanym z tym zabiegiem ryzyku.

Kardiolodzy inwazyjni często tłumaczą zakwalifikowanie pacjenta do procedury przezskórnej (być może mniej korzystnej dla niego niż CABG) tym, że chory nie wyraził zgody na leczenie kardiologiczne. Niestety śmiem wątpić, czy kardiolodzy inwazyjni pracujący w nieuniknionych w ich pracy pośpiechu i stresie, nieraz w nocy, są w stanie rzeczywiście wyczerpująco i obiektywnie przedstawić pacjentowi zarówno korzyści, jak i zagrożenia wiążące się z każdym ze sposobów leczenia, o których tu mowa. Do tego dochodzi silna motywacja ambicjonalna, i nie tylko, kardiologów inwazyjnych, żeby jak najwięcej i jak najlepiej zrobić. Na oddziałach kardiologicznych zaczynają przeważać albo już przeważają chorzy aż „świecący” od mnożonych stentów.

Świętej pamięci prof. Leszek Ceremużyński próbował jako Redaktor Naczelny *Kardiologii Polskiej* powołać jeszcze jeden dział — „Nasze niepowodzenia”. Pewnie to utopia, ale może trzeba wrócić do tej idei, nawet nie poprzez propagowanie opisywania niepowodzeń w poszczególnych przypadkach, ale szerszą informację — nie tylko o pozytywach, lecz właśnie negatywach różnych sposobów, zwłaszcza inwazyjnego leczenia. Pozytywy są i tak ponad miarę propagowane...

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Wożakowska-Kapłon B, Wesołowska K, Kutarski A. Odektro-dowe zapalenie wsierdza jako późne powikłanie po implantacji stymulatora serca. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 265-269.
2. Tajstra M, Gąsior M, Filipiak K et al. Rewaskularyzacja hybrydowa u pacjenta z wielonaczyniową chorobą wieńcową z zajęciem pnia lewej tętnicy wieńcowej. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 270-273.