

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Infekcyjne zapalenia wsierdza (IZW) są zmorą oddziałów kardiologicznych. Wszystko jest u tych chorych trudne, poczynając od diagnostyki (objawy są często nietypowe), a na wielokrotnie powtarzanych posiewach nie zawsze dających wynik pozwalający na celowaną antybiotykoterapię, kończąc.

Antybiotyki są bardzo drogie i w myśl obowiązujących do niedawno wytycznych powinny być stosowane dożylnie, również po ewentualnie nawet udanym leczeniu kardiochirurgicznym [1]. Koszty długotrwałej, drogiej terapii bywają niewyobrażalne.

Ponadto współpracując z dwoma dużymi oddziałami kardiologicznymi, odnosilem i odnoszę wrażenie, że przypadków IZW jest więcej niż kiedykolwiek. Dlatego uczestnicząc w ostatnim Kongresie ESC w Barcelonie, jako jeden z priorytetów postawiłem sobie „obstawianie” sesji poświęconych IZW i niezmiernie się ucieszyłem zaprezentowanymi tam nowymi wytycznymi dotyczącymi *infective endocarditis*. Wytyczne te (zapoznanie się z nimi gorąco wszystkim polecam, a ukażą się na pewno niebawem w *Kardiologii Polskiej*) zawierają wiele zupełnych nowości [2]. Jedną z nich jest znaczne ograniczenie wskazań do profilaktycznego stosowania antybiotyków jako tzw. osłony przed rozmaitymi inwazyjnymi procedurami. Inną natomiast stanowi skrócenie wymaganego czasu dożylniej antybiotykoterapii przed leczeniem kardiochirurgicznym i po nim. Kolejną i bardzo istotną — skrócenie w ogóle czasu terapii zachowawczej przed koniecznym w około 50% przypadków leczeniem kardiochirurgicznym, które może być stosowane w trybie ratunkowym (*emergency*), pilnym

(*urgens*) lub planowym (*elective*). Udana operacja doprowadza do eradykacji procesu infekcyjnego.

Tryb opisanej przez Autorów komentowanej pracy operacji przeprowadzonej w 42. dobie infekcji, uwieńczonej mimo dramatycznego stanu pacjentki pełnym i długotrwałym sukcesem, można określić jako pilny, bo operacji przeprowadzonej w trybie ratunkowym chora zapewne by nie przeżyła.

W moich komentarzach nieraz wspominałem, że przypuszczam, iż po tematyce opisywanych przypadków można się zorientować, co, jak i gdzie się aktualnie dzieje w polskiej kardiologii. Pokrywa się to często z tym, co się dzieje na tych 100 łózkach kardiologicznych i tyłuż kardiochirurgicznych, z którymi, mimo emerytury, mam bliski kontakt. Otóż od pewnego czasu obserwuję zwiększony napływ z oddziałów internistycznych chorych z IZW, przeważnie w bardzo ciężkim stanie. W ostatnich tygodniach 2 takich pacjentów skierowaliśmy po krótkiej antybiotykoterapii do wrocławskiej Kliniki Kardiologii prof. Kustrzyckiego, gdzie zostali od razu doskonale zoperowani. Od 1 października do 18 listopada 2009 roku zoperowano tam 5 takich chorych [3]. Decyzję pilnego zoperowania tych pacjentów podjęliśmy na pewno pod wpływem wspomnianych wytycznych, które być może są już wdrażane (oby) również w innych ośrodkach.

Piśmiennictwo

1. Horstkotte D, Schulte HD, Niehues R et al. Infective endocarditis 2004. Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis. *Eur Heart J*, 2004; 25: 267-276.
2. Habib G, Hoen B, Tornos P et al. Infective endocarditis 2009. Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis. *Eur Heart J*, 2009; 30: 2369-2413.
3. Kustrzycki W. Kontakty osobiste.