

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Czego dotyczy komentowana praca, wynika już z jej tytułu i właściwie już przed jej przeczytaniem byłem zdecydowany zakwalifikować ją do tego działu. Opisuje ona bowiem zagadnienie, które bardzo rzadko trafia na łamy *Kardiologii Polskiej*, a sądzę, że jest niezbyt dobrze znane kardiologom zajmującym się obecnie głównie leczeniem

ostrych zespołów wieńcowych. Problem ten, już istotny, będzie na pewno jeszcze istotniejszy w związku z obecnie coraz większą dostępnością i stosowaniem chemioterapii (mam *nota bene* nadzieję, że mniej kardiotoksycznymi preparatami niż antracykliny).

Przypadek nie jest do końca jasny. Czy chodziło istotnie o *myocarditis* u chorej z sercem uszkodzonym antracyklinami? Zapewne tak, ale markery zapalenia i uszkodzenia kardiomiocytów były mniej nasilone niż widuję w typowych

*perimyocarditis*. Może z powodu innej odpowiedzi immunologicznej u chorej (już dawno) po chemioterapii. Dla mnie bardzo ważne było świadome zrezygnowanie u pacjentki z wykonania (zupełnie zbędnej) koronarografii, o co dość trudno dzisiaj w ośrodkach rutynowo ją wykonujących. Najważniejszy był jednak szczegółowy opis zastosowanego, zakończonego sukcesem, leczenia. Dopóki nie ukażą się zapowiadane międzynarodowe wytyczne, niniejsza praca powinna być przewodnikiem w terapii podobnych chorych (choć jeżeli było to istotnie *myocarditis*, to część efektu zależała na pewno od jego wygojenia się).

Zastanawiałem się, czy prawdziwym, a na pewno jednym z przesłań tej pracy nie było zachęcenie do uczynienia ze spironolaktonów niemal leków pierwszego wyboru w terapii nie tylko, jak dotąd, prawie wyłącznie niedokrwienych uszkodzeń mięśnia sercowego. W każdym razie, ja osobiście, bardzo już przychylny spironolaktonom (ach, ta ginekomastia), zdecydowanie rozszerzę moje wskazania do ich stosowania.