

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Postanowiłem poprosić Redakcję o umieszczenie w tym samym numerze *Kardiologii Polskiej* obu powyższych prac i zgodę na opatrzenie ich wspólnym komentarzem. Pozornie różniące się tematycznie prace mają bowiem wspólny mianownik — w obu opisywani chorzy byli uzależnieni od marihuany.

Wiadomo, że marihuana jest tzw. miękkim narkotykiem i w niektórych krajach, także Unii Europejskiej, jest dozwolona albo dyskutuje się nad taką możliwością (np. w Polsce), a ogólnie jest uważana za mniejsze zło niż „twarde narkotyki”. W Polsce stosowanie marihuany rozpowszechnia się; sam znam kilku młodych ludzi, którzy palą tzw. skręty. Tymczasem powoduje nie tylko uzależnienie (psyche), ale — o czym świadczą komentowane publikacje — nie jest również obojętna somatycznie.

Przypadek młodego mężczyzny opisany przez Polewczyk i wsp. jest bardzo interesujący nie tylko z powodu możliwości udziału marihuany w patogenezie udaru, ale przede wszystkim dlatego, że przypomina o udziale tętniaków przegrody międzyprzedsionkowej, zwłaszcza z drożnym otworem owalnym, w patogenezie tzw. kryptogennych udarów niedokrwienych mózgu.

Neurologzy od dawna już „naciskali” kardiologów, aby w każdym przypadku udaru niedokrwienego o nieoczywistej etiologii wykonywali badanie echokardiograficzne serca — aż po badanie przezprętykowe. Obecnie jest to o wiele bardziej realne (więcej ultrasonografów, odpowiednio wykształconych echografistów itd.).

W Wałbrzychu obserwowaliśmy ostatnio młodą chorą, której przypadek (po zgromadzeniu wyników wszystkich badań) będzie być może przedmiotem publikacji. Została ona przyjęta na Oddział Neurologiczny z masywnym udarem niedokrwienym, który jednak dość szybko się wycofywał. Po kilku dniach leczenia wystąpiło ostre niedokrwienie obu kończyn dolnych, jak się okazało, spowodowane wielkim zatorem „jeździec” rozwidlenia aorty (zator usunięto). Wynik echokardiografii przezklatkowej był prawidłowy, wykazano obecność dużego tętniaka przegrody międzyprzedsionkowej z przeciekiem ze strony lewej na prawą przez drożny otwór owalny. Pacjentka jest w trakcie badań układu krzepnięcia i w kierunku zespołu antyfosfolipidowego.

Drugi komentowany przypadek opisany przez Karabuluta i wsp. z Turcji to kolejny typowy zawał serca z uniesieniem ST nad ścianą dolną i prawidłowymi tętnicami wieńcowymi (poza spowodowanym zapewne kurczem kapilarów wieńcowych — pod wpływem marihuany?).

Dzięki rozpowszechnieniu pierwotnych angioplastyk w zawałach serca wiadomo, jak często zawały występują przy prawidłowych anatomicznie tętnicach wieńcowych. Etiologia tych zawałów nie jest dotychczas ustalona, zapewne bywa różnaita i wymaga przeprowadzenia dalszych badań, podobnie jak kwestia odległych obserwacji u chorych z tego typu zawałami. Rokowanie u tych pacjentów wydaje się korzystniejsze niż w przypadkach uwarunkowanych anatomicznie. Jednak przed napisaniem niniejszego komentarza zapoznałem się z danymi z bazy Medline i stwierdziłem zaskakujący brak obserwacji odległych u chorych z bezspornymi zawałami i bezspornie prawidłowymi tętnicami wieńcowymi. Zatem — proszę Państwa — do dzieła!