

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Wobec niewątpliwej rzadkości w kardiologii dorosłych podobnych do opisanego w komentowanej pracy przypadków, w pierwszej chwili pomyślałem, że powinien on trafić raczej do działu *Chorzy trudni nietypowi*.

Czytając pracę, zorientowałem się, że ma ona istotne walory dydaktyczne, bardzo ważne przy kwalifikacji do „typowych”. Autorzy na kanwie swojego przypadku, po zwięzłym, szczegółowym jego opisie w tzw. poglądowej części pracy, dokładnie przedstawili, jak powinien postępować kardiolog, gdy zgłasza się do niego pacjentka planująca ciążę po operacji wrodzonej wady serca. W konsekwencji otrzymaliśmy pracę wręcz instruktażową: jak postępować, gdy i nam trafi się taki przypadek.

Napisałem „trafi się”, bo takie przypadki raczej się nam zdarzają niż stanowią częsty problem. Nie od dziś odnośzę wrażenie, że przy od dawna pełnym w Polsce pokryciu zapotrzebowania na operacje wad wrodzonych serca u bardzo małych nawet dzieci, dalsza opieka nad nimi dobrze funkcjonuje w poradniach kardiologicznych dla dzieci, dopóki nie wyrosną z wieku dziecięcego.

Myślę, bo nie wiem na pewno, że model ten istnieje nadal, np. we Wrocławiu, ponieważ tzw. reforma służby zdrowia zdemontowała wiele dobrze funkcjonujących systemów. Systemu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad dorosłymi z wrodzonymi wadami serca – czy to przed, czy po leczeniu operacyjnym – nie było jednak także

wcześniej. Ze względu na rzadkość wad wrodzonych serca u dorosłych szczegółowa znajomość ich problematyki przez kardiologów dorosłych znacznie odbiega od znajomości choroby niedokrwiennej serca, wad nabytych czy niewydolności serca.

Niezależnie od nielicznych funkcjonujących poradni, np. w Instytucie Kardiologii w Warszawie, w Poznaniu, Zabrzu i innych, uważałem i nadal uważam, że również w tzw. terenie należy stworzyć system opieki przez poradnie kardiologiczne dla dorosłych, w których powinien pracować przynajmniej jeden lekarz dobrze znający problematykę wad wrodzonych serca. Tak jest w Poradni Kardiologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, która ma zapewnioną współpracę Poradni Kardiologicznej dla Dzieci.

Nie uważam za słuszny pogląd, że dobry kardiolog powinien znać się na wszystkim. Na przykład możliwe rzetelne doradzenie takiej jak opisywana pacjentce w życiowej decyzji – zająć czy nie zająć w ciążę, powinno być oparte na bardzo szczegółowej znajomości i analizie samej wady serca (w wielu nie ma problemu nawet u niezooperowanych pacjentek), stopnia, w jakim wada została skorygowana w czasie operacji, aktualnego stanu układu krążenia.

Myślę, że sposób postępowania obrany przez Zofię Kępczyńską i wsp. może, do czasu opracowania odpowiednich wytycznych przez ESC, służyć jako model postępowania u dorosłych chorych z wadami wrodzonymi serca, przed ich chirurgiczną korekcją i po niej.