

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Do działu *Chorzy trudni typowi* napływają coraz to nowe prace opisujące przypadki zatorowości płucnej (ZP). Bo też częste występowanie (są na pewno coraz lepiej rozpoznawane), trudności w diagnostyce i leczeniu oraz to, że każdy przypadek jest inny, szczególnie je do „mojego” działu predestynuje. Wcześniej większość tych

opisów przypadków pochodziła z ośrodków od dawna zajmujących się problematyką ZP – obecnie z oddziałów i klinik całej Polski. Autorów komentowanej pracy do przygotowania jej do publikacji zachęcił problem diagnostyczny.

Otóż w typowym pod wielu względami (choć w EKG był... blok lewej odnogi pęczka Hisa) przypadku „masywnej anatomicznie” (angio-CT), bo nie klinicznie (przy prawidłowym ciśnieniu tętniczym), ZP – nie stwierdzili echokardiograficznie powiększenia ani upośledzenia funkcji prawej komory, odnotowali jednak świadczące o nadciśnieniu płucnym znaczne skrócenie czasu akceleracji – AT (nie piszą, czy występowało szczególnie charakterystyczne dla ZP śródskurczowe ząbienie na ramieniu zstępującym krzywej [1]). Kierując się obrazem angio-CT, mimo prawidłowego ciśnienia tętniczego, zastosowali błyskotliwie skuteczne leczenie trombolityczne. Myślę, że nie mogli postąpić inaczej, choć w ostatnich standardach ESC, które przytaczają [2], leczenie to obowiązuje w zatorowości dawniej nazywanej masywną (klinicznie, a nie anatomicznie), a dziś „wysokiego ryzyka” – u chorych ze wstrzą-

sem bądź z istotną hipotonią. Osobiście sędzę, że w miarę napływu wyników toczących się obecnie badań nad trombolizą w dawnej „submasywnej” zatorowości, a także częstszego konfrontowania obrazów klinicznych z obiektywnymi obrazami angio-CT wskazania klasy IA zostaną rozszerzone na podobne do opisanego przypadki.

Z pracy płyną dla mnie 3 przesłania:

1. Choć to nic nowego – nie można przypisywać decydującego znaczenia w rozpoznawaniu i wykluczaniu ZP przekłatkowemu badaniu echokardiograficznemu, a można – wielorzędowej tomografii komputerowej.
2. Dokładne poznanie „stanu anatomicznego” chorego może znaczyć więcej niż oceniany bardziej subiektywnie „stan kliniczny”.
3. Rozszerzając powyższe – trzeba w diagnostyce zawsze pamiętać, że tylko niekiedy zdarzają się przypadki, w których „wszystko się zgadza”. Zawsze niezbędny jest zdrowy rozsądek, a często tzw. nos lekarski, który według mnie polega na połączeniu zdrowego rozsądku z umiejętnością wnikliwego obserwowania pacjenta i wyciągania z tego właściwych wniosków.

Piśmiennictwo

1. Sobkowicz B. Echokardiografia w stanach nagłych. *Urban & Partner, Wrocław 2002.*
2. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2008; 29: 2276-315.