

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Już nieraz zwracałem uwagę, że na podstawie tematyki prac kierowanych do działu *Chorzy trudni typowi* można się zorientować, jakie problemy aktualnie najbardziej nurtują praktykujących kardiologów.

Był czas, że do działu kierowano dużo prac dotyczących niewydolności krążenia, potem – i nadal – z zakresu kardiologii inwazyjnej. Obecnie napływa wiele doniesień opisujących trudne przypadki coraz częściej po prostu rozpoznawanej zatorowości płucnej, a także problemy związane z leczeniem przeciwplatek i przeciwzakrzepowym. Jest to rezultat stosowania u coraz większej liczby chorych coraz silniej działających leków przeciwplatekowych (uwaga, prasugrel nadchodzi!), z zasady – w skojarzeniach i u coraz starszych pacjentów.

Można mówić, że praktycznie u wszystkich ciężiej chorych stosujemy polipragmazję.

Polipragmazja – brzmi pejoratywnie. Jest kosztowna i ryzykowna. W marcowym numerze *Gazety Lekarskiej* z bieżącego roku ukazał się przedrukowany z *Medicusa* artykuł Marka Derkacza „Złowrogie cienie farmakoterapii”, który szczegółowo przedstawia szkodliwość i niebezpieczeństwa polipragmazji [1]. Zawsze zdawałem sobie z nich sprawę. Ale cóż zrobić – postępując zgodnie z najlepszymi wytycznymi, usilnie starając się unikać polipragmazji, miewamy tak ciężko chorych pacjentów, że musimy im zapisać nawet 10 leków, co wiąże się z określonymi zagrożeniami i szkodliwością.

Polipragmazja dotyczy nie tylko leków. Myślę, że nie można też zapominać o często koniecznej politerapii. Tak

było w opisywanym przypadku chorego zażywającego klopidogrel, u którego w 2. dniu po kolejnym już stentowaniu naczyń wieńcowych, ze wskazań życiowych, trzeba było wykonać pilną appendektomię.

Takich przypadków wymagających politerapii musi być bardzo dużo i będzie przybywać. Sielski i wsp. dokładnie i pouczająco opisali postępowanie w ich szczęśliwie zakończonym przypadku. Gdyby zakończył się źle – zapewne by go nie opisali.

Uczestnicząc (mimo emerytury) na co dzień w pracach bardzo aktywnego Wałbrzyskiego Ośrodka Kardiologii Interwencyjnej, odnoszę wrażenie, że przynajmniej niektórzy (większość?) „hemodynamiści”, mając chorego „na stole”, zbyt rzadko myślą o tym, co może się zdarzyć w przyszłości, i łatwo rezygnują z postużenia się sposobem nieskazującym chorego na długotrwałą (do końca życia?) terapię antyagregantami (są takie metody, jak POBA czy CABG). Oczywiście, niebawem zapewne doczekamy się antyagregantów o krótkim okresie półtrwania, umożliwiającym ich krótkotrwałe odstawienie. Już teraz sugeruje się wykonywanie niektórych drobniejszych zabiegów, zwłaszcza takich, w których możliwa jest szczególnie staranna hemostaza, bez odstawiania antyagregantów i antykoagulantów, żeby „osłonić” żołądek. Jeszcze niedawno w piśmiennictwie spotykało się opinie o lepszym przebiegu operacji niekardiochirurgicznych u chorych, u których nie przerywano leczenia przeciwplatekowego, a przynajmniej podawania kwasu acetylosalicylowego.

Piśmiennictwo

1. Derkacz M. Złowrogie cienie farmakoterapii. *Gazeta Lekarska* 2009; 3: 22.