

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Przynajmniej od czasu upowszechnienia trombolitycznego leczenia zawału serca my, kardiolodzy, powinniśmy chociaż w jakimś stopniu poczuwać się do zajmowania problematyką udarów mózgowych. Jak wiadomo bowiem, znaczna ich część, a w każdym razie tych niedokrwiennych, ma sercowo-naczyniową, zatorową genezę. Każdy zatem chory z niedokrwiennym udarem mózgu powinien być skonsultowany przez kardiologa i mieć wykonane przynajmniej przezklatkowe (TTE), a nieraz przezprętkowe (TEE) badanie echokardiograficzne.

W praktyce, jeżeli w szpitalu znajduje się oddział neurologiczny lub udarowy, to znajduje się w nim tym bardziej oddział kardiologiczny bądź internistyczny, który ma możliwość wykonania badania TTE. Potrzeba wtedy tylko należytej współpracy między oddziałami, koniecznej zwłaszcza wobec tego, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie płaci oddziałom kardiologicznym za badania wykonywane u chorych z innych oddziałów, tak jak nie płaci za konsultacje wewnątrz szpitali. Zresztą wielu (czy nie większość?) chorych po udarach w Polsce jest nadal leczonych na oddziałach wewnętrznych. Tak czy inaczej, problematyka udarów mózgowych dość rzadko trafia

na łamy czasopism kardiologicznych. Autorki cytują jednak w piśmiennictwie 6 polskich pozycji dotyczących przede wszystkim leczenia udarów występujących w przebiegu przetrwałego otworu owalnego. Zagadnienie to omawiają szeroko w rozbudowanej „poglądowej” części swego opisu tego typowego przypadku.

Jak słusznie piszą Autorki, stwierdzenie u młodego chorego z niedokrwiennym udarem mózgu przetrwałego otworu czy kanału owalnego nie przesądza – zwłaszcza jeśli w jego układzie żylnym nie ma, tak jak w opisywanym przypadku, patologii zakrzepowej – o tym, że chodzi o zator mózgowy skrzyżowany. Osobiście nigdy się z takim przypadkiem nie spotkałem – choć z innymi dwoma, w których materiał zatorowy nie dotarł do mózgu, bo utknął w otworze owalnym bądź ubytku międzyprzedsionkowym, tak.

Czy zatem profilaktycznie zamykać przetrwałe otwory owalne, przynajmniej u młodych chorych z przebyłym udarem mózgowym, dla którego nie znajduje się innej przyczyny? Wprawdzie Autorki przytaczają za piśmiennictwem okoliczności przemawiające za decyzją zamknięcia takiego otworu, nie potrafię jednak – podobnie jak one – jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Pozostaje, jak to często bywa, odwołanie się do zdrowego rozsądku lekarskiego.