

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Komentowana praca dotyczy powracającego często w tym dziale, coraz bardziej „gorącego” ze względu na swoją powszechność, tematu wielolekowego, często agresywnego, leczenia przeciwkrzepliwego.

Jak wiadomo, wskazania do takiej terapii dotyczą chorych leczonych metodami burzliwie się rozwijającej kardiologii inwazyjnej, którzy w wypadku

nie dość intensywnego leczenia przeciwkrzepliwego padają często ofiarą powikłań zakrzepowo-zatorowych, w wypadku przedawkowania tych leków zaś, w przebiegu różnych (a jest ich mnóstwo) *comorbidity* – powikłań krwotocznych. Oba rodzaje powikłań są nieuchronną ceną, jaką przychodzi nam płacić za bardzo już głębokie ingerowanie sztuczną zastawką, balonikiem, stentem, potężnym lekiem przeciwplateczkowym i innymi w mechanizmy krzepnięcia, funkcję śródbłonna, odczynny zapalny u człowieka.

Autorzy opisują przypadek bardzo agresywnej, szybko postępującej miażdżycy wieńcowej u stosunkowo młodego mężczyzny, z powodu której był inwazyjnie i farmakologicznie leczony przez zaledwie 4 lata, by ostatecznie umrzeć w przebiegu powikłań zakrzepowych, które wystąpiły mimo prawdopodobnie bardzo starannego leczenia przeciwzakrzepowego. Nie będę tutaj powtarzał wyczerpującego opisu zdarzeń (chory zmarł po 2 miesiącach od pierwszego kontaktu z autorami artykułu) ani starał się uzupełnić szerokich rozważań patogenetycznych autorów.

Lektura tego opisu przypadku, który wielokrotnie przeczytałem i nad którym długo się zastanawiałem przed napisaniem komentarza, nasunęła mi dwie refleksje:

1. Osoba, u której zachodzi konieczność stałego (zazwyczaj do końca życia) leczenia nawet jednym, a co dopiero trzema lekami przeciwkrzepliwymi, przez sam ten fakt

staje się chorym zwiększonego ryzyka, wymagającym szczególnej rozważliwości i staranności. Lekarz prowadzący i wszyscy, z których porad przychodzi mu incydentalnie korzystać, muszą w swoich decyzjach terapeutycznych wykazać maksimum staranności i zdrowego rozsądku – nie podejmując nigdy pochopnych decyzji. Dotyczy to przede wszystkim wszelkich planowych zabiegów z naruszeniem ciągłości tkanek, o których decyzja musi być podejmowana z największą rozważliwością.

2. Chciałbym także zwrócić uwagę Czytelników na zamieszczone w kwietniowym numerze *Przeglądu Doniesień Naukowych* PTK streszczenie Bogusława Ramotowskiego pracy z *Archives of Internal Medicine* z 2008 r. pod wymownym tytułem *Mate ryzyko krótkotrwałego przerwania leczenia doustnym antykoagulantem* [1].

Autorzy komentowanego doniesienia ubolewają, że mimo poszukiwań nie znaleźli standardów, które zawierałyby wskazania, jak dokładnie postępować w takim przypadku.

Nieraz ubolewam nad tym, że właściwie już weszliśmy w okres, który można by nazwać medycyną standardów. Nasz „przypadek” konfrontujemy ze standardami, od których oczekujemy instrukcji, jak mamy postępować, a jeśli ich nie znajdujemy, czujemy się pokrzywdzeni. Tymczasem stale wymagające modyfikacji „standardy” (angielskie *guidelines* to nie standardy, ale wytyczne) to nie przepisy prawa określające, jak postępować, ale tylko dobre rady, którymi można się posłużyć, jeśli akurat „pasują” do naszego chorego i okoliczności klinicznych, nigdy nie rezygnując z przywoływanego już własnego zdrowego rozsądku.

### Piśmiennictwo

1. Garcia DA, Regan S, Henault LE, et al. Risk of thromboembolism with short-term interruption of warfarin therapy. *Arch Intern Med* 2008; 168: 63-9.