

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Od pewnego czasu do działu *Chorzy trudni typowi* coraz to kierowane są prace dotyczące zatorowości płucnej. Świadczy to z jednej strony o częstości, a z drugiej strony o rosnącej rozpoznawalności w Polsce tej częstej manifestacji żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, o rozmaitym przebiegu i obrazie klinicznym.

Przesłanie komentowanej, kolejnej już pracy zespołu Waldemara Elikowskiego, od dawna zajmującego się problematyką zatorowości płucnej i leżących u jej podłoża zaburzeń krzepnięcia oraz leczenia trombolitycznego, zawarte jest już w tytule pracy.

Autorzy postanowili w niej zwrócić uwagę na dwie sprawy: 1) zagrożenie zakrzepowo-zatorowe u kobiet stosujących doustne leki antykoncepcyjne, a w istocie u całej rzeszy chorych pobierających estrogeny i gestageny, jest jak najbardziej realne i wcale nie tylko teoretyczne, 2) leczenie trombolityczne, nieraz jedyne dostępne ra-

tujące życie w masywnym zatorze płucnym, jest możliwe krótko po małych i dużych zabiegach chirurgicznych – inaczej niż uważano w epoce badania GUSTO-I.

W ostatnim czasie miałem możliwość obserwowania trzech przypadków ciężkiej zatorowości u młodych kobiet (w wieku poniżej 30 lat) zażywających tabletki antykoncepcyjne. U wszystkich wykryliśmy cechy trombofilii (żadna nie przeżyła przed incydem zabiegu chirurgicznego). U chorej w komentowanym opisie Elikowskiego i wsp. nie stwierdzono trombofilii.

Mimo dość powolnego upowszechniania antykoncepcji w Polsce, wydaje mi się, że w związku ze wzrostem świadomości i swobody seksualnej doustna i przeskórna antykoncepcja wśród młodych kobiet jest już prawie powszechna. Trzeba o tym pamiętać i stosować osłonę heparyną drobnocząsteczkową najlepiej w każdym (a nie tylko ortopedycznym) zabiegu chirurgicznym, także u młodych kobiet, a na 3 miesiące przed planowymi operacjami nawet odstawić leczenie hormonalne.