

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Wraz z wydłużaniem się średniego czasu życia mężczyzn i kobiet, prawie na całym świecie, nie bez udziału stałego poprawiania się diagnostyki kardiologicznej, a zwłaszcza powszechności badań echokardiograficznych, zwiększa się liczba diagnozowanych i kierowanych do operacji stenoz aortalnych o etiologii przeważnie „miażdżycowej”. Niedawno gdzieś czytałem, że operacje te są obecnie drugimi, po operacjach by-passów, najczęściej wykonywanymi operacjami kardiokirurgicznymi. Można zaryzykować twierdzenie, że o ile obecnie (poza krajami Trzeciego Świata) zdecydowanie mniej operuje się nabytych, po-reumatycznych wad zastawkowych, o tyle wyrównuje się to dzięki operacjom stenoz aortalnych.

Podobnie jak Autorzy komentowanej pracy [1] należę do tych, którzy twierdzą, że jeśli chory z tą wadą wymaga leczenia operacyjnego (na podstawie badań klinicznych czy parametrów echokardiograficznych), to praktycznie nie ma przeciwwskazań, by przekazać go kardiokirurgowi. Oczywiście, tak jak to zrobiono w Łodzi, wszystkie za i przeciw muszą być omówione z pacjentem i jego rodziną. Ciekawe, że mimo zaawansowanego wieku, chorzy z tą wadą cechują się przeważnie bardzo dobrą sprawnością umysłową. Osobiście nie pamiętam, by któryś z nich (częściej są to mężczyźni) odmówił zgody na operację, tak jak nie pamiętam wielu, którzy by nie przeżyli zbiegu.

Problematyka stenoz aortalnej nie trafia często do działu *Chorzy trudni typowi*, jest natomiast wciąż przedmiotem licznych publikacji w najlepszych czasopiśmie, których doskonały przegląd zawarli Autorzy w komentowanym artykule (polecam Kolegom przygotowującym się do egzaminu z kardiologii, do których zwrócę się jeszcze nieco dalej).

W *Kardiologii Polskiej* z sierpnia 2006 r. ukazał się napisany przez Małgorzatę Kściuk i wsp. opis przypadku operowanej „ciasnej” stenoz aortalnej z małym

gradientem i upośledzoną frakcją wyrzutową [2] oparty komentarzem niżej podpisanego [3].

Będąca przedmiotem tego komentarza praca Małgorzaty Kurpesy i wsp. [1] bardzo mi się podobała. W tym również, a może szczególnie, dokładny opis wyników typowego dla rozpoznanej wady badania podmiotowego i przedmiotowego. Autorzy słusznie zdumiewają się, jak to się mogło stać, że w wielkim mieście, typowa pod każdym względem w badaniu fizycznym, wręcz „główna” wada, została rozpoznana dopiero w 78. roku życia chorej, w klinice, gdy gradient przez zwężenie sięgnął prawie 200 mmHg. A chora bywała badana przez lekarzy.

Niestety, jest to wynikiem powszechnego już obecnie przekonania Kolegów lekarzy o rzekomej bezwartościowości badania przedmiotowego, przynajmniej układu sercowo-naczyniowego, i zafascynowania techniką. Zdarza mi się widywać, jak pracujący w szpitalu kardiolog nie zabiera ze sobą na obchód nawet fonendoskopu, ale zostawia swego nieraz drogiego Littmanna w szufladzie. W czasie ustnych egzaminów z kardiologii często największe trudności zdający mają, gdy z pytania z diagnostyki wynika konieczność wymienienia wszystkich objawów palpacyjnych i osłuchowych stenoz oraz niedomykalności mitralnej i aortalnej, nie mówiąc o takich objawach w wadach wrodzonych serca.

Nie wiem, co z tym zrobić, a jestem przekonany, że badanie fizyczne, będące przecież również ważnym elementem psychoterapii, nadal nie straciło na ważności i może pomóc w uratowaniu życia wielu ludzi!

Piśmiennictwo

1. Kurpesa M, Kierus-Gudaj A, Rechciński T, et al. Zaawansowana stenoza aortalna u 78-letniej kobiety. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 577-581
2. Krzciuk M, Wożakowska-Kapton B, Sadowski J. Istotne zwężenie zastawki aortalnej z małym gradientem ciśnienia i upośledzoną funkcją lewej komory. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 881-6.
3. Wrabec K. Komentarz redakcyjny do ww. pracy. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 886.