

11. Skillington PD, Davies RH, Luff AJ, et al. Surgical treatment for infarct-related ventricular septal defects. Improved early results combined with analysis of late functional status. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 99: 798-808.
12. Labrousse L, Choukroun E, Chevalier JM, et al. Surgery for post infarction ventricular septal defect (VSD): risk factors for hospital death and long term results. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 21: 725-31.
13. Tomaszuk-Kazberuk A, Sobkowicz B, Kamiński K, et al. Pęknięcie wolnej ściany lewej komory jako powikłanie ostrego zawału serca leczone chirurgicznie naklejeniem łaty na lewą komorę. Opis przypadku. *Kardiologia Pol* 2006; 64: 615-8.
14. Cerin G, Di Donato M, Dimulescu D, et al. Surgical treatment of ventricular septal defect complicating acute myocardial infarction. Experience of a north Italian referral hospital. *Cardiovasc Surg* 2003; 11: 149-54.
15. Davies RH, Dawkins KD, Skillington PD, et al. Late functional results after surgical closure of acquired ventricular septal defect. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 106: 592-8.

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Pęknięcia serca – wolnej ściany lewej (głównie) komory i przegrody międzykomorowej – są jednymi z najcięższych powikłań zawału serca, a ich częstość (jak wspomniano w komentowanej pracy) wydaje się nie zmniejszać wraz z rozpowszechnieniem obu dostępnych dziś sposobów przywracania drożności dozawałowej tętnicy wieńcowej [1]. Jak często udaje się skutecznie leczyć to groźne powikłanie? Mimo że komentowana praca jest kolejną na ten temat publikowaną w *Kardiologii Polskiej* (ciekawe, że jakoś nie ma prac o zawałowym zerwaniu mięśni brodawkowatych), nietatwo odpowiedzieć na to pytanie. Publikowane w *Kardiologii Polskiej* prace traktują o chorych, którym, nieraz spektakularnie, udało się pomóc [2, 3]. Co rozumiacie – nie mówi się o tych, którym pomóc się nie dało. Myślę, że niebawem ukażą się dane na ten temat z jedyne­go możliwego źródła, to jest z prowadzonych coraz szerzej i publikowanych reje­strów. Myślę też (zwracam się tu do potencjalnych przyszłych Autorów), że powinniśmy już zaprzestać publikowania opisów pojedynczych pomyślnych przypadków i poczekać na pojawienie się zbiorczych opracowań omawianego zagadnienia.

Zastanawiałem się nawet, czy publikować komentowaną obecnie pracę Tarchalskiego i wsp. [4]. Przewa-

żyło to, że pochodząca z Kalisza praca ma jeszcze dodatkowy aspekt – groźne powikłanie zdarzyło się w ośrodku wprawdzie wyposażonym w pełniąca od dawna „dyżur zawałowy” pracownię hemodynamiczną, ale peryferyjnym, odległym o mniej więcej 100 km od najbliższego oddziału kardiologicznego. Jakkolwiek najlepiej by było, gdyby oddziały kardiologii inwazyjnej i kardiologiczne mieściły się na tym samym piętrze jednego budynku, jednak – jak wynika z wielu już publikacji – większe czy mniejsze ich oddalenie od siebie nie przesądza o wyniku podejmowanych wspólnie działań, najwyżej utrudnia je kardiologom inwazyjnym. Ale powstają i nowe kardiologiczne...

Piśmiennictwo

1. Sobkowicz B, Lenartowska L, Borys D, et al. Pęknięcie serca w świeżym zawałe. Ocena kliniczno-patologiczna chorych leczonych w dużym oddziale internistycznym. *Kardiologia Pol* 2000; 52: 85-9.
2. Tomaszuk-Kazberuk A, Sobkowicz B, Kamiński K, et al. Pęknięcie wolnej ściany lewej komory jako powikłanie ostrego zawału serca leczone chirurgicznie naklejeniem łaty na lewą komorę. Opis przypadku. *Kardiologia Pol* 2006; 64: 615-8.
3. Wrabec K. Komentarz redakcyjny do pracy: Tomaszuk-Kazberuk A, et al. Pęknięcie wolnej ściany lewej komory jako powikłanie ostrego zawału serca leczone chirurgicznie naklejeniem łaty na lewą komorę. Opis przypadku. *Kardiologia Pol* 2006; 64: 618.
4. Tarchalski JL, Jeremicz I, Jemielity M. Zawał serca ściany dolnej i prawej komory z pęknięciem przegrody międzykomorowej. *Kardiologia Pol* 2007; 65: 436-9.