

Komentarz



Z radością witam prace pochodzące z małych ośrodków. Przed kilku laty, podczas tworzenia działu wyobrażałem sobie, że powinien on stanowić forum umożliwiające publikowanie prac pochodzących z takich właśnie miejsc. Życzenie to spełniło się częściowo, ponieważ prace napływają przede wszystkim z kilku klinik stale współpracujących z działem *Chorzy trudni typowi*. Współpracuje też kilka ośrodków „pierwszoligowych”, z których napływa zawsze najwięcej bardzo ciekawych, wzorowo opisanych i opracowanych opisów przypadków. Przede wszystkim należy tu wymienić I i II Klinikę Kardiologii *Collegium Medicum* UJ w Krakowie.

Do lektury komentowanej pracy przystąpiłem z wielkim zainteresowaniem. Praca jest tak dobrze napisana, że komentatorowi-klinicyście, a nie elektrokardiologowi wypada tylko powiedzieć: nic dodać, nic ująć.

Dla mnie najciekawsze były dwa momenty. Po pierwsze gigantyczny, niespotykany przerost przegrody w obu przypadkach, a zwłaszcza w pierwszym. Po drugie zaś, o czym nie wiedziałem, amiodaron bardzo podwyższa próg defibrylacji komór, który obniża sotalol. Przecież prawie każdy chory z zaburzeniami rytmu w przebiegu kardiomiopatii przerostowej przynajmniej przez jakiś czas jest leczony amiodaronem.

Korzystając z tego, że jestem jednym z pierwszych czytelników pracy, już zaleciłem moim asystentom wdrożenie wniosków z niej wypływających. Tak samo zaleciłem baczniejszą obserwację chorych z wybitnym przerostem przegrody pod kątem nawet profilaktycznego wszczepienia kardiowertera-stymulatora. We Wrocławiu jest to możliwe na razie tylko w Klinice Kardiologii Wojskowego Szpitala Klinicznego. Co na to NFZ? Zapewne lepiej nie pytać.

prof. dr hab. Krzysztof Wrabec
Wydział Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego
Akademia Medyczna, Wrocław