

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Praca dotyczy problemu zarówno trudnego, jak i typowego, bo bardzo często występującego i spędzającego sen z powiek niektórym z nas, zwłaszcza gdy skrzepliny noszą cechy wysokiego ryzyka zatorowego.

Jak często skrzepliny występują? Dokładnie nie wiadomo, zwłaszcza w zawale, bo skrzepliny są zjawiskiem

dynamicznym (jak wynika z zebranego przez Autorów piśmiennictwa, w przebiegu zawału leczonego trombolitycznie bądź pierwotną PCI występują zapewne rzadziej niż w przebiegu zawału bez leczenia reperfuzyjnego), ale nie raz dość ulotnym – dziś może skrzepliny nie być, jutro może być masywna, a pojutrze może ulec rezolucji.

Żeby poznać prawdziwą częstość występowania skrzeplin w zawale, trzeba by codziennie wykonywać badanie echokardiograficzne. A kogo na to stać, choćby czasowo?

Jak wynika nie tylko z 4 opisanych w pracy przypadków, skrzepliny, nawet tylko lewej komory, nie są wyłączną domeną zawału serca. Na możliwość ich występowania nale-

ży zwracać uwagę, wykonując badanie echokardiograficzne u wszystkich chorych z kardiomiopatią rozstrzeniową, pamiętając w dodatku, że zagęszczenie krwi spowodowane konieczną u większości takich chorych intensywną terapią diuretyczną dodatkowo, oprócz zalegania krwi w lewej komorze, sprzyja tworzeniu się skrzeplin.

Leczenie? Od czasu opublikowania w 2003 r. przez A. Derkacza z innym zespołem współautorów doniesienia na podobny temat [1] nic się nie zmieniło – antykoagulacja i jeszcze raz antykoagulacja (bo nie leczenie przeciw-płytkowe), a jedynie wyjątkowo (balotujące, uszypułowane skrzepliny) – leczenie kardiochirurgiczne (zwłaszcza przy okazji, ale nie tylko, np. pomostowania aortalno-wieńcowego) obarczone mniejszym, niż się sądzi, ryzykiem.

Piśmiennictwo

1. Nowosad H, Derkacz A, Staniszevska-Marszałek E, et al. Zakrzepy w lewej komorze we wczesnym okresie po zawale serca. Czym zagrożają, jak postępować na przykładzie obserwowanego przypadku. *Kardiologia Polska* 2003; 58: 380-3.