

Sprawozdanie z kongresu *Pedirhythm II*, *Pediatric Rhythm Congress* Antalya, 15–18 czerwca 2005 r.

Po 2 latach odbyło się kolejne spotkanie w Turcji dziecięcych „arytmologów” — tym razem nad Morzem Śródziemnym w Antalyi. Podobnie jak w 2003 r. głównym organizatorem kongresu był prof. Alpay Çeliker z Ankary, a do Komitetu Organizacyjnego należeli George F. Van Hare, Elisabeth Villain i John K. Triedman, co gwarantowało bardzo wysoki poziom spotkania. Zaproszeni goście są światowymi autorytetami, znanymi autorami podręczników i licznych publikacji dotyczących arytmii u dzieci.

Sesje szkoleniowe, warsztaty, spotkania z ekspertami, prezentacje ustne i plakatowe oryginalnych prac trwały 2,5 dnia. Poruszono większość problemów związanych z zaburzeniami rytmu serca u dzieci. Podejmowane zagadnienia można podzielić na 7 grup tematycznych: postępy w stałej stymulacji serca, abłacja u dzieci, terapia w ustawicznych tachyarytmiiach, postępowanie w częstoskurczach komorowych, defibrylatory u dzieci, patologie kanałów jonowych w chorobach elektrycznej serca oraz arytmie pooperacyjne. Zakres tematyczny wykładów i prezentacji obejmował najnowsze osiągnięcia zarówno w rozpoznawaniu, jak i leczeniu zaburzeń rytmu serca u dzieci i młodzieży. Przedstawiono 35 prac oryginalnych, w tym 2 prezentacje ustne i 4 plakatowe, które pochodziły z Kliniki Kardiologii Instytutu „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Ożywione dyskusje prowadzono niemal po każdym wystąpieniu, na co przewidziano odpowiednią ilość czasu.

U dzieci wymagających stałej stymulacji serca problemem jest ustalenie optymalnego miejsca stymulacji, wiadomo bowiem, że wieloletnia stymulacja koniuszka prawej komory powoduje istotne zaburzenia hemodynamiczne i często nieodwracalny remodeling serca. Panuje zgodność co do faktu, że u najmłodszych dzieci stymulacja nasierdziowa z zastosowaniem elektrod uwalniających steroidy i możliwością naszcicia elektrody na lewą komorę daje większe korzyści na przyszłość, gdyż „oszczędza” naczynia i zmniejsza zaburzenia hemodynamiczne. W miarę możliwości należy zachować sekwencję

skurczu przedsionków i komór z wykorzystaniem prawidłowej funkcji węzła zatokowo-przedsionkowego jako fizjologicznego rozrusznika. U dzieci z omdleniami wazowagalnymi decyzja o wszczęciu stymulatora serca musi być dokładnie przemyślana, ponieważ metoda ta nie zawsze daje oczekiwane efekty, a problem w wieku rozwojowym jest często przejściowy. Wiele mówiono na temat konieczności i metod usuwania elektrod u pacjentów w czasie kolejnych wymian układu stymulującego serce.

Implantację wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów (ICD, *implantable cardioverter-defibrillator*) w profilaktyce nagłego zgonu sercowego i stymulację dwukomorową resynchronizującą poprawiającą parametry hemodynamiczne w wyselekcjonowanych przypadkach zaawansowanej niewydolności serca obecnie wykonuje się również u dzieci. Dyskutowano o wskazaniach i problemach tych metod leczenia w wieku rozwojowym, zwłaszcza u pacjentów z nieprawidłową anatomią serca. Doświadczenia w ich stosowaniu u najmłodszych pacjentów są coraz większe, choć nadal niewystarczające, a nie można doświadczeń dotyczących dorosłych pacjentów bezpośrednio odnosić do dzieci. Podkreślano, że trudno jest ocenić ryzyko nagłego zgonu w wieku rozwojowym. Nie określono jednoznacznie wskazań do implantacji ICD u dzieci, a problemy i powikłania występują u nich częściej niż u pacjentów dorosłych. Najczęstsze wskazania do wszczęcia ICD mają dzieci z komorowymi zaburzeniami rytmu serca i kardiomiopatią przerostową oraz z zespołem wydłużonego QT. Katecholaminergiczny częstoskurcz komorowy czy zespół Brugada u dzieci zdarza się bardzo rzadko.

Dużo czasu poświęcono na leczenie dzieci z zaburzeniami rytmu metodą abłacji. Metoda szybko się rozwija, rozszerza się wskazania do jej stosowania, staje się ona coraz powszechniejsza, a w wielu przypadkach jest już standardowym postępowaniem. Doświadczenia w leczeniu dzieci i młodzieży z częstoskurczami również komorowymi metodą abłacji są coraz większe. Nadal jednak

u najmłodszych pacjentów, u których wykonanie ablacji wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań, podstawową metodą leczenia częstoskurczu jest przewlekła farmakoterapia.

Najtrudniejszą i niestety coraz liczniejszą grupą są dzieci i młodzież ze złożonymi zaburzeniami rytmu po kardiologicznym leczeniu wrodzonych wad serca. Pełna diagnostyka i skuteczne leczenie wymagają zwykle w tych przypadkach współpracy wielu specjalistów. Uzyskanie stabilnego rytmu serca, np. po operacjach typu Fontana, bywa możliwe po dokładnym zapoznaniu się z aktualnym hemodynamicznym stanem układu krążenia, po badaniu elektrofizjologicznym połączonym z mappingiem i po ablacji podłoża arytmii, często chirurgicznej w tych przypadkach. Terapia pacjentów po kardiologicznym leczeniu złożonych wrodzonych wad serca z uporczywymi zaburzeniami rytmu serca stanowi wyzwanie dla całego zespołu lekarzy. Pacjentów tych powinno się leczyć w wysoko specjalistycznych, odpowiednio przygotowanych ośrodkach.

Spotkania specjalistów o wspólnych zainteresowaniach sprzyjają nieoficjalnym kontaktom, wzajemnemu poznaniu się i wymianie poglądów. Dzięki nim możliwe jest zainicjowanie wzajemnej współpracy. Program socjalny uwzględniający *gala dinner* nad brzegiem Morza Śródziemnego i wspólne, niestety krótkie, zwiedzanie okolic Antalyi po zakończeniu obrad z pewnością przyniosą takie efekty.

Dr hab. med. Katarzyna Bieganowska

*Kierownik Pracowni Diagnostyki
Zaburzeń Rytmu Serca
Klinika Kardiologii Instytutu
„Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie*

Dr med. Maria Miszczak-Knecht

*Klinika Kardiologii Instytutu
„Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie*