

Sprawozdanie z XVI Międzynarodowego Kongresu Kardiologicznego „*The new frontiers of arrhythmias*” 24–31 stycznia 2004 r., Marilleva, Włochy

Międzynarodowy Kongres Kardiologiczny tradycyjnie odbywa się co 2 lata w Marillevie — w samym sercu Dolomitów, paśmie górskim w Alpach Wschodnich. Doskonała organizacja Kongresu to wynik 30-letnich doświadczeń, a także patronatu wybitnego kardiologa włoskiego — prezydenta Kongresu — profesora Francesco Furlanello.

Sceneria gór Val di Sole stwarza szczególną atmosferę tego niecodziennego naukowego spotkania. Połączenie możliwości poznania najnowszych doniesień kardiologicznych z rekreacją (narciarstwo, spacer, korzystanie ze sportów wodnych) spowodowało, że Marilleva stała się miejscem nawiązywania przyjaźni, znajomości, wymiany poglądów, które w przyszłości mogą zaowocować naukową międzynarodową współpracą.

Program Konferencji został opracowany przez profesora Ricardo Cappato z Mediolanu oraz profesora Johna Camma z Londynu. Szczególną uwagę zwrócono na znaczny postęp w diagnostyce i leczeniu zaburzeń rytmu serca, zarówno na polu eksperymentalnym, jak i w arytmologii klinicznej.

Tematyka sympozjów obejmowała podstawowe problemy arytmii serca, z analizą repolaryzacji, terapię resynchronizującą (zarówno komorową, jak i przedsionkową), podstawy genetyki molekularnej, ciągle żywy problem migotania przedsionków, zespołów preekscytacji, nagłej śmierci sercowej, kardiomiopatii, choroby mięśnia sercowego, utraty przytomności, tachyarytmie komorową, arytmie u sportowców, lekkoatletów (zainteresowania prof. Furlanello), postępy w elektrofizjologii, ablacji, w kardiologii, doświadczenie z takimi urządzeniami, jak rozruszniki czy kardiowertery-defibrylatory (ICD), kontrolowanie serca w różnych sytuacjach, farmakoterapię etc.

Wśród zaproszonych gości były takie sławy, jak: P.E. Vardas, R. Sutton, H. Klein, H. J. Wellens, S. Levy, G. Steinbeck, P.I. Altieri, M. Ferrari, L. Padelletti, A.J. Camm, P. Sanders, M. Vassalle, H. Ector, J. Krautzner, A. Bayes De Luna, R. Hatala, I. Mendoza-Mujica, M. Malik i wielu, wielu innych.

Polską grupę reprezentowali profesor Włodzimierz Kargul z Katowic i profesor Ryszard Piotrowicz z Warszawy. Przedstawiono 5 prac z ośrodków warszawskiego, katowickiego, łódzkiego, gdańskiego i lubelskiego. Bardzo dużym powodzeniem cieszyły się edukacyjne wykłady profesora Heina Wellensa (Maastricht). Dotyczyły one właściwego rozpoznawania zaburzeń rytmu serca („Powrót do nauki 12-odprowadzeniowego EKG” — godzina dziennie z Heinem Wellensem). Sympozja te były interaktywne, a więc każdy mógł poprobować własnych sił w prawidłowym rozpoznawaniu trudnych krzywych zapisu EKG.

W swoim wykładzie P. Vardas przedstawił aktualny stan wiedzy na temat przewlekłej stymulacji serca. Zwrócił uwagę, że od 10 lat stymulacja sprawdza się u chorych z zastoinową niewydolnością serca, z zaburzeniami przewodzenia śródkomorowego, przy zmniejszeniu rezerwy wieńcowej, spadku objętości wyrzutowej, poprawia jakość życia, redukuje chorobowość oraz śmiertelność, dodatkowo odgrywa rolę u chorych z kardiomiopatią przerostową i z migotaniem przedsionków. A zatem stymulacja jest także terapią wspomagającą choroby niezwiązane z wolnym biciem serca. Vardas stwierdził, że po latach uczy się dostosowywać rodzaj stymulacji do choroby. Z wymienionych wskazań podkreślił jedno — pełny blok asymptomatyczny u dzieci.

Przypomniał też, że u chorych z blokiem przedsionkowo-komorowym III° i z utratami przytomności stymulacja przedłuża przeżycie, a wydłużenie PR ponad 300 ms u pacjentów z blokiem przedsionkowo-komorowym I° może prowadzić do desynchronizacji skurczu przedsionków i komór. Zastosowanie stymulacji fizjologicznej [DDD(R), VDD] prowadzi natomiast do synchronicznego skurczu przedsionków i komór, poprawia hemodynamikę, lecz nie ma dowodów, że przedłuża życie chorych. Z kolei u osób z bezdechem nocnym i bezobjawowym blokiem przedsionkowo-komorowym niekoniecznie trzeba stosować stymulację.

Według Vardasa ostatnie badania wskazują, że najlepszą stymulacją jest AAI(R) w dobrze zakwalifikowanych przypadkach zespołu SSS — zarówno w porównaniu z VVI(R), jak i DDD(R) — ponieważ prowadzi do poprawy jakości życia i rzadszego występowania migotania przedsionków, m.in. poprzez wyeliminowanie zbędnej stymulacji komór. Kontrolersyjna jest natomiast stymulacja u chorych z zespołami neurokardiogennymi (10–40% epizodów utrat przytomności).

Spostrzeżenia na temat migotania przedsionków przedstawił P. Sanders z ośrodka w Bordeaux. Migotanie przedsionków jest arytmia, która występuje w każdej dekadzie życia, ale rośnie do około 6% u osób powyżej 65 rż. W konsekwencji zwiększają się śmiertelność i chorobowość, związane z incydentami zatorowości, udarów mózgu i kardiomiopatii tachyarytmicznej. Ostatnie badania sugerują, że w utrzymaniu rytmu zatokowego ograniczoną rolę odgrywają środki farmakologiczne. Ablacja jest skuteczną metodą w uzyskaniu rytmu zatokowego. Sanders wspominał o różnych systemach nawigacyjnych (mapowanie elektroanatomiczne, Carto) i lokalizujących (LocaLisa, NavX). W większości dobrych ośrodków użycie powyższych sposobów wystarcza, żeby w ciągu 1–2 godzin dokonać elektrycznej izolacji żył płucnych. Ablacja dotyczy żył płucnych oraz tzw. triggerów, zabezpieczając około 70% chorych z napadowym migotaniem przedsionków. Dodatkowo Sanders podkreślił znaczenie stosowania farmakoterapii jako leczenia wspomagającego.

Dotychczasową wiedzę na temat utrat przytomności podsumował R. Sutton, a K. Kuck z Hamburga przedstawił sposoby zapobiegania i prewencji nagłej śmierci sercowej. Kontynuacją tego tematu było bardzo ciekawe sympozjum, w którym uczestniczyli: H. Klein (Magdeburg), W. Davies (Londyn), H. J. Wellens (Maastricht), R. Cappato (Mediolan), M. Borggreffe (Mannheim). Podczas wykładu omówili oni farmakoterapię lekami antyarytmicznymi, β -blokerami oraz urządzeniami antyarytmicznymi (ICD).

Chorzy z niewydolnością serca są zaliczani do grupy wysokiego ryzyka nagłej śmierci sercowej (SCD, *sudden cardiac death*). Ten fakt jest nie tylko problemem medycznym, ale — jak powtarzano wielokrotnie podczas trwania Kongresu — również socjoekonomicznym. Najczęstszą przyczyną niewydolności serca oraz nagłej śmierci sercowej jest choroba wieńcowa, która występuje u ponad 70% populacji. W zapobieganiu nagłej śmierci sercowej w przypadkach uszkodzenia serca pomagają takie leki, jak inhibitory ACE, β -blokery, amiodaron oraz statyny. Leczenie hybrydowe (farmakoterapia i ICD, wraz z ewentualną ablacją ognisk arytmii komorowej) zmniejsza uszkodzenie funkcji lewej komory oraz obniża ryzyko wystąpienia nagłej śmierci sercowej.

Podsumowując, można stwierdzić, że Konferencja była nadzwyczaj udana zarówno pod względem merytorycznym, jak i towarzyskim. Na pewno do pozytywnej oceny tego spotkania naukowego przyczyniły się również wspaniałe warunki, w jakich przyszło nam przebywać.

*Włodzimierz Kargul i Bogusław Grzegorzewski
Klinika Elektrokardiologii
Górnośląskie Centrum Medyczne, Katowice Ochojec*