

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Komentowana praca dotyczy częstych sytuacji klinicznych. Na Oddział Kardiologiczny, w Polsce nieraz jednak wewnętrzny, przywożą mdlejącego, zazwyczaj starszego pacjenta, którego elektrokardiogram wykazuje różnego rodzaju bradykardię, więc rozpoznaje się zespół MAS. Taki chory, zanim wszczepi mu się stymulator, powinien być natychmiast zabezpieczony elektrodą endokawitarną i dokładnie zdiagnozowany (to ostatnie dotyczy także pacjentów z rozpoznaniem ostrych zespołów wieńcowych trafiających do Pracowni Hemodynamicznej). Nierzadko okazuje się, że taki stan jest spowodowany ciężką lub nawet nie tak ciężką hiperkaliemią, której wyrównanie powoduje powrót prawidłowego rytmu serca i ustąpienie omdleń.

Znane mi są jednak niestety przypadki, gdy takimu choremu, jeszcze przed otrzymaniem wyników badań, w trybie natychmiastowym wszczepiono stymulator. Choć ostatecznie „nic takiego” się tutaj nie dzieje, bo prawie zawsze dotyczy to osób z wrażliwym układem przewodzącym w przebiegu niewydolności nerek, miażdżycy, cukrzycy itp. Wszyscy jednak zgodzimy się, że nie jest to postępowanie prawidłowe.

Jak napisałem, są to częste, rzadziej publikowane, przypadki kliniczne. Jest to trzecia praca w *Kardiologii Polskiej* —

jedna ukazała się w 2003 roku [1], a druga, z Turcji, oczekuje na druk [2]. To mało w stosunku do wagi i częstości problemu. Wszyscy mamy do czynienia z podobnymi przypadkami. Zawsze staramy się ustalić, skojarzenie których leków zatrzymujących potas (nieraz również z potasem!) doprowadziło do hiperkaliemii. Nigdy dotąd (a czynię to często), dopytując się chorego o przyjmowane leki, nie pytałem, czy nie zażywa statyn. Przy aktualnych ich generacjach i rozpowszechnionym stosowaniu wydaje mi się, że zapominamy o „widmie rabdomiolizy”. Przynajmniej ja zapominałem. Komentowana praca uświadomiła mi, że w takich przypadkach trzeba zawsze uwzględniać możliwość wystąpienia rabdomiolizy.

I jeszcze jedno. Uważam, że przy niekiedy nie tak bardzo podwyższonej kaliemii trzeba zawsze rozpatrywać obecność ciężkich zaburzeń przewodzenia, w razie możliwości ponownego pojawienia się tej nieprawidłowości, jako przynajmniej względnego wskazania do profilaktycznego wszczepienia na stałe układu stymulującego.

### Piśmiennictwo

1. Kowalik R, Rokosz J. Jatrogenne hiperkaliemia u osób starszych. Stany zagrożenia życia. Miejsce sztucznej stymulacji serca. *Kardiologia Polska*, 2003; 59: 47.
2. Erden J, Yalcin S, Ozhan H. Syncope caused by hyperkalemia during use of a combined therapy with angiotensin-converting enzyme inhibitor and spironolactone. *Kardiologia Polska*, 2010; 68: 1043-1045.