

Zdalne telemetryczne monitorowanie chorych ze wszczepionym ICD lub ICD-CRT – techniczne nowinki czy realne korzyści praktyczno-kliniczne?

prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Kargul

I Katedra i Klinika Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice



Podjęty przez A. Przybylskiego i wsp. temat zdalnego telemetrycznego monitorowania chorych ze wszczepionymi ICD lub ICD-CRT jest bardzo interesujący zarówno z punktu widzenia technicznego, jak i ewentualnej przydatności klinicznej w opiece nad chorymi i mieści się w szeroko pojętej tzw. telemedycynie (np. tele-EKG).

Ze względu na brak doniesień w polskim piśmiennictwie kardiologicznym na ten temat, komentowana praca z renomowanego ośrodka implantacyjnego w Polsce jest pierwszą „jaskółką” w tej dziedzinie elektroterapii.

Wydaje mi się, pomimo braku osobistego doświadczenia z systemem Home Monitoring firmy Biotronik, że proponowane rozwiązania techniczne do zdalnego przekazywania danych z pamięci ICD lub ICD-CRT poprzez specjalny nadajnik (*cardiomessenger*) oraz sieć telefonii komórkowej do centrum serwisowego są bardzo nowoczesne i z nielicznymi wyjątkami niezawodne. Zastrzeżenia może budzić jedynie bezpieczeństwo informacji w sieci internetowej, które – na co uwagę zwracają także autorzy – nie jest całkowite. Korzyści kliniczne dla chorych podłączonych do takiego systemu są oczywiste. Monitorowanie tego typu zwiększa komfort i bezpieczeństwo osób z ICD lub ICD-CRT poprzez wczesne informowanie o groźnych komorowych zaburzeniach rytmu serca typu VT/VF, w tym o tzw. burzy elektrycznej, nieadekwatnych interwencjach, np. związanych z incydentami migotania przedsionków (AF), a także o nieskutecznej defibrylacji przy zastosowaniu maksymalnej energii szoku. W tej ostatniej sytuacji, przy wystąpieniu rzeczywistego przedłużonego lub nawracającego AF taka informacja może być jednak niestety spóźniona. Istotne są także wczesne powiadomienia o uszkodzeniach elektrod, szczególnie defibrylacyjnych, co pozwoli uniknąć fałszywych i często groźnych szoków energetycznych.

System ten, jak podkreślają autorzy, może mieć zastosowanie przy większych odległościach pomiędzy miejscem zamieszkania chorego a ośrodkiem implantacyjnym, co jednak przy wzroście liczby tego typu ośrodków i ich bardziej równomiernym rozmieszczeniu w naszym kraju ma prawdopodobnie drugorzędne znaczenie. Może być również użyteczny dla chorych mało mobilnych, którzy mają trudności w dojazdach do ośrodków.

Innym problemem jest wyższy koszt urządzeń ICD i ICD-CRT z „*home (remote) monitoringiem*”, gdyż w cenę zakupu wchodzi także nadajnik oraz utrzymanie stałej łączności z ośrodkiem serwisowym i związana z tym konieczność analizy przekazywanych danych. Pomimo tego, nawet z ekonomicznego punktu widzenia – przy zastosowaniu wspomnianego systemu na szerszą skalę, po uprzednim przeprowadzeniu prospektywnych badań z randomizacją – takie przedsięwzięcie może być opłacalne, bo pozwoli na wyprzedzającą i częściej tańszą interwencję w odpowiednim ośrodku. Pomijam fakt uratowania życia chorego, które jest przecież bezcenne. Problem tkwi także w finansowaniu i odpowiedniej wycenie tego typu usługi przez NFZ. Istotna w tym wypadku byłaby rola PTK, a w szczególności Sekcji Rytmu Serca, w przekonaniu NFZ do umieszczenia tej procedury w katalogu świadczeń. Nawiasem mówiąc, istnieją na świecie podobne lub zbliżone systemy monitorowania chorych z ICD lub ICD-CRT, jak np. Medtronic Care Link Network (firma Medtronic) lub Latitude Patient Management System (firma Boston Scientific), które w uzasadnionych przypadkach są przynajmniej częściowo refinansowane przez ubezpieczyciela. Jak zaznaczyli autorzy, przyszłe badania pokażą, czy możliwe będzie także zmniejszenie liczby wizyt kontrolnych, co oczywiście nie wyeliminuje ich całkowicie, gdyż bezpośredni kontakt chorego z doświadczonym, kompetentnym i budzącym zaufanie lekarzem jest nadal niezbędny.