

Nowe metody resynchronizacji serca – u części chorych powrót do elektrod nasierdziowych?

dr n. med. Włodzimierz Mojkowski

Warszawa



Nie od dziś wiadomo, że I Klinika Kardiologii ŚlAM podejmuje się najtrudniejszych operacji, zwłaszcza u chorych wysokiego ryzyka. Do takich należą pacjenci z niewydolnością krążenia, poddawani pomostowaniu tętnic wieńcowych, u których dodatkowo występowała, pogarszająca rokowanie,

desynchronizacja czynności skurczowej komór.

Wobec stałej tendencji do wydłużania się wieku, przyrost liczby ludzi z niewydolnością krążenia ma lawinowy charakter i uznawany jest za epidemię XXI wieku. Wśród wielu czynników składających się na niewydolność serca, desynchronizacja może mieć charakter odwracalny. Wymaga to zastosowania specjalnego trybu stymulacji serca, zwanego CRT (ang. *cardiac resynchronisation therapy*) – co niejako podkreśla istotę zagadnienia. Po pierwszych kilku latach doświadczeń wiadomo, że jest ona skuteczna u dobrze zdiagnozowanych chorych, u których prawidłowo położono elektrody. W trakcie wszczepiania elektrod, szczególnie do zatoki wieńcowej, tak aby metodą przezżylną uzyskać stymulację lewej komory, istnieją duże trudności w dotarciu do właściwego obszaru mięśnia tej komory (o największym opóźnieniu). Są one pochodzenia anatomicznego (brak lub niemożność wprowadzenia elektrody do określonej żyły) lub elektrycznego (wysoki próg stymulacji, występowanie niepożądanego stymulacji nerwu przepiętowego). W rezultacie elektrody umieszcza się tak, aby „objąć” nimi maksymalne fragmenty lewej i prawej ko-

mory. Stąd stosunkowo wysoki odsetek *non responders*, sięgający 30%. Tylko nieliczne ośrodki dysponują śródoperacyjnym badaniem echokardiograficznym weryfikującym na ostro skuteczność (w tym kilka w Polsce), a wartość tych pomiarów jest dyskutowana i wymaga potwierdzenia w dalszej obserwacji.

Z radością więc dowiedzieliśmy się, że w śląskim ośrodku są chirurdzy bardzo *very open minded*, którzy postanowili spróbować podnieść wyżej poprzeczkę doskonałości zabiegu chirurgicznego, uzupełniając rewasularyzację o implantację 3 elektrod nasierdziowych. Przedłużyło to czas zabiegu *on pump* o kilkanaście procent, ale koledzy nie odliczyli przy tym czasu na wszystkie elektrody czasowych, co i tak musieliby wykonać, gdyby nie implantowali elektrod do stałej stymulacji! Poza tym nie było potrzeby narażania pacjentów na kolejny zabieg implantacji CRT, co po przebytej perikardiotomii jest z pewnością trudniejsze. Nie dość, że nie obserwowano żadnych związanych z tym powikłań, to – sądząc po rezultatach – pacjenci zyskali wybitną poprawę wydolności fizycznej! Gratuluję więc pomysłu wynikającego zapewne z dobrej współpracy kardiologów i elektrofizjologów. Dla dobra chorego jest dozwolone, a nawet konieczne wykorzystanie każdej możliwości zdobycia informacji pomocnej w ustaleniu optymalnego postępowania. Z przyjemnością odnotowałem fakt, że – wydawałoby się odchodzące w zapomnienie – elektrody nasierdziowe wracają do łask. Tak oto historia stałej elektrostymulacji zatacza koło, wracając do ponownego stosowania elektrod, od których rozpoczęła się era stymulacji serca.