

Komentarz



Autorzy postawili sobie pytanie, na które odpowiadają negatywnie, przedstawiając decyzje podjęte w dwóch prezentowanych przypadkach. Mój szacunek wobec tych decyzji wzbudza: głęboka wiedza lekarska obejmująca farmakokinetykę stosowanych leków oraz odważna cierpliwość. W dzisiejszych czasach, przy dostępności sprzętu do implantacji, podjęcie decyzji o **niewszczepieniu** dość dobrze finansowanego układu stymulacji serca (stymulator dwujamowy – DDD) jest znacznie trudniejsze. Tymczasem wykonana ablacja węzłowego częstoskurczu nawrotnego w pierwszym przypadku była wyleczeniem pacjentki, bez obecności ciała obcego, jakim jest układ stymulujący. Druga chora z napadowym migotaniem przedsionków została zakwalifikowana do przewlekłej farmakoterapii lekiem beta-adrenolitycznym, a w przyszłości prawdopodobnie będzie miała implantowany stymulator. Odroczenie tego momentu w życiu chorej ma zasadnicze znaczenie z kilku powodów:

- elektrody endokawitarne zużywają się i uszkadzają w czasie przebywania w układzie sercowo-naczyniowym [1];
- powtarzające się okresy bakteriemii w obecności elektrod w jamach prawego serca powodują ryzyko wystąpienia odelektrodowego zapalenia wsierdza [2];
- obecność elektrod w żyłach doprowadzających do serca może spowodować zwężenie lub niedrożność tych naczyń [3];
- puszka stymulatora z powodu wyczerpania baterii wymaga wymiany raz na kilka lat. Każdy taki zabieg jest przeżyciem dla pacjenta, podnosi również ryzyko infekcji łoża urządzenia;
- zabieg implantacji stymulatora może być przeprowadzony u pacjenta w późnym wieku bez istotnego zwiększenia ryzyka zabiegowego.

Implantacja stymulatora nie jest zakończeniem procesu terapeutycznego, tylko jego istotną zmianą. Na tej nowej drodze leczenia pacjent napotyka nowe przeszkody, takie jak potrzeba okresowych kontroli w poradni stymulatorów oraz pewne ograniczenia w użyciu sprzętu diagnostyczno-leczniczego, szczególnie w zastosowaniu rezonansu magnetycznego (MRI, *magnetic resonance imaging*). Oczywiście powyższe niedogodności nie zmieniają zalet przewlekłej stymulacji serca typu DDD w zespole chorego węzła zatokowego (SSS, *sick sinus syndrome*) i jego odmianie – tachykardia–bradykardia. Stymulacja pozwala na bezpieczną farmakoterapię antyarytmiczną skutecznymi dawkami leków oraz podnosi jakość życia pacjentów, jeżeli okresy bradykardii albo tachykardii poprzedzają objawy [4]. Lekarz kwalifikujący do zabiegu implantacji stymulatora, podejmując tak istotną dla dalszego życia chorego decyzję, musi kierować się „bilansem zysków i strat”, czyli tak zwanym mniejszym złem. W kwalifikacjach do zabiegów poprawiających jakość życia decyzja powinna być podejmowana wraz z chorym przy jego prawidłowym i zrozumiałym poinformowaniu.

dr hab. n. med. Barbara Małecka

Institut Kardiologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Piśmiennictwo

1. Kutarski A., Małecka B., Kołodzińska A. i wsp. Mutual abrasion of endocardial leads: analysis of explanted leads. *Pacing Clin. Electrophysiol.* 2013; 36: 1503–1511.
2. Małecka B., Kutarski A. Lead-dependent infective endocarditis: an old problem, a new name. *Cardiol. J.* 2010; 17: 205–210.
3. Rozmus G., Daubert J.P., Huang D.T. i wsp. Venous thrombosis and stenosis after implantation of pacemakers and defibrillators. *J. Interv. Card. Electrophysiol.* 2005; 13: 9–19.
4. Ulman M., Dębski M., Ząbek A. i wsp. Long term follow-up of DDD pacing mode. *Kardiol. Pol.* 2014 Feb 14. doi: 10.5603/KPa.2014.0020 [złożone do druku].