

Zmieniać postępowanie czy czekać na wyniki dużych badań?

prof. dr hab. n. med. Fryderyk Prochaczek

Prywatna Klinika Kardiologii, Tychy



Komentowana praca podejmuje praktyczny problem ważny dla lekarza prowadzącego chorych z napadami migotania przedsionków (AF). Umia-rawiać czy nie umiarawiać – oto jest pytanie. Badania PIAF, AFFIRM, RACE, HOT-CAFE pokazały, że strategia utrzymywania rytmu zatokowego nie ma wyraźniej przewagi u chorych, u których lekarz prowadzi farmakologiczną kontrolę częstotliwości akcji serca. Pozostają jednak osoby źle tolerujące AF, które odczuwają wyraźne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego pomimo farmakologicznego utrzymywania częstotliwości akcji serca na optymalnym poziomie.

Praca D. Bąkowskiego i wsp. jest próbą uzyskania odpowiedzi na pytanie, jakim chorym w szczególności przywrócenie rytmu zatokowego przyniesie wyraźną poprawę wydolności serca, a w konsekwencji także, jak można przypuszczać, jakości życia. W pracy dokonano oceny funkcji rozkurczowej w czasie rytmu zatokowego, ale zgodnie z wytycznymi dotyczącymi diagnozowania diastolicznej niewydolności serca, opublikowanymi w 2007 r. w *European Heart Journal*, stopień zaburzeń funkcji rozkurczowej lewej komory może być w czasie AF wiarygodnie oceniany stosunkiem E/E'. Praca powstawała, gdy wytyczne te jeszcze nie obowiązywały.

Echokardiograficzna diagnostyka zaburzeń funkcji rozkurczowej lewej komory serca jest coraz częściej stosowana. W praktyce klinicznej osoby z chorobami prowadzącymi do dysfunkcji rozkurczowej, to jest nadciśnieniem tętniczym czy chorobą wieńcową, mają ją określoną i wpisaną do karty wypisowej któregoś pobytu w szpitalu lub oznaczoną w warunkach ambulatoryjnych.

Migotanie przedsionków w formie przetrwałej, takiej jak w grupie badanej, jest bardzo częstym problemem kardiologów, którzy muszą podjąć obiektywną decyzję – czy umiarawiać, a jeżeli tak, to jaką metodą i jaką energią (elektryczną, farmakologiczną). Autorzy komentowanej pracy zwracają uwagę, że do uzyskania dobrych efektów kardiowersji elektrycznej konieczne jest przed jej wykonaniem zwolnienie akcji serca do 60–90/min. Taki stopień zwolnienia akcji serca zmniejsza lub eliminuje strach chorego towarzyszący AF, a lekarzowi pozwala urealnić ocenę wpływu AF na wydolność wysiłkową ocenianą wg klasyfikacji NYHA.

Praktyczny aspekt pracy D. Bąkowskiego i wsp. jest niewątpliwy. Autorzy próbują opowiedzieć na pytanie, którzy chorzy z nawracającym AF odniosą największe korzyści z przywrócenia rytmu zatokowego. Stopień poprawy wydolności serca po kardiowersji elektrycznej oceniano na podstawie stężeń peptydów natriuretycznych przed jej wykonaniem oraz 24 godz. i 30 dni po jej wykonaniu. Uzyskane wyniki zaowocowały wnioskiem, że zarejestrowane zmiany stężeń peptydów natriuretycznych zależą od czynności rozkurczowej lewej komory określonej badaniem echokardiograficznym. Autorzy konkludują, iż wykonanie kardiowersji elektrycznej u osób z zaburzoną funkcją rozkurczową prowadzi do poprawy wydolności serca, za czym ma przemawiać obserwowane po kardiowersji istotne obniżenie stężenia peptydów natriuretycznych. Można się z tym zgodzić, ale należy także pamiętać, że zwiększona sekrecja peptydów zależy najpewniej nie tylko od zwiększonego ciśnienia w lewym przedsionku i ciśnienia późnorozkurczowego w lewej komorze, ale być może także od zmniejszonej diurezy w wyniku zmniejszenia przepływu krwi przez nerki. Zmniejszenie przepływu odbywa się prawdopodobnie na drodze regulacji odruchowej powodowanej stresem, który towarzyszy źle tolerowanemu AF. W takiej sytuacji uruchomienie sekrecji peptydów natriuretycznych może być tylko wyrównawczym sposobem eliminacji pojawiającego się ograniczenia diurezy.

Praca D. Bąkowskiego i wsp. to ambitna próba rozwiązania jednego z problemów, przed którymi stoi kardiolog leczący chorego z przetrwałym AF. Uzyskane wyniki są zgodne z wynikami innych autorów zajmujących się podobną tematyką i sugerują wykonanie kardiowersji elektrycznej u osób z zaburzoną funkcją rozkurczową lewej komory. Badania naukowe przeprowadzone nawet w niewielkich grupach są często pomocne, nie tylko przy konstruowaniu dużych badań, ale również mogą na bieżąco modelować sposób postępowania kardiologa śledzącego publikacje kardiologiczne. Wyniki tej i innych małych prac, aczkolwiek sugestystycznych, można pominąć i czekać na wyniki dużych badań klinicznych. Jednakże na podstawie przedstawionej pracy można też bez szkody dla chorego, a z pewnością dla jego dobra, podjąć decyzję o wykonaniu kardiowersji elektrycznej u osób źle tolerujących AF, u których w kartach wypisowych znajdziemy, lub sami potwierdzimy badaniem echokardiograficznym, upośledzoną funkcję rozkurczową lewej komory serca.