

FARMAKOTERAPIE „SICK SINUS SYNDROMU“

Plk. doc. MUDr. V. PIDRMAN, CSc., MUDr. A. HAMET, CSc., mjr. MUDr. J. GREGOR

Vojenský lékařský a doškolovací ústav J. E. Purkyně, Hradec Králové

II. interní katedra LF UK v Hradci Králové (přednosta: plk. doc. MUDr. V. Pidrman, CSc.)

V posledních letech se zjistila celá řada klinicky závažných arytmií, které mají společného jmenovatele — prvotní postižení sinusového uzlu. Tyto stavy byly popisovány jako nová klinická jednotka, tzv. sick sinus syndrom — dále SSS [1, 2, 7, 8]. Sami jsme shrnuli před 5 léty své zkušenosti s diagnostikou a klinickým obrazem tohoto syndromu [6].

V léčení se v literatuře velmi často doporučuje trvalá kardiostimulace jako nejvýhodnější metoda. Protože jsme však nenašli serióznější zdůvodnění tohoto postupu jako jediné léčebné metody, chceme v dnešní práci shrnout naše poznatky z dlouhodobého sledování těchto nemocných léčených farmaky.

Sestava a metodika

Naši sestavu tvoří 40 nemocných — viz tab. 1.: 26 mužů o průměrném věku 61,2 a 14 žen, průměr stáří 57,3 roku. Nejmladší nemocná byla 15letá, nejstarší byli dva muži 88 let. Nemocní byli sledováni v průměru 4,7 roku, nejvíce 8 let, nejméně 2 roky. Diagnóza SSS byla u všech nemocných založena na trvalém několikaletném monitorování srdečního rytmu, doplněném o funkční vyšetření, tj. reakcí sinusového rytmu na fyzickou zátěž a farmaka.

Nemocné jsme podle převažujícího typu arytmie rozdělili do 4 skupin (tab. 2): na typ bradykardie — tachykardie, další skupinu tvořili nemocní, u nichž byly hlavní poruchou blokády vedení s náhradními ektopickými stahy nebo rytmy, ve třetí skupině byli nemocní se sinusovou bradykardií. V poslední skupině je chronická fibrilace síní s pomalou frekvencí komor.

Toto rozdělení má určitý význam pro stanovení hlavních léčebných zásad.

Léčbu všech našich nemocných jsme zahájili vždy farmaky, a to zásadně na jednotce inten-

Tab. 1

SESTAVA

	n	ø věk
♂ muži	26	61,2
♀ ženy	14	57,3
Celkem	40	59,8

Tab. 2

ROZDĚLENÍ SSS DO SKUPIN

Syndrom bradykardie – tachykardie	(B–T)
Poruchy vedení – SA, SA + AV	(BL)
Sinusová bradykardie	(B)
Chronická fibrilace síní	(FS)

zivní péče, protože léčba v prvních stádiích vyžaduje často individuálně kombinovat jednotlivé léky. Proto je nutné nemocné trvale monitorovat.

Jestliže se farmakoterapii podařilo stabilizovat srdeční rytmus tak, že jsme nemocného zbavili klinických obtíží, propustili jsme jej na několik týdnů do normálního životního režimu a pak znovu na jednotce monitorovali. Nemocné, u kterých byla terapie úspěšná, jsme zařadili do dispenzární péče s pravidelnými kontrolami, individuálně stanovenými. U těch, kde jsme od samého počátku farmakoterapií ne-

upravili klinické obtíže, nebo kde došlo k jejich obnově, bylo indikováno zavedení kardiostimulátoru.

Výsledky

Naše výsledky jsou shrnuty na tab. 3. Z našich 40 nemocných bylo 28 ve skupině B-T, 8 ve skupině blokád, 3 měli sinusovou bradykardii a 1 fibrilaci síní. V další části tabulky uvádíme výsledky dlouhodobého sledování. Celkem 5 osob přešlo do chronické fibrilace síní, stav dalších 7 nemocných hodnotíme jako velmi dobrý, tzn., že jsou zcela bez klinických obtíží, vyžadují minimální udržovací farmakoterapii — obvykle pouze jedním antiarytmikem a stačí kontroly za dobu delší než 3 měsíce. Nicméně na ekg nebo v průběhu monitorování se objevují nezávažné arytmie, které nemocní subjektivně nevnímají. Stejný stav je u nemocných s chronickou fibrilací síní, která v tomto případě představuje příznivé spontánní vyústění tohoto syndromu.

Tab. 3

VÝSLEDKY

(Vysvětlení zkratk viz. tab. 2)

Typ	n	FS	Velmi dobrý	Dobry	Far-maka	Pace-maker
B-T	28	4	5	12	21	7
BL	8	1	1	2	4	4
B	3	—	1	2	3	—
FS	1	1	—	—	1	—
Celkem	40	6	7	16	29	11

Stav hodnotíme jako dobrý tehdy, když nemocní sice vyžadují intenzivnější terapii, větší kombinaci 2—3 léků, intervaly kontrol jsou proto menší než 3 měsíce, nemocní nemají synkopy ani jejich ekvivalenty, subjektivně však mohou vnímat poruchy rytmu. Těchto nemocných je v naší sestavě 16. V naší skupině 40 osob jsme tedy dostali 16. V průběhu 2—8 let s farmakoterapií téměř u 3/4 nemocných. Za sledované období bylo nutno implantovat trvalý kardiostimulátor u 11 osob, tj. ve 27,5 %. Kardiostimulátor byl implantován u 7 nemocných již do 2 měsíců po zahájení léčby 2krát do půl roku, 1krát za rok a 1krát za 3 roky po stanovení diagnózy SSS. Nemocní s B-T syndromem vyžadují i po zavedení kardiostimulace trvalé podávání antiarytmik, abychom zamezili vzniku paroxysmu závažné tachyarytmie. U 1 nemocného dochází k synkopám i přes tuto kombinovanou terapii, takže jsme nuceni uvažovat o chirurgickém řešení. Z celé naší skupiny zemřeli za sledované období 3 nemocní. Všichni 3 na srdeční selhání, při zavedeném kardiostimulátoru. Ani jednou jsme nepozorovali náhlou smrt.

Rozprava

Léčení SSS je velmi obtížné, protože máme před sebou arytmii charakterizovanou jak poruchou tvorby a vedení vzruchu, tak zvýšenou ektopickou aktivitou. Léky působící převážně na tvorbu vzruchů zvětšují ektopickou aktivitu a naopak depresivně působící antiarytmika zhoršují jak vedení vzruchu, tak i jeho tvorbu v sinusovém uzlu. Někteří autoři proto považují za jediné definitivní řešení zavedení stimulatoru on demand, doplněné podle potřeby antiarytmiky. Stimulátor zabezpečí potřebný základní rytmus a antiarytmika potlačí ektopickou aktivitu (5, 9). V počátečních obdobích onemocnění je běžně doporučováno pokusit se o jeho farmakologické zvládnutí (3, 4). V našich podmínkách při nedostatku stimulatorů on demand je tento postup nutný. Zejména u starších nemocných, kde SSS vznikne náhle na podkladě ložiskových změn v síních, může být léčba farmaky, doplněná vysokými dávkami kortizonoidů a anabolik, trvale úspěšná. Naše poměrně dobré léčebné výsledky jsou pravděpodobně podmíněny velmi pečlivým stanovením účinné kombinace léčiv pro každého nemocného.

Na základě našich dlouhodobých zkušeností docházíme k těmto 3 závěrům:

1. Arytmie u SSS jsou nejpestřejší a klinicky nejzávažnější zpravidla na samotném začátku onemocnění. V případě, že na počátku uspějeme s farmakoterapií, pozorujeme v průběhu let určitou stabilizaci rytmu, obvykle můžeme snížit dávky a počet léků a také prodloužit intervaly kontrol. Třetina našich nemocných přešla postupně buď do chronické fibrilace síní, nebo do velmi dobrého stavu, takže prakticky nevyžadují léčby.

2. Zavedení trvalé kardiostimulace indikujeme ve dvou případech

- buď vlastní poruchy rytmu
- nebo pro přidružené srdeční selhání při pomalé frekvenci komor

V prvním případě to bývá na počátku onemocnění obvykle v rozmezí 1 týdne až 2 měsíců, kdy farmakoterapií neodstraníme klinicky nejzávažnější projevy onemocnění, tj. synkopy a jejich ekvivalenty nebo projevy ischemie myokardu.

Z druhé indikace jsme zaváděli kardiostimulátor později, někdy až po třech letech od zahájení farmakoterapie.

3. Naše výsledky, které jsou dostatečně dlouhodobé, nás opravňují k závěru, že farmakoterapie je důležitou metodou léčby u SSS. Téměř u 2/3 nemocných byla plně dostačující pro udržení dobrého klinického stavu a v prevenci mechanismu náhlé smrti u tohoto syndromu.

Není ani zanedbatelná ta skutečnost, že farmakoterapie je pro zdravotnictví ekonomicky a pro nemocného společensky výhodnější.

Souhrn

Bylo dlouhodobě sledováno 40 nemocných se sick sinus syndromem (po dobu 2—8 let). Autoři prokázali, že farmakoterapie byla úspěšnou metodou léčby u plných 2/3 nemocných. Kardio stimulátor musel být zaveden buď pro nezvládnutelné arytmie — v tomto případě v prvních dvou měsících léčby — nebo pro přidružené srdeční selhání při pomalé frekvenci komor — z této indikace později, někdy až po 3 letech farmakoterapie.

Literatura

1. Alber, G. - Michel, D.: Sick-sinus-syndrom. Fortschr. Med., 93, č. 10, 1975.
2. Blömer, H. - Wirtzfeld, A. - Delius, W. - Sebening, H.: Das Sinusknoten-Syndrom. Zeitschrift für Kardiologie, 64, č. 8, 1975, s. 697.
3. Ferrer, I. M.: The sick sinus syndrome. Circulation, 47, č. 3, 1973, s. 635.
4. Goel, B. G. - Han, J.: Atrial ectopic activity associated with sinus bradycardia. Circulation, 62, 1970, s. 853.
5. Kaplan, B. M. - Langendorf, R. - Lev, M. - Pick, A.: Tachycardiabradycardia syndrome (So-called „Sick sinus syndrome“). Am. J. Cardiol., 31, 1973, s. 497.
6. Hamet, A. - Pidrman, V. - Mach, J.: Sick-sinus-syndrom — onemocnění z postižení sinusového uzlu. Vnitřní lékařství, 21, č. 8, 1975, s. 761.
7. Sarachek, N. S. - Leonard, J. J.: Familial heart block and sinus bradycardia. Am. J. Cardiol., 29, 1972, s. 451.
8. Thormann, J. - Rothbard, H. J. - Schwarz, F.: Syndrom des kranken sinusknotens (Sick-sinus-syndrom). Med. Welt, 27, č. 43, 1976, s. 2049.
9. Wan, S. H. - Lee, G. S. - Toh, Ch. C. S.: The sick sinus syndrome. British Heart Journal, 34, č. 9, 1972, s. 942.