

17. <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/248659>, zalecenia-diagnostyki-i-terapii-zakazen-sars-cov-2-polskiego-towarzystwa-epidemiologow-i-lekarzy-chorob-zakaznych,1 (dostęp: 12.01.2021 r.)

18. Chen P., Nirula A., Heller B. i wsp.: *SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody LY-CoV555 in Outpatients with Covid-19*. N. Engl. J. Med., 2020; 1–9. doi: 10.1056/NEJMoa2029849.

10.2. Upadek u starszej osoby z powodu bloku przedsionkowo-komorowego III stopnia indukowanego riwastygminą

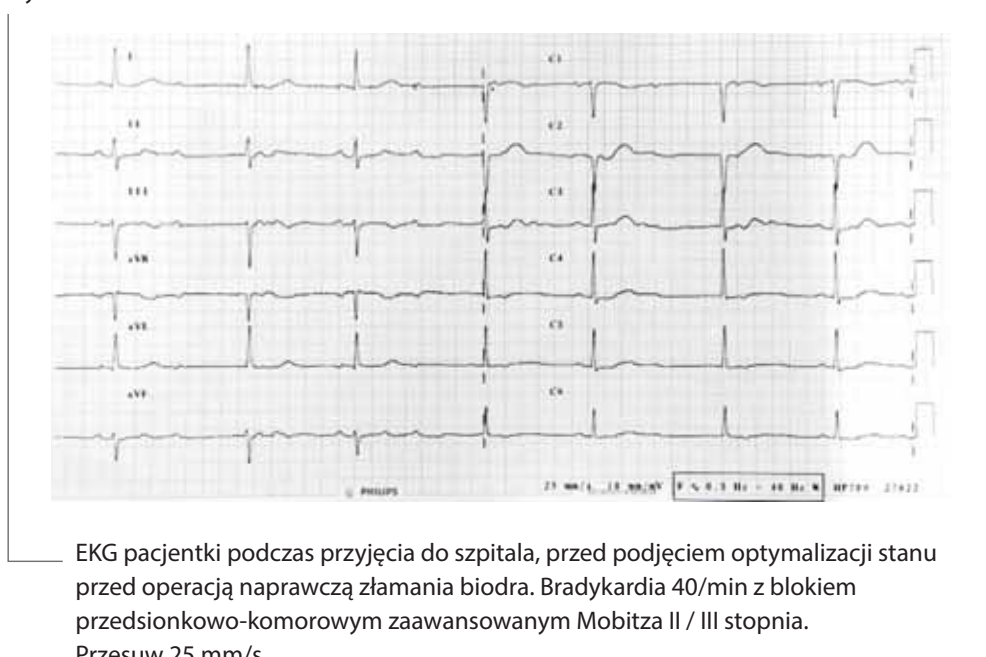
Elżbieta Pyrkosz-Cifonelli

Na początku 2018 r. przyjęto na oddział geriatryczny 87-letnią pacjentkę przywiezioną po upadku związanym przyczynowo z przemijającą utratą świadomości. Chora nie zgłaszała występowania innych objawów zwiastunowych typu zawroty głowy czy uczucie kołatania serca. Nie było też świadków upadku.

Na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej (wypisowe karty informacyjne ze szpitali, opisy konsultacji specjalistycznych, zapisy EKG, wyniki aktualnych badań dodatkowych) okazało się, że od 4 lat pacjentka jest leczona inhibitorem acetylocholinesterazy z powodu choroby Alzheimera. Początkowo przyjmowała donepezil, ale z powodu skutków ubocznych ze strony przewodu pokarmowego, w październiku 2013 r. zmieniono terapię i zaczęto stosować riwastygminę w plastrach w dawce 4,6 mg/dobę. Częstość akcji serca pacjentki przed rozpoczęciem leczenia wynosiła 93 uderzenia na minutę, a jej EKG było prawidłowe.

Dawka riwastygminy po 3 miesiącach została zwiększona do 9,5 mg/dobę. W tym czasie oceniono funkcje poznawcze pacjentki według skali MoCA (Montreal Cognitive Assessment Score) – wynik 22/30. Od momentu rozpoczęcia leczenia riwastygminą wynik testu MoCA się nie pogarszał. W subiektywnej ocenie zdolności poznawcze pozostawały niezmiennie dobre i dlatego życzeniem chorej było kontynuowanie wcześniejszej terapii. Nigdy wcześniej nie leczyła się neurologicznie lub z powodu chorób układu krążenia. Według dostępnej dokumentacji, w 2017 r. (w poprzednim roku od upadku) pacjentka miała upadek, który spowodował uraz biodra lewego bez złamania nasady bliższej kości udowej. W owym czasie jej zapis EKG wskazywał na miarową akcję serca (64 uderzenia na minutę) i nieco przedłużony czas PR, który wynosił 210 ms, poza tym bez zmian. Kobieta mieszkała we własnym domu z mężem, była niezależna i mogła wykonywać samodzielnie wszystkie czynności dnia codziennego według skali ADL.

Rycina 10.1.



EKG pacjentki podczas przyjęcia do szpitala, przed podjęciem optymalizacji stanu przed operacją naprawczą złamania biodra. Bradykardia 40/min z blokiem przedsionkowo-komorowym zaawansowanym Mobitza II / III stopnia. Przesuw 25 mm/s.

Podczas opisywanego aktualnego przyjęcia do szpitala ciśnienie chorej wynosiło 220/45 mm Hg, częstość akcji serca – 47 uderzeń na minutę. Zapis EKG wskazywał na okresowo występującą bradykardię z blokiem przedsionkowo-komorowym zaawansowanym Mobitza II / III stopnia (ryc. 10.1).

W trakcie badania tony serca pacjentki były prawidłowe. Neurologicznie bez zmian. Jej kończyna dolna lewa była skrócona i zrotowana na zewnątrz. Bez obwodowych ubytków neurologicznych. Zdjęcie RTG miednicy mniejszej i kości udowej wskazało na wewnątrztrebtkowe złamanie szyjki kości udowej lewostronne. Poza riwastygminą pacjentka nie przyjmowała innych leków, które mogłyby spowodować chronotropowo ujemny bądź dromotropowo ujemny efekt na układ przewodzący serca. Z wyjątkiem nieznacznie podwyższonych markerów zapalenia z powodu złamania inne wyniki krwi były prawidłowe.

Badanie echokardiograficzne nie wykazało nieprawidłowości w strukturze serca, frakcja wyrzutowa lewej komory była prawidłowa.