

Kolejny sukces polskich kardiologów inwazyjnych — poprawa wyników leczenia zawału serca

prof. dr hab. n. med. Andrzej Rynkiewicz

I Katedra i Klinika Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk



Polska sieć ośrodków kardiologii inwazyjnej stała się w ostatnich latach wizytówką nie tylko krajowej kardiologii, ale także całego systemu zdrowia. Słusznie możemy być dumni z postępu, jaki nastąpił dzięki kardiologom inwazyjnym w ostatniej dekadzie i prezentować osiągnięcia sieci w leczeniu chorych z zawałem serca na całym świecie.

Dane z Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych (PL-ACS) obejmujące lata 2003–2009 w zakresie leczenia zawału serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) prezentowane w komentowanym artykule [1] są tego dobitnym dowodem. Warto podkreślić znaczną redukcję śmiertelności w przebiegu STEMI w tych latach, szczególnie szpitalnej aż o 46%, 30-dniowej o 28% i rocznej o 22%. Podobne tendencje obserwowano w zamożnych krajach, m.in. w Stanach Zjednoczonych [2]. Osiągnięte częstości zastosowania leczenia reperfuzyjnego zbliżają się do wartości optymalnych, co stawia Polskę wśród liderów europejskiej kardiologii. Nieco martwi bardzo niski, znikomy wręcz odsetek wykorzystania leczenia trombolitycznego STEMI w naszym kraju. Zgadzam się ze stanowiskiem ostatnio często prezentowanym przez prof. Stefana Grajka, że nie w pełni wykorzystujemy możliwości reperfuzji trombolitycznej w bardzo wczesnym okresie STEMI mimo niewątpliwych korzyści z tej formy terapii, jaką może uzyskać pacjent. Wydaje się, że zanotowany przez Autorów spadek częstości trombolizy z 14% do 1% powinien być przedyskutowany w gronie ekspertów z opracowaniem zaleceń dostosowanych do polskich uwarunkowań logistycznych i organizacyjnych.

Obserwowana tendencja zmniejszenia częstości STEMI i niemal podwojenia NSTEMI przypomina zmiany zachodzące w wielu innych krajach, co wynika m.in. z poprawy skuteczności prewencji pierwotnej i wtórnej oraz zwiększenia czułości metod diagnostycznych w rozpoznawaniu NSTEMI. Zmniejszenie o 1/3 częstości rozpoznania niestabilnej dławicy piersiowej z 45% do 30% jest pewnie wynikiem bardziej precyzyjnej i krytycznej diagnostyki oraz powszechnego wdrożenia czułych testów troponinowych [3].

Autorzy słusznie podkreślają dość długi czas do reperfuzji od pierwszego kontaktu chorego z systemem służby zdrowia

w ostrej fazie zawału. Wydaje się, że jest to aktualnie w Polsce najważniejszy problem do rozwiązania w najbliższym czasie. Mimo dobrze rozwiniętej sieci pracowni hemodynamicznych z 24-godzinną obsadą dyżurową przez 7 dni w tygodniu czas ten w okresie ostatnich kilku lat analizowanych w komentowanym artykule [1] niewiele się zmienił. Doświadczenia własne z województwa pomorskiego wskazują na istniejący potencjał możliwej poprawy. Ośrodki spoza Trójmiasta w naszym województwie optymalnie wykorzystują system przekazywania sygnału EKG do centrum zawałowego, co umożliwia szybkie potwierdzenie rozpoznania i bezpośredni transport chorego do pracowni hemodynamicznej. Natomiast w samym Gdańsku system ten praktycznie nie funkcjonuje, co powoduje znaczne opóźnienia w ustaleniu ostatecznego rozpoznania i transport wielu chorych w pierwszej kolejności do szpitali niedysponujących dyżurującą pracownią hemodynamiczną. Wydaje się, że warto dokonać przeglądu wykorzystania teletransmisji EKG w całej Polsce w przypadku ostrych zespołów wieńcowych, przeprowadzić analizę czynników warunkujących brak optymalnego wykorzystania istniejących możliwości technicznych i wdrożyć procedury naprawcze. Może to się przyczynić do wyraźnego skrócenia czasu od pojawienia się bólu do interwencji. Nowoczesna flota śmigłowców, którą obecnie dysponuje system ratownictwa, i powstanie wielu nowych lądowisk przyszpitalnych umożliwiających korzystanie z nich w trybie całodobowym również powinno istotnie skrócić czas do reperfuzji w STEMI, szczególnie w przypadku chorych mieszkających w dalszej odległości od centrum zawałowego. Jeśli chodzi o czas *door-to-balloon*, zgadzam się z Autorami [1], że jesteśmy bardzo blisko optymalnych rozwiązań i tego czasu istotnie nie da się już skrócić.

Zastanawia stabilny odsetek kobiet leczonych z powodu STEMI w analizowanym okresie mimo wydłużenia czasu przewidywanej długości życia i zwracania uwagi na problemy kardiologiczne wśród kobiet, co powinno ten odsetek nieco zwiększyć, zwłaszcza w świetle europejskich danych epidemiologicznych dotyczących przyczyn zgonów wśród kobiet i mężczyzn.

Bardzo ważną obserwacją jest istotna tendencja zmniejszania się liczby pacjentów ze wstrząsem kardiogenym czy obrzękiem płuc w przebiegu STEMI w okresie ostatnich kilku

lat z prawie 16% do 8%, a więc redukcja o 50%. Podobne obserwacje mamy w naszym ośrodku. Warto szczegółowo przeanalizować możliwe przyczyny tej korzystnej tendencji w celu dalszego jej wzmocnienia. Cennym uzupełnieniem tych danych byłoby sprawdzenie, jak wielu pacjentów było przyjmowanych po reanimacji ulicznej lub domowej, u których stwierdzono ostre zamknięcie tętnicy odpowiedzialnej za zawał. Systematyczna edukacja społeczeństwa i dostępność defibrylatorów powoduje, że coraz więcej pacjentów z ostrym zatrzymaniem krążenia po skutecznej reanimacji trafia do ośrodków zawałowych. Prześledzenie losów tych chorych w skali całego kraju i analiza danych epidemiologicznych byłyby bardzo przydatne do lepszego przygotowania systemu zdrowia do leczenia tych pacjentów i planowania specjalistycznej opieki.

Na zakończenie pragnę po raz kolejny podziękować Autorom za podjęcie trudu organizacji i prowadzenia Reje-

stru oraz pogratulować uzyskanych wyników i mam nadzieję na nieustające wsparcie tego projektu przez MZ i NFZ.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Poloński L, Gąsior M, Gierlotka M et al. What has changed in the treatment of ST-segment elevation myocardial infarction in Poland in 2003–2009? Data from the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes (PL-ACS). *Kardiologia Pol*, 2011; 69: 1109–1118.
2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 2008; 29: 2909–2945.
3. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, doi:10.1093/eurheartj/ehr236.