

Czynniki rokowania odległego u chorych po zawale serca, czyli jak przewidzieć przyszłość?

dr hab. n. med. Dariusz Dudek

Zakład Hemodynamiki i Angiokardiografii, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Kraków



Zabiegi pierwotnej przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI) są preferowaną metodą leczenia zawału serca z uniesieniem odcinka ST. Pozwalają one na przywrócenie optymalnego przepływu w tętnicy nasierdziowej (TIMI 3) u ponad 90% pacjentów. Wykazano jednak, że mimo optymalnego wyniku zabiegu w zakresie tętnicy

nasierdziowej u części osób obserwuje się upośledzoną perfuzję mikrokrążenia wieńcowego. Brak lub niepełna perfuzja na poziomie mikrokrążenia predysponują do niekorzystnych zjawisk, takich jak brak powrotu czynności skurczowej, bardziej nasilony remodeling lewej komory i występowanie wczesnej niewydolności mięśnia sercowego, a także zwiększone ryzyko zgonu w obserwacji odległej. Istnieje wiele metod umożliwiających ocenę zarówno skuteczności samego zabiegu PCI, jak i rozległości zawału serca. Wszystkie one, poza oceną stanu aktualnego, próbują z różną skutecznością przewidzieć kliniczne losy pacjenta w dalszej obserwacji.

Wita i wsp. przeanalizowali wartość licznych parametrów w prognozowaniu niekorzystnych zdarzeń sercowych w obserwacji odległej u pacjentów po zawale serca leczonych PCI. Poza oceną danych demograficznych i klinicznych zwraca uwagę dobór różnych metod diagnostycznych — od parametrów biochemicznych, po zaawansowaną ocenę parametrów elektrokardiograficznych czy echokardiografię kontrastową. Do badania włączano jedynie pacjentów z pierwszym przednim zawałem serca leczonych PCI, u których uzyskano optymalny przepływ nasierdziowy (TIMI 3). Zatem populacja badana była homogenna, choć relatywnie mało liczna jak na ocenę klinicznych punktów końcowych grupą chorych wysokiego ryzyka. Autorzy wskazują na wysoką wartość echokardiografii kontrastowej, oceny elektrokardiograficznej (TWA, *microvolt T-wave alternans*) oraz parametrów biochemicznych (CK-MB i NT-proBNP) i niekorzystnych zdarzeń niepożądanych, ocenianych jako łączny kliniczny punkt końcowy, a także frakcji wyrzutowej lewej komory, funkcji nerek oraz TWA w przewidywaniu zgonu w obserwacji odległej.

U pacjentów z zawałem serca leczonych PCI pojawia się problem oszacowania potencjalnego ryzyka wystąpienia niekorzystnych zdarzeń niepożądanych (w tym zgonu) w obserwacji klinicznej. Ze względu na dostępność wielu metod oceny skuteczności reperfuzji i skutków zawału serca kluczowe staje się pytanie, którą z nich wybrać i jak przeprowadzić ocenę, aby w jak najprostszy i najtrafniejszy sposób określić rokowanie pacjenta. Na to pytanie próbują odpowiedzieć zarówno Wita i wsp., jak i autorzy licznych badań dostępnych w literaturze. Należy zaznaczyć, że nie istnieje jedna, optymalna metoda przewidująca trafnie rokowanie pacjenta po zawale serca. Dobierając sposób oceny w praktyce klinicznej na podstawie badań opisanych w literaturze, należy odpowiedzieć na pytanie, jakimi metodami dysponujemy, która z nich jest najlepsza u danego pacjenta i jaki punkt końcowy w obserwacji odległej koreluje z poszczególnymi technikami oceny. Jak sugerują autorzy, można wreszcie postąpić się kilkoma metodami jednocześnie, by zwiększyć wartość predykcyjną oceny.

Analiza ryzyka pacjenta po zawale serca obecnie nie jest tylko sztuką dla sztuki. Dysponujemy wieloma lekami, w przypadku których wykazano korzystny wpływ na rokowanie chorych po zawale serca. Część z nich można podawać już podczas zabiegu PCI, gdy oceniany efekt perfuzji mikrokrążenia nie jest optymalny. Inne pozostają domeną prewencji wtórnej, zmniejszając ryzyko wystąpienia niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych. Poza farmakoterapią jest możliwe również leczenie zabiegowe mające na celu prewencję incydentów sercowych, jak implantacja kardiowerterów-defibrylatorów. Wczesna stratyfikacja ryzyka pozwala na intensyfikację i optymalizację terapii oraz na dobór odpowiednich metod oceny klinicznej pacjenta w późniejszej opiece ambulatoryjnej. Ocena ryzyka jest istotna nie tylko po leczeniu reperfuzyjnym, ale również przed jego zastosowaniem. Pozwala ona na dobór odpowiedniej logistyki transferu pacjenta oraz na dobór farmakoterapii jeszcze przed transportem i w trakcie transportu do pracowni hemodynamiki. Ten moment jest szczególnie ze względu na znaczenie każdej minuty opóźnienia leczenia reperfuzyjnego, więc ocena ryzyka powinna się ograniczyć do metod szybkich i relatywnie prostych.

Podsumowując, należy stwierdzić, że autorzy poruszyli ważny problem, jakim jest ocena rokowania u pacjentów po zawale serca. Zagadnienie to, ze względu na mnogość metod oraz liczne badania, wciąż stanowi przedmiot kontrowersji wśród badaczy i bywa źródłem wielu wątpliwości

w codziennej praktyce klinicznej. Nie powinno to jednak zniechęcać do ich stosowania, gdyż wartość odpowiedniej oceny ryzyka i ustalonego na tej podstawie optymalnego postępowania są kluczowe dla dalszych losów pacjenta z zawałem serca.