

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Henryk Wysocki<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Bogna Wierusz-Wysocka<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu



Wobec intensywnego postępu technik medycznych, a zwłaszcza farmakoterapii, stopniowo przestają obowiązywać akceptowane do niedawna schematy postępowania leczniczego. Dotyczy to w znacznym stopniu pacjentów ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, a wśród nich szczególnie licznej grupy osób z towarzyszącymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej. Po erze przełamania przesądów dotyczących stosowania leków fibrynolitycznych czy beta-blokerów, na pewnym etapie ustalono pewien rodzaj konsensusu terapeutycznego. Przyjęto, że przy koniecznym uwzględnieniu skutecznego wyrównania metabo-

licznego cukrzycy, sposób farmakoterapii choroby niedokrwiennej serca u chorych na cukrzycę nie musi się różnić od postępowania u pacjentów bez towarzyszących zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Problem wyboru optymalnego sposobu rewaskularyzacji (PCI czy CABG) u chorych na cukrzycę wydawał się rozstrzygnięty w badaniu BARI [1]. Tymczasem jednak zmienił się podstawowy model leczenia pacjenta z chorobą niedokrwinną serca z towarzyszącą cukrzycą. Zazwyczaj już od momentu rozpoznania stosuje się kwas acetylosalicylowy, statynę, beta-bloker, inhibitor ACE. Jeżeli chory przebył ostry zespół wieńcowy, to najprawdopodobniej poddano go terapii interwencyjnej, która istotnie zredukowała zakres uszkodzeń lewej komory. Podobnie zmieniły się możliwości i zasady leczenia zaburzeń gospodarki węglowodanowej – wprowadzono inne kryteria wyrównania, nowe grupy leków przeciwhiperqlikemicznych i nowe preparaty insuliny. Najprawdopodobniej te okoliczności sprawiły, że stosowanie wczesnej rewaskularyzacji wieńcowej nie przełożyło się w komentowanych badaniach na redukcję liczby zgonów i dużych zdarzeń sercowo-naczyniowych u osób z cukrzycą i ze stabilną chorobą wieńcową. Wyniki te były podobne do uzyskanych ostatnio w badaniu COURAGE [2] u chorych bez zaburzeń gospodarki węglowodanowej.

W badaniu BARI 2D wykazano niewielkie tylko korzyści z zabiegu CABG u chorych leczonych preparatami zwiększającymi insulinowrażliwość. Byłyby one z pewnością wy-

rażniejsze, gdyby w znacznym odsetku przypadków nie stosowano tiazolidynedionów zamiast metforminy. Ostatnie doniesienia sugerują bowiem ich niekorzystne działanie na układ sercowo-naczyniowy. Z przedłużonych badań UKPDS [3] wynika, że stosowanie metforminy od samego początku leczenia cukrzycy typu 2 wyraźnie zmniejsza częstość powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego. Dlatego też, obok diety i wysiłku fizycznego, metformina zdobyła kluczową pozycję w asortymencie leków przeciwhiperqlikemicznych stosowanych u osób z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej. Leki zwiększające sekrecję insuliny rezerwowane są dla dalszych stadiów choroby, w których czynność wydzielnicza trzustki jest już wyraźnie upośledzona.

Pewne obiekcje, dotyczące znaczenia klinicznego wyników uzyskanych przez autorów BARI 2D i ich interpretacji, mogą się nasuwać z powodu przyjętych założeń i sposobu realizacji programu badań. Konieczność przestrzegania zasad bioetycznych zmuszała do naginania pierwotnych założeń metodologicznych, co doprowadziło m.in. do przeprowadzenia w ciągu 5 lat zabiegów rewaskularyzacyjnych u blisko połowy chorych zrandomizowanych do terapii zachowawczej. Z tych samych powodów badacze nie byli w stanie przestrzegać wyjściowego podziału chorych na grupy wyodrębnione w zależności od mechanizmu działania stosowanych leków przeciwhiperqlikemicznych.

Wyniki badania klinicznego BARI 2D wyraźnie potwierdzają pogląd o zmianie sylwetki dzisiejszego chorego z cukrzycą i stabilną dusznicą. Implikują one przede wszystkim szczególnie wnikliwe rozważanie wskazań do przeprowadzania w tych przypadkach wczesnych zabiegów rewaskularyzacyjnych.

### Piśmiennictwo

1. BARI Investigators. Influence of diabetes on 5-year mortality and morbidity in a randomized trial comparing CABG and PTCA in patients with multivessel disease: the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI). *Circulation* 1997; 96: 1761-9.
2. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007; 356: 1503-16.
3. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 359: 1577-89.