

Optymalne leczenie ostrych zespołów wieńcowych – rejestry ciągle potrzebne

dr hab. n. med. Mariusz Gąsior, prof. dr hab. n. med. Lech Poloński

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



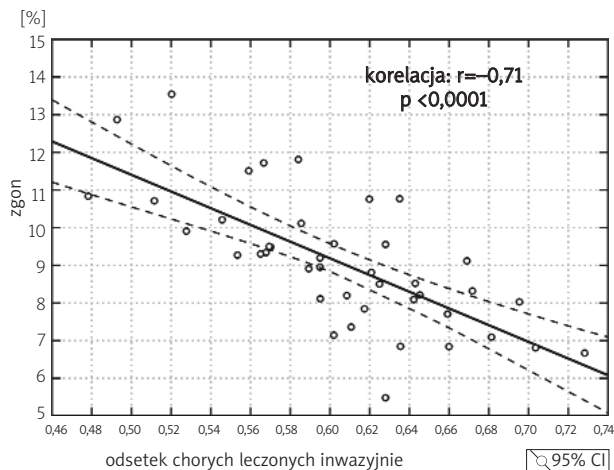
Ostre zespoły wieńcowe (ACS) są jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji na oddziałach kardiologii i chorób wewnętrznych. Równocześnie są przyczyną znaczącego odsetka interwencji wykonywanych przez oddziały pomocy doraźnej i szpitalne izby przyjęć. Do niedawna, ze względu na brak odpowiednich rejestrów, wiedza na temat skali problemu, strategii leczenia i rokowania opierała się głównie na pojedynczych pracach oryginalnych lub ekstrapolacji danych z innych rejestrów na populację polską. W odróżnieniu od badań klinicznych (głównie z randomizacją) rejestry przedstawiają rzeczy-

wistą, codzienną praktykę postępowania z chorym. Pozbawione są jednocześnie licznych ograniczeń wynikających z badań kontrolowanych. Istotną korzyścią z prowadzenia rejestrów, w tym SACS, jest uzyskanie informacji o chorych, którzy nie są dostatecznie reprezentowani w badaniach (chorzy wysokiego ryzyka czy chorzy starsi). Ze względu na coraz większą liczbę rejestrów, zwraca się uwagę na sposób doboru chorych i zbierania danych, aby zapewnić jak największą reprezentatywność i jak najwyższą jakość uzyskanych wyników. Należy zaznaczyć, że rejestry umożliwiają ocenę aktualnych wytycznych, która niejednokrotnie prowadzi do ich weryfikacji. Warto pamiętać, że rejestry powinny stanowić istotną część planowania opieki zdrowotnej, służąc organizatorom systemu, grupom konsultanckim, eksperckim, ale również płatnikowi usług medycznych. Biorąc pod uwagę szybki postęp w leczeniu ACS, wprowadzanie nowoczesnej farmakoterapii, zmiany strategii leczenia rekomendowane przez towarzystwa kardiologiczne, można stwierdzić, iż istnieje konieczność prowadzenia rejestrów zarówno ogólnopolskich, jak i lokalnych, między innymi w celu określenia zgodności postępowania z wytycznymi.

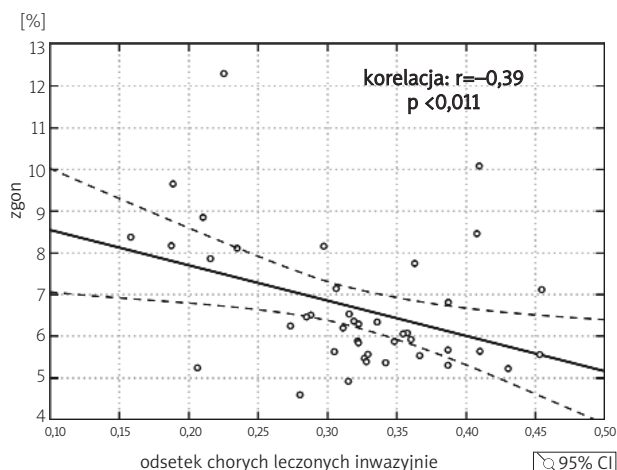
Dlatego też z dużym zainteresowaniem i uwagą przeczytaliśmy pracę Dudka i wsp.: *Sieć szpitali współpracujących z ośrodkiem kardiologii inwazyjnej dla leczenia zawału serca w populacji liczącej 0,5 miliona osób zwiększa częstość inwazyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych do poziomu zalecanego w Europie. Małopolski Rejestr Ostrego Zespołu Wieńcowych*. Praca ta znakomicie wpisuje się w dyskusję na temat konieczności prowadzenia rejestrów i korzyści z nich wynikających. Autorzy postawili ciekawe pytanie: jak

zmiana logistyki leczenia chorych z ACS, z wykorzystaniem nowo powstałych dwóch ośrodków kardiologii interwencyjnej obejmujących po ok. 0,5 mln mieszkańców każdy, wpłynie na częstość leczenia inwazyjnego i możliwość spełnienia zaleceń Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących częstości leczenia reperfuzyjnego w zawałe serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) >75%. Do badania wybrali okresy dwumiesięczne przed powstaniem dodatkowych ośrodków i po rozpoczęciu ich działalności. Warto podkreślić w tym miejscu, że zastosowany przez Autorów sposób przeprowadzenia rejestru, obejmujący krótkie okresy w określonych odstępach czasowych, jest coraz popularniejszą formą gromadzenia danych.

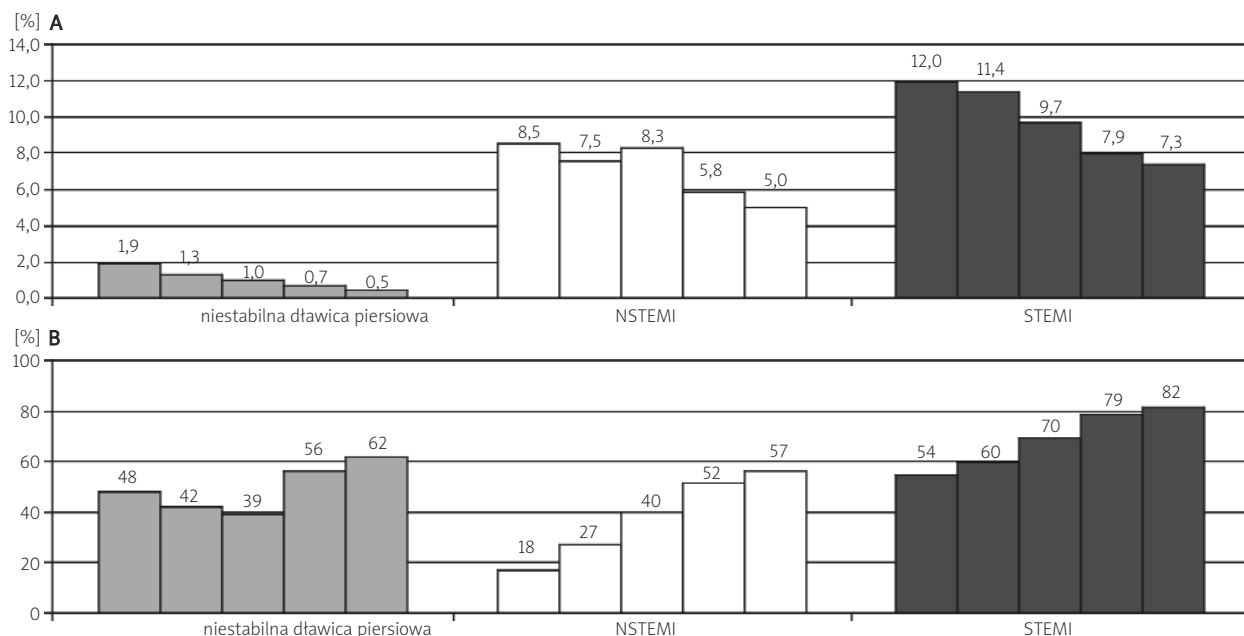
Uzyskane w pracy wyniki wskazują na zwiększenie częstości kierowania chorych ze STEMI do leczenia inwazyjnego po otwarciu dodatkowych ośrodków z 54 do 60%, i – co równie ważne – do ośrodków tych kierowano w większości chorych z czasem trwania bólu <12 godz., odpowiednio 78 i 88%. W tym miejscu należy stwierdzić, że zaproponowana przez Dudka i wsp. logistyka leczenia STEMI, bazująca na ośrodku kardiologii interwencyjnej obejmującym populację liczącą 0,5 mln osób, pozwoliła osiągnąć zalecany odsetek mechanicznej reperfuzji w zawałe serca. Uzyskana dostępność do leczenia inwazyjnego w dwóch nowych ośrodkach i obszarach ich działalności była znacznie lepsza w porównaniu z Małopolską zachodnią, co może budzić pewien niepokój dotyczący nierównego dostępu do nowoczesnego leczenia w zależności od miejsca zamieszkania. Spodziewamy się jednak, na podstawie osobistej znajomości Autorów, że problem ten zostanie szybko rozwiązany. Równie ciekawe są dane dotyczące analizy chorych z ACS bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI). Odsetek chorych leczonych inwazyjnie w analizowanych okresach wzrósł istotnie w województwie małopolskim z 13,8 do 19%, w największym stopniu w sieci szpitali współpracujących z ośrodkiem w Nowym Sączu. Wzrost częstości leczenia inwazyjnego jest jednak nadal niezadowalający. Stwierdzony spadek śmiertelności wśród chorych z NSTEMI pozostających w szpitalach rejonowych z 20 do 7,5% uważamy za bardzo ważny i cenny wynik przeprowadzonej analizy. Jak słusznie zauważają Autorzy w dyskusji, wynika to ze zmiany profilu chorych kierowanych do leczenia inwazyjnego. Byli to chorzy starsi, z cukrzycą, po przebyłym zawałe serca i z wyższym *TIMI Risk Score* w porównaniu z okresem 1. Rezultaty te pokazują, jak ważne jest interwencyjne leczenie chorych wysokiego ryzyka.



Rycina 1. Odsetek chorych leczonych inwazyjnie w STEMI vs śmiertelność. Dane z poszczególnych miesięcy trwania Rejestru PL-ACS



Rycina 2. Odsetek chorych leczonych inwazyjnie w NSTEMI vs śmiertelność. Dane z poszczególnych miesięcy trwania Rejestru PL-ACS



Rycina 3. Ogólnopolski Rejestr Ostrego Zespołu Wierńcowych. Lata 2003–2007. **A.** Śmiertelność wewnątrzszpitalna. **B.** Odsetek leczenia inwazyjnego

Z uwagi na metodologię rejestru i sposób zbierania danych dotyczących chorych leczonych zachowawczo (tylko ze szpitali rejonowych bez pracowni hemodynamiki), Autorzy nie mogli odpowiedzieć na pytanie, czy wzrost częstości leczenia inwazyjnego chorych z ACS wpłynął na poprawę rokowania w całej populacji.

Pozwolimy sobie w tym miejscu przedstawić oczekującą na publikację część opracowania z Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wierńcowych, w której analizowano to zagadnienie. Na Rycinie 1. przedstawiono zależność między częstością leczenia przeskorną interwencją (PCI) a śmiertelnością wewnątrzszpitalną u chorych ze STEMI. Wzrostowi odsetka PCI z 46 do 74% towarzyszył istotny spadek śmiertelności z 12,3 do 6,1% wśród wszystkich chorych ze STEMI. Podobną korelację stwierdziliśmy w NSTEMI. Zwiększenie częstości stosowania strategii inwazyjnej z 10

do 50% doprowadziło do istotnego zmniejszenia śmiertelności z 8,5 do 5,2% (Rycina 2.). Prowadząc rejestr w sposób ciągły na terenie województwa śląskiego od 2003 r., obserwujemy systematyczne zmniejszanie śmiertelności wewnątrzszpitalnej w zawałach serca, która pozostaje w ścisłej korelacji ze zwiększeniem częstości leczenia interwencyjnego (Rycina 3.). Dane te w sposób jednoznaczny potwierdzają korzyści ze zwiększenia dostępności do nowoczesnego leczenia zawału zgodnie z zaleceniami zawartymi w wytycznych towarzystw kardiologicznych.

Na zakończenie należy podziękować Autorom i wszystkim szpitalom współpracującym za duży wkład pracy związany ze stworzeniem Małopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wierńcowych i zbieraniem danych. Wiemy, ile trudu, wysiłku i zaangażowania wymaga realizacja takiego przedsięwzięcia.