

## Czy można jeszcze wątpić w wyższość leczenia interwencyjnego nad zachowawczym ostrych zespołów wieńcowych u osób starszych?

dr n. med. Andrzej Ciszewski

Instytut Kardiologii, Warszawa



W dobie szybko rosnących wymagań i coraz częstszych oznak niezadowoloności z funkcjonowania ochrony zdrowia interesujące jest omawianie wyników pierwotnej angioplastyki wieńcowej. Sprawne leczenie chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW), w które są zaangażowane jednostki nagłej pomocy, specjalistyczne

pracownie hemodynamiczne, a następnie przychodnie opieki otwartej, dobrze oddaje jej faktyczne możliwości i stopień integracji.

W ostatnim okresie problematyka interwencyjnego leczenia OZW u osób starszych gościła często na łamach *Kardiologii Polskiej*. Były to prace przedstawiające wyniki zespołów hemodynamicznych, które skupiały się na charakterystyce samej interwencji i okresu okołozabiegowego.

Praca W. Pawłowskiej-Jenerowicz i wsp. skonstruowana jest inaczej. Obejmuje obserwacją okres od 3. miesiąca po zabiegu i próbuje ocenić odległe wyniki rok po pierwotnej przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI) w porównaniu z leczeniem zachowawczym. W dostępnych bazach danych nie znalazłem wielu takich doniesień. Autorzy słusznie skoncentrowali się na ocenie wydolności serca jako parametrze o wysokiej wartości rokowniczej, a także oceniającym rozległość uszkodzenia serca w wyniku przebytego OZW. Słusznie włączono do obserwacji zarówno chorych z, jak i bez uniesienia odcinka ST, gdyż oddaje to realia praktyki klinicznej.

Wyniki pracy wydają się jednoznaczne – parametry echokardiograficzne, spiroergometryczne oraz stężenie NT-proBNP w grupie pierwotnej PCI były znamienne lepsze niż w grupie leczonej konserwatywnie w 3., 6. i 12. miesiącu obserwacji, co po raz kolejny potwierdza wyższość leczenia interwencyjnego nad zachowawczym. Na szczególną uwagę zasługuje zawarte w pracy porównanie dynamiki

poprawy w obu grupach chorych. Prawdopodobnie większość z nas uważa, że w wyniku leczenia interwencyjnego OZW, które skraca okres hospitalizacji, skraca się również okres rekonwalescencji chorych i szybciej następuje osiągnięcie maksymalnej sprawności. Wyniki przedstawionej pracy wskazują, że w badanej przez autorów grupie (u osób po 65. roku życia) nie jest to oczywiste. I tak, największą poprawę zarówno u osób leczonych zachowawczo, jak i interwencyjnie, odnotowujemy w 6. miesiącu. W grupie leczonej interwencyjnie, w odróżnieniu od grupy zachowawczej, w ocenie niektórych parametrów poprawę funkcji serca można obserwować nawet do 12 miesięcy, co – przyznaję – nie było dla mnie oczywiste, gdy przystępowałem do czytania publikacji. A więc remodeling, rzadko już wspomniane przestrojenie neurohormonalne i rekonwalescencja po OZW leczonym interwencyjnie może trwać do 12 miesięcy!

Kolejne pytanie, jakie można zadać po przeczytaniu pracy, brzmi: czy kryterium 65 lat jest uzasadnione jako granica zaawansowanego wieku, związanego z istotną odrębnością kliniczną? Jak wynika z aktualnego piśmiennictwa, osoby po 65. roku życia stanowią około połowy ogółu chorych leczonych z powodu OZW, a w materiale Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii przedstawionym w jednym z tegorocznych numerów *Kardiologii Polskiej* – ponad 55% [1]. Osobiście skłaniałbym się do stanowiska AHA, które nie zalicza chorych w wieku 66–74 lat do grupy wysokiego, lecz jedynie umiarkowanego ryzyka, reprezentatywnej dla populacji [2].

Zachęcam wszystkich do lektury ciekawego doniesienia.

### Piśmiennictwo

1. Polewczyc A, Janion M, Gąsior M, et al. Myocardial infarction in elderly. Clinical and therapeutic differences. *Kardiol Pol* 2008; 66: 166-72.
2. AHA Scientific Statement. Acute coronary care in the elderly, part I. *Circulation* 2007; 115: 2549-69.