

Leczenie przeciwzakrzepowe u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych

prof. dr hab. n. med. Piotr Ciostek

Akademia Medyczna, Warszawa

Poza dyskusją jest fakt, że chorzy z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych mają podwyższone ryzyko zawału serca i udaru niedokrwiennego mózgu.

Zgodnie z wytycznymi (zawartymi w TASC II [1]) działania terapeutyczne w tej grupie chorych zmierzają do eliminacji znanych czynników ryzyka miażdżycy, takich jak: nikotynizm, otyłość, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe. Są to działania wspólne dla każdej z postaci klinicznych miażdżycy tętnic. Kolejnym elementem terapii jest stosowanie profilaktyki zakrzepów i zatorów tętnicznych, które są bezpośrednimi sprawcami zagrażającego życiu niedokrwienia serca, mózgu, czy martwicy kończyn. Skuteczność stosowanych w tym celu leków antyagregacyjnych została niezbicie udowodniona, ale pytanie Autorów artykułu, czy jest ona wystarczająca i czy liczbę zatorów i zakrzepów tętnicznych można jeszcze zmniejszyć, zostało bardzo trafnie postawione.

Wyniki badania WAVE potwierdziły bezzasadność włączania doustnych leków przeciwkrzepliwych z grupy antywitaminy K do zestawu leków rutynowo zapisywanych chorym z miażdżycą tętnic obwodowych. Ryzyko takiego leczenia okazało się zbyt duże. Praktyka codzienna „poradni naczyniowych” nie ulegnie więc zmianie.

Niemniej, jeśli by odrzucić wzrost ryzyka zagrażającego życiu krwawienia, okazałoby się, że skojarzenie leków antyagregacyjnych z przeciwkrzepliwymi jest dla chorych korzystne i owocuje mniejszym ryzykiem zawału serca, niedokrwiennego udaru mózgu, ostrego niedokrwienia kończyny i śmierci z przyczyn sercowo-naczyniowych. Optymalnym rozwiązaniem wydaje się zastąpienie niewygodnych w użyciu i groźących powikłaniami krwotocznymi leków z grupy antywitaminy K nowymi antykoagulantami o niższym ryzyku krwawienia.

Na uwagę i słowo komentarza zasługują również chorzy, u których w mechanizmie narastania obwodowego niedokrwienia dominuje zjawisko zatorowości. Chorzy ci (wymagający identyfikacji) mogliby najbardziej skorzystać na wzmocnieniu terapii przeciwkrzepliwiej, niestety w przedstawionym badaniu nie zostali wyodrębnieni z ogółu badanych jako osobna grupa, problem zostaje więc do rozwiązania.

Piśmiennictwo

1. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33 (Supl. 1): S1-75.