

azotanami przez cały okres badania [62 vs 72% na początku obserwacji, 53 vs 67% w 1. roku, 47 vs 61% w 3. roku oraz 40 vs 57% w 5. roku ( $p < 0,001$ )].

Na podstawie przedstawionych wyników autorzy wnioskują, że u chorych ze świeżo rozpoznaną stabilną CAD optymalne leczenie zachowawcze uzupełnione

o PCI jest skuteczniejsze w obniżaniu częstości dolegliwości dławicowych w porównaniu z samym optymalnym leczeniem zachowawczym, nie zmniejsza jednak częstości niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych (zgonów, MI, hospitalizacji z powodu ostrego zespołu wieńcowego) w obserwacji odległej.

## Czy nadszedł kres rewaskularyzacji zabiegowej w leczeniu stabilnej choroby wieńcowej?

prof. dr hab. n. med. Tomasz Pasierski

Międzyleski Szpital Specjalistyczny, Warszawa



W szybko zmieniającym się świecie współczesnej medycyny porównywanie ze sobą różnych metod leczenia tej samej jednostki chorobowej może być bardzo trudne. Sytuacja ta obejmuje wiele problemów kardiologicznych, m.in. leczenie farmakologiczne i interwencyjne stabilnej choroby wieńcowej, jak też leczenie farmakologiczne i resynchronizację w porównaniu z ortotopowym przeszczepianiem serca u chorych z jego niewydolnością. Przypomina to sytuację z eksperymentów myślowych Einsteina stanowiących podstawę do sformułowania szczególnej teorii względności, w których obserwatorzy przesyłali do siebie sygnały z dwóch pociągów oddalających się od siebie z prędkością bliską prędkości światła.

Nasza wiedza o skuteczności leczenia chirurgicznego choroby wieńcowej w porównaniu z leczeniem farmakologicznym opiera się na badaniach prowadzonych w latach 70. i 80. ubiegłego wieku, kiedy nie znano jeszcze statyn, a stosowanie kwasu acetylosalicylowego (ASA) nie było powszechnie przyjętym standardem. W badaniach tych w 5-letniej obserwacji śmiertelność roczna chorych leczonych chirurgicznie wynosiła 2,04%, a chorych leczonych zachowawczo – 3,16% [1]. Badanie 4S pokazało, że u osób z chorobą wieńcową i hipercholesterolemią simwastatyna zmniejsza śmiertelność i występowanie zawałów serca z 2,12 do 1,51% rocznie [2]. Badanie TNT wykazało z kolei, że

w tej grupie pacjentów zastosowanie dużej dawki (80 mg) atorwastatyny w porównaniu z dawką 10 mg zmniejsza częstość występowania złożonego punktu końcowego (zgonu, zawału, udaru) o dalsze 22% [3]. Jeśli weźmiemy pod uwagę śmiertelność roczną chorych leczonych zachowawczo w badaniu COURAGE, która wynosiła 1,8%, to w porównaniu z obserwacjami z badań z lat 70. uderza fakt, że zmniejszyła się ona blisko 2-krotnie. Jak wykazały wyniki badania MASS II, obecnie śmiertelność chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową leczonych chirurgicznie i zachowawczo nie różni się, a po roku wynosi odpowiednio 1,5 vs 4% [4]. Nawet w grupie najgorzej rokujących chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową niekwalifikującą się do leczenia rewaskularyzacyjnego umieralność roczna przy dobrze realizowanym leczeniu farmakologicznym nie przekracza 3% [5]. Im niższy poziom wyjściowego ryzyka, tym mniejsze są szanse, że interwencja, która nieuchronnie zwiększa występowanie wczesnych powikłań, zrównoważy to długoterminowymi korzyściami.

Leczenie farmakologiczne zastosowane w badaniu COURAGE okazało się bardzo skuteczne, doprowadziło m.in. do dalszego obniżenia poziomu stężenia cholesterolu LDL o ok. 30%. Poziom osiągniętego stężenia cholesterolu u chorych leczonych zachowawczo w badaniu COURAGE wynosił 71 mg/dl i odpowiadał ramieniu leczonemu dawką 80 mg atorwastatyny w badaniu TNT (77 mg/dl) [3]. W badaniu COURAGE podstawą tego niewątpliwego sukcesu nie było jednak zwiększenie dawki statyn, lecz dodatkowe zastosowanie ezetymibu. Warto

też zauważyć, że w trakcie 5-letniej obserwacji wyraźnej poprawie uległa skuteczność leczenia obniżającego stężenie cholesterolu LDL. W tym okresie częstość stosowania beta-adrenolityków i ASA nie zmieniła się istotnie. Obniżenie stężenia cholesterolu LDL może tłumaczyć jedną z ciekawszych obserwacji uzyskanych w badaniu COURAGE – znaczące zmniejszenie występowania dolegliwości dławicowych w grupie leczonej zachowawczo, i to osiągnięte głównie w ciągu 1. roku obserwacji, gdzie częstość występowania bólów dławicowych zmniejszyła się o ponad połowę, z 87 do 42%.

Czy wyniki badania COURAGE znajdują przełożenie na codzienną praktykę lekarską? Można by się tego spodziewać, gdyby płatnik w swoich decyzjach uwzględnił dane pochodzące z EBM (ang. *evidence based medicine*). Na to jeszcze w naszym kraju nie możemy liczyć. Pacjenci obawiają się bólów dławicowych i decydując się na zabieg rewaskularyzacyjny, często nie zwracają uwagi na przekazywane im przez lekarzy informacje o obiektywnych korzyściach wynikających z takich zabiegów. Badanie COURAGE pokazuje nam jednak, że leczenie zachowawcze u chorych ze stabilną chorobą wieńcową jest opcją nie tylko bezpieczną, ale również prawdopodobnie u wielu z nich doprowadzi do ustąpienia dolegliwości dławicowych. Bez odpowie-

dzi pozostaje jednak pytanie, czy wśród chorych ze stabilną chorobą wieńcową można wyodrębnić, poza osobami ze zwężeniem pnia lewej tętnicy wieńcowej, inne podgrupy chorych, u których rewaskularyzacja przyniesie poprawę rokowania ponad to, co zapewnia nam obecnie optymalne leczenie farmakologiczne.

#### Piśmiennictwo

1. Yusuf S, Zucker D, Peduzzi P, et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of 10-year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration. *Lancet* 1994; 344: 563-70.
2. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383-9.
3. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, et al. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med* 2005; 352: 1425-35.
4. Hueb W, Soares PR, Gersh BJ, et al. The medicine, angioplasty, or surgery study (MASS-II): a randomized, controlled clinical trial of three therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease: one-year results. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1743-51.
5. Kręcki R, Drożdż J, Krzemińska-Pakuła M. Prognostic factors in patients with advanced multi-vessel coronary artery disease. *Kardiol Pol* 2006; 64: 1179-85.