

W poszukiwaniu optymalnej strategii leczenia ostrego zawału serca

prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Od ok. 3 lat praktycznie nikt nie polemizuje już ze stwierdzeniem, że pierwotna angioplastyka wieńcowa (pPCI) jest bardziej efektywna niż leczenie fibrynolityczne. Jednak byłoby naiwnością wierzyć, iż wszystkich chorych z ostrym zawałem serca (AMI) można będzie leczyć z wykorzystaniem pPCI. Skła-

da się na to wiele przyczyn, przy czym do głównych zalicza się ograniczoną liczbę ośrodków rutynowo wykonujących zabiegi pPCI oraz szeroko pojęte opóźnienie czasowe związane ze zbyt późnym wzywaniem pomocy przez chorego, koniecznością jego transportu oraz z przygotowaniem i wykonaniem samego zabiegu. Torowana (zwana również ułatwioną) PCI, polegająca na zastosowaniu przed właściwym zabiegiem farmakoterapii wpływającej na poprawienie reperfuzji, ma w założeniu zwiększyć grupę chorych z AMI, którzy mogliby skorzystać z dobrodziejstwa przezskórnego leczenia AMI, pomimo ww. ograniczeń, poprzez tzw. poszerzenie okna terapeutycznego. Pomimo stosunkowo mocnych podstaw teoretycznych liczba badań poświęconych tej metodzie nie jest jednak zbyt duża, a do tego w ich ramach wykorzystywano różne leki (fibrynolityki, blokery płytkowe $\beta_2\alpha_3$ oraz połączenie ich obu). Dlatego od dłuższego czasu słychać głosy, że ciągle bardzo trudno jest wydać ostateczną opinię co do znaczenia torowanej PCI w leczeniu AMI.

Keeley i wsp. [1] w niedawno opublikowanej metaanalizie, podsumowującej wyniki 17 badań przedstawiłi niezbyt optymistyczne wnioski co do przydatności torowanej PCI. Okazuje się, że wiąże się ona z większą liczbą niekorzystnych zdarzeń sercowych (ang. MACE), w tym poważnych krwawień i udarów. Dodatkowo wspomniani autorzy przestrzegają przed wykorzystywaniem w pierwszej fazie torowanej PCI fibrynolityków. No cóż, zwolennikom tej metody pozostaje czekać ok. 1,5 roku na wyniki badań Caress oraz Finesse, w których oceniany jest zestaw 1/2 dawki fibrynolityku nowej generacji oraz pełna dawka abciksamabu.

Opublikowaną w niniejszym numerze KP pracę Dobrzyckiego i wsp. z całą pewnością można uważać za polski wkład w debatę na temat przydatności toro-

wanej PCI w leczeniu AMI. Ze zrozumiałych dla mnie względów (przede wszystkim ograniczone środki finansowe!!!) przedstawiane badanie ma ograniczenia, które spowodowały, że uzyskane wyniki raczej nie ukażą się w prestiżowym zachodnim czasopiśmie kardiologicznym. Do nich zaliczyć można m.in. fakt, że udział w nim brała niezbyt liczna grupa, a także nie było grupy chorych leczonej jedynie pPCI (z podgrupami: jedną transportowaną z dalszej, a drugą z bliższej strefy). W efekcie grupa leczona interwencyjnie to przysłowiowe *dwa w jednym* (transport + torowanie farmakologiczne), co powoduje trudności w ocenie wpływu samego leku na końcowy wynik. Co więcej: dzisiaj już wiemy, że zalecana wówczas przez firmę dawka tirofibanu (bolus 10 $\mu\text{g}/\text{kg}$ + wlew 0,15 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$) jest zbyt mała, aby liczyć na pełną efektywność tego leku. Danzi i wsp. [2] wykazali, że dopiero bolus 25 $\mu\text{g}/\text{kg}$ z następczym wlewem (0,15 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$) zapewnia w 10 min po podaniu porównywalne efekty w stosunku do epifibatidu oraz abciksamabu. Trzeba jednak pamiętać, że program interwencyjnego leczenia ostrego zawału serca w województwie podlaskim wystartował w marcu 1997 r. i był najprawdopodobniej drugim w kraju (po Zabrze). Wtedy był on pionierski na skalę Europy, jednak ówczesna wiedza na temat farmakokinetyki oraz skuteczności tirofibanu była dużo mniejsza niż dzisiaj. W efekcie uzyskane wyniki były takie a nie inne. A te ostatnie można skonkludować stwierdzeniem, że strategia przezskórnego leczenia AMI, obejmująca transport oraz terapię blokerem receptora płytkowego $2\beta_3\alpha$ ma istotną przewagę nad leczeniem trombolitycznym w szpitalu rejonowym.

Lektura omawianej pracy wzbudziła we mnie jeszcze jedną refleksję. Otóż na temat regionalnych kas chorych (RKCh) wypowiedziano wiele opinii i ogromna większość z nich była negatywna, jednak akurat w wypadku wprowadzania w Polsce przezskórnego leczenia AMI owe kasy mają ogromną zasługę, gdyż w ramach swojej autonomii oraz poprzez dobre rozeznanie odważyły się sfinansować ten proces. Wdrażanie tej metody leczenia AMI odbywało się stopniowo i dlatego nie było konieczności jednoczesnego wydawania ogromnych sum. Co więcej, sukces w jednym regionie intensyfikował wysiłki w następnych, zmierzające do tego, aby

dysponować taką samą opcją leczniczą. W rezultacie takich działań, w momencie likwidacji RKCh mieliśmy w większości województw nieźle funkcjonujący 24-godz. dyżur kardioangiograficzny. Zapewne dlatego NFZ nie pozostało nic innego, jak uznać pPCI za procedurę należącą do katalogu usług medycznych, co umożliwiło szeroką dostępność do tej terapii. Warto uświadomić sobie, że w Polsce w roku ubiegłym leczonych tą metodą było blisko 24 tys. chorych z OZW.

Piśmiennictwo

1. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Comparison of primary and facilitated percutaneous coronary interventions for ST-elevation myocardial infarction: quantitative review of randomised trials. *Lancet* 2006; 367: 579-88.
2. Danzi GB, Capuano C, Sesana M, et al. Variability in extent of platelet function inhibition after administration of optimal dose of glycoprotein IIb/IIIa receptor blockers in patients undergoing a high-risk percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol* 2006; 97: 489-93.
3. Smit JJ, Ernst NM, Slingerland RJ, et al. Platelet microaggregation inhibition in patients with acute myocardial infarction pretreated with tirofiban and relationship with angiographic and clinical outcome. *Am Heart J* 2006; 151: 1102-7.