

Leczenie ostrych zespołów wieńcowych – od badań z randomizacją do praktyki

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

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



Jedną z grup najczęściej zgłaszających się na oddziały pomocy doraźnej i oddziały pełniące ostre dyżury są chorzy z ostrymi zespołami wieńcowymi. Skala problemu była nieznana do ostatnich lat, a podawane liczby chorych były oparte na szacunkach wynikających z ekstrapolacji danych pochodzących głównie ze Stanów Zjednoczonych. Nie ulega więc wątpliwości, że nadszedł czas wykonania badań epidemiologicznych, na podstawie których można by poznać wiarygodne dane. Te dane są potrzebne zarówno lekarzom, jak i instytucjom odpowiedzialnym za organizację i finansowanie służby zdrowia.



W odróżnieniu od badań klinicznych z randomizacją rejestry dokumentują rzeczywistą praktykę diagnostyki i leczenia. A praktyka zwykle jest kompromisem między wskazaniami wynikającymi z wytycznych a możliwościami szpitala, województwa, kraju. Rejestry są jednocześnie pozbawione licznych ograniczeń badań kontrolowanych. Jedną z istotnych korzyści z prowadzenia rejestrów ostrych zespołów wieńcowych jest uzyskanie dodatkowych informacji o chorych niedostatecznie licznie reprezentowanych w badaniach z randomizacją, ukierunkowanych na leczenie trombolityczne i/lub inwazyjne (ograniczenie wieku, ograniczenie leczenia do 6 godz. od początku bólu itd.). Ze względu na coraz większą liczbę rejestrów należałoby przypomnieć podstawowe sposoby doboru chorych i zbierania danych. Wyróżniamy 2 metody rejestracji zdarzeń: prospektywną i retrospektywną. Każda z nich ma zwolenników i przeciwników, obydwie są stosowane, a uzyskiwane dane mają wysoką wartość poznawczą.

Dane z rejestrów, oprócz wiedzy merytorycznej, często powodującej weryfikację wytycznych, dostarczają również informacji, na podstawie których powinno się odbywać planowanie opieki zdrowotnej i ustalanie jej finansowania. Ponadto możliwa jest ocena dostępności różnych metod leczniczych oraz ocena jakości opieki me-

dycznej na danym obszarze. To wszystko uzasadnia prowadzenie rejestrów zarówno ogólnopolskich, jak i lokalnych w celu określenia epidemiologii, zgodności postępowania z wytycznymi towarzystw kardiologicznych oraz poznania wyników leczenia w świecie rzeczywistym.

Praca Dryji i wsp. dobrze wpisuje się w przedstawione wyżej potrzeby. Ten oryginalny rejestr chorych z zawłem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI) obejmuje obszar zamieszkały przez 1 733 000 osób. Dane dotyczące leczenia chorych zostały zebrane retrospektywnie od stycznia do grudnia 2003 r. z 3 ośrodków leczących zawał interwencyjnie oraz z 15 spośród 18 szpitali rejonowych. Badaniem objęto 76% populacji. W ciągu 12 mies. zarejestrowano 961 chorych z rozpoznaniem STEMI, co daje ok. 565 chorych na milion mieszkańców. Liczba chorych uzyskana w ciągu roku jest mniejsza niż w innych regionach kraju, np. na Śląsku, gdzie wynosi ok. 1000 na milion mieszkańców.

Powodem tak dużych różnic może być mniejsza ściągłość danych, objęcie rejestrem tylko oddziałów kardiologicznych i internistycznych (na innych oddziałach może być od 5 do 10% chorych ze STEMI) oraz leczenie części chorych poza granicami województwa, czego rejestr nie dokumentował. Nie można w końcu wykluczyć, że zapadalność na zawał serca w województwie zachodniopomorskim jest mniejsza niż w innych regionach Polski. Należy pogratulować wysokiego odsetka chorych leczonych reperfuzyjnie (69,9%), w tym 2/3 leczonych angioplastyką. Biorąc pod uwagę fakt, że 20% chorych trafia do szpitala później niż do 12 godz. od początku bólu, co wyklucza leczenie reperfuzyjne, można przyjąć, że zdecydowana większość chorych jest właściwie, nowoczesnie leczona. Odsetek chorych leczonych reperfuzyjnie i wskaźniki śmiertelności są porównywalne z danymi z rejestrów krajowych oraz międzynarodowych. Jest to sukces zarówno lekarzy kardiologów, jak i osób odpowiedzialnych za organizację opieki kardiologicznej na terenie województwa zachodniopomorskiego.

Uzyskane dane są cennym uzupełnieniem naszej wiedzy, ale przestrzegamy przed ich bezkrytyczną interpretacją. Fakt, że w jednym miejscu śmiertelność jest nieco wyższa niż w innym, niekoniecznie musi być spo-

wodowany gorszym leczeniem. Obserwowane fakty mogą mieć bowiem wiele przyczyn. W jednym z miast śląskich wysoka śmiertelność osób z zawałem serca spowodowana była paradoksalnie świetną pracą pomocy doraźnej i grupy anestezjologów. Na oddział kardiologii trafiali ciężko chorzy, którzy w sąsiednim mieście najczęściej umierali w domu.

Interesujące jest, że wyniki rejestru prezentowanego przez Autorów komentowanej pracy są bardzo zbliżone do wyników uzyskanych z terenu województwa zachodniopomorskiego w rejestrze PL-ACS. W ciągu ostatnich 6 mies. 2005 r. w rejestrze PL-ACS zarejestrowano 578 przypadków STEMI w tym województwie. W przeliczeniu na cały rok jest to liczba bardzo zbliżona do podanej przez Autorów komentowanej pracy. Odsetek chorych leczonych trombolitycznie wyniósł 12%, a leczonych inwazyjnie 55%. Około 7% chorych zmarło w trak-

cie hospitalizacji. Potwierdzone zostały więc bardzo dobre wyniki leczenia STEMI w województwie zachodniopomorskim i niższa niż w innych regionach Polski liczba zawałów serca na milion mieszkańców. Prawdopodobne przyczyny tego stanu podano powyżej. Ważnym spostrzeżeniem poczynionym na podstawie porównania obu rejestrów jest także to, że w ciągu 3 lat, jakie dzielą powstanie obu opracowań, utrzymuje się podobna zachorowalność na zawał serca i stosowane są podobne metody leczenia. Można z całą pewnością stwierdzić, że rejestr zachodniopomorski stanowi istotny wkład w poznanie epidemiologii, strategii leczenia oraz rokowania chorych ze STEMI. Jest to także kolejny dowód wartości leczenia inwazyjnego STEMI.

Znając z własnego doświadczenia trudności w realizacji tak dużych badań, gratujemy Autorom doprowadzenia tego rejestru do końca.