

Komentarz redakcyjny

doc. dr hab. n. med. Adam Witkowski

Instytut Kardiologii, Warszawa



W grudniowym wydaniu *European Heart Journal* z 2005 r. Bassand i wsp. opisują obecny stan leczenia reperfuzyjnego ostrego zawału serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) w Europie oraz odnoszą go do zaleceń zaproponowanych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) oraz przez *American Heart Association* i *American College of Cardiology*. Wnioski wynikające z tego opracowania nasuwają kilka refleksji.

Po pierwsze, nadal prawie 40% chorych ze STEMI nie otrzymuje żadnego leczenia reperfuzyjnego, co powoduje, że 30-dniowa śmiertelność w tej grupie jest 2 razy większa. Przyczyną tego stanu rzeczy jest przede wszystkim zbyt późne rozpoznanie zawału serca i wykraczające poza przyjęte ramy czasowe dotarcie chorego do szpitala (>12 godz.). Składa się na to wiele przyczyn, z których dwie najważniejsze to prawdopodobnie brak odpowiedniej edukacji społeczeństwa (zwlekkanie z powiadomieniem pogotowia) i zbyt długi czas transportu. Niestety, w Polsce mamy do czynienia z tym samym problemem – jak wynika z rejestru śląskiego, 30% chorych ze STEMI nie jest leczonych reperfuzyjnie [1]. Odsetek ten nie wygląda może źle na tle Europy, ale nie należy zapominać, że dotyczy tylko województwa śląskiego, gdzie leczenie pacjentów ze STEMI jest dobrze zorganizowane. Czy tak jest w całym kraju, okaże się po ogłoszeniu wyników Ogólnopolskiego Rejestru Leczenia Ostrych Zespołów Wieńcowych, który został wdrożony w 2005 r.

Po drugie, w świetle danych przytaczanych przez autorów artykułu, należy dążyć do zapewnienia jak największej liczbie chorych ze STEMI możliwości dotarcia w odpowiednim czasie do ośrodków wykonujących zabiegi pierwotnej angioplastyki przez całą dobę. Zabiegi te są najbardziej skutecznym i obciążonym najmniejszą częstością powikłań reperfuzyjnym leczeniem STEMI, a najważniejsze jest to, że najbardziej zmniejszają śmiertelność 30-dniową. Wyjątek mogą stanowić chorzy w bardzo wczesnej fazie (do 2–3 godz.) ostrego zawału serca, u których można włączyć leczenie trombolityczne w fazie przedszpitalnej [2]. Mimo że liczba pacjentów poddawanych zabiegom pierwotnej angioplastyki rosta w Polsce dynamicznie w ostatnich latach (od 2181 przy-

padków w 2000 r. do 20 189 w 2004 r.), nadal, jak pokazują dane Sekcji Kardiologii Inwazyjnej (SKI) PTK za 2004 r., wykonujemy je tylko u ok. 40% chorych ze STEMI. Jak wynika z *Euro Heart Survey on Acute Coronary Syndrome II*, w tym samym 2004 r. w Europie odsetek ten wynosił 59% (dane niepublikowane). Problemem pozostaje nadal czas transportu, możliwość wykonania EKG w karetce pogotowia czy teletransmisja danych do ośrodka kardiologii interwencyjnej. Z drugiej strony w ciągu ostatnich 4 lat w kraju została stworzona sieć ośrodków kardiologii interwencyjnej dyżurujących przez całą dobę 7 dni w tygodniu, a więc zgodnie z zaleceniami ESC. W maju 2005 r. takich ośrodków było 51 (dane SKI PTK), co pozwala optymistycznie zapatrywać się na coroczne zwiększanie się liczby chorych z ostrym zawałem serca leczonych za pomocą pierwotnej angioplastyki. W ośrodkach tych jest wykonywana odpowiednio duża liczba zabiegów interwencyjnych, tak elektrywnych, jak i w trybie ostrym, a zalecenia SKI PTK w tej materii są zgodne, a nawet wyższe w porównaniu z zaleceniami ESC [3].

Po trzecie, rodzaj leku trombolitycznego (streptokinaza) stosowany w kraju uniemożliwia w zasadzie leczenie w fazie przedszpitalnej i ewentualne łączenie z blokerem 2b3a. Ponadto, jak wynika z cytowanego już rejestru śląskiego, 30-dniowa śmiertelność w STEMI leczonym streptokinazą w zasadzie nie odbiega od śmiertelności chorych w ogóle nieleczonych reperfuzyjnie (19,1% vs 21,2%, streptokinaza vs leczenie zachowawcze) [1]. Drogi wyjścia z tej sytuacji są dwie i powinny być realizowane równolegle: należy jak najintensywniej rozwijać leczenie STEMI za pomocą zabiegów pierwotnej angioplastyki oraz, wychodząc z założenia, że w bardzo wczesnej fazie ostrego zawału serca zastosowanie przedszpitalnej trombolizy daje efekty porównywalne z angioplastyką, zapewnić tej grupie chorych, z przewidywanym długim czasem transportu, nowoczesny lek fibrynolityczny (tPA, tenekteplaza).

Po czwarte, wspomaganie farmakologiczne angioplastyki wieńcowej u chorych ze STEMI (tPA, tenekteplaza lub kombinacja tPA z blokerem 2b3a) nie poprawia skuteczności leczenia, a z pewnością zwiększa odsetek krwawień. Wyjątek może stanowić abciksimab podawany w fazie przedszpitalnej. Jak jednak wynika z bazy danych SKI PTK, użycie tego właśnie leku obniżyło się mię-

dzy 2003 a 2005 r. prawie o połowę (z 40,5% do 24,8%). Starannej analizie będzie wymagał fakt, czy spadek liczby chorych ze STEMI, u których bezpośrednio przed lub w trakcie pierwotnej angioplastyki podawano abciximab, nie odbił się niekorzystnie na częstości występowania w ciągu 30 dni niepożądanych zdarzeń sercowych (MACE), w tym śmierci. Ponadto abciximab w większości przypadków jest podawany w Polsce dopiero w pracowni hemodynamicznej.

Jak wykazano, formą farmakologicznego wspomaganie zabiegów reperfuzyjnych w ostrym zawałe serca może być przedszpitalne podanie klopidogrelu w dawce wstępnej 300 mg u osób młodszych niż 75 lat lub 75 mg [4-6]. U chorych leczonych klopidogrelem stwierdzono redukcję złożonego punktu końcowego. Dane te, choć obiecujące, odnoszą się jednak do chorych z założenia zakwalifikowanych do leczenia trombolitycznego z ewentualnym następowym leczeniem za pomocą angioplastyki [5]. Prawdopodobnie jednak klopidogrel powinien być, razem z aspiryną, podawany chorym już w karetce pogotowia, niezależnie od kwalifikacji do określonego typu leczenia reperfuzyjnego. Nieustającym problemem w Polsce jest brak refundacji tego leku, co uniemożliwia jego szerokie stosowanie tak u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, jak i u poddawanych elektrywnym zabiegom angioplastyki wieńcowej.

Reasumując, artykuł Bassanda i wsp. dostarcza interesujących danych dotyczących zgodnego z zaleceniami leczenia ostrego zawału serca. Polska nie wypada źle na tle Europy, można nawet powiedzieć, że zmierzamy w dobrym kierunku, chociaż nadal odsetek zabiegów pierwotnej angioplastyki, mimo corocznego wzrostu, jest zbyt mały. W związku z tym należy podjąć każdy wysiłek, aby ich liczba nadal rosła, a czas od

początku zawału do pierwszego kontaktu medycznego z chorym i czas transportu do ośrodka kardiologii interwencyjnej był maksymalnie krótki. Chorym z bardzo wczesną prezentacją STEMI powinno się udostępnić nowoczesne leki fibrynolityczne do stosowania przedszpitalnego. Należy również dążyć do podawania klopidogrelu i abciximabu w okresie przedszpitalnym chorym kierowanym na zabieg pierwotnej angioplastyki, a w przypadku klopidogrelu także leczonym fibrynolitycznie.

Piśmiennictwo

1. Poloński L, Gąsior M, Gierlotka M, et al. Epidemiologia, leczenie i rokowanie w ostrych zespołach wieńcowych na Śląsku. Wyniki etapu pilotażowego ogólnopolskiego rejestru ostrych zespołów wieńcowych – PL-ACS. *Kardiologia Polska* 2005; 62 (Suppl. I): 122-127.
2. Steg PG, Bonnefoy E, Chabaud S, et al. Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty: data from the CAPTIM randomized clinical trial. *Circulation* 2003; 108: 2851-6.
3. Gil RJ, Witkowski A, Poloński L, et al. Zalecenia postępowania w kardiologii inwazyjnej. *Kardiologia Polska* 2005; 63 (Suppl. III): S491-S600.
4. Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, et al. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2005; 352: 1179-89.
5. Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, et al. Effect of clopidogrel pretreatment before percutaneous coronary intervention in patients with ST-elevation myocardial infarction treated with fibrinolysis: the PCI-CLARITY study. *JAMA* 2005; 294: 1224-32.
6. Chen ZM, Jiang LX, Chen YP, et al. COMMIT collaborative group. Addition of clopidogrel to aspirin in 44852 patients with acute myocardial infarction: randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 1607-21.