

## Rejestry mówią prawdę – nadal potrzeba częstszego leczenia reperfuzyjnego

prof. dr hab. n. med. Andrzej Budaj

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szpital Grochowski, Warszawa



W ostatnich latach obserwuje się wyraźny wzrost znaczenia i zainteresowania rejestrami klinicznymi. Rejestry, w przeciwieństwie do wielośrodkowych badań klinicznych, nie służą do oceny wyników leczenia, lecz są podstawowym źródłem informacji o charakterystyce chorych, naturalnym przebiegu choroby, postępowaniu diagnostycznym i leczniczym. Wartość danych uzyskiwanych z rejestrów zależy od ich kompletności i/lub reprezentatywności dla danej populacji chorych, zakresu gromadzonych informacji dotyczących konkretnych problemów klinicznych, wiarygodności i aktualności.

W zakresie ostrych zespołów wieńcowych (OZW) prowadzonych jest wiele rejestrów, z których najwięcej publikowanych informacji dostarczają następujące: GRACE, NRMI, CRUSADE, RIKS-HIA, MITRA/MIR, *Euro Heart Survey*. W Polsce ukazały się właśnie wyniki Ogólnopolskiego Rejestru OZW PL-ACS opartego na Rejestrze Zabrzeńskim. Prowadzone są także rejestry: Małopolski, GRACE i *Euro Heart Survey*.

Bieżący numer *Kardiologii Polskiej* przynosi ciekawy raport Małopolskiego Rejestru OZW z uniesieniem ST (STEMI) z lat 2002–2003.

Rejestr ten jest związany z realizowanym w tym okresie przez Autorów programem ułatwionej angioplastyki. Najistotniejszą i jednocześnie niepokojącą informacją z tego rejestru jest to, że u 64% chorych ze STEMI leczonych na oddziałach rejonowych nieposiadających pracowni hemodynamicznej nie zastosowano żadnego leczenia reperfuzyjnego. W rejestrze PL-ACS na Śląsku ten odsetek wynosił 30%, tyle samo w rejestrze GRACE [1, 2].

W szpitalach objętych rejestrzem do transportu w celu leczenia inwazyjnego zakwalifikowano tylko 15% chorych. U pozostałych chorych ze STEMI, zgodnie z zasadami, należało rozważyć możliwości terapii farmakologicznej. Niestety, u większości chorych tego leczenia nie zastosowano. Jako przyczyny niepodania leku fibrynolitycznego autorzy wymieniają: wiek powyżej 75 lat (25%), opóźnienie ponad 12 godz. od początku objawów (20%), wstrząs kardiogeny (7%), przeciwwskazania

do fibrynolizy lub zwiększone ryzyko powikłań krwotocznych (12%), brak przeciwwskazań do leczenia reperfuzyjnego (36%). Jak widać, kwalifikacje do programu ułatwionej angioplastyki rzutowały na decyzje o niepodaniu leczenia fibrynolitycznego. Wiek powyżej 75 lat [3] oraz wstrząs kardiogeny (jeśli nie można leczyć inwazyjnie) nie są przeciwwskazaniami do fibrynolizy. Ponadto aż 36% chorych z niejasnych powodów nie otrzymało leczenia fibrynolitycznego, które ratuje życie. Zapomniane czasem starsze badania wyraźnie wykazały, że leczenie fibrynolityczne (w tym streptokinaza) zmniejsza częstość zgonów [4].

Dokonujący się w naszym kraju w ostatnich latach ogromny postęp w leczeniu OZW związany ze zwiększeniem dostępności do pierwotnej angioplastyki (pPCI) paradoksalnie może powodować odstępowanie od leczenia fibrynolitycznego u chorych, którzy z różnych względów pozostają w szpitalach bez pracowni hemodynamicznej. Leczenia tego nie otrzymuje także wielu chorych, gdy niekontrolowane przez lekarzy kierujących opóźnienie pPCI przekracza 90–120 min. Nie ma, moim zdaniem, powodu, aby – skupiając się na *doskonałej* pPCI – ograniczać wskazania do *niedoskonałej* fibrynolizy. Istnieje raczej potrzeba łączenia tych dwóch metod jako postępowania farmakomechanicznego, aby uniknąć opóźnienia reperfuzji wieńcowej. Leczenie fibrynolityczne razem z leczeniem przeciwplatekpowym powinno być stosowane jako fibrynoliza przedszpitalna w razie przedłużonego transportu do ośrodka z dyżurującą pracownią hemodynamiczną. Powinno być stosowane także wtedy, gdy pracownia jest niedostępna.

Przewaga pPCI nad farmakologicznym leczeniem reperfuzyjnym występuje przede wszystkim w grupie chorych wysokiego ryzyka [5]. Tymczasem w praktyce do leczenia inwazyjnego kwalifikowani są chorzy niższego ryzyka. Wykazano to w rejestrze GRACE [6], a także PL-ACS, CRUSADE i innych. Omawiany Rejestr Małopolski również odnotowuje to niekorzystne zjawisko. W szpitalach rejonowych chorzy wyższego ryzyka pozostawali bez inwazyjnego leczenia reperfuzyjnego. Umieralność wewnątrzszpitalna tych chorych sięgała 15%. Przy porównywaniu wyników leczenia inwazyjnego z nieinwazyjnym należy uwzględnić wyjściowe ryzyko kwalifikowanych chorych.

Przeciwdziałanie niekorzystnym zjawiskom jest możliwe, jeśli o nich wiemy. Rejestr Małopolski OZW wskazał na niedostateczną częstość i nieprawidłowe kwalifikowanie chorych do leczenia reperfuzyjnego. Prowadzony obecnie i planowany na najbliższe 3 lata w ramach programu POLKARD Ogólnopolski Rejestr OZW (PL-ACS) dostarcza informacji w skali całego kraju. Dzięki umowie między Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) istnieje szansa, że obejmie on wszystkie przypadki OZW w Polsce, podobnie jak rejestr RIKS-HIA w Szwecji. Warunkiem uzyskania kompletnych informacji jest zaangażowanie się wszystkich oddziałów NFZ. Dane rejestru mają ogromne znaczenie dla optymalizacji postępowania w OZW, a także dla podejmowania decyzji finansowych i organizacyjnych.

#### Piśmiennictwo

1. Gąsior M, Gierlotka M, Cieśliński A, et al. Wyniki leczenia zawału serca z uniesieniem odcinka ST. Dane z rejestru PL-ACS na Śląsku. *Kardiologia Polska* 2005; 62: 144-150.
2. Eagle KA, Goodman SG, Avezum A, et al. GRACE Investigators. Practice variation and missed opportunities for reperfusion in ST-segment-elevation myocardial infarction: findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Lancet* 2002; 359: 373-7.
3. White HD. Thrombolytic therapy in the elderly. *Lancet* 2000; 356: 2028-30.
4. Fibrinolytic Therapy Trialists Collaborative Group. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: Collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomized trials of more than 1000 patients. *Lancet* 1994; 343: 311-22.
5. Thune JJ, Hoefsten DE, Lindholm MG, et al. for the DANAMI 2 Investigators. Simple risk stratification at admission to identify patients with reduced mortality from primary angioplasty. *Circulation* 2005; 112: 2017-21.
6. Fox KA, Anderson FA, Dabbous OH, et al. Intervention in acute coronary syndromes: do patients undergo intervention on the basis of their risk characteristics? The global registry of acute coronary events (GRACE)? *Heart* 2006; 6: [Epub ahead of print]