

EVIDENCE BASED MEDICINE

MEDYCYNA

REPRINT Z VOL. 13/Nr 2(47)/2020

MNiSW: 5 pkt

ISSN: 1899-8666

FAKTÓW



ISCHEMIA

REPRINT

OPTIMALNE POSTĘPOWANIE

w leczeniu przewlekłych
zespołów wieńcowych: jakie cele
i strategie terapeutyczne?
Do jakiego schematu dążymy?

Optymalne postępowanie w leczeniu przewlekłych zespołów wieńcowych: jakie cele i strategie terapeutyczne? Do jakiego schematu dążymy?

Optimal management of chronic coronary syndromes: what are the goals and therapeutic strategies? What therapeutic scheme do we strive for?

Prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski

STRESZCZENIE: Badanie ISCHEMIA przeprowadzono w celu określenia grupy pacjentów wysokiego ryzyka, u których strategia rutynowej rewaskularyzacji poprawia rokowanie. Trzyletnia obserwacja nie wykazała przewagi tej metody nad klasyczną farmakoterapią pod względem śmiertelności całkowitej, częstości zawałów serca, hospitalizacji z powodów kardiologicznych, a także korzyści klinicznej netto. Nie wykryto także istotnej statystycznie różnicy w śmiertelności sercowo-naczyniowej i całkowitej śmiertelności ani w zawałach serca. Podstawą leczenia pacjentów z przewlekłą chorobą wieńcową pozostaje nadal optymalna farmakoterapia. Jej celem jest zarówno redukcja ryzyka sercowo-naczyniowego, jak i łagodzenie objawów. Ten ostatni cel można realizować za pomocą terapii, której pozycja w wytycznych została niedawno zrewidowana. Leki podawane w jej ramach nie powodują hemodynamicznie istotnych działań niepożądanych, a dodane do innych zmniejszają liczbę napadów dławicowych i zapotrzebowanie na nitroglicerynę, a także poprawiają tolerancję wysiłku.

SŁOWA KLUCZOWE: jakość życia, farmakoterapia, leczenie inwazyjne, przewlekłe niedokrwienie, wytyczne

ABSTRACT: The ISCHEMIA study was conducted to identify a group of high-risk patients in whose adding revascularization improves prognosis. The three-year observation did not show the advantage of this method over conventional pharmacotherapy in: total mortality, heart rate, hospitalization for cardiological reasons, and net clinical benefit. No statistically significant difference was found in cardiovascular and total mortality, nor in myocardial infarction. Optimal pharmacotherapy remains the basis for the treatment of patients with chronic coronary artery disease. Its purpose is both to reduce cardiovascular risk and to alleviate symptoms. The latter goal can be achieved with treatment, which position in the guidelines has recently been revised. Those drugs do not cause hemodynamically significant side effects, and added to others reduces the number of angina attacks and the need for nitroglycerin, as well as improves exercise tolerance.

KEY WORDS: quality of life, pharmacotherapy, invasive treatment, chronic coronary syndromes, guidelines

WSTĘP

W leczeniu stabilnej postaci choroby wieńcowej, która według nowej definicji jest nazywana przewlekłymi zespołami wieńcowymi, znaczenie ma z jednej strony poprawa rokowania i zmniejszenie ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych, a z drugiej – zmniejszenie objawów dławicowych [1].

Omawiając problem leczenia przewlekłej choroby wieńcowej, warto przytoczyć dane epidemiologiczne dla Polski. Według Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) w 2017 r. w Polsce na chorobę niedokrwienią serca cierpiało 1,6 mln osób, co wynosi 4,2% populacji i stanowi więcej o 0,7 punktu procentowego niż w Unii Europejskiej. Ciekawych danych dostarcza też opublikowany w tym roku raport Narodowego Funduszu Zdrowia, według którego udzielono w 2019 r. u 1,2 mln dorosłych osób świadczenia z powodu choroby wieńcowej, a wartość refundacji świadczeń wyniosła blisko 2 mld zł w 2019 r. Świadczenia z rozpoznaniem głównym przewlekłej choroby niedokrwiennej serca były przede wszystkim udzielane w POZ i AOS. W 2019 r. chorobowość rejestrowana przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (liczba pacjentów, którzy mieli w latach 2016–2019 udzielone co najmniej jedno świadczenie z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym przewlekłej choroby niedokrwiennej serca żyjących na koniec 2019 r.), wyniosła ponad 2,5 mln osób. W 2019 r. odnotowano 103 tys. przypadków ostrych zespołów wieńcowych, o 19% mniej niż w 2014 r. Spadek liczby przy-

padków OZW dotyczył głównie niestabilnej dławicy piersiowej (o 55% mniej w 2019 r. niż w 2014 r.), natomiast liczba zawałów mięśnia sercowego wzrastała (w 2019 r. było 9% więcej przypadków niż w 2014 r.) i wzrost ten wynikał ze zmian struktury demograficznej pacjentów. W przypadku niestabilnej dławicy piersiowej śmiertelność 30-dniowa wyniosła w 2018 r. 1,1%, a roczna 4,5%, zaś w przypadku zawałów serca śmiertelność wewnątrzszpitalna wyniosła w 2018 r. 6,6%, 30-dniowa 9,0%, a roczna 16,8% [2].

LECZENIE W CELU POPRAWY ROKOWANIA I ZMNIEJSZENIA INCYDENTÓW WIEŃCOWYCH

Do terapii, które zmniejszają ryzyko i poprawiają rokowanie pacjentów, zaliczamy leki przeciwplatekcyjne, statyny, w grupach pacjentów wysokiego ryzyka inhibitory konwertazy angiotensyny II (ACE-I), przede wszystkim perindopryl i ramipryl, które na podstawie wyników przeprowadzonych badań klinicznych są wymieniane w wytycznych (sartany dopiero w przypadku nietolerancji ACE-I), a u pacjentów po przebytym zawale serca dodatkowo β-adrenolityki. Kolejnym etapem może być kwalifikacja do leczenia inwazyjnego: diagnostyki inwazyjnej oraz ewentualnej rewaskularyzacji. O ile miejsce leczenia inwazyjnego w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych jest jednoznaczne i dzisiaj doskonale zdefiniowane i preferowane, o tyle w przewlekłej postaci choroby wień-

cowej nadal nie mamy jednoznacznych kryteriów do kwalifikacji pacjentów do interwencji. Szczególnie w przypadkach pacjentów z istotnymi, ale niekrytycznymi zmianami w tętnicach wieńcowych.

STRATEGIA ZACHOWAWCZA VS DODATKOWE LECZENIE INWAZYJNE

Przeprowadzono kilka badań randomizowanych, które porównywały strategię inwazyjną łącznie z optymalną farmakoterapią z wyłącznie optymalnym leczeniem zachowawczym (farmakoterapia + leczenie niefarmakologiczne), np. badania MASS II, BARI 2D, COURAGE czy FAME 2. Większość analiz podsumowujących te randomizowane badania kliniczne wskazuje na porównywalny efekt obu strategii, szczególnie w zakresie śmiertelności. Co więcej – w zakresie punktów końcowych takich jak zawał serca czy nieplanowana rewaskularyzacja, dla pierwszego z nich wypada pewien trend dla korzyści optymalnej farmakoterapii, a dla drugiego – w kierunku kwalifikacji do leczenia inwazyjnego (tab. 1). Jednym z elementów, który może wskazywać na to, dlaczego randomizowane badania kliniczne porównujące wpływ optymalnej farmakoterapii z leczeniem inwazyjnym w grupie pacjentów z przewlekłą chorobą wieńcową nie wykazywały jednoznacznej przewagi żadnej z tych strategii pod względem wpływu na twarde punkty końcowe, jest trudność w porównaniu nasilenia samej miażdżycy, w rozróżnieniu rodzaju blaszki miażdżycowej, jej składu oraz oceny stabilności tej blaszki. Warto podkreślić ograniczenie wcześniejszych prób – wspomniane badania COURAGE, BARI 2D czy FAME 2 mogły być obarczone pewnym błędem w ocenie: nie został jednoznacznie zdefiniowany próg niedokrwienia, nie stosowano w tych badaniach stentów powlekanych, nie stosowano oceny FFR oraz nie stosowano oceny rewaskularyzacji pomostowaniem aortalno-wieńcowym.

BADANIE ISCHEMIA

Przeanalizowaniu hipotezy strategii optymalnej farmakoterapii z dodatkowym, ewentualnym leczeniem inwazyjnym służyło także badanie ISCHEMIA, badanie obejmujące stabilnych pacjentów z przewlekłą chorobą niedokrwinną serca lub przewlekłym zespołem wieńcowym, których randomizowano do dwóch strategii leczenia. Ocenianymi punktami końcowymi

były punkty związane ze śmiertelnością sercowo-naczyniową, zawałami serca, hospitalizacjami z powodu zaostrzenia dławicy, niewydolności serca oraz zatrzymania krążenia, oceniano także śmiertelność całkowitą [3].

Do badania włączano pacjentów w wieku co najmniej 21 lat, z umiarkowaną bądź ciężką chorobą niedokrwinną serca, u których w przeprowadzonej diagnostyce inwazyjnej wykazano co najmniej 50-procentowe zwężenie w dużym naczyniu nasierdziowym i z dodatnim wynikiem badania obciążeniowego bądź 70-procentowe zwężenie w bliższym lub środkowym odcinku naczynia. Do badania nie włączano chorych z co najmniej 50-procentowym zwężeniem w pniu lewej tętnicy wieńcowej. Zrandomizowano łącznie 5 tys. pacjentów. Mediana czasu obserwacji osób, które przeżyły, wynosiła ponad 3 lata. Głównym celem badania było sprawdzenie, czy pacjenci z wyższym ryzykiem na podstawie potwierdzonego niedokrwienia skorzystają z dodatkowej strategii inwazyjnej leczenia choroby wieńcowej.

Głównym pytaniem badania było „Czy można wskazać grupę pacjentów wysokiego ryzyka, u których strategia rutynowej rewaskularyzacji poprawia rokowanie jako dodatkowa opcja do optymalnej farmakoterapii?”. Byli to pacjenci w średnim wieku 64 lat, cukrzyca występowała w ponad 40% przypadków, a średnia frakcja wyrzutowa wynosiła średnio 60%, wywiad wcześniejszej dławicy miało ponad 90% pacjentów. Spośród wykonanych testów obciążeniowych 75% było badaniami obciążeniowymi, a 25% wysiłkowymi EKG. Niedokrwienie w warunkach obciążeniowych oceniono w ponad 50% przypadków jako ciężkie, a w ponad 30% jako umiarkowane.

Jeżeli chodzi o wyjściowy obraz koronarograficzny, u ponad 40% pacjentów stwierdzono w co najmniej trzech naczyniach ponad 50-procentowe zwężenie, a w ok. 30% przypadków było to zwężenie w dwóch naczyniach. W ponad 80% przypadków zmiana dotyczyła gałęzi tętnicy przedniej zstępującej, w tym w 46% proksymalnego odcinka. 95% pacjentów przyjmowało statynę, z tego ponad połowa w wysokiej dawce. Większość pacjentów przyjmowała inhibitor konwertazy angiotensyny. Osiągnięte na koniec badania cele terapeutyczne: w prawie 60% przypadków redukcja LDL poniżej 70 mg%, redukcja ciśnienia tętniczego poniżej 140 Hg w powyżej 70% przypadków, zaprzestanie stosowania nikotyny u ponad 90% chorych oraz wysokie dawki leków u ponad 40% pacjentów. W grupie pacjentów, którzy byli zakwalifikowani do rewaskularyzacji,

TABELA 1

Podsumowanie wyników badań oceniających skuteczność zastosowania w przewlekłych zespołach wieńcowych (dawniej stabilnej chorobie wieńcowej) optymalnego leczenia zachowawczego (leczenie niefarmakologiczne i farmakoterapia) w porównaniu ze strategią uwzględniającą dodatkowo leczenie inwazyjne.

	COURAGE	BARI 2D	FAME 2	ISCHEMIA
Śmiertelność całkowita	bez różnic pomiędzy grupami	bez różnic pomiędzy grupami	bez różnic pomiędzy grupami	bez różnic pomiędzy grupami
Zawały serca	bez różnic pomiędzy grupami	bez różnic pomiędzy grupami	bez różnic pomiędzy grupami	
Zawały serca spontaniczne	-	-	-	korzyść w grupie leczenia inwazyjnego
Zawały serca związane z procedurą	-	-	-	korzyść w grupie leczenia zachowawczego
Dławica	bez różnic pomiędzy grupami	bez różnic pomiędzy grupami	na korzyść leczenia inwazyjnego	na korzyść leczenia inwazyjnego
Ograniczenia	nie stosowano stentów powlekanych ani FFR, nie leczono pomostowaniem aortalno-wieńcowym	nie stosowano stentów powlekanych ani FFR	nie leczono pomostowaniem aortalno-wieńcowym	wyniki badania nie mogą być uogólnione do ośrodków z małym doświadczeniem, możliwym dużym odsetkiem powikłań, kompletność rewaskularyzacji nadal podlega ocenie w tym badaniu kobiety włączone do badania częściowo wyłączone były z randomizacji niż mężczyźni ze względu na lżejsze objawy niedokrwienia i mniej zaawansowaną chorobę wieńcową

w 74% wykonano angioplastykę wieńcową, a w 26% – pomostowanie aortalno-wieńcowe.

W ocenie pierwszorzędnego punktu końcowego składającego się ze śmiertelności całkowitej, zawału serca, hospitalizacji z powodu niestabilnej choroby wieńcowej, niewydolności serca bądź zresuscytowanego zatrzymania krążenia nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami. To samo dotyczyło drugorzędowego punktu końcowego składającego się ze śmiertelności całkowitej i zawału serca, a także nie było różnicy w zakresie tzw. korzyści klinicznej netto składającej się ze zgonów sercowo-naczyniowych, zawału serca, niestabilnej choroby wieńcowej, niewydolności serca, zatrzymania krążenia i udaru. Nie było także istotnej statystycznie różnicy w śmiertelności sercowo-naczyniowej i całkowitej śmiertelności ani w zawałach serca. Oceniając typy zawałów serca, zawał serca związany z procedurą, czyli typu 4a lub typu 5, występował istotnie częściej (prawie trzykrotnie) w grupie pacjentów zakwalifikowanych do strategii inwazyjnej w porównaniu ze strategią zachowawczą, natomiast spontaniczny zawał serca, czyli typ 1, 2, 4b lub 4c, występował istotnie częściej w grupie leczenia konwencjonalnego bez wyjściowej strategii inwazyjnej (33-procentowa różnica). Grupy różniły się również w zależności od hospitalizacji z powodu niestabilnej choroby wieńcowej, dwukrotnie częściej występującej w grupie leczenia tylko strategią optymalnej farmakoterapii, natomiast hospitalizacje z powodu niewydolności serca występowały ponad dwukrotnie częściej w grupie pacjentów leczonych inwazyjnie. Nie było różnic w zakresie zresuscytowanego zatrzymania krążenia bądź udaru mózgu. W pierwotnie zdefiniowanych podgrupach pacjentów nie zaobserwowano różnic w zakresie pierwszorzędnego punktu końcowego w którejkolwiek z tych podgrup. Warto zwrócić uwagę na pewne ograniczenia badania. Po pierwsze, ze względu na wykonaną procedurę nie było ono zaślepienie, po drugie, wyjściowo wykluczono pacjentów, którzy mieli ostry zespół wieńcowy w okresie ostatnich 2 miesięcy, pacjentów bardzo objawowych, ze zwężeniem pnia lewej tętnicy wieńcowej czy pacjentów z frakcją wyrzutową poniżej 35%.

Podsumowując, badanie ISCHEMIA jest największym jak na razie badaniem porównującym strategię inwazyjną z postępowaniem zachowawczym w postaci optymalnej farmakoterapii u pacjentów ze stabilną przewlekłą chorobą wieńcową. Strategia inwazyjna w porównaniu z leczeniem konserwatywnym nie wykazała korzyści w czasie obserwacji w zakresie redukcji pierwszorzędnego czy drugorzędowego punktu końcowego, składających się ze śmiertelności sercowo-naczyniowej, zawałów serca, hospitalizacji z powodu niestabilnej choroby wieńcowej, niewydolności serca bądź zatrzymania krążenia.

Na koniec warto podjąć zagadnienie związane z jakością życia pacjentów. U pacjentów ze stabilną postacią choroby wieńcowej oraz z umiarkowanym lub ciężkim niedokrwieniem zaobserwowano trwałą poprawę dławicy i jakości życia przy stosowaniu strategii inwazyjnej, jeśli wcześniej wykazywali objawy powtarzające się regularnie. Natomiast u pacjentów bez dławicy piersiowej strategia inwazyjna dawała małą korzyść w zakresie objawów i jakości życia.

LECZENIE OBJAWOWE CHOROBY WIĘNCOWEJ

Drugim celem terapeutycznym, równie istotnym, a z perspektywy pacjenta może nawet istotniejszym, jest leczenie w celu redukcji objawów klinicznych choroby wieńcowej. Jest to redukcja częstości nawrotów dławicy wysiłkowej, poprawa limitu wysiłku, przy którym występują dolegliwości, zmniejszenie

ich nasilenia, redukcja niedokrwienia stwierdzanego metodami obiektywnymi (jak zmiany niedokrwienne w EKG w trakcie testu wysiłkowego), poprawa komfortu i jakości życia, zmniejszenie potrzeby przyjmowania doraźnych leków przeciwdławicowych.

Według aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych z 2019 r. został wprowadzony nowy algorytm doboru leku objawowego. O ile we wcześniejszych wytycznych wymieniano leki β -adrenolityczne i antagonistów wapnia jako leki pierwszego wyboru w leczeniu objawów dławicowych, o tyle algorytm został uszczegółowiony z uwzględnieniem różnych profili klinicznych pacjentów w zależności od wartości ciśnienia tętniczego, tętna oraz stwierdzanych cech dysfunkcji lewej komory.

Według tej klasyfikacji wyróżniamy pięć profili pacjentów:

1. Pacjenci z ogólnymi cechami.
2. Pacjenci z przyspieszoną akcją serca, np. powyżej 80 uderzeń/min.
3. Grupa pacjentów z niskim tętnem, np. poniżej 50 uderzeń/min.
4. Pacjenci z dysfunkcją lewej komory lub stwierdzoną niewydolnością serca.
5. Pacjenci z niskim ciśnieniem tętniczym.

Algorytm sugeruje strategie stopniowania długotrwałej farmakoterapii przeciwniedokrwiennej u pacjentów z przewlekłymi zespołami wieńcowymi i swoistymi cechami wyjściowymi. Zaproponowane podejście należy dopasować do preferencji pacjenta, natomiast algorytm uwzględnia kolejne grupy terapeutyczne jako pierwszy, drugi i trzeci, a nawet czwarty etap leczenia. W grupie pacjentów ogólnej populacji pierwszy etap obejmuje zastosowanie β -adrenolityków oraz antagonisty wapnia, następnie leczenie skojarzone (z antagonistą wapnia dihidropirydynowym) jako leczenie drugiego wyboru. Kolejnym etapem może być dodanie dalszego rzutu z leków objawowych. W grupie pacjentów z przyspieszoną akcją serca dominuje zastosowanie β -adrenolityków lub niedihidropirydynowego antagonisty wapnia, a w następnej kolejności połączenie β -adrenolityku z antagonistą wapnia. Ostatnim etapem jest β -adrenolityk w połączeniu z iwabradyną. U pacjentów z niskim spoczynkowym tętnem pierwszym wyborem powinien być dihidropirydynowy antagonistą wapnia, drugi wybór to długo działający azotan, a trzeci – połączenie długo działającego azotanu i dihidropirydynowego antagonisty wapnia. Kolejny etap to dodanie nikorandyłu, ranolazyny bądź trimetazydyny (w Polsce najpopularniejsza metoda). Pacjenci z dysfunkcją lewej komory otrzymują w pierwszej kolejności β -adrenolityk nie tylko jako terapię objawową, ale również jako leczenie dysfunkcji lewej komory czy niewydolności serca, następnie dodaje się długo działający azotan lub iwabradynę. U pacjentów z niskim ciśnieniem tętniczym w pierwszej kolejności można zastosować β -adrenolityk lub niedihidropirydynowego antagonistę wapnia w małej dawce. Jako drugi wybór zaleca się dodanie iwabradyny, ranolazyny lub trimetazydyny, a następnie terapię łączoną lekami drugiego rzutu. Należy zwrócić uwagę, że leczenie β -adrenolitykiem z niedihidropirydynowym antagonistą wapnia trzeba rozpocząć od stosowania tych leków w małych dawkach ze ścisłym monitorowaniem tolerancji leczenia, szczególnie jeśli chodzi o spadek tętna i ciśnienia tętniczego. Iwabradyna nie powinno się łączyć z niedihidropirydynowym antagonistą wapnia. Należy rozważyć dodanie leku na drugim etapie leczenia do leku z pierwszego etapu, jeżeli wartość ci-

TABELA 2

Miejsce wybranych grup leków objawowych w leczeniu przewlekłych zespołów wieńcowych.				
Grupa terapeutyczna	Etap leczenia objawowego	Możliwość kojarzenia	Szczególne grupy pacjentów	Uwagi
β-adrenolityk	pierwszy lub drugi etap terapii	z antagonistą wapnia, trimetazydyną, iwabradyną	z przyspieszonym tętnem i wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego, dysfunkcją lewej komory	niska wartość RR i tętna może stanowić ograniczenie
Niedihydropirydynowy antagonistą wapnia	pierwszy lub drugi etap terapii	z trimetazydyną	z przyspieszonym tętnem i wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego	niska wartość RR i tętna może stanowić ograniczenie
Dihydropirydynowy antagonistą wapnia	pierwszy lub drugi etap terapii	z β-adrenolitykiem, trimetazydyną	z wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego	niska wartość RR może stanowić ograniczenie
Trimetazydyna	drugi lub trzeci etap terapii	z β-adrenolitykiem, antagonistą wapnia, iwabradyną	szczególnie dla pacjentów z ryzykiem zwolnienia akcji serca i spadku RR po innych lekach	niska wartość RR i tętna nie stanowi ograniczenia
Iwabradyna	drugi lub trzeci etap terapii	z antagonistą wapnia, trimetazydyną, β-adrenolitykiem	szczególnie dla pacjentów z przyspieszonym tętnem	niska wartość RR nie stanowi ograniczenia

śnienia tętniczego nie ulega zmianie. Wytyczne ESC wskazały trimetazydynę jako możliwy lek II rzutu u chorych z chorobą wieńcową, jeśli inne leki przeciwdławicowe nie zapewniają dostatecznej kontroli objawów albo jeśli nie są tolerowane.

Nową pozycję w wytycznych uzyskała trimetazydyna niepowodująca hemodynamicznie istotnych działań niepożądanych, dla której opublikowana metaanaliza 13 badań wykazała, że dodana do innych leków przeciwdławicowych powoduje – w porównaniu z leczeniem innymi lekami przeciwdławicowymi stosowanymi w stabilnej dławicy piersiowej – mniejszą średnią liczbę napadów dławicowych w tygodniu, mniejsze tygodniowe zapotrzebowanie na nitroglicerynę, dłuższy czas do obniżenia odcinka ST, większe całkowite obciążenie wysiłkiem i dłuższy czas kontynuacji wysiłku na jego szczycie [4]. Według wytycznych należy rozważyć zastosowanie m.in. trimetazydyny jako leczenia drugiego rzutu, aby zmniejszyć częstość występowania objawów dławicy i poprawić tolerancję wysiłku u pacjentów, u których leczenie za pomocą β-adrenolityków, antagonistów wapnia i długo działających azotanów jest przeciwwskazane, źle tolerowane lub niewystarczające do opanowania objawów dławicowych. Ponadto można rozważyć skojarzenie β-adrenolityku lub antagonisty wapnia z lekami drugiego rzutu (np. iwabradyną i trimetazydyną) jako leczenie pierwszego rzutu u wybranych pacjentów, uwzględniając częstotliwość rytmu serca, ciśnienie tętnicze i tolerancję leku.

PODSUMOWANIE

Podsumowując, wyniki badania ISCHEMIA wykazują, że podstawą leczenia pacjentów z przewlekłą chorobą wieńcową na-

wet z istotnymi zmianami w tętnicach wieńcowych bez nasilonej krytycznej dławicy jest nadal optymalna farmakoterapia, która uwzględni zarówno terapię w kierunku zmniejszenia ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych i poprawy rokowania, jak i leczenie objawowe.

Warto zwrócić uwagę, że o ile podstawa leczenia w kierunku poprawy rokowania w zakresie stosowanych grup terapeutycznych od lat nie uległa zmianie, o tyle główna zmiana polega na intensyfikacji tego leczenia: stosowaniu wysokich dawek np. statyn i osiągnięciu coraz niższych, bardziej restrykcyjnych celów terapeutycznych w zakresie kontroli czynników ryzyka, m.in. wartości lipidogramu.

Duże różnicowanie schematu doboru algorytmu zostało zaproponowane w zakresie leczenia objawowego choroby wieńcowej. Wybór kolejnych leków objawowych uwzględnia specyfikę parametrów klinicznych danego pacjenta: wyjściowe tętno, ciśnienie tętnicze oraz cechy dysfunkcji lewej komory. Dlatego w praktyce duża waga powinna być przywiązywana do leczenia objawowego, które z perspektywy pacjenta jest równie ważne co leczenie w celu poprawy rokowania.


U pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową należy podjąć decyzję interdyscyplinarną, uwzględniającą zarówno cel leczenia pacjenta, jak i jego preferencje.

Adres do korespondencji

prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski
I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a
tel.: (+48) 22 599-19-58; faks: (+48) 22 599-19-57

Piśmiennictwo

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A et al. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych (2019). Zeszyty edukacyjne. Kardiol Pol. 2020; 1.
2. NFZ o zdrowiu. Choroba niedokrwienna serca. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. Warszawa, kwiecień 2020.
3. ISCHEMIA Trial Research Group, Hochman JS, O'Brien SM et al. International Study of Comparative Health Effectiveness With Medical and Invasive Approaches: primary report of clinical outcomes. Am Heart J. 2018; 201: 124-5.
4. Peng S, Zhao M, Wan J et al. The efficacy of trimetazidine on stable angina pectoris: a meta-analysis of randomized clinical trials. Int J Cardiol. 2014; 177: 780-5.

Przedruk finansowany przez firmę 

Materiał promocyjny kierowany do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.