

KARDIOLOGIA

Pacjent po ostrym zespole wieńcowym jest pacjentem najwyższego ryzyka

Zasady profilaktyki wtórnej u osób po zawale serca omówił prof. dr hab. n. med. Miłosz Jaguszewski z Pracowni Kardiologii Inwazyjnej, Oddziału Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Krążenia Płucnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, I Katedry i Kliniki Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

– Pacjent po ostrym zespole wieńcowym (OZW) jest pacjentem najwyższego ryzyka sercowo-naczyniowego. Dlatego tak ważna jest profilaktyka wtórna po OZW, której celem jest zapobieganie ogólnej progresji choroby wieńcowej, a nie tylko zdarzeniom sercowo-naczyniowym związanym ze stentowaną zmianą – przypomina ekspert.

Rejestr SWEDEHEART pokazuje, że ryzyko ponownego zawału w niezmiennym uprzednio naczyniu wieńcowym jest dwa razy większe niż ryzyko związane ze zmianą leczoną wcześniej metodą przeszłonkowej interwencji wieńcowej (*percutaneous coronary interventions* – PCI). Niektóre źródła wskazują, że mniej więcej 15 proc. osób, które przeżyły zawał serca, będzie ponownie miało ten incydent w ciągu 6–7 miesięcy od pierwszego.

Jak długo stosować terapię przeciwplatekową?

– Pacjent po zawale serca przede wszystkim powinien przyjmować nowe leki przeciwplatekowe. Obecnie podstawowym problemem nie jest to, który z tych leków wybrać – tikagrelor czy prasugrel. Jak pokazują rejestry, główny problem to częste stosowanie w takiej sytuacji klopidogrelu, który jest przeznaczony albo do terapii potrójnej, kiedy należy zastosować nowe doustne leki przeciwzakrzepo-



Fot. Termedia/Archivum

”

prof. Miłosz Jaguszewski: *Obecnie podstawowym problemem nie jest to, który z leków wybrać – tikagrelor czy prasugrel. Jak pokazują rejestry, główny problem to częste stosowanie u pacjentów po zawale klopidogrelu*

we (novel oral anticoagulants – NOAC), albo dla osób z chorobą wieńcową, ale nigdy w pierwszych miesiącach po zawale serca – zauważa prof. Miłosz Jaguszewski.

Zgodnie z zaleceniami podwójna terapia przeciwplatekowa u chorych po zawale powinna trwać 12 miesięcy. Ekspert podkreśla, że można ją indywidualizować, skracać, ale nie można tego robić bezrefleksyjnie. Decydujące jest ryzyko krwawienia. Wytyczne wskazują, że terapię można skracać u pacjentów z wysokim ryzykiem do 3 miesięcy, a nawet do 1 miesiąca. Można również wydłużać ponad 12 miesięcy u chorych z niskim ryzykiem krwawienia.

Aktualne wytyczne dotyczące postępowania u pacjentów z zawałem serca bez uniesienia odcinka ST (*non-ST-segment elevation acute coronary syndrome* – NSTEMI-ACS) wskazują, że prasugrel powinien być preferowany w tej grupie chorych.

– Na to zalecenie wpłynęło badanie ISAR-REACT5. Porównano w nim dwie strategie terapeutyczne – z prasugrelem i tikagrelorem. W stosunku do

klopidogrelu wykazano wyższość tej pierwszej. Z kolei metaanaliza pokazała przewagę tikagreloru nad prasugrelem, jeśli chodzi o zmniejszenie śmiertelności, a prasugrelu w protekcji zawałów serca. Każdy z tych leków jest dobry. Ważne, by nie stosować klopidogrelu u chorych po OZW – podkreśla prof. Miłosz Jaguszewski.

Chory po OZW z migotaniem przedsionków

Pacjenci z migotaniem przedsionków przyjmują NOAC, w związku z tym terapia przeciwplatekowa wygląda u nich nieco inaczej. Zalecane jest jej skracanie. U chorych z migotaniem przedsionków po implantacji stentu terapia podwójna, czyli lek przeciwzakrzepowy i lek przeciwplatekowy, jest stosowana *a priori* od samego początku. W badaniach wykazano przewagę takiej strategii nad terapią potrójną, jeżeli chodzi o ryzyko krwawień. Nie u każdego chorego można jednak zastosować terapię podwójną. – Pacjent z wysokim ryzykiem niedokrwienia, czyli np. mający bardzo dużo zmian w naczyniach wieńcowych lub po OZW, może mieć wyższe ryzyko zakrzepicy w stencie. W związku z tym pamiętajmy, że jeśli pacjent ma niskie ryzyko krwawienia, można zastosować terapię potrójną – przypomina ekspert. – Obecnie nie ma danych przemawiających za tym, aby stosować nowe leki przeciwplatekowe – tikagrelor, prasugrel – u pacjentów, którzy powinni otrzymywać terapię potrójną. A według najnowszych wytycznych dotyczących NSTEMI-ACS terapię potrójną u chorych z migotaniem przedsionków powinniśmy stosować co najmniej tydzień. Wydłużamy ją, np. do miesiąca, w przypadkach, w których ryzyko niedokrwienia jest podwyższone – dodaje.

Leki wpływające na rokowanie i objawy

W badaniu PACMAN wykazano, że inhibitory PCSK9 redukują objętość blaszki miażdżycowej. Zalecenia dotyczące terapii hipolipemizującej u pacjentów z grupy bardzo wysokiego ryzyka mówią o jak najszybszym zastosowaniu inhibitorów PCSK9 u chorych po OZW, jeśli za pomocą podstawowych leków nie osiąga się celów terapeutycznych.

Należy pamiętać, że nie każdy β -bloker i nie każdy inhibitor ACE jest taki sam. Niektóre inhibitory ACE posiadają grupy sulfhydrylowe, dzięki czemu lepiej działają na stres oksydacyjny, lepiej wpływają na remodeling uszkodzonego naczynia wieńcowego, na mięśniówkę mięśnia sercowego. Takim lekiem jest zofenopril.

Warto zapamiętać

Podwójna terapia przeciwplatekowa przez 12 miesięcy po ostrym zespole wieńcowym, jeśli to możliwe z zastosowaniem silnego leku przeciwplatekowego, pozostaje standardem leczenia chorych po zawale serca niezależnie od zastosowanej strategii terapeutycznej (PCI, pomostowanie aortalno-wieńcowe, leczenie zachowawcze).