

Stabilna choroba wieńcowa – aktualne zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Prof. nadzw. dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak
I Katedra i Klinika Kardiologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny



Na wytyczne dotyczące leczenia stabilnej choroby wieńcowej europejscy kardiolodzy czekali blisko dziesięć lat. W tym czasie zrewolucjonizowała się farmakoterapia tej jednostki chorobowej, odeszły na plan dalszy tzw. hemodynamiczne leki wieńcowe (azotany, antagoniści wapnia, β -adrenolityki), wzrosła rola leków, o których wiemy, że stabilizują blaszkę miażdżycową (statyny, inhibitory konwertazy angiotensyny = inhibitory ACE). Niezachwiana pozostała jedynie rola leku antyagregacyjnego, który ma otrzymywać każdy pacjent ze stabilną chorobą wieńcową, w ściśle zdefiniowanej przez standardy dawce (kwas acetylosalicylowy = ASA 75–150 mg/dobę).

W zakresie farmakoterapii stabilnej choroby wieńcowej wyróżniono dwa, niezależne cele leczenia: leczenie nakierowane na poprawę rokowania (przedłużenie życia, uniknięcie zawału serca i innych zdarzeń sercowo-naczyniowych) oraz terapię mającą na celu poprawę jakości życia (leczenie objawowe). Dla obu tych celów leczenia zaproponowano oddzielne standardy, zilustrowane w uproszczeniu na rycinie 1 oraz rycinie 2.

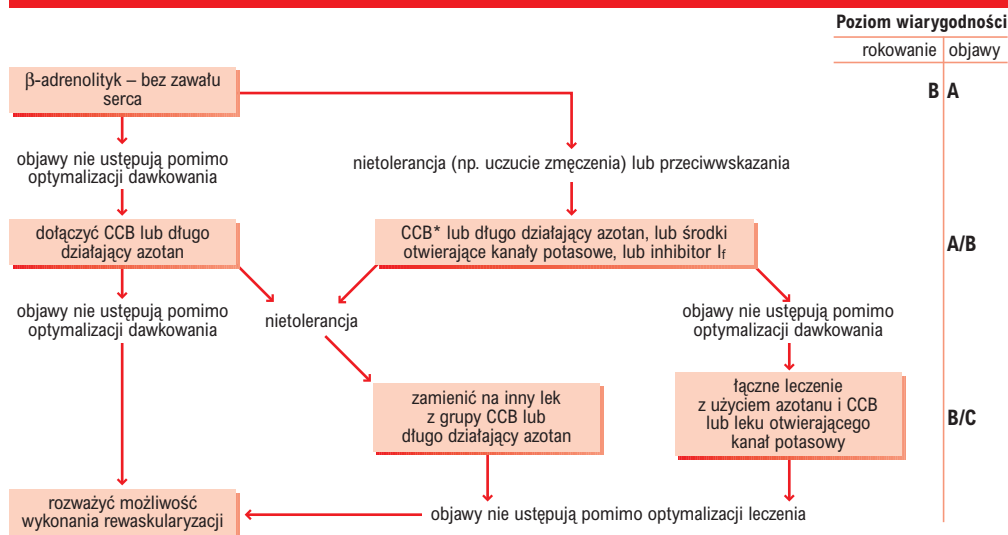
Przyjrzyjmy się tym zaleceniom. Poprawę rokowania ma zapewnić pacjentom stosowanie: ASA (ewentualnie zastępczo – kłopidogrelu), statyny (we wzrastających dawkach, ewentualnie w połączeniu z nowym lekiem obniżającym stężenie lipidów – ezetymibem) oraz inhibitorów ACE. Jako czwarty lek można polecić β -adrenolityk, ale tylko u chorych po zawale serca lub ze współistniejącą jego niewydolnością. Warto zwrócić uwagę, że takie sformułowanie standardów zmniejszyło istotnie rolę β -adrenolityków w farmakoterapii stabilnej choroby wieńcowej. Każdy pacjent bez przeciwwskazań powinien w tej jednostce chorobowej stosować: ASA, statynę i inhibitor ACE, nie każdy ma już wskazania do stosowania β -adrenolityków. Warto jeszcze dodać, że spośród inhibitorów ACE dostępnych w Polsce, jedynie dwa mają zarejestrowane wskazania kliniczne w chorobie wieńcowej (perindopryl, ramipryl) i to one właśnie powinny być preferowane – w odpowiednich, udokumentowanych w randomizowanych badaniach klinicznych dawkach, wśród tej grupy pacjentów.

Algorytm leczenia – poprawa rokowania

| | | Poziom wiarygodności | |
|--|---|---|------------|
| | | rokowanie | objawy |
| natychmiastowe krótkotrwałe zlikwidowanie objawów | krótko działające azotany podjęzykowe lub stosowane na błonę śluzową policzków | | B |
| | ASA 75–150 mg 1 raz dziennie | | A |
| | przeciwwskazania (np. uczulenie na ASA) | kłopidogrel 75 mg 1 raz dziennie | B |
| leczenie mające na celu poprawę rokowania | statyna + stopniowe zwiększanie dawki w celu osiągnięcia pożądanego stężenia cholesterolu | | A |
| | przeciwwskazania nietolerancja | zmienić statynę lub stosować statynę w mniejszej dawce razem z ezetymibem lub zastąpić innym alternatywnym lekiem hipolipemizującym | B/C |
| | Inhibitor ACE w potwierdzonej CVD | | A/B |
| | β -adrenolityk po zawale serca | | A A |

W zakresie redukcji objawów wieńcowych (leczenie poprawiające jakość życia) postuluje się stosowanie zarówno dotychczas znanych leków wieńcowych (β -adrenolityki, długo działające azotany, antagoniści wapnia = calcium channel blockers, CCB), jak i leków zupełnie nowych, dotąd niewymienianych w standardach: substancji otwierających kanały potasowe (nikorandil) lub leków z nowej grupy „spowalniaczy rytmu w węźle zatokowym” (iwabradyna), które działają w mechanizmie blokowania nowoodkrytego prądu określanego mianem I_f . Wśród tych leków warto zauważyć odmienny mechanizm potencjalnego działania przeciwniedokrwienne. O ile azotany, antagoniści wapnia i nikorandil rozszerzają naczynia, β -adrenolityki i iwabradyna – zwalniają rytm serca. Wiemy, że wśród osób z chorobą wieńcową najlepiej rokują te, u których obserwujemy częstość akcji serca $<60/\text{min}$. W tym kontekście można sugerować, że leki zwalniające częstość rytmu serca nie tylko poprawiają jakość życia, ale być może, w przyszłości, zaliczone będą także do pierwszego algorytmu (leki poprawiające przeżycie). Spoglądając „z lotu ptaka” na zalecenia opublikowane przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne w 2006 roku wyraźnie widać, że upłynęło sporo lat od poprzedniej edycji standardów. Bardzo zmieniły się zasady leczenia choroby wieńcowej, a także pojawiły się w standardach aż trzy nowe leki (ezetymib, iwabradyna, nikorandil).

Algorytm leczenia – redukcja objawów



* Do względnych przeciwwskazań do stosowania β -adrenolityków należą: astma, objawowa choroba naczyń obwodowych i blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia.

** Unikać krótko działających pochodnych dihydropirydowych, jeśli nie podaje się ich łącznie z β -adrenolitykami. Udowodniony wpływ na rokowanie: redukcja częstości zgonów sercowo-naczyniowych lub zgonów CV/zawałów serca. Udowodniony wpływ na objawy zmniejszenia częstości rewaskularyzacji i hospitalizacji z powodu bólu w klatce piersiowej.