

STRESZCZENIE

Tytuł: WPLYW STRATEGII LECZENIA PACJENTÓW Z WIELONACZYNIOWĄ POSTACIĄ CHOROBY WIEŃCOWEJ W OBSERWACJI ROCZNEJ.

Wprowadzenie

Choroba wieńcowa wielonaczyiniowa jest jednostką, w której dochodzi do zwężenia światła ≥ 3 tętnic nasierdziowych w przebiegu miażdżycy. Do metod leczenia choroby wieńcowej należą: optymalna farmakoterapia, rewaskularyzacja chirurgiczna (CABG - coronary artery bypass graft) oraz rewaskularyzacja przezskórna (PCI - percutaneous coronary intervention).

W zależności od stopnia zwężenia tętnicy, morfologii zwężenia oraz liczby zajętych naczyń, a także od stanu ogólnego pacjenta i jego chorób współistniejących, możliwe jest zastosowanie różnych strategii leczenia. O sposobie postępowania najczęściej decyduje zespół specjalistów zwany kardiogrupą (HT – Heart team), w skład którego wchodzi kardiolog kliniczny, kardiolog interwencyjny, kardiochirurg i w razie potrzeby inny specjalista. Aby ułatwić proces decyzyjny, opracowano szereg skal między innymi EuroSCORE II do oceny ryzyka zgonu związanego z zabiegiem oraz SYNTAX I, który bierze pod uwagę anatomię zmian w tętnicach wieńcowych.

Cele pracy

Celem pracy była charakterystyka kliniczna pacjentów z wielonaczyiniową chorobą wieńcową, identyfikacja czynników ryzyka wystąpienia zaawansowanej postaci choroby wieńcowej a także analiza strategii leczenia pacjentów z wielonaczyiniową chorobą wieńcową oraz jej wpływ na odległe rokowanie.

Kolejnym celem pracy było stwierdzenie różnic w rokowaniu związanych ze sposobem leczenia u chorych z cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF), a także u pacjentów z chorobą wielonaczyiniową z zajęciem pnia lewej tętnicy wieńcowej.

Material

Do badania włączono 112 pacjentów, u których stwierdzono po raz pierwszy wielonaczyiniową postać choroby wieńcowej podczas planowej koronarografii w Klinice

Kardiologii Katedry Kardiologii i Kardiochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 2017-2018.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 112 osób, 25% stanowiły kobiety, 75% mężczyźni. Średnia wieku wyniosła 68,2 lata, a średnie BMI 29,3kg/m². Najczęstszymi chorobami współistniejącymi były hipercholesterolemia (94%), nadciśnienie tętnicze (91%), nikotynizm (71%) oraz cukrzyca (45%).

Większość pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową prezentowała objawy dławicy piersiowej w III (60%) i IV (10%) kl. CCS.

Pacjentów podzielono na 3 grupy, w zależności od sposobu leczenia. 88% pacjentów było leczonych inwazyjnie w tym 54% pomostowaniem aortalno-wieńcowym i 34% za pomocą etapowej angioplastyki wieńcowej z implantacją stentów drugiej generacji, a 12% chorych było leczonych zachowawczo.

Grupa pacjentów leczonych CABG osiągała niższe wyniki w skali EuroScore II i lepszy poziom LVEF. Najgorsze wyniki w skali Euroscore II prezentowali pacjenci leczenia PCI. Najniższa frakcja wyrzutowa była rejestrowana u pacjentów leczonych zachowawczo.

Zgon występował najrzadziej wśród pacjentów leczonych CABG (3%), częściej u pacjentów leczonych zachowawczo, zaś najczęściej (21%) u leczonych PCI. Grupa poddana CABG charakteryzowała się również najniższym odsetkiem wystąpienia zawału serca (MI) - 2% i rewaskularyzacji - 5%. U pacjentów leczonych zachowawczo - MI wystąpił u 21% a rewaskularyzacja u 43%.

Wśród pacjentów leczonych zachowawczo zmniejszenie CCS o jeden punkt zanotowało 4 pacjentów (29%), w grupie CABG - 26 pacjentów (43%), a w grupie PCI - 17 pacjentów (45%).

Stwierdzono, że w grupie pacjentów poddawanych PCI ryzyko wystąpienia złożonego punktu końcowego - poważne zdarzenia sercowo-naczyniowe (MACE) było wyższe u osób z odcinkowymi zaburzeniami kurczliwości, niższą LVEF w badaniu echokardiograficznym, z przewlekłą chorobą nerek, POChP, wyższym wynikiem w skali Euroscore II, a także u pacjentów z niższym BMI.

Wśród pacjentów leczonych CABG ryzyko wystąpienia MACE było wyższe u osób z przewlekłą chorobą nerek.

Wnioski

Wśród pacjentów z MVD przeważają mężczyźni, średnia wieku wynosi 68,2 lata, średni wskaźnik BMI 29,3kg/m², większość chorych prezentuje nasilone objawy dławicy piersiowej w III i IV kl. CCS. Najczęstszymi chorobami współistniejącymi u pacjentów z MVD jest hipercholesterolemia (94%), nadciśnienie tętnicze (91%), nikotynizm (71%) oraz cukrzyca (45%).

Pacjenci z MVD w większości kwalifikowani są do leczenia inwazyjnego, głównie CABG, w drugiej kolejności PCI. Pacjenci leczeni CABG rzadziej osiągają punkty końcowe takie jak zgon, zawał mięśnia sercowego i ponowna rewaskularyzacja w porównaniu z pozostałymi grupami.

U pacjentów leczonych metodami inwazyjnymi częściej obserwuje się zmniejszenie objawów dławicy piersiowej w porównaniu z chorymi leczonymi zachowawczo.

Wśród pacjentów leczonych PCI wystąpienie złożonego punktu końcowego jest bardziej prawdopodobne u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, a także u chorych o niższym BMI, z niższą frakcją wyrzutową lewej komory, odcinkowymi zaburzeniami kurczliwości ścian lewej komory oraz u chorych z wyższym wynikiem w skali Euroscore II.

U pacjentów leczonych CABG wyższym ryzykiem wystąpienia złożonego punktu końcowego charakteryzują się pacjenci z przewlekłą chorobą nerek.

Pacjenci z POChP są ponad 6-krotnie bardziej narażeni na wystąpienie zgonu.

Nie udowodniono związku cukrzycy i zajęcia pnia lewej tętnicy wieńcowej z wystąpieniem punktów końcowych w badanych grupach.