

# **STRESZCZENIE**

## **Wstęp**

Zastosowanie polifarmakoterapii w profilaktyce wtórnej po ostrym zespole wieńcowym (ACS, acute coronary syndrome) redukuje liczbę zgonów, niewydolności serca, ponownych zawałów, udarów i hospitalizacji. Mechanizm w jakim dochodzi do tych korzystnych wyników jest nie do końca poznany.

## **Cel**

Celem pracy była ocena zmian hemodynamicznych, grubości kompleksu intima-media, sztywności tętnic i zmian w zakresie struktury i funkcji lewej komory u osób z przebyłym ACS leczonym zgodnie z aktualnie obowiązującymi wytycznymi przez okres 12 miesięcy.

## **Material i metody**

Do badania zostało włączonych kolejno 298 (213 mężczyzn, wiek 64 (57-71) lat) pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca bez uniesienia odcinka ST. U pacjentów oceniano wartości ciśnienia tętniczego (BP, blood pressure), stężenie cholesterolu całkowitego, lokalną sztywność naczyniową mierzoną na tętnicy szyjnej (QAS, arterial stiffness), grubość kompleksu intima-media tętnicy szyjnej (QIMT, intima-media thickness), wymiary skurczowe i rozkurczowe lewej komory (LV, left ventricle), frakcję wyrzutową LV oraz parametry sztywności LV i sprężenia komorowo-tętniczego. Pomiar BP, ocena echokardiograficzna, ultrasonograficzna tętnic szyjnych i badania laboratoryjne były wykonywane u wszystkich pacjentów między 48 a 72 godziną od przyjęcia oraz 12 miesięcy po hospitalizacji. W analizie statystycznej do oceny

rozkładu ciągłych danych zastosowano Test Shapiro-Wilka. Dane ciągle przedstawiono jako mediana i rozstęp międzykwartyłowy (IQR, interquartile range). Różnice między grupami zostały oszacowane za pomocą testu Mann-Whitney, parowanego i niesparowanego testu Wilcoxon dla zmiennych ciągłych oraz dokładnego testu Fishera dla zmiennych dychotomicznych. Współczynnik korelacji Spearmana obliczono dla analizy zależności między badanymi parametrami.

Po 12 miesiącach obserwacji pacjenci zostali przypisani do grupy ze skurczowym BP poniżej 140 mmHg lub do grupy z skurczowym BP 140 mmHg lub wyższym. Zastosowano ogólny model regresji liniowej do porównania różnic między skorygowanymi średnimi wskaźnikami subklinicznej miażdżycy tętnic i sztywności tętnic na początku badania i po 12 miesiącach.

## **Wyniki**

W badanej grupie chorych po 12 miesiącach obserwacji stwierdzono istotny wzrost skurczowego i rozkurczowego BP (130/75 (116-146/68-83) mmHg vs 137/80 (126-150/73-87) mmHg;  $p < 0,001$ ), QAS (9.2 (7.9-10.9) m/s vs 9.6 (8.4-11.5) m/s ;  $p = 0.001$ ), frakcji wyrzutowej LV (54% vs 56%;  $p = 0.003$ ) i wymiaru końcowo-skurczowego LV. Obniżeniu uległo stężenie cholesterolu całkowitego (194 (163-235) mg/dl vs 150 (150-171) mg/dl), QIMT (797 (685-914)  $\mu\text{m}$  vs 740 (644-863)  $\mu\text{m}$ ;  $p < 0.0001$ ) i sztywność LV (1.79(1.12-2.11)  $\text{ms}\cdot\text{mmHg}$  vs 1.66 (1.32-1.93) $\text{ms}\cdot\text{mmHg}$ ;  $p = 0.04$ ). Porównując grupy ze skurczowym BP <140 mmHg i  $\geq 140$  mmHg stwierdzono po 12 miesiącach obserwacji istotnie niższą QIMT w grupie z niższym BP. Różnica ta pozostawała istotna również w analizie po korekcji względem wieku i płci.

## **Wnioski**

12 miesięczna terapia farmakologiczna u pacjentów po ACS powoduje istotne obniżenie QIMT i niewielką poprawę parametrów hemodynamicznych lewej komory. Leczenie nie ma wpływu na parametry sztywności naczyniowej i sprzężenie komorowo-tętnicze.