

Leczenie farmakologiczne objawów choroby wieńcowej

Pharmacological treatment of angina

Marcin Grabowski

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Choroba wieńcowa występuje na skutek gromadzenia się złogów miażdżycowych w świetle tętnicy. W zależności od sposobu przebiegu incydentów chorobowych możemy podzielić ją na ostre i przewlekłe zespoły wieńcowe. W zależności od przypadku należy wprowadzić prawidłową formę farmakoterapii dostosowaną do objawów pacjenta. (*Farm Współ 2020; 13: 147-149*)

Słowa kluczowe: choroba wieńcowa, leczenie objawowe

Abstract

Coronary artery disease occurs due to accumulation of atherosclerotic deposits in the lumen of artery. Depending on the course of the disease, it can be divided into acute and chronic coronary syndromes. Depending on the case, the correct form of pharmacotherapy should be introduced, adapted to the patient's symptoms. (*Farm Współ 2020; 13: 147-149*)

Keywords: coronary artery disease, treatment of symptoms

Wstęp

Choroba wieńcowa występuje na skutek gromadzenia się złogów powstałych z blaszek miażdżycowych zwężających światła tętnic nasierdziowych. W zależności od jej przebiegu możemy podzielić ją na ostre oraz przewlekłe zespoły wieńcowe. Możliwe jest spowolnienie odkładania się złogów w naczyniach krwionośnych i udroźnianie przepływu krwi w tętnicach stosując leczenie farmakologiczne. Choroba wieńcowa jest chorobą przewlekłą i postępującą. Mimo pozornie łagodnego przebiegu, w każdej chwili może się zaostrzyć na skutek pęknięcia blaszki miażdżycowej i doprowadzić do objawów ostrego niedokrwienia (ostrego zespołu wieńcowego).

W poniższym artykule przedstawiamy grupy terapeutyczne stosowane w leczeniu objawowym pacjentów z przewlekłym zespołem wieńcowym, przybliżymy kwestie dawkowania leków, możliwości wystąpienia nieprzewidywanych zdarzeń niepożądanych, oraz poruszymy kwestie modyfikacji terapii wraz z jej postępowaniem.

Terapia farmakologiczna

Leczenie farmakologiczne, wykorzystujące leki przeciwniedokrwienne, wykazuje skuteczność w łago-

dzeniu dławicy oraz niedokrwienia. W przypadku wystąpienia nagłych objawów wykorzystywane są szybko działające preparaty nitrogliceryny. Taka forma terapii może również zapobiegać występowaniu nagłych incydentów sercowo – naczyniowych, np. podczas wzmożonego wysiłku. Dodatkowo wykazano, że w połączeniu z regularną aktywnością fizyczną, zdrowym trybem życia oraz rewaskularyzacją prowadzi do długoterminowego zmniejszenia objawów.

Nie ma podanych pojedynczych schematów do stosowania w terapii leków przeciwniedokrwienne. Sposób leczenia jest zróżnicowany w zależności od pacjenta. Za optymalną terapię uznaje się taką, która przy satysfakcjonującej kontroli zapobiega jak największej ilości zdarzeń niepożądanych. Rozpoczynając terapię należy dobrać leczenie do preferencji i potrzeb pacjenta. Ważne jest, by wziąć pod uwagę czynniki takie jak: tolerancja na leki, inne stosowane przewlekle farmaceutyki czy obecne choroby współistniejące. W początkach terapii zwykle wykorzystywane jest jeden lub dwa leki przeciwdławicowe oraz leki stosowane w prewencji wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego.

β -adrenolityki

Dużą popularnością w leczeniu objawowym przewlekłego zespołu wieńcowego cieszą się β -adrenolityki, najczęściej wybierane obok blokerów kanału wapniowego jako leki pierwszego wyboru. Udowodnione działanie β -adrenolityków to przede wszystkim zmniejszona kurczliwość oraz częstotliwość rytmu serca, a także przewodnictwo przedsionkowo-komorowe, co skutkuje zmniejszonym zapotrzebowaniem mięśnia sercowego na tlen. Pozwala to na zmniejszenie epizodów niedokrwienia na przykład podczas wzmózonego wysiłku. Badania naukowe wykazały, że leczenie skojarzone pierwszego rzutu β -adrenolitykami lub blokerami kanałów wapniowych w połączeniu z dodatkowymi lekami przeciwniedokrwinnymi stosowanymi w leczeniu drugiego rzutu (np. ranolazyna, trimetazydyna, iwabradyna oraz azotany długodziałające) może mieć korzystny wpływ kliniczny.

Istnieje jasna, korzystna korelacja między spadkiem śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych, a także wystąpieniem niepożądanych incydentów, a zastosowaniem β -adrenolityków w podjętej terapii farmakologicznej u pacjentów po zawale serca.

Terapia jest zazwyczaj dobrze tolerowana, możliwe jest jednak wystąpienie działań niepożądanych, tj.: bradykardii, bloków przewodnictwa, niedociśnienia ortostatycznego, hipoglikemii, przewlekłego zmęczenia, impotencji. Przeciwwskazaniami do wprowadzenia tej substancji do przewlekłej terapii mogą być: astma, zdekompensowana niewydolność serca, ciężka choroba naczyń obwodowych czy niskie tętno i ciśnienie tętnicze, zaburzenia przewodzenia.

Azotany

Poszerzają one tętnice wieńcowe i obwodowe oraz żyły obwodowe, zmniejszając obciążenie wstępne oraz opór naczyniowy, dlatego wykorzystywane są w łagodzeniu objawów dławicy. Działaniami niepożądanymi podczas przyjmowania azotanów mogą być: tachykardia, methemoglobinemia, niedociśnienie tętnicze, bóle głowy lub zaczerwienienie skóry. Przeciwwskazaniami do ich stosowania są: kardiomiopatia przerostowa z zawężaniem drogi odpływu lewej komory, stosowanie inhibitorów fosfodiesterazy typu 5 i ciężka stenoza aortalna.

Azotany krótkodziałające wykorzystywane są w doraźnym postępowaniu w epizodach dławicy wysiłkowej. W trakcie napadu dławicowego, zalecane jest przyjęcie przez pacjenta preparatu nitrogliceryny

(tabletki 0,3-0,6 mg podjęzykowo lub 0,4 mg w aerozolu na język) co 5 minut, do ustąpienia epizodu. Jeśli po 15 minutach ból się utrzymuje, należy zasięgnąć niezbędnej pomocy medycznej, gdyż może to świadczyć o ostrym zespole wieńcowym. Nitrogliceryna znajduje też swoje zastosowanie w profilaktyce. Zażycie przed wysiłkiem fizycznym może zapobiec wystąpieniu nagłego bólu dławicowego.

Wprowadzenie do terapii azotanów długodziałających, tj. nitrogliceryny czy mono- lub diazotanu izosorbidu, powinno zostać rozważone przy terapii drugiego rzutu, gdy istnieją jasne przeciwwskazania do stosowania β -adrenolityków lub nieskuteczności terapii pierwszego rzutu. Azotany długodziałające nie dorównują skutecznością działania terapii z zastosowaniem β -adrenolityków z powodu rozwoju tolerancji organizmu na ten lek. Z tego powodu zalecane jest robienie przerw w jego przyjmowaniu.

Blokery kanałów wapniowych (antagoniści wapnia)

Chociaż badania nie wykazały, by blokery kanałów wapniowych zmniejszyły częstość występowania ostrych incydentów sercowo-naczyniowych lub zgonu u pacjentów z chorobą wieńcową, to dobrze sprawdzają się one w łagodzeniu objawów niedokrwienia mięśnia sercowego. Blokery kanałów wapniowych można podzielić na:

- niedihydropirydynowe, wśród których wyróżniamy m.in. werapamil, który może być stosowany w farmakoterapii każdego typu dławicy czy diltiazem stosowany głównie w przypadku dławicy wysiłkowej oraz
- dihydropirydynowe, tj. nifedypina, będąca silnym środkiem rozszerzającym naczynia tętnicze czy amlodypina posiadająca również właściwości przeciwnadciśnieniowe.

Blokery kanałów wapniowych rozszerzają naczynia krwionośne i zmniejszają opór naczyniowy hamując otwarcie kanału L w mięśniu sercowym, co sprawia, że są skutecznym środkiem terapeutycznym w leczeniu objawów dławicy. Możliwe działania niepożądane blokerów kanałów wapniowych to przede wszystkim bóle głowy, bradykardia, zaburzenia przewodnictwa czy przerost dziąseł. Przeciwwskazaniami do wprowadzenia tej formy terapeutycznej są: niskie tętno i niskie ciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatia przerostowa czy zaawansowana niewydolność serca.

Iwabradyna

Pomimo badań, które nie wykazały wpływu zastosowania iwabradyny w terapii, a spadkiem częstości występowania niepożądanych zdarzeń sercowo-naczyniowych, niedawno wykazano, że jej działanie przeciwdławicowe i przeciwniedokrwienne jest porównywalnie skuteczne, co atenololu i amlodypiny. Powikłaniami po wprowadzeniu iwabradyny do leczenia mogą być: zaburzenia widzenia, bradykardia oraz migotanie przedsionków, dlatego u pacjentów po ostrym zawałe mięśnia sercowego powinniśmy wybrać początkowo inną formę terapii.

Nikorandyl

Działanie przeciwdławicowe nikorandylu jest bardzo zbliżone do β -adrenolityków lub azotanów. Badania kliniczne wykazały skuteczność nikorandylu w redukcji incydentów niedokrwienych. Skutkami ubocznymi zażywania nikorandylu są przede wszystkim: bóle głowy, nudności, owrzodzenie jamy ustnej lub zawroty głowy. Stosowanie przez pacjenta inhibitorów PDE5, ostra niewydolność serca, niskie ciśnienie tętnicze i wstrząs kardiogeny, to przeciwwskazania do korzystania z tej formy leczenia.

Trimetazydyna

Trimetazydyna potencjalnie wpływa na metabolizm komórkowy w niedokrwionej tkance serca, a w połączeniu z β -adrenolitykiem łagodzi wysiłkowe niedokrwienie. Przeprowadzone badania wykazały podobną skuteczność trimetazydyny w łagodzeniu występowania niedokrwienych epizodów w porów-

naniu z innymi lekami przeciwdławicowymi. Jednoznacznym przeciwwskazaniem do stosowania trimetazydyny jest choroba Parkinsona, zaburzenia ruchowe, alergia i ciężka niewydolność nerek. Trimetazydyna nie powoduje hemodynamicznie istotnych działań niepożądanych.

Ranolazyna

Ranolazyna jest wybiórczym inhibitorem późnego napływu prądu sodowego. Udowodniono jej korzystny wpływ na łagodzenie częstości występowania epizodów wieńcowych. Oprócz tego zwiększa tolerancję pacjenta na wysiłek, ograniczając przeładowanie kardiomiocytów jonami wapnia. Nie wykazano jej wpływu na ciśnienie tętnicze czy częstotliwość rytmu serca. Ranolazyna może powodować zawroty głowy, nudności lub zaparcia. Nie powinna być stosowana u pacjentów z marskością wątroby, ciężką niewydolnością nerek, stosujących leki przeciwwytmiczne.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Marcin Grabowski

I Katedra i Klinika Kardiologii

Warszawski Uniwersytet Medyczny

UCK WUM

ul. Banacha 1a; 02-097 Warszawa

☎ (+48 22) 599-19-58

✉ grabowski.marcin@me.com

Piśmiennictwo/References

1. Knuuti J i wsp. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych (2019). Kardiologia Polska; Zeszyty edukacyjne 1/2020.