



REDAKTOR DZIAŁU

prof. dr hab. n. med.
Janina Stępińska
Klinika Intensywnej Terapii
Kardiologicznej Instytutu
Kardiologii
w Warszawie-Aninie

Kardiologia po Dyplomie
2011; 10 (12): 58

KRWAWIENIA I PRZETOCZENIA – JAK WYWAŻYĆ RYZYKO?

Krwawienia są coraz częstszym tematem w kardiologii. Dlaczego? Wynika to z coraz szerszych wskazań do leczenia przeciwzakrzepowego i przeciwplatekowego, nowych leków i ich połączeń. Poszerzyły się wskazania do stosowania doustnych antykoagulantów w migotaniu przedsionków, stosuje się je u chorych z wadami serca, po wszczępieniu zastawek, u chorych z żylną chorobą zakrzepowo-zatorową czy zatorowością płucną.

Postęp w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych (OZW) z uniesieniem i bez uniesienia odcinka ST wynika oczywiście z coraz szerszego stosowania pierwotnej angioplastyki wieńcowej, ale również z leczenia towarzyszącego. Leczenie w ostrym okresie to nie tylko dwa leki przeciwplatekowe, ale również leczenie przeciwtrombinowe, niekiedy antagoniści receptorów płytkowych IIb/IIIa. Kolejne połączenia leków zwiększają skuteczność, ale również ryzyko krwawień.

Do niedawna wydawało się, że krwawienia związane z leczeniem stanowią tylko doraźne zagrożenie w ostrym okresie leczenia. Od czasu badania OASIS-5 wiadomo, że krwawienia w ostrym okresie wiążą się ze zwiększonym ryzykiem zgonu w obserwacji odległej. Ryzyko krwawień zależy, poza stosowanymi lekami, od wielu czynników, m.in. wieku pacjentów, wagi chorego, chorób współistniejących.

Wiele sytuacji klinicznych wymaga łączenia leków przeciwzakrzepowych i przeciwplatekowych. Każdy lek i wszystkie połączenia leków oceniane są w różnych wskazaniach zarówno pod kątem skuteczności, jak i bezpieczeństwa leczenia. Krwawienia definiowane były do niedawna wg różnych skal, z których w kardiologii najczęściej były stosowane skale GUSTO i TIMI. Tworzone na potrzeby różnych badań skale oceny krwawień utrudniały porównywanie wyników. Dopiero niedawno, w 2011 roku, Bleeding Academic Research Consortium ujednoliciło tę definicję [1].

Poważne krwawienia stanowią oczywiście zagrożenie życia. Prawie zawsze są wskazaniem do przerwania leczenia. Przerwanie leczenia zwiększa zagrożenie z powodu choroby podstawowej, np. udarem w migotaniu przedsionków, zakrzepicą zastawki u chorych po wszczępieniu zastawki mechanicznej, kolejnym ostrym zespołem wieńcowym, zakrzepicą w stencie u chorych z OZW. Krwawienia są również wskazaniem do przetoczenia krwi. Pytanie, kiedy przetaczać i co przetaczać: masę erytrocytarną, preparaty płytek, mrożone osocze? Decyzję podejmuje się oczywiście indywidualnie.

Niestety okazało się, że przetoczenia krwi są niezależnym czynnikiem powikłań w obserwacji odległej. Czym się kierować, podejmując decyzję o przetoczeniu masy erytrocytarnej? Oczywiście nasileniem krwawienia, ale również stanem hemodynamicznym chorego. Jest to szczególnie trudne u chorych z ostrym niedokrwieniem mięśnia sercowego czy ośrodkowego układu nerwowego. U chorych z niewydolnością serca obawiamy się zawsze niedokrwienia wielonarządowego.

Mechanizmy, które odpowiadają za działania niepożądane przetoczeń krwi, nie są do końca znane. Wiadomo natomiast, że przetoczenie krwi długo przechowywanej wiąże się ze zwiększeniem ryzyka powikłań.

Zakończę zdaniem, które przytacza za Robertem W. Bealem (*Austr N Z J Surg* 1976; 46: 309-313) w czasie swoich wykładów Pan Profesor Jerzy Windyga, hematolog: „Przetoczenie krwi to jak wstąpienie w związek małżeński – nie powinien być on zawierany lekkomyślnie i bez rozważenia, ani też częściej niż jest to absolutnie konieczne”.

Janina Stępińska

Piśmiennictwo

1. Mehran R, Rao SV, Bhatt DL, et al. Standardized bleeding definitions for cardiovascular clinical trials. A consensus report from the Bleeding Academic Research Consortium (BARC). *Circulation* 2011; 123: 2736-2747.