

Streszczenie

Ostre zespoły wieńcowe (ACS) pozostają jedną z głównych przyczyn umieralności sercowo-naczyniowej. Skuteczność leczenia w istotnym stopniu zależy od podwójnej terapii przeciwplatekowej (DAPT), w której kluczową rolę odgrywa wybór inhibitora receptora P2Y₁₂ — kłopidogrelu, prasugrelu lub tikagreloru. Wprowadzenie Czwartej Uniwersalnej Definicji Zawału Serca oraz kolejne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) z 2020 i 2023 roku zmieniły zarówno strukturę rozpoznania, jak i rekomendacje terapeutyczne.

Celem pracy było przedstawienie ewolucji leczenia antyagregacyjnego u pacjentów z ACS w Polsce w latach 2009–2024 z uwzględnieniem zmian struktury rozpoznania, częstości stosowania poszczególnych inhibitorów P2Y₁₂ oraz porównania ich skuteczności i bezpieczeństwa w 12-miesięcznej obserwacji.

Dane do badania zostały zebrane prospektywnie w ramach Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wierńcowych (PL-ACS). Włączono pacjentów hospitalizowanych z powodu STEMI, NSTEMI i niestabilnej dławicy piersiowej (UA), którzy otrzymali inhibitor receptora P2Y₁₂ i zostali wypisani z zaleceniem 12-miesięcznej DAPT. Analizowano strukturę rozpoznania, częstość stosowania kłopidogrelu, prasugrelu i tikagreloru w odniesieniu do zmian wytycznych ESC oraz 12-miesięczne wyniki kliniczne — skuteczność, bezpieczeństwo i efekt kliniczny netto.

Stwierdzono istotną reklasyfikację w obrębie NSTEMI-ACS — wzrost częstości rozpoznania NSTEMI oraz spadek częstości rozpoznania UA, bez istotnej zmiany częstości STEMI. Tikagrelor i prasugrel stopniowo zastępowały kłopidogrel, najwyraźniej w populacji STEMI, natomiast wdrażanie zaleceń ESC pozostawało wyraźnie niewystarczające u pacjentów z NSTEMI i UA. Prasugrel i tikagrelor wykazywały wyższą skuteczność niedokrwienną od kłopidogrelu, bez istotnych różnic skuteczności między sobą. Tikagrelor cechował korzystniejszy profil bezpieczeństwa oraz lepszy efekt kliniczny netto. Stosowanie kłopidogrelu zamiast prasugrelu lub tikagreloru wiązało się z istotną szacunkową utratą możliwych do osiągnięcia korzyści klinicznych.

Nadmiernie częste stosowanie kłopidogrelu zamiast prasugrelu i tikagreloru — wbrew zaleceniom ESC — prowadzi do istotnej redukcji możliwych do osiągnięcia korzyści klinicznych u pacjentów z ACS. Konieczna jest dalsza optymalizacja indywidualizacji terapii P2Y₁₂, zapewnienie równego dostępu do nowoczesnych leków oraz lepsze dostosowanie codziennej praktyki klinicznej do aktualnych dowodów naukowych.

Słowa kluczowe: *ostre zespoły wieńcowe, inhibitory P2Y₁₂, kłopidogrel, prasugrel, tikagrelor, rejestr PL-ACS*