

Ostre zespoły wieńcowe

Acute coronary syndromes

Małgorzata Kobusiak-Prokopowicz

Streszczenie

Ostre zespoły wieńcowe (OZW) są ciągle istotnym problemem zdrowotnym i mimo postępów w leczeniu śmiertelność w ich przebiegu pozostaje nadal bardzo wysoka. Obserwacje wykazały, że dławica niestabilna (UA) i zawał mięśnia serca (MI) są różnymi postaciami klinicznymi rozwijającymi się na skutek takich samych zaburzeń patofizjologicznych. Pierwszym etapem w opiece nad chorym z OZW jest badanie podmiotowe i przedmiotowe w powiązaniu z zapisem elektrokardiograficznym, a następnie stałe monitorowanie zmian odcinka ST. Należy również pobrać krew celem oznaczenia stężenia troponiny T LUB I. Chorzy z rozpoznaniem zawałem mięśnia serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) wymagają natychmiastowego udrożnienia tętnicy wieńcowej (angioplastyka, ewentualnie leczenie trombolityczne). Chorzy bez przetrwałego uniesienia odcinka ST (NSTEMI/UA) powinni być leczeni zachowawczo oraz poddani stratyfikacji ryzyka. Chorzy wysokiego ryzyka z utrzymującymi się lub nawracającymi bólami dławicowymi, obniżeniami odcinka ST, cukrzycą, dodatnią troponiną, niestabilni elektrycznie i lub hemodynamicznie wymagają wykonania koronarografii w trakcie hospitalizacji. U chorych z zagrażającą życiu niestabilnością hemodynamiczną i/lub elektryczną koronarografię należy wykonać w trybie natychmiastowym. Pozostali chorzy niskiego ryzyka powinni mieć powtórzone oznaczenie troponiny po 6-12 godzinach. Jeśli wynik pozostaje dwukrotnie ujemny można zaprzestać podawania heparyny. Należy jednak pamiętać, że przyjęte obecnie wytyczne dotyczące chorych z OZW pozostawiają przestrzeń do bardziej zindywidualizowanego postępowania.

Abstract

Acute coronary syndromes (ACS) are a major healthcare problem and in spite of modern treatment the rates of mortality remain still very high. It is now apparent that the ACS, unstable angina and evolving myocardial infarction, share a common anatomical substrate. Observations have demonstrated that unstable angina and myocardial infarction are different clinical presentations that result from a common underlying pathophysiological mechanism. The first step in taking care of the patient with ACS is the clinical examination, it is also necessary to record an electrocardiogram followed by continuous ST-T segment monitoring. Blood samples should be obtained to determine troponin T or I. Patients with ST-segment elevation require immediate coronary recanalization with PCI or thrombolysis. Patients without persistent ST-segment elevation should receive baseline treatment and risk stratification should be performed. The high risk patients can be identified as those with persistent or recurrent ischaemia, ST-segment depression, diabetes, elevated troponin, haemodynamic or arrhythmic instability. They require coronary angiography within the hospitalization period. It is necessary to perform angiography as an emergency in patients with haemodynamic instability or recurrent life-threatening arrhythmias. In low-risk patients troponin measurement should be repeated between 6-12 h. If this examination is twice negative, heparin may be discontinued. As with all guidelines they are not prescriptive and there is still a

space for clinical experience and common sense.