

## Ostry zespół wieńcowy



**Prof. dr hab. med. Robert J. Gil**

*Klinika Kardiologii Inwazyjnej*

*CSK MSWiA w Warszawie*

Opublikowane w marcu 2005 r. „Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC)”, dotyczące przeszłokórnej rewaskularyzacji wieńcowej (PCI) są pierwszymi przygotowanymi przez jego ekspertów. Odnoszą się one do wszystkich aspektów PCI, od wskazań, poprzez leczenie uzupełniające i poszczególne techniki do powikłań zabiegowych. Doskonale jest w nich np. opisane optymalne leczenie ostrego zespołu wieńcowych (OZW).

W przypadku zawału z uniesieniem ST (STEMI), „Wytyczne ESC” zarówno z 2002 r., jak z 2005, podkreślają wagę odtwarzania przepływu w tętnicy odpowiedzialnej za zawał (IRA), co pociąga za sobą poprawę perfuzji tkankowej. Jednak w tych wcześniejszych fibrynoliza oraz pierwotna angioplastyka wieńcowa (pPCI) stosowane w ciągu 12 h od pojawienia się objawów zawałowych były traktowane prawie równocześnie (!). Preferencja pPCI była gwarantowana w przypadkach, gdy istniała możliwość wykonania zabiegu w ciągu 90 min od pierwszego kontaktu medycznego. Zalecenia z 2002 roku wskazywały co prawda na brak istotnej różnicy w skuteczności dostępnych wówczas środków fibrynolitycznych (STK, URK, alteplaza, tenekteplaza), jednak w przypadku objawów trwających ponad 4 h sugerowały stosowanie TNK lub alteplazy. W „Wytycznych ESC” opublikowanych trzy lata później widać jasno, że w leczeniu STEMI tromboliza jest „konkurencyjna” w stosunku do pPCI jedynie w ciągu pierwszych 3 h od początku dolegliwości zawałowych. Jednak pPCI z użyciem stentów (zapewniających uzyskanie bardziej „przewidywalnych” wyników) jest zawsze preferowana w przypadku szpitala posiadającego pracownię kardioangiograficzną oraz doświadczony personel medyczny. Jeżeli pacjent należy do grupy dużego ryzyka (lub kiedy tromboliza jest przeciwwskazana) zdecydowanie zalecany jest jego transfer do ośrodka wykonującego pPCI. Przy czym należy się starać, aby czas pomiędzy pierwszym medycznym kontaktem, a wykonaniem PCI był krótszy niż 90 minut. Jeżeli transfer chorego miałby być bardzo długi, tj. >2–3 h wówczas rekomendowane są fibrynolityki 2-giej lub 3-ciej generacji. Warto pamiętać, iż „Wytyczne ESC” z 2005 r. nie rekomendują ułatwionej (*facilitated*) PCI oraz że przewidują dwie dawki inicjujące (*loading dose*) klopidogrelu: 300 mg lub 600 mg, odpowiednio dla pPCI wykonywanych w 6 h i 2 h po podaniu.

Zalecenia z 2005 r. jasno wskazują, że tromboliza nie powinna być traktowana jak leczenie ostateczne. Brak reperfuzji jest oczywistym wskazaniem do koronarografii oraz PCI (*ratunkowa PCI*), natomiast podobne postępowanie jest zalecane i po skutecznej trombolizie. W tym ostatnim przypadku ich wykonanie jest wskazane w ciągu pierwszych 24 h, natomiast w razie braku własnej pracowni kardioangiograficznej o pilności wykonania koronarografii oraz następczej rewaskularyzacji decydować powinna obecność spontanicznego lub indukowanego niedokrwienia mięśnia sercowego.

Pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG) było i jest rekomendowane jedynie dla przypadków ciężkich powikłań koronarografii i/lub pPCI oraz mechanicznego uszkodzenia struktur serca.

„Wytyczne ESC” z 2002 r. przy wyborze leczenia OZW bez uniesienia ST (NSTEMI) mocno akcentowały rolę oceny ryzyka rozwoju zawału serca oraz zgonu chorego. Według nich wszyscy chorzy powinni otrzymać optymalną farmakoterapię (ASA, UFH/LMWH, klopidogrel,  $\beta$ -bloker i nitraty), natomiast chorzy wysokiego ryzyka przed wykonaniem koronarografii powinni dodatkowo otrzymać bloker b2a3. Rodzaj leczenia zabiegowego (PCI lub CABG) powinien zależeć od lokalizacji i liczby istotnych zwężeń tętnic wieńcowych, z preferencją PCI w przypadku zmiany odpowiedzialnej za objawy kliniczne z „korzystną anatomią”. Już w 2002 r. podkreślono rolę klopidogrelu (300 mg dawka inicjująca), zwracając jednocześnie uwagę na konieczność jego odstawienia na 5 dni przed ewentualnym CABG.

**Ostry zespół wieńcowy – c.d.****Prof. dr hab. med. Robert J. Gil***Klinika Kardiologii Inwazyjnej**CSK MSWiA w Warszawie*

Według „Wytycznych ESC” z 2002 r. u chorych niskiego ryzyka (bez samoistnych dolegliwości, troponiny ujemne, obniżone płaskie załamki T lub prawidłowe EKG) należało powtórzyć oznaczenie troponin po 6–12 h. W przypadku ujemnego wyniku wskazane było ograniczenie leczenia do farmakoterapii, a wynik testu wysiłkowego miał wykazać zaawansowanie choroby wieńcowej. Przy obciążających wynikach zalecano wykonanie koronarografii i ewentualnie następczej rewaskularyzacji (PCI lub CABG).

Wskazania dla leczenia NSTEMI z 2005 r. są bardziej rozbudowane. Według nich pacjenci z dużym ryzykiem zawału i zgonu powinni być poddani koronarografii w ciągu pierwszych 48 h. Przy czym w porównaniu z 2002 r. znacznie rozszerzyły się kryteria dowodzące tzw. wysokiego ryzyka. Są wśród nich m.in.: zaawansowany wiek (65–70 lat), zastoinowa niewydolność serca, podwyższone markery zapalne (np. CRP, fibrynogen), podwyższony poziom BNP (lub NT – po BNP) oraz niewydolność nerek.

Leczenie NSTEMI dzieli się na: zachowawcze, wczesne inwazyjne oraz niezwłocznie inwazyjne. Warto pamiętać, iż te dwie ostatnie strategie przynoszą istotne efekty tylko u chorych tzw. dużego ryzyka. Wytyczne ESC z 2005 r. proponują podział tych chorych na grupę, u których koronarografia wykonana jest niezwłocznie po postawieniu rozpoznania (w czasie krótszym od 2,5 h) oraz z pewnym opóźnieniem (nie przekraczającym 48 h). W pierwszej opcji PCI powinno być wspomagane podaniem inhibitora b2a3 (abciximab lub eptifibatid), natomiast w drugiej, leki z tej grupy (tirofiban lub eptifibatid) mają być podawane przed zabiegiem i kontynuowane po nim. We wszystkich przypadkach zalecane jest stosowanie klasycznych stentów metalowych. Wyniki badań dowodzących przydatności stentów uwalniających leki (DES) w OZW opublikowano około roku później (np. PASSION, TYPHOON).