

Akutní koronární syndrom (AKS) bez ST elevací

Ladislav Groch

I. interní-kardioangiologická klinika FN u sv. Anny v Brně

Interv Akut Kardiolog 2003;2:158–160

K akutním koronárním syndromům dle současné terminologie řadíme:

1. akutní infarkt myokardu s elevací ST úseku (STEMI)
2. akutní infarkt myokardu bez elevace ST úseku (non STEMI), tj. s
 - a) depresi ST úseku
 - b) inverzí T vln
 - c) fyziologickým EKG obrazem
3. Nestabilní anginu pectoris

Klinický význam akutních koronárních syndromů nonSTEMI je značný, jak ukazuje graf 1, z něhož je zřejmé, že non STEMI AKS s depresi ST úseků na EKG má dokonce vyšší mortalitu v šestiměsíčním sledování, než pacienti s infarktem myokardu s ST elevacemi.

Rizikovitost pacientů s nonSTE AKS zvyšuje současný výskyt ekg změn a pozitivních biochemických markerů, diabetes, srdeční selhání, předchozí revaskularizace a předchozí prodělaný infarkt myokardu, jak ukazuje graf 2.

Zastoupení pacientů s nonSTE AKS a s nekardiálními bolestmi na hrudi v klinické praxi vysoce převažuje nad počtem pacientů se STEMI (graf 3).

Diagnostika nonSTEMI akutního koronárního syndromu:

Anamnéza

Rozhodujícím anamnestickým údajem je výskyt > 10 min epizody stenokardií v posledních 24 hodinách. Dobře odebraná anamnéza rovněž upozorní na možné nekardiální příčiny bolestí na hrudi – muskuloskeletální, gastrické, neurastenické, diskeci aorty aj.

EKG

V EKG obraze můžeme nalézat pestrou škálu nálezů:

- normální nález, často při postižení v povodí ramus circumflexus levé věnčité tepny
- ST deprese > 1 mm, někdy jako obraz stenózy kmene levé věnčité tepny (graf 1), jindy jako korelát kritické stenózy marginální větve levé věnčité tepny
- přechodné ST elevace, buď u nestabilní anginy pectoris Prinzmetalova typu, nebo-častěji- při přechodných krátkodobých trombotických okluzích koronární tepny

- inverze T vln > 3 mm, většinou při izolované stenóze koronární tepny
- je potřeba myslet i na možnost sekundárních EKG změn, jako např. ST deprese při dlouhotrvajícím paroxysmu fibrilace síní s rychlou komorovou odpovědí, které ustupují po restituci sinusového rytmu u pacienta s intaktními koronárními tepnami.

Z pestrosti EKG nálezů a jim odpovídajících morfologických nálezů na koronárních tepnách vyplývá, že EKG je důležitou diagnostickou metodou u AKS, nicméně usuzovat na lokalizaci a rozsah postižení koronárního řečiště z EKG záznamu spolehlivě nelze.

Biochemické markery

- **troponin I, troponin T** je kardiospecifický, zvýšený po 4 hodinách od vzniku bolesti, zvýšená hladina perzistuje až 10 dnů. Signalizuje nekrózu buněk myokardu. Hodnota troponinu koreluje s prognózou pacientů (graf 4).
- **myoglobin** je nespecifický, obsažen i v kosterním svalstvu; negativní nález po 4 hodinách od vzniku bolesti vylučuje nekrózu myokardu
- **CK-MB** není zcela specifický, pozitivní po čtyřech hodinách od vzniku potíží.

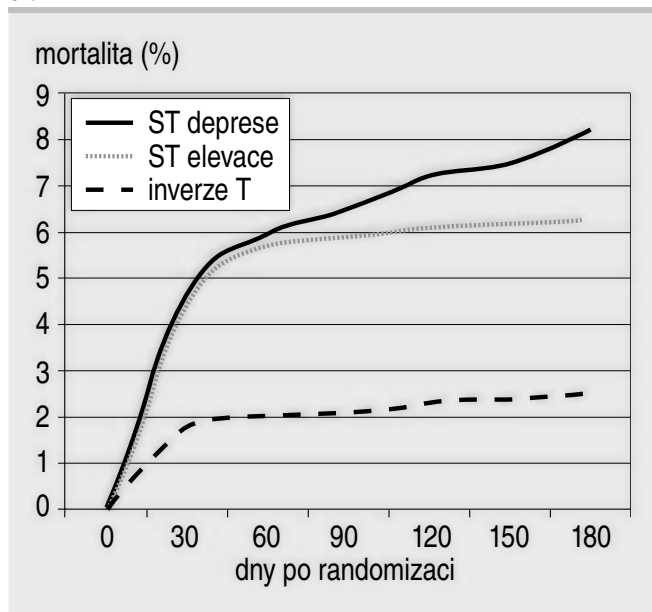
Identifikace rizikového pacienta s nonSTE akutním koronárním syndromem:

1. EKG korelát ischemie
 - ST deprese
 - ST přechodné elevace
 - inverze T vln
2. Pozitivita biochemických markerů
 - Tn I, Tn T
 - myoglobin
 - CK-MB
3. Klinický obraz
 - rekurentní ischemie
 - levostranná insuficience
 - hypotenze
 - PCI či CABG v anmnéze

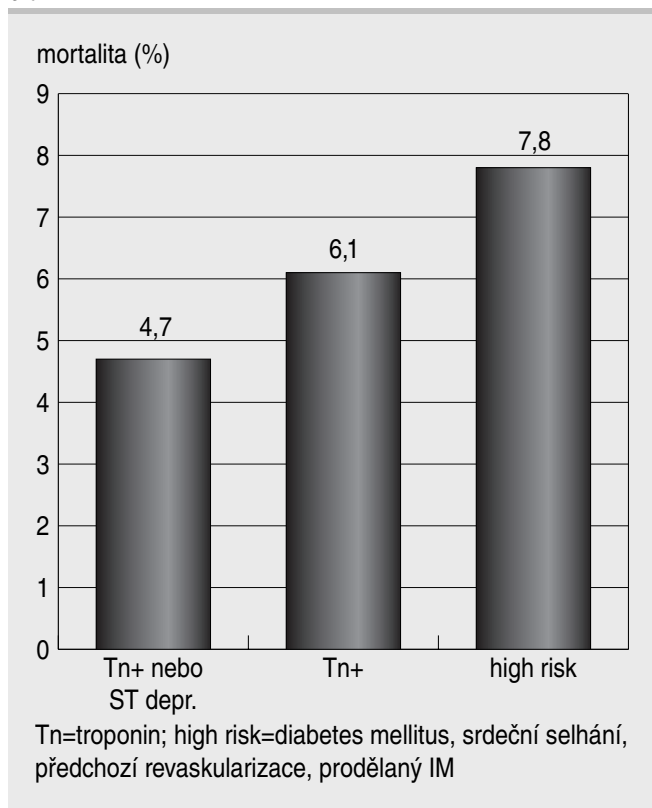
Terapeutický postup u pacienta s nonSTE akutním koronárním syndromem

Stále více argumentů svědčí pro to, že největší profit přináší pacientům časný invazivní postup. Jasně argumenty byly získány pro skupinu rizikových pacientů s AKS, jak byla definována výše (graf 5).

Graf 1.



Graf 2.

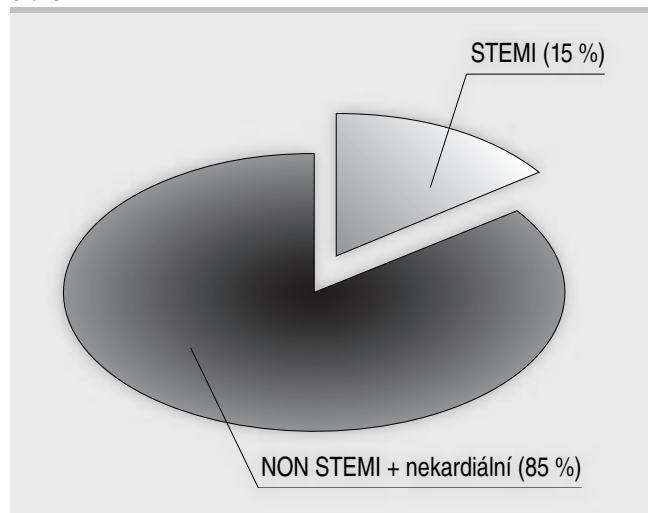


Dle našeho názoru v intervenčních centrech by měli být invazivně diagnostikováni všichni pacienti s nonSTE AKS do 24 hodin od přijetí, v obecných nemocnicích by alespoň riziková skupina měla být transferována do 24 hodin od přijetí k invazivnímu vyšetření.

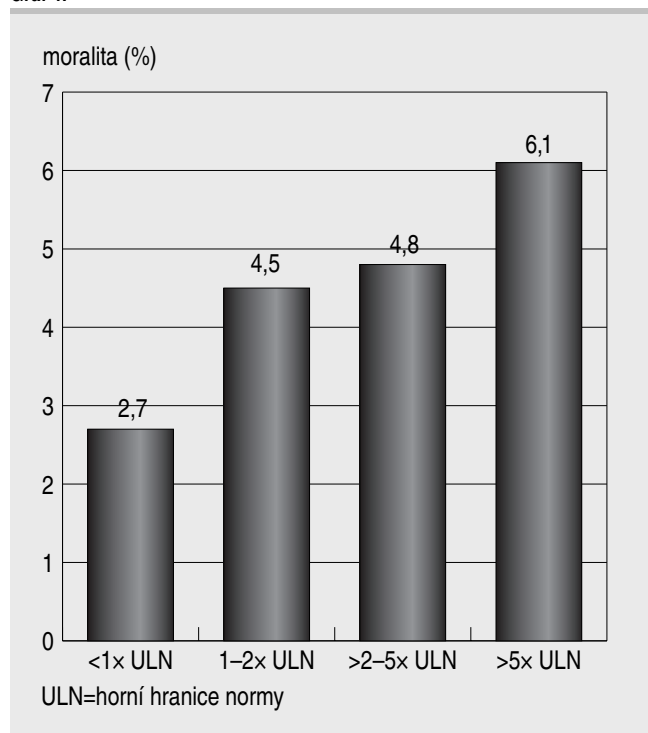
Medikamentózní léčba pacientů s nonSTE AKS:

- kyselina acetylosalicylová (úroveň evidence I-A dle AHA/ACC)
- clopidogrel (I-A)

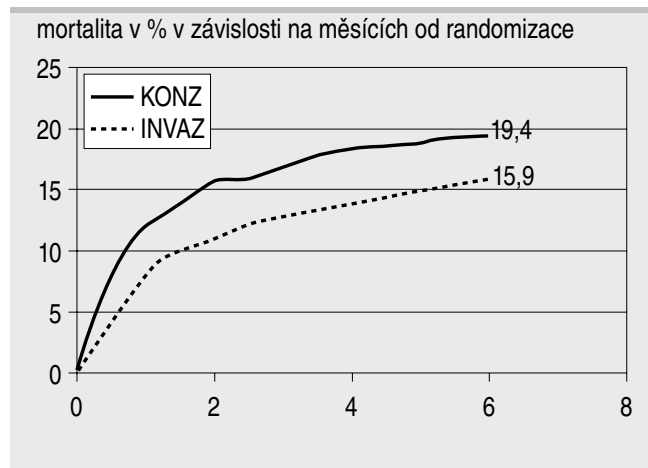
Graf 3.



Graf 4.



Graf 5.



- LMWH nebo UFH (I-A)
- IIb/IIIa inhibitor (I-A)
- betablokátor (I-A)
- nitráty (I-C)
- katetrizace mezi 24–48 hod (I-A)
- PCI nebo CABG při vhodné anatomii (I-A).

při uplatnění všech aktuálních poznatků umožňuje prognózu pacientů výrazně zlepšit.

MUDr. Ladislav Groch

I. interní-kardioangiologická klinika FN u sv. Anny v Brně

Pekařská 53, 656 91 Brno

e-mail: groch@fnusa.cz

Závěr

Akutní koronární syndrom bez ST elevací je častým a závažným onemocněním. Současná úroveň kardiologie však

Článek přijat redakcí: 23. 7. 2003

Článek přijat k publikaci: 23. 7. 2003