

Przypadek 2

Dariusz Dudek

Samodzielna Pracownia Zakładu Hemodynamiki i Angiokardiografii,
 Szpital Uniwersytecki *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Zespół karetki pogotowia ratunkowego przywiózł do pracowni kardiologii inwazyjnej mężczyznę w wieku 64 lat z rozpoznaniem zawału serca z uniesieniem odcinka ST.

W wywiadzie stwierdzono przebyty zawał ściany przedniej serca leczony metodą pierwotnej przezskórnej angioplastyki wieńcowej w zakresie gałęzi międzykomorowej przedniej lewej tętnicy wieńcowej (2002 r.). Odnotowano dodatkowe czynniki ryzyka choroby wieńcowej: nadciśnienie tętnicze, dyslipidemię, dodatni wywiad rodzinny (matka przeżyła zawał serca w 50. rż.), nadwagę (masa ciała: 95 kg, wzrost: 186 cm; wskaźnik masy ciała: 27,5 kg/m²).

Pacjent zgłaszał następujące dolegliwości w momencie przyjęcia do szpitala: uczucie stałego ucisku w klatce piersiowej z towarzyszącą dusznością trwającą od 2,5 godziny, w momencie przyjęcia o mniejszym nasileniu. W badaniu przedmiotowym akcja serca była miarowa (60/min), tony serca — prawidłowe, bez szmerów patologicznych. Wartość ciśnienia tętniczego wynosiła 120/60 mm Hg; osłuchowo nad polami płucnymi nie stwierdzono cech zastoju (I klasa Killipa).

Uzyskano następujące wyniki badań laboratoryjnych przy przyjęciu:

- stężenie kinazy kreatynowej (CK, *creatine kinase*) — 942 (norma: ≤ 190 j.m./l);
- stężenie izoenzymu kinazy kreatynowej (CK-MB, *creatine kinase MB isoenzyme*) — 93 (norma: ≤ 23 j.m./l);
- stężenie cholesterolu całkowitego — 250 mg/dl;
- stężenie triglicerydów — 275 mg/dl;
- stężenie cholesterolu frakcji lipoprotein dużej gęstości (HDL-C, *high density lipoprotein*) — 31 mg/dl;
- stężenie cholesterolu frakcji lipoprotein małej gęstości (LDL-C, *low density lipoprotein*) — 160 mg/dl;
- stężenie kreatyniny — 83 μmol/l;
- przygodne stężenie glukozy — 8,7 mmol/l;

- badanie EKG — uniesienia odcinka ST w odprowadzeniach II, III, aVF z towarzyszącymi obniżkami w V2–V4; zapis zakłócony pojedynczymi pobudzeniami komorowymi.

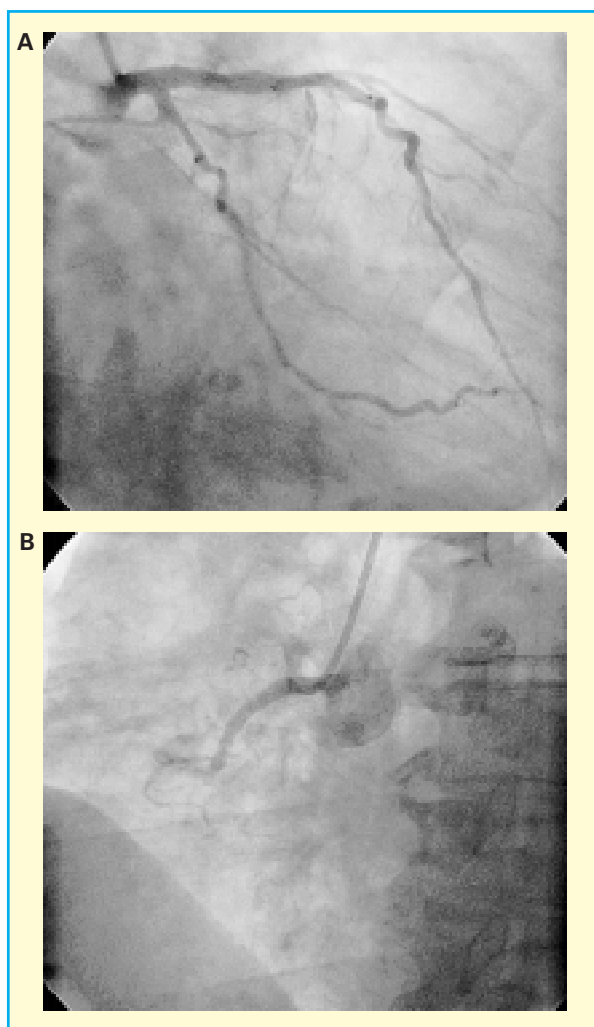
Zapis EKG wykonany przy przyjęciu przedstawiono na rycinie 1.

Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników badań rozpoznano zawał ściany dolnej serca z uniesieniem odcinka ST. Zastosowano pełne leczenie zawału serca, rekomendowane według standardów europejskich — podano leki wieńcowe (lek beta-adrenolityczny, inhibitor konwertazy angiotensyny, statyna), przeciwzakrzepowe (heparyna niefrakcjonowana — 70 j./kg mc.), przeciwplatekcyjne (kwas acetylosalicylowy — 300 mg; klopidogrel — 600 mg; abciximab — 0,25 mg/kg mc. z wlewem przez 12 godzin). W koronarografii stwierdzono obecność zamknięcia prawej tętnicy wieńcowej. W zakresie gałęzi międzykomorowej przedniej lewej tętnicy wieńcowej zaobserwowano utrzymujący się dobry wynik angiograficzny zabiegu angioplastyki wieńcowej, natomiast w zakresie gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej nie wykazano istotnych przewężeń (ryc. 2). Jednocześnie wykonano skuteczny



Rycina 1. Spoczynkowy zapis EKG przy przyjęciu

Adres do korespondencji: Dr hab. med. Dariusz Dudek, Samodzielna Pracownia Zakładu Hemodynamiki i Angiokardiografii, Szpital Uniwersytecki *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, ul. Kopernika 17, 31–501 Kraków, tel. (0 12) 424 71 81, faks (0 12) 424 71 84, e-mail: mcdudek@cyf-kr.edu.pl



Rycina 2. Koronarografia. Widoczny dobry wynik angiograficzny zabiegu angioplastyki wieńcowej w zakresie gałęzi międzykomorowej przedniej lewej tętnicy wieńcowej (A) oraz zamknięcie prawej tętnicy wieńcowej w jej odcinku środkowym (B)

zabieg pierwotnej angioplastyki wieńcowej w zakresie prawej tętnicy wieńcowej w obszarze zawału z implantacją stentu metalowego (BMS, *bare metal stents*) (ryc. 3).

Wdrożono następujące leczenie:

- kwas acetylosalicylowy — 75 mg;
- kłopidogrel — 75 mg przez 12 miesięcy;
- ramipril — 10 mg;
- bisoprolol — 5 mg;
- atorwastatyna — 40 mg;
- Omacor — 1 g.

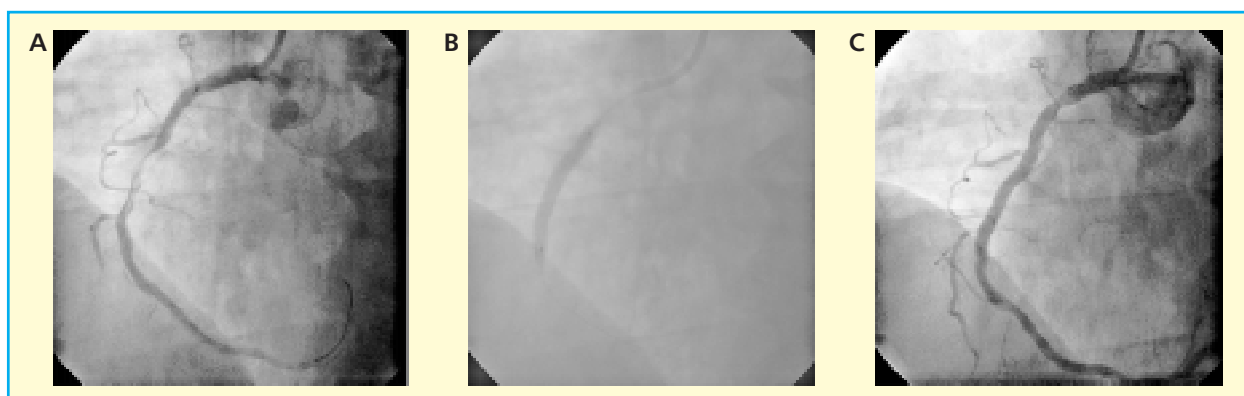
Zalecono wizytę kontrolną po 4 tygodniach. Pacjent czuł się dobrze, nie zgłaszał dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. W badaniach laboratoryjnych odnotowano następujące wyniki:

- stężenie cholesterolu całkowitego — 230 mg/dl;
- stężenie triglicerydów — 232 mg/dl;
- stężenie HDL-C — 32 mg/dl;
- stężenie LDL-C — 135 mg/dl.

Na podstawie wyników badań lipidogramu, ze względu na niezadawalające wartości parametrów, zdecydowano o dołączeniu ezetymibu do statyny, bez zmiany dawki (atorwastatyna — 40 mg). Podczas wizyty kontrolnej po 3 miesiącach pacjent czuł się dobrze, nie zgłaszał dolegliwości stenokardialnych [I klasa według klasyfikacji Kanadyjskiego Towarzystwa Kardiologicznego (CCS, *Canadian Cardiology Society*)]. Uzyskano następujące wyniki kontrolnego lipidogramu:

- stężenie cholesterolu całkowitego — 180 mg/dl;
- stężenie triglicerydów — 170 mg/dl,
- stężenie HDL-C — 40 mg/dl;
- stężenie LDL-C — 90 mg/dl.

Niezmiernie ważną rolę w prewencji wtórnej odgrywa kontrola czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, w tym stężenia cholesterolu frakcji LDL. U pacjentów, którzy nie osiągnęli jego rekomendowanej wartości w monoterapii statyną, opcją terapeutyczną jest leczenie skojarzone z ezetymibem.



Rycina 3. Pierwotna angioplastyka wieńcowa prawej tętnicy wieńcowej. A. Przywrócenie przepływu w zakresie tętnicy odpowiedzialnej za zawał z widocznym istotnym zwężeniem w środkowym odcinku prawej tętnicy wieńcowej; B. Implantacja stentu; C. Optymalny wynik zabiegu pierwotnej angioplastyki wieńcowej