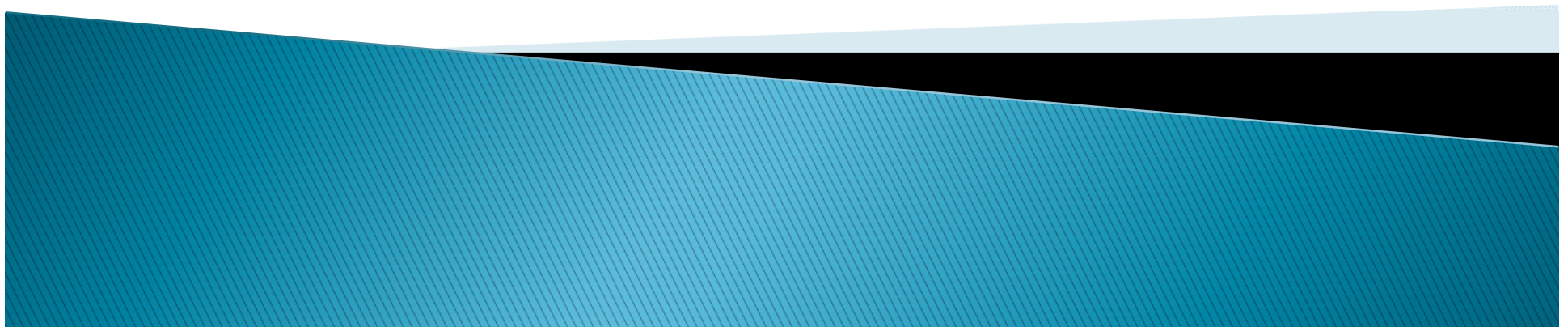
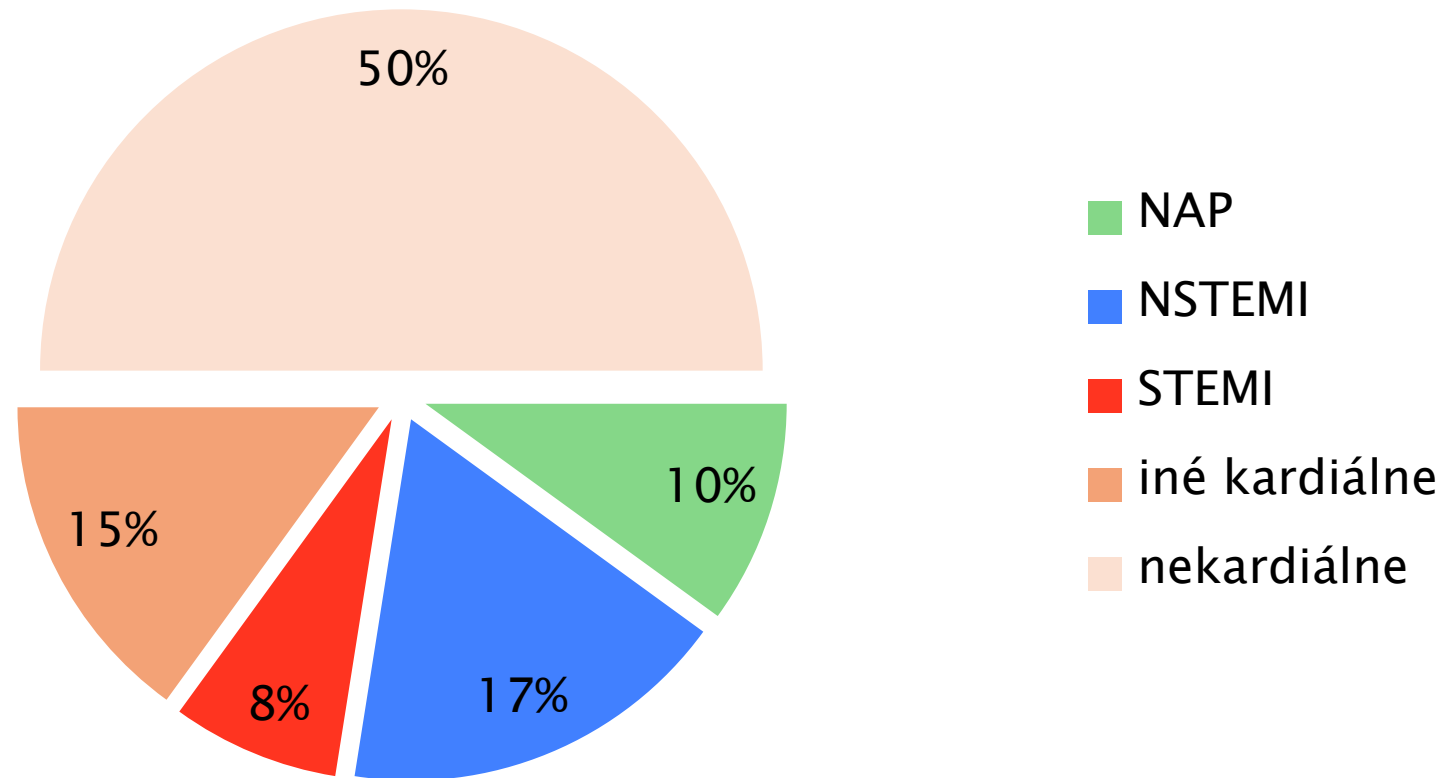


Akútny koronárny syndróm bez elevácie ST segmentu

Lukáš Plachý



Epidemiológia bolesti na hrudníku

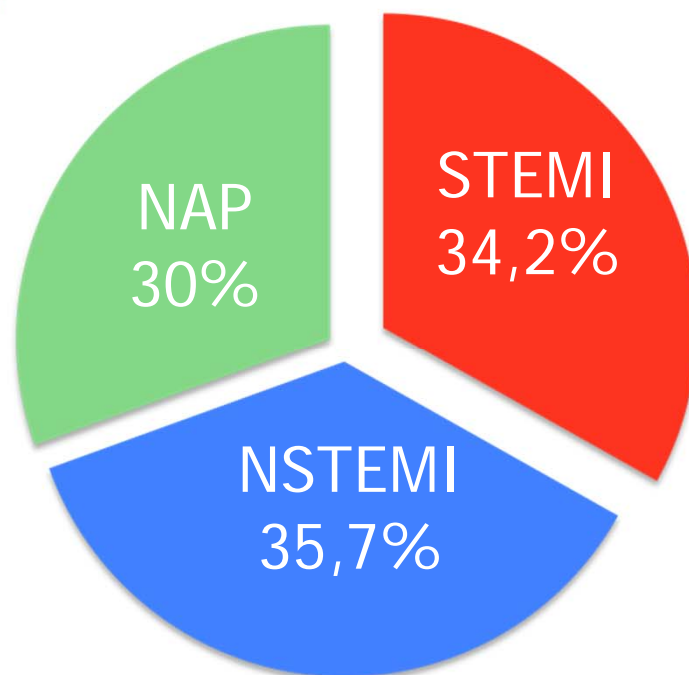


Epidemiológia AKS

v podmienkach SR



2015



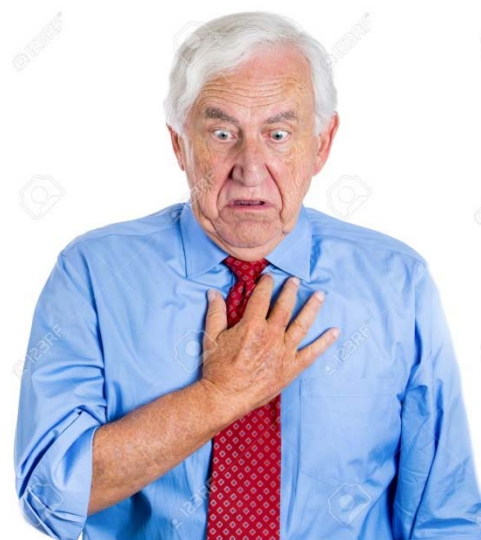
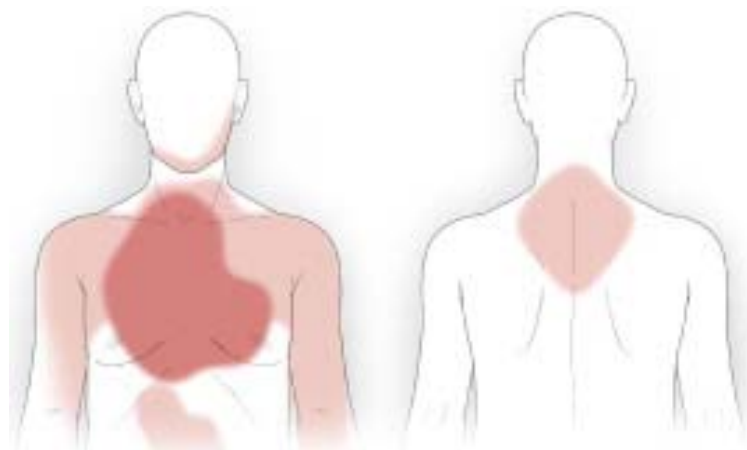
Kvalifikovaný odhad na základe dobrovoľného registra SLOVAKS2 je 16.000 AKS za rok v SR

Diagnostika

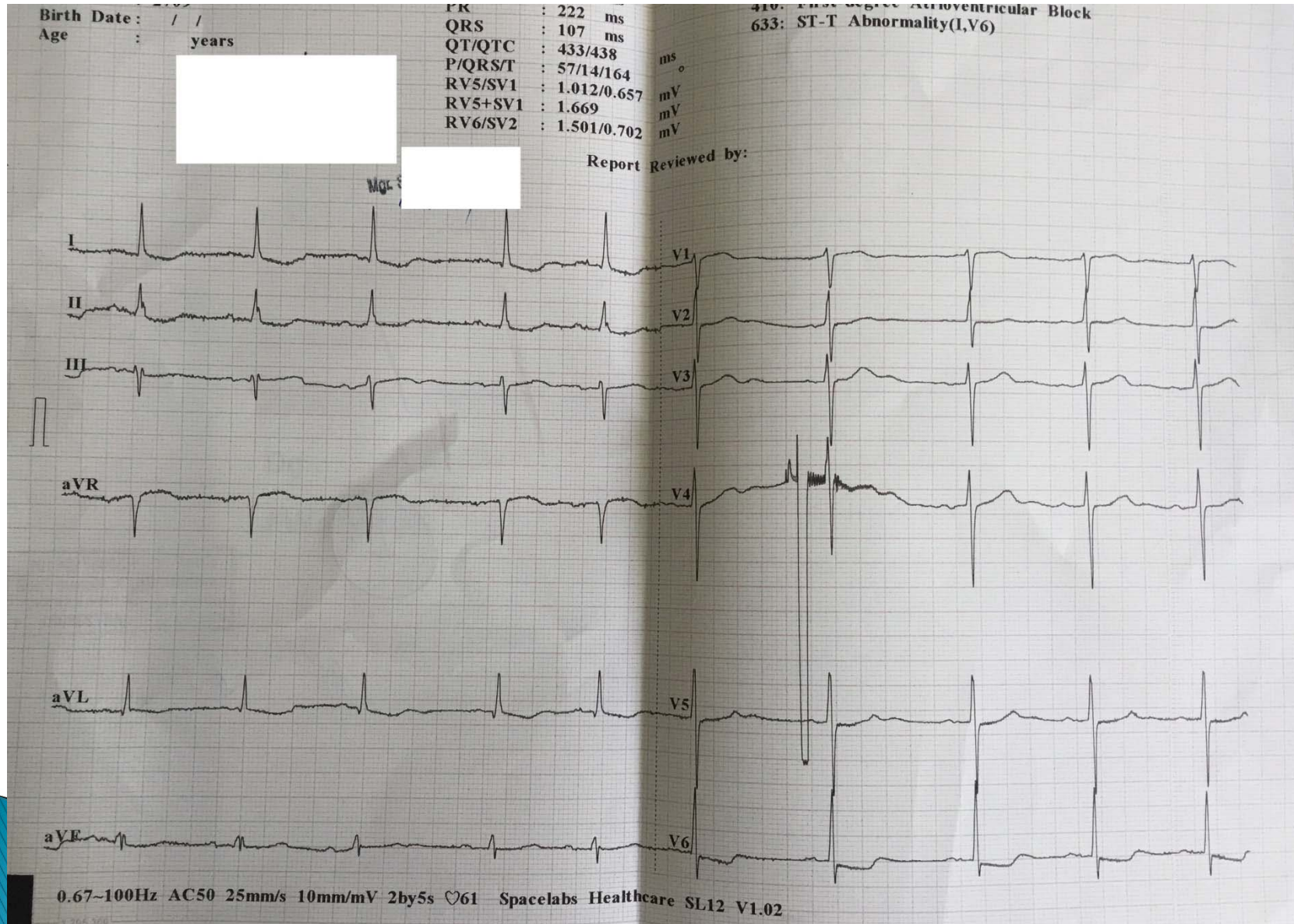
- ▶ typická angina pectoris (AP):
 - pokojová
 - de-novo AP **CCS** II/III
 - progresia AP **CCS** II→III
 - stupňujúca sa (crescendo)
- ▶ pravdepodobnosť AKS (vek, pohlavie, komorbidity, NA, RA)
- ▶ objektívny nález – vylúčiť iné diagnózy: aortálna stenóza, disekcia, perikarditída, pneumónia, muskuloskeletálne príčiny
 - manuálny tlak na hrudník/brucho nespôsobuje/nezhoršuje AP
- ▶ EKG – zmeny potvrdzujú dg., ale normálne EKG NSTEMI-AKS nevylučuje

Typická angina pectoris

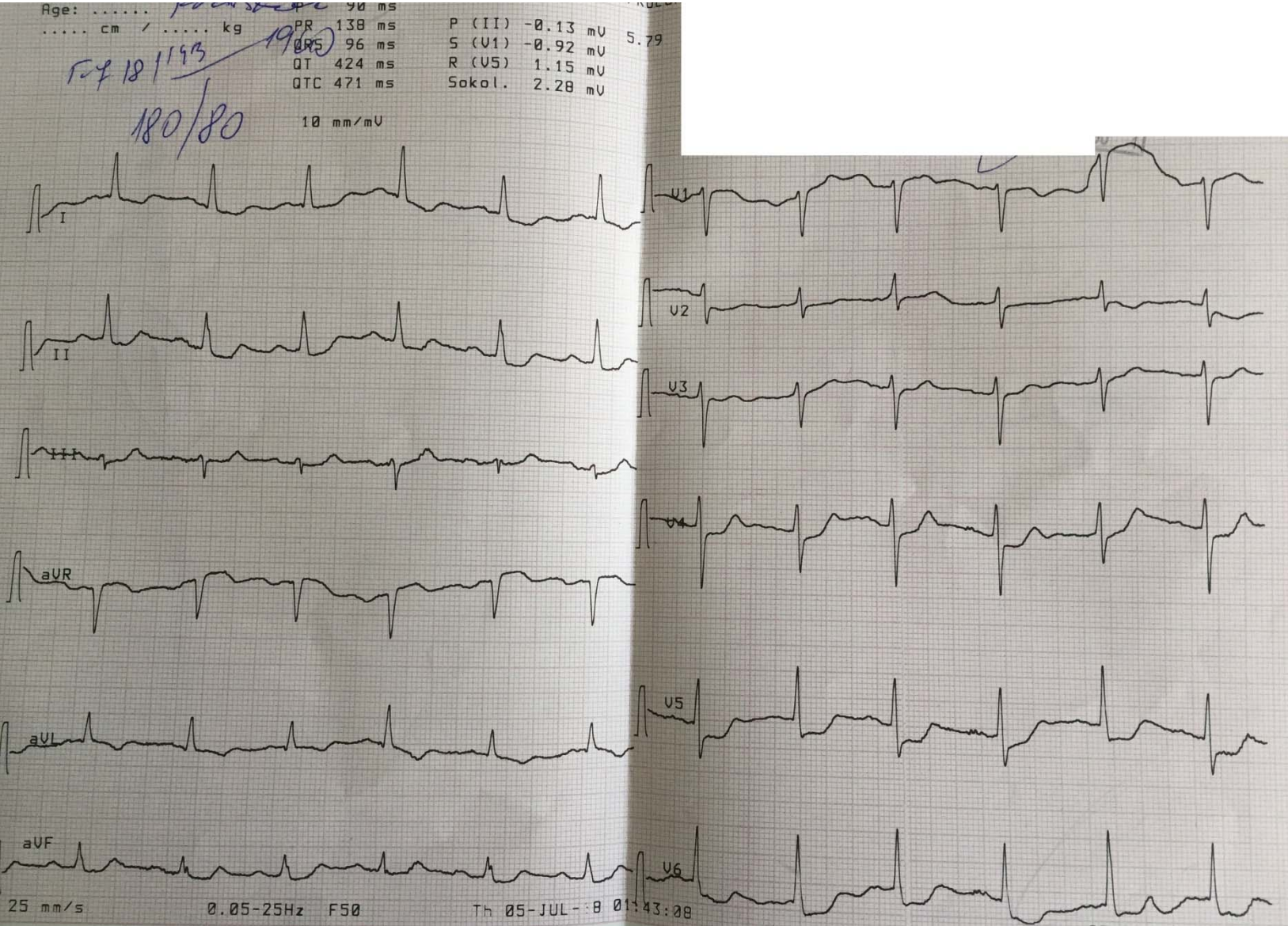
- ▶ intermitentné alebo perzistujúce tlakové/páľivé/zvieravé retrosternálne alebo prekordiálne bolesti s vyžarovaním do krku, sánky, ramena a ruky, chrbta (pod lopatku), brucha (epigastrium)



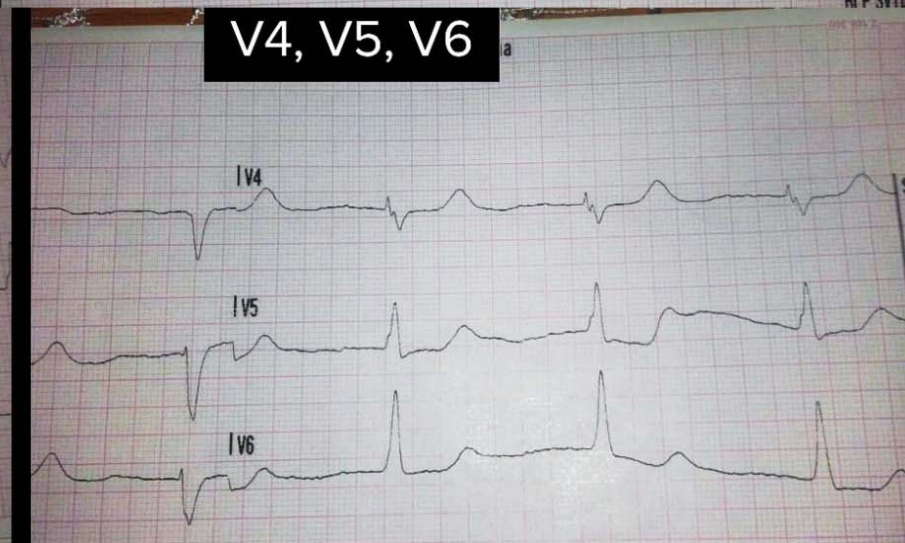
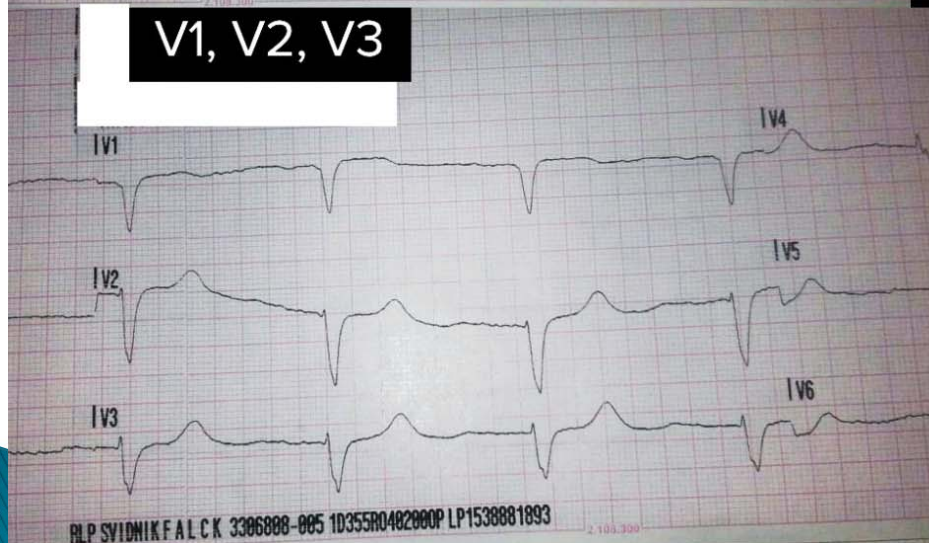
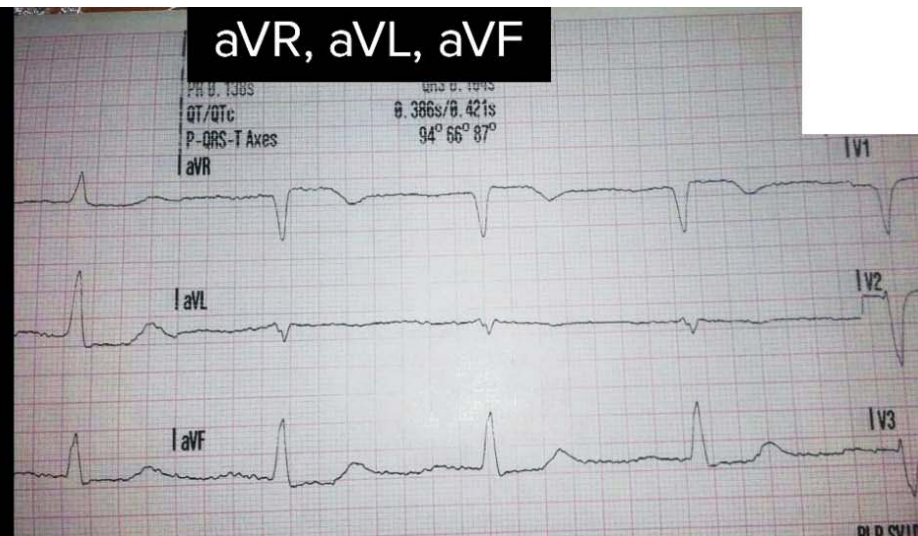
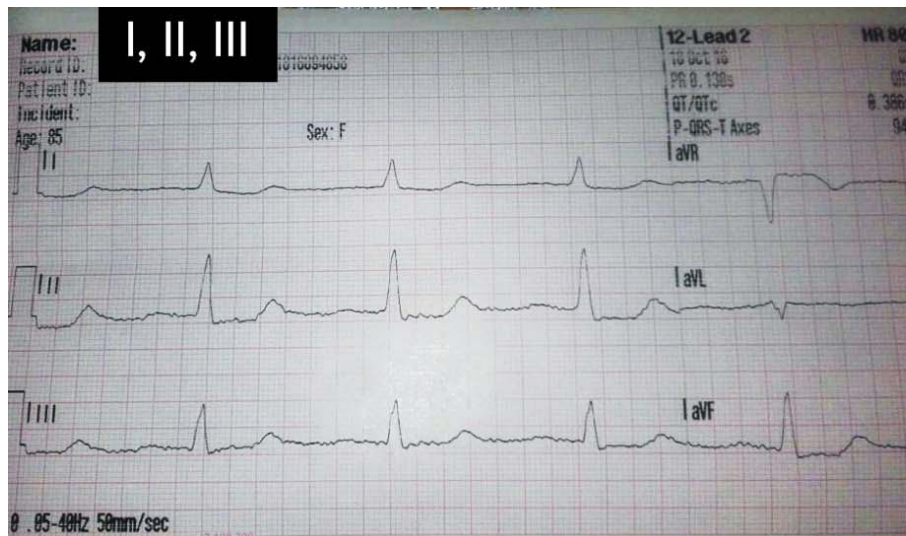
EKG



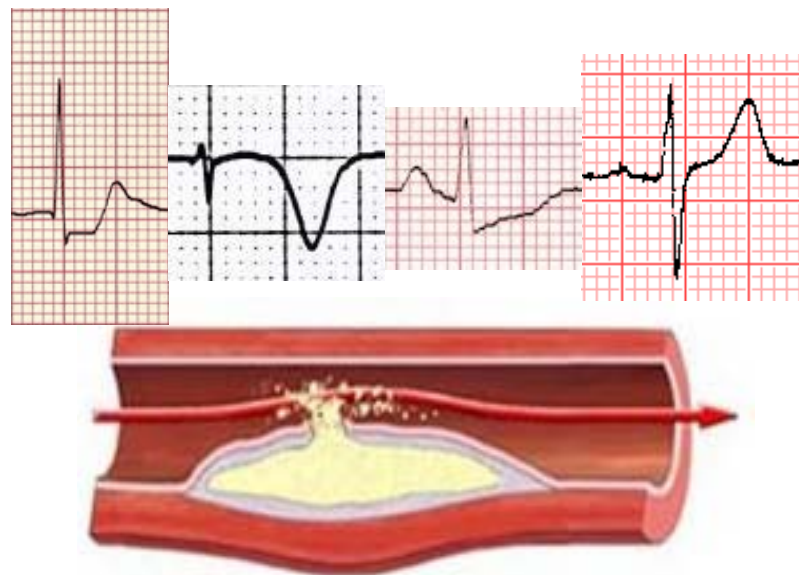
EKG



EKG



Delenie



NSTE-AKS

bez dynamiky TnT

prít. dynamika TnT

nestabilná AP

NSTEMI - infarkt myokardu (IM) bez elevácií ST segmentu

Manažment invazívny – načasovanie

stratifikácia rizika

veľmi vysoké riziko = invazíva < 2hod.	stredne vysoké riziko = invazíva < 72hod.
hemodynamická nestabilita alebo kardiogénny šok	DM
rekurentná alebo perzistujúca AP refraktérna na liečbu	CHRI 3+ K/DOQI
život ohrozujúce arytmie alebo zástava srdca	EF ĽK \leq 40% alebo kongestívne SZ
mechanická komplikácia	skorá poinfarktová AP
akútne srdcové zlyhanie	predošlá PKI
rekurentné dynamické ST–T zmeny, obzvlášť s intermitentnými ST eleváciami	predošlé CABG
	GRACE >109 a <140
vysoké riziko = invazíva < 24hod.	nízke riziko = stress–test (preferovať zobrazovací)
dynamika Tn typická pre IM	
dynamické ST–T zmeny (symptomatické alebo tiché)	
GRACE > 140	

Manažment medikamentózny

v podmienkach SR

▶ NSTEMI–AKS dg. stanovená

- s.c. fondaparinux (Arixtra; 2,5mg)

alebo

1.

- s.c. enoxaparín (Clexane; cca 100IU/kg)

alebo

- i.v. heparín (bolus 60–70IU/kg, max. 5000IU, následne 12–15IU/kg/hod. kont.; aPTT 50–75s)

2.

p.o. ASA 150–300mg, následne 12 mesiacov 100mg denne

- p.o. tikagrelor (Brilique) 180mg, následne 12 mesiacov 90mg 2x denne

alebo

3.

- p.o. klopidogrel 300–600mg, následne 12 mesiacov 75mg denne

alebo

- p.o. prasugrel (Efient) 60mg – až medzi SKG a PKI alebo po PKI, následne 12 mesiacov 10mg denne

- antianginózna liečba

4.

- betablokátor

- i.v. alebo p.o. nitrát

- i.v./s.c. Morphin

- ak SpO₂ < 90% alebo dychová tieseň – kyslíková maska

Manažment medikamentózny – P2Y12

	tikagrelor (Brilique)	prasugrel (Efient)	klopidogrel
priorita	<u>1</u>	<u>1</u>	2
liečba	L: 2x90mg; 1-0-1	L: 6x10mg; 1-0-0	L: 4x75mg – 8x75mg; 1-0-0
výhody	rýchly nástup účinku koronárny <u>vazodilatans</u>	rýchly nástup účinku dávkovanie	dávkovanie cena dostupnosť <u>CHRI 5. št.</u> <u>„triplet“</u>
nevýhody	dávkovanie indikačné obmedzenia dyspnoe poruchy rytmu	<u>až pred PKI/po PKI</u> indikačné obmedzenia pred OP 7 dní ex <u>„najkrvácivejší“</u>	interindividuálna variabilita v účinnosti „slabší“ v porovnaní s ostatnými
kontra- indikácie	hCMP, CHRI 5.št., závažná hepatopatia	<u>TIA, iCMP, CHRI 5.št.,</u> <u>>75r., <60kg, závažná</u> hepatopatia	

Manažment medikamentózny – P2Y12

v podmienkach SR – indikačné obmedzenia

- ▶ tikagrelor (Brilique)
 - GRACE skóre 89+ a zároveň aspoň jedno z nasledujúcich:
 - st.p. TIA/iNCMP
 - vek ≥ 75 rokov
 - hmotnosť $< 60\text{kg}$
 - $\text{ClCr} \leq 60\text{ml/min.}$
 - trombóza stentu
- ▶ prasugrel (Efient)
 - až medzi SKG a PKI (štúdia ACCOAST)
 - len ak má aj DM

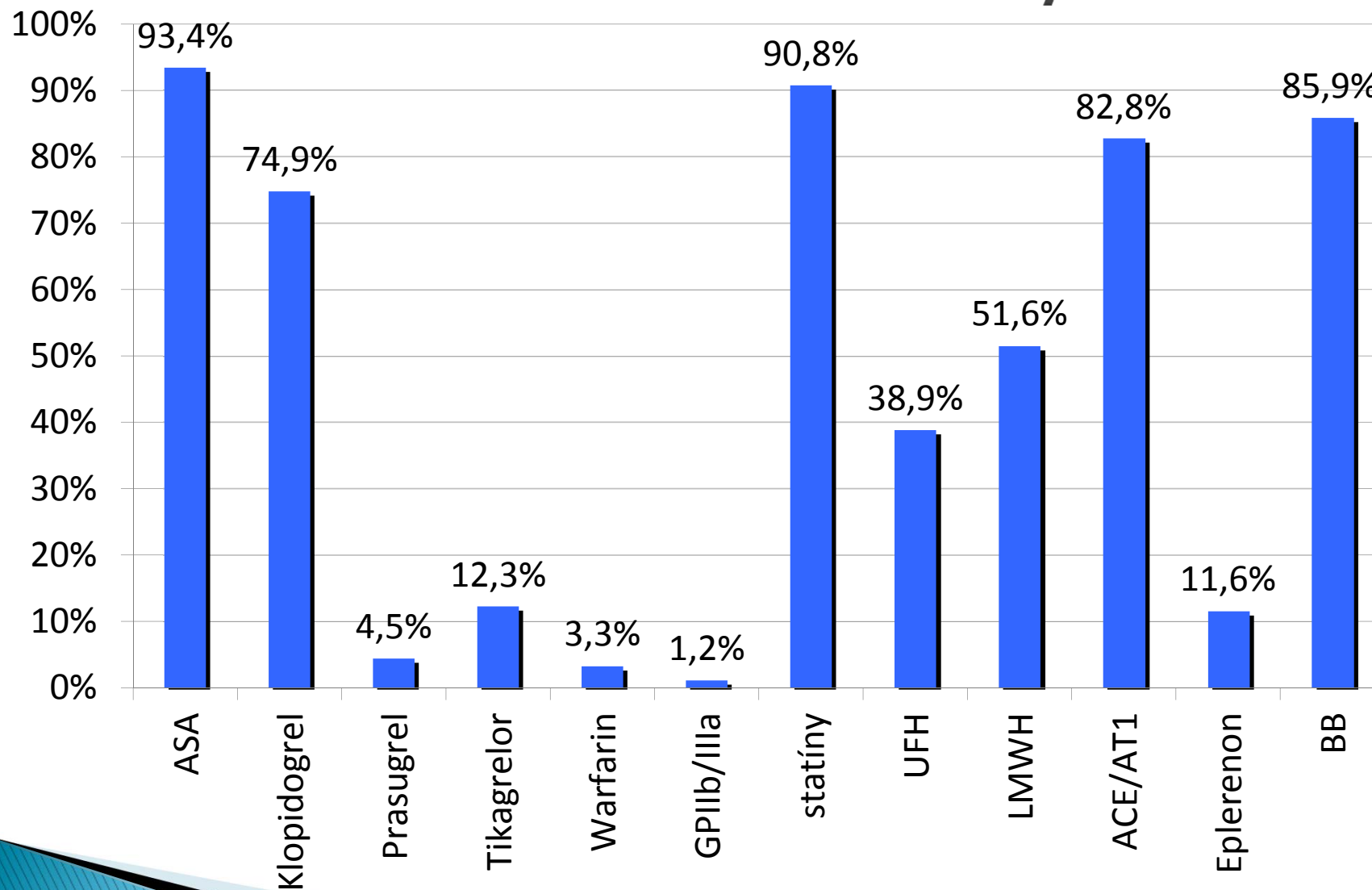
Manažment medikamentózny

RAAS a β -blokátory

betablokátor je odporúčaný u pacientov s EF LK 40%	I	A
skoré začatie liečby betablokátorom (ak nie je KI) je odporúčané u pacientov so známkami ischémie	I	B
pokračovanie liečby betablokátorom v akútnej fáze NSTEMI-AKS je odporúčané, s výnimkou pacientov v triede Killip III a IV	I	B
ACEi je odporúčaný u pacientov s EF LK \leq 40% alebo SZ a hypertenziou alebo diabetom	I	A
odporúča sa podávať ARB u pacientov, ktorí netolerujú ACEi	I	A
antagonista aldosterónu (preferenčne eplerenón) je indikovaný u pacientov s EF LK \leq 35% a [SZ alebo DM]	I	A

Manažment medikamentózný

2015



Odporúčania európskej kardiologickej spoločnosti

- ▶ Liečba akútneho koronárneho syndrómu bez ST elevácií
 - [anglická verzia](#)
 - [česká verzia](#)
- ▶ Aktualizácia odporúčaní so zameraním na duálnu protidoštičkovú liečbu
 - [anglická verzia](#)
 - [česká verzia](#)

