

Kiedy sercu brakuje tlenu...

Choroba wieńcowa stanowi główną przyczynę zgonów w Polsce. Ocenia się, że choruje na nią ok. 2 mln osób, a u 100 tys. chorych rocznie dochodzi do zawału serca.

Choroba wieńcowa jest najczęstszą postacią choroby niedokrwiennej serca, a jej istotą jest pogorszenie ukrwienia serca na skutek zwężenia tętnic wieńcowych - czyli naczyń krwionośnych dostarczających krew do mięśnia sercowego. Jego prawidłowe ukrwienie jest konieczne do zapewnienia odpowiedniej podaży tlenu i substancji odżywczych. Kiedy dochodzi do istotnego zwężenia tych naczyń, pojawia się niedobór przepływu krwi w mięśniu sercowym w stosunku do zapotrzebowania.

Najczęstszą przyczyną zwężenia tętnic wieńcowych jest miażdżyca. Zwykle jest to proces postępujący, zaczyna się często już w dzieciństwie i rozwija we wszystkich tętnicach, nie tylko w tętnicach wieńcowych. Istotą miażdżycy jest wnikanie złogów cholesterolu między warstwy ściany tętnicy. Złogi te są rozpoznawane jako „ciała obce” w ścianie naczynia - powoduje to miejscową reakcję zapalną z naciekaniami różnych komórek zapalnych mających ograniczyć dalsze narastanie złogów (zwykle nieskutecznie). Ściany tętnic grubieją, sztywnieją - tworzą się tzw. blaszki miażdżycowe zwężające ich światło. Przez wiele lat rozwój miażdżycy może nie dawać żadnych objawów. Dopiero gdy dochodzi do krytycznego zwężenia naczyń, pojawiają się dolegliwości i powikłania. Kiedy np. krytyczne zwężenia dotyczą tętnic kończyn dolnych, dochodzi do postępującego ich niedokrwienia manifestującego się bólami nóg przy chodzeniu, a potem w spoczynku. Gdy zwężenia narastają w naczyniach mózgowych, może dojść do ostrego niedokrwienia mózgu, czyli **udar**. Natomiast skutkiem zmian w tętnicach wieńcowych może być stabilna lub niestabilna choroba wieńcowa, **zawał serca**, a nawet nagły zgon sercowy.

Diagnoza wymaga badań

Chorobę wieńcową rozpoznajemy na podstawie typowych objawów, badania lekarskiego oraz badań dodatkowych. Do najważniejszych z nich zaliczamy EKG, próbę wysiłkową, echo serca, badania laboratoryjne. W bardziej zaawansowanych przypadkach istnieje konieczność wykonania koronarografii, czyli inwazyjnego badania tętnic wieńcowych.

Należy podkreślić, że zwykłe spoczynkowe badanie elektrokardiograficzne, choć bardzo przydatne, rzadko pozwala na postawienie diagnozy. Natomiast bardzo ważną jego rolę jest możliwość wykazania przebytego zawału serca.

Podobne zmiany w EKG jak podczas bólu można wywołać, wykonując próbę wysiłkową na bieżni ruchomej lub cykloergometrze (specjalnym rowerze). Jest to bardzo ważne badanie służące do rozpoznawania choroby wieńcowej, oceny jej zaawansowania, ustalenia sposobu i oceny skuteczności leczenia oraz ustalenia rokowania u danego pacjenta. W przypadku bardzo złego wyniku próby wysiłkowej (silnie dodatniego) istnieją wskazania do wykonania koronarografii. Polega ona na wprowadzeniu przez nakłucie tętnicy udowej bądź promieniowej długiego cewnika, który dochodzi do ujść tętnic wieńcowych. Następnie pod kontrolą obrazu rentgenowskiego podaje się do tych tętnic specjalny płyn, czyli środek kontrastowy, dzięki czemu można stwierdzić (i nagrać na płycie CD) obecność krytycznych zwężeń tętnic wieńcowych, które kwalifikują się do leczenia inwazyjnego.

U każdego pacjenta z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby wieńcowej należy wykonać szereg badań laboratoryjnych, do których zaliczamy: lipidogram (cholesterol i jego frakcje), cukier, elektrolity, kreatyninę, morfologię, badanie ogólne moczu.

Profilaktyka i leczenie

Leczenie choroby wieńcowej ma trzy podstawowe cele:

- zmniejszenie dolegliwości, czyli poprawę komfortu życia
- zahamowanie postępu choroby
- zapobieganie zawałowi serca i wydłużenie życia.

Do metod leczenia zalicza się tzw. zmianę stylu życia, leczenie farmakologiczne (lekami) oraz zabiegowe. Zmiana stylu życia polega na dążeniu do zwalczania wymienionych powyżej czynników ryzyka poprzez:

- zaprzestanie palenia tytoniu
- zmniejszenie i utrzymanie prawidłowej masy ciała
- zwiększenie aktywności fizycznej: zaleca się umiarkowany trening fizyczny minimum 5 razy w tygodniu po 30-45 minut (spacery, gimnastyka, pływanie, jazda na rowerze)
- zastosowanie diety obniżającej poziom cholesterolu, odpowiadającej tak zwanej diecie śródziemnomorskiej, to znaczy ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych, soli kuchennej, słodczy, a zwiększenie spożycia ryb, tłuszczów nienasyconych (oliwa z oliwek), owoców i warzyw. Regularne picie niewielkich ilości alkoholu - maksymalnie 1-2 lampek wina dziennie - również korzystnie wpływa na zahamowanie postępu miażdżycy.

Leczenie farmakologiczne obejmuje wiele leków o różnych mechanizmach działania. Jeżeli chorobie wieńcowej towarzyszy nadciśnienie tętnicze, należy dążyć do osiągnięcia i utrzymania wartości ciśnienia poniżej 140/90 mmHg (u chorych z cukrzycą poniżej 130/80 mmHg). Bardzo ważne jest prawidłowe leczenie cukrzycy (jeśli współwystępuje), z dążeniem do jak najlepszej kontroli poziomu cukru we krwi.

Chorobie wieńcowej najczęściej towarzyszy nieprawidłowe stężenie lipidów, czyli cholesterolu i jego frakcji, oraz triglicerydów we krwi. Istnieje zatem konieczność stosowania diety hipolipemicznej wraz z lekami obniżającymi poziom lipidów. Należą do nich statyny, które hamują wytwarzanie cholesterolu w organizmie. Oprócz statyn są jeszcze trzy inne grupy leków, które u pacjentów z chorobą wieńcową mogą nie tylko zmniejszyć dolegliwości, ale przedłużają życie. Należą do nich: beta-blokery, inhibitory konwertazy angiotensyny oraz kwas acetylosalicylowy - czyli popularna aspiryna (już w małej dawce powoduje rozrzedzenie krwi, przez co zmniejsza ryzyko zawału serca). Natomiast powszechnie stosowane azotany o przedłużonym działaniu (np. mononitrat, dwunitrat itp.), molsidomina oraz metazydyna mogą skutecznie zmniejszyć bóle dławicowe, lecz nie wykazano, aby przedłużały życie chorych.

Każdy pacjent z chorobą wieńcową powinien mieć przy sobie krótkodziałający preparat z grupy azotanów (np. nitroglicerynę w tabletkach lub lepiej w aerozolu) do stosowania doraźnego, czyli w czasie bólu dławicowego. Po podaniu leku podjęzykowo ból powinien ustąpić po kilku minutach. Zawsze przed przyjęciem leku należy usiąść lub położyć się, gdyż po nitroglicerynie często dochodzi do spadków ciśnienia tętniczego, czasem wręcz skutkujących omdleniami. **Jeśli ból nie ustępuje, można powtórzyć podanie leku, a jeśli narasta, towarzyszą mu poty, lęk, nudności oraz wymioty i utrzymuje się powyżej 20 minut, należy wezwać pogotowie ratunkowe, gdyż może to oznaczać ostry zawał serca.**

Leczenie inwazyjne (angioplastyka naczyń wieńcowych, czyli tzw. PTCA, lub operacja kardiochirurgiczna z wytworzeniem bypassów) ma zastosowanie w przypadku, gdy podawanie leków w odpowiednich dawkach nie usuwa dolegliwości, a przede wszystkim gdy na podstawie wymienionych wcześniej badań, w tym koronarografii, ocenia się, że ryzyko zawału serca lub zgonu jest na tyle wysokie, że korzyści z leczenia

inwazyjnego istotnie przewyższają ryzyko powikłań związanych z zabiegiem. Natomiast w ostrym zespole wieńcowym lub zawale serca pilna diagnostyka inwazyjna oraz angioplastyka naczyń wieńcowych stały się w ostatnich latach standardem postępowania z uwagi na znacznie większą szansę uratowania życia niż przy postępowaniu zachowawczym.

Czynniki ryzyka

Choroba wieńcowa występuje częściej u osób narażonych na czynniki ryzyka miażdżycy, z których najważniejsze to:

- wiek (mężczyźni po 45., kobiety po 55. roku życia)
- wczesne występowanie choroby wieńcowej w rodzinie (rodzice, rodzeństwo), czyli u mężczyzn przed 55., u kobiet przed 60. rokiem życia
- palenie papierosów
- nieprawidłowe stężenie cholesterolu oraz jego frakcji lub triglicerydów
- nadciśnienie tętnicze
- cukrzyca
- nadwaga, otyłość
- siedzący tryb życia
- niektóre infekcje
- i czynniki zapalne
- osobowość typu A (człowiek „zamknięty w sobie”), depresja
- nadużywanie alkoholu

lek.med. Rafał Kwiecień,
specjalista kardiolog,
Centrum Medyczne LUX MED w Warszawie