

*Postępowanie
rehabilitacyjne w **ostrych**
zespołach wieńcowych*



Spis treści

Ostry zespół wieńcowy	6
Definicja	6
Epidemiologia ostrych zespołów wieńcowych	8
Patomechanizm ostrych zespołów wieńcowych	9
Czynniki ryzyka wystąpienia ostrych zespołów wieńcowych	11
Objawy i diagnostyka ostrych zespołów wieńcowych	12
Leczenie reperfuzyjne w ostrych zespołach wieńcowych	20
Powikłania przebiegu ostrego zespołu wieńcowego	22
Rehabilitacja w ostrych zespołach wieńcowych	24
Etap I rehabilitacji – szpitalny	27
Etap II rehabilitacji po ACS	32
Rehabilitacja II etapu w trybie hybrydowym	39
Etap III rehabilitacji po ostrych zespołach wieńcowych	40
Podsumowanie	41
<i>Piśmiennictwo</i>	41

Postępowanie rehabilitacyjne w ostrych zespołach wieńcowych

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią jeden z największych problemów zdrowotnych współczesnej cywilizacji [1]. Choroba niedokrwienna serca, udar mózgu oraz inne schorzenia występujące w przebiegu miażdżycy są najczęstszą przyczyną zgonów wśród kobiet i mężczyzn [1, 2, 3]. Schorzenia te wpływają również istotnie na występowanie i stopień niepełnosprawności w populacji [4].

Choroba niedokrwienna serca (*ischaemic heart disease* – IHD) jest zróżnicowanym klinicznie stanem chorobowym, w przebiegu której wyróżnia się stabilną chorobę wieńcową (*stable angina pectoris* – SAP) oraz ostry zespół wieńcowy (*acute coronary syndrom* – ACS), który ujawniający się w trzech postaciach klinicznych jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia [5].

**Choroba
niedokrwienna
serca – IHD**

Zaproponowana w 2000 roku nowa definicja zawału serca i jej kolejne modyfikacje opracowane wspólnie przez europejskie i amerykańskie towarzystwa kardiologiczne, istotnie wpłynęła na modyfikację kryteriów rozpoznawania ACS i przebieg postępowania leczniczego [6]. Aktualne osiągnięcia kardiologii interwencyjnej znacząco przyczyniły się do zmniejszenia śmiertelności wewnątrzszpitalnej w ostrych zespołach wieńcowych [3], jednak wciąż notowana jest wysoka umieralność w okresie poszpitalnym [3, 7]. Uznaje się, że przyczyną takiej sytuacji jest naturalny przebieg choroby, udział chorób współistniejących, ale również nieodpowiedni styl życia, przerywanie lub niesystematyczne stosowanie farmakoterapii i niedostateczna kontrola czynników ryzyka [7].

Postęp w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym, a także skrócenie czasu leczenia szpitalnego podyktowane między innymi względami ekonomicznymi [8], istotnie wpłynęły na przeorganizowanie postępowania rehabilitacyjnego. Stosowanie aktywności fizycznej, jako uznanego czynnika terapeutycznego po ostrej fazie choroby [8, 9], a w dalszej opiece medycznej głównego elementu prewencji wtórnej [10], wymaga, aby każdy chory po ostrym zespole wieńcowym mógł uczestniczyć w planowanych etapach rehabilitacji. Udział pacjentów w opracowanym

i dostępnym programie szczególnie w trybie ambulatoryjnym jest obecnie dalece niezadowalający. Podjęcie działań w celu poprawy dostępu pacjentów do świadczeń poszpitalnej rehabilitacji kardiologicznej wydaje się oczywiste tym bardziej, że przeżywalność w ostrej fazie choroby systematycznie się zwiększa, a starzejące się społeczeństwo jest częściej obciążone chorobą niedokrwienną serca [3, 11].

Ostry zespół wieńcowy

Definicja

Definicja ACS

Ostry zespół wieńcowy (*acute coronary syndrom* – ACS) jest określeniem charakteryzującym stan kliniczny pacjenta w przebiegu choroby niedokrwiennej serca. ACS obejmuje grupę schorzeń, które stanowią konsekwencje nagłego zaburzenia równowagi pomiędzy zapotrzebowaniem mięśnia sercowego w tlen a jego zaopatrzeniem, prowadzące do ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego [4].

Na podstawie wstępnej oceny klinicznej przeprowadzonej w wyjściowym badaniu elektrokardiograficznym (EKG) wyróżnia się: ACS z uniesieniem odcinka ST (*ST-elevated acute coronary syndrom* – STE-ACS) i ACS bez uniesienia odcinka ST (*non-ST-elevated acute coronary syndrom* – NSTEMI-ACS) [4, 12]. Wystąpienie STE-ACS jest skutkiem całkowitego zamknięcia tętnicy wieńcowej (gł. spowodowane zakrzepem wewnątrz naczynia tętniczego) i ustaniu przepływu krwi do dystalnej części tej tętnicy. W sytuacji gdy światło tętnicy ulega istotnemu zwężeniu z zachowanym przepływem stwierdzany jest NSTEMI-ACS [4, 12].

Na podstawie dalszej diagnostyki, obrazu klinicznego i wyniku badań laboratoryjnych (markerów martwicy mięśnia sercowego) oraz ewolucji zapisu EKG, ostry zespół wieńcowy ujawnia się w postaci trzech różnych klinicznie, ostrych manifestacji choroby niedokrwiennej serca (ryc. 1): zawału serca z uniesieniem odcinka ST (*ST-elevated myocardial infarction* – STEMI), zawału serca bez uniesienia odcinka ST (*non-ST-elevated myocardial infarction* – NSTEMI) i niestabilnej dławicy piersiowej (*unstable angina* – UA), w tym dławicy naczynioskurczowej (Prinzmetal). Manifestacją ACS może być również nagły zgon sercowy (*sudden cardiac death* – SCD) [4, 12].

1. Ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka ST

STEMI

W przebiegu ACS z uniesieniem odcinka ST zwykle dochodzi do martwicy kardiomiocytów, stąd STE-ACS traktowane jest, jako STEMI. Przyczyną zespołu jest ustanie przepływu krwi przez nasierdziową tętnicę wieńcową prowadzące do martwicy komórek mio-