



Foto: J. Persa

REDAKTOR DZIAŁU
prof. dr hab. n. med.
Janina Stępińska
*Klinika Intensywnej
 Terapii
 Kardiologicznej
 Instytutu Kardiologii
 w Warszawie-Aninie*

Kardiologia po Dyplomie
 2011; 10 (4): 72

Starszy wiek – dodatkowy element do oceny ryzyka i korzyści leczenia towarzyszącego interwencjom

Postęp w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych (OZW) polega nie tylko na rozwoju interwencji, ale również na jednoczesnym stosowaniu leków przeciwplatekcyjnych i przeciwtrombinowych. Zalecenia ESC dokładnie definiują jakie leki podać w określonych sytuacjach. Część chorych z powodu chorób współistniejących wymaga przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami, antagonistami witaminy K. Postęp w leczeniu schorzeń towarzyszących zwiększa jednocześnie ryzyko krwawień. A leczymy coraz starszych chorych, dlatego publikujemy artykuł dr. Artura Dziewierza i prof. Dariusza Dudka na temat ryzyka powikłań krwotocznych w OZW u osób w podeszłym wieku. Autorzy omawiają możliwości oceny ryzyka krwawień, technikę zabiegu u chorych z grupy zwiększonego ryzyka i zasady leczenia przeciwplatekowego i przeciwzakrzepowego w tej populacji. Wiadomo, że przetaczanie krwi również pogarsza rokowanie chorych. Autorzy słusznie zalecają indywidualizację decyzji o przetoczeniu krwi, zwłaszcza gdy stężenie hemoglobiny (Hb) wynosi >8 g/dl, a hematokryt (Ht) $>25\%$. Hematolodzy są nawet restrykcyjni – zalecają przetaczanie krwi przy stężeniu Hb <6 g/dl, kiedy prawdopodobieństwo powikłań wynikających z niedokrwistości jest duże. Populacja chorych, o której mówimy, jest jednak szczególnie. Niedokrwistość u chorych z istotnymi zmianami w tętnicach wieńcowych jest dodatkowym, niezależnym czynnikiem nasilającym bóle wieńcowe, mogącym być przyczyną zwiększenia strefy niedokrwienia. Dodatkowo w starszym wieku może być przyczyną niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego ze wszystkimi możliwymi następstwami: zaburzeniami orientacji, a nawet psychozami. Należy pamiętać, że niedokrwistość może również powodować nieme niedokrwienia narządów i tkanek.

Amerykańskie Towarzystwo Anestezjologiczne opracowało praktyczne wskazówki dotyczące przetaczania krwi. Wynika z nich, że Hb 7 g/dl zapewnia zwykle utrzymanie transportu tlenu na wystarczającym poziomie – rzadko przetacza się krew przy Hb >10 g/dl. Obniżenie Ht $<20\%$ skutkuje produkcją kwasu mlekowego w mięśniu sercowym. Jednak zupełnie inaczej ocenia się wskazania do przetoczeń w przewlekłej niedokrwistości, a inaczej w sytuacjach nagłych. W OZW i zatorowości płucnej obniżenie stężenia Hb o każdy 1 g/dl wiąże się z gorszym rokowaniem. Warto pamiętać, że erytrocyty są nie tylko nośnikami tlenu, ale również biorą udział w hemostazie.

Działania niepożądane po przetoczeniach krwi nie zawsze są zgłaszane, zatem trudno je komentować. Wymieniane są oczywiście reakcje immunologiczne, uszkodzenia płuc, a u chorych z niewydolnością serca jest to przede wszystkim przeciążenie spowodowane najczęściej zbyt szybkim przetoczeniem lub przetoczeniem zbyt dużej objętości. Nie wszystkie mechanizmy działań niepożądanych przetoczenia krwi są jasne. Zwraca się uwagę na objętość przetaczanej krwi, na czas, który minął od pobrania krwi od dawcy do jej przetoczenia. Krew przechowywana dłużej niż dwa tygodnie, nazywana starą krwią, powoduje więcej działań niepożądanych, chociaż wymaga to dalszych badań.

Wybory, których dokonujemy w leczeniu chorób towarzyszących u osób starszych z OZW, są klasycznymi wyborami mniejszego zła. Uważamy, że ryzyko zamknięcia naczyń wieńcowych jest większe niż potencjalne ryzyko krwawień. Niewydolność nerek, częsta w tej grupie chorych, przy podejmowaniu decyzji musi być brana pod uwagę. Trzeba mieć świadomość czasu działania leków i możliwości zastosowania antidotum. Dlatego stosując jednocześnie wiele leków wpływających na układ krzepnięcia, trzeba pamiętać, że heparyna niefrakcjonowana działa 3-4 h od odstawienia, heparyny drobnocząsteczkowe 12-24 h, a warfaryna – 60-80 h.

Skale oceny ryzyka krwawień są coraz częściej stosowane, ale dotyczą przede wszystkim chorych z migotaniem przedsionków. Niestety wiele czynników ryzyka krwawień stanowi również ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych. Tym większa odpowiedzialność spoczywa na nas wszystkich. Zwłaszcza że nowe leki, bezpośrednio inhibitory czynnika II/IIa i X, są już badane w OZW.

Janina Stępińska