

Akutni koronarni sindrom ili akutni aortni sindrom – pravilna dijagnoza sprečava fatalne komplikacije

Nataša Janković, Mina Zlatković

Klinika za kardiohirurgiju, Univerzitetski Klinički centar Srbije

Muškarac star 78 godina primljen je u regionalnu bolnicu zbog bolova u grudima. Urađeni su elektrokardiogrami u tri navrata u razmaku od po sat vremena, u kojima se jasno vidi progresija ST elevacije na prednjem zidu, ali je ehokardiografski (EHO) postavljena sumnja na raslojavanje zida aorte, te je urađena CT grudnog koša, ali bez kontrasta, gde je opisana disekcija ushodne aorte. Pacijent je htio upućen na kardiohirurgiju, ali disekcija nije potvrđena intraoperativno. Posle dva dana, pacijent je dobio jak bol u grudima uz razvoj teške srčane insuficijencije i kardiogenog šoka. Urađen je EHO srca koji je pokazao tešku ishemijsku kardiomiopatiju sa smanjenom ejectionom frakcijom leve komore (EF 19%). Urađena je koronarna angiografija i verifikovana trosudovna koronarna bolest, ali su interventni kardiolozi procenili da je rizik od perkutane koronarne intervencije tada bio previsok. Primenjena je sva terapija prema preporukama i stanje pacijenta se poboljšano, simptomi i znaci srčane insuficijencije su nestali. Pacijent je otpušten posle 10 dana u stabilnom stanju, sa sledećom terapijom: varfarin, klopidogrel 75 mg, bisoprolol 2,5 mg, valsartan/akubitril 26 mg/24 mg dva puta dnevno, amiodaron 200 mg, furosemid 2x40 mg, 25 mg, empagliflozin 10 mg, rosuvastatin 20 mg, pantoprazol 40 mg. Kardiohirurški konzilijum je odlučio da se naknadno pokuša PCI preostale dve arterije C i RCA.

Ključne reči: akutni koronarni sindrom, disekcija aorte