
Reperfúzna liečba infarktu myokardu s eleváciou ST segmentov

24. – 25. jún 2005, Sophia Antipolis, Francúzsko

V dňoch 24. júna – 25. júna 2005 sa konal v European heart house v Sophia Antipolis odborný seminár „ST segment elevation myocardial infarction and reperfusion therapy implementation programme“, ktorý organizovala Európska kardiologická spoločnosť.

Podujatie bolo venované odporúčaniam pre liečbu akútneho infarktu myokardu s eleváciou segmentov ST (STEMI), úlohe farmakologickej reperfúznej liečby a problémom spojeným s organizáciou a vlastnou realizáciou primárnej koronárnej intervencie (PCI).

Prítomní zástupcovia z viacerých európskych krajín prezentovali vlastné skúsenosti s liečbou STEMI. O pomeroch v tejto problematike v USA informoval **Prof. Antman**.

Všeobecná zhoda bola v indikácii *primárnej PCI* u pacientov so STEMI do 12 hodín od vzniku príznakov, u ktorých možno výkon realizovať do 90 minút od prvého lekárskeho kontaktu, u chorých kontraindikovaných k trombolytickej terapii a pacientov v kardiogénnom šoku. U pacientov do troch hodín od vzniku príznakov považujú vo väčšine krajín i. v. fibrinolýzu alebo primárnu PCI za alternatívne postupy, ktoré sa spájajú s porovnateľným znížením rozsahu infarktového ložiska a mortality. Avšak pri liečbe PCI sa pozoruje nižšia incidencia cievnych mozgových príhod. U chorých prezentujúcich sa v období 3 – 12 hodín od vzniku symptómov sa preferuje prevoz k intervenčnému výkonu, ak to miestne podmienky umožňujú. Prevoz v adekvátne vybavenom sanitnom voze a v sprievode vyškoleného personálu sa všeobecne považuje za bezpečný. Ako vyplynulo z odborných prednášok a následných diskusných príspevkov, v súčasnosti majú vzhľadom na možnosti primárnej PCI celoplošne pokryté územie Dánsko a Česká republika. V ďalších štátoch pôsobia rozličné výkonné invazívne pracoviská alebo kardiocentra, v oblasti ktorých pacientom so STEMI poskytujú mechanickú reperfúznú liečbu. Zaujímavý bol poznatok, že nie všetky zariadenia sú schopné (ochotné) poskytovať nonstop prevádzku (najmä z personálnych a finančných príčin, t. j. z dôvodov časovej náročnosti pohotovostných služieb a ich honorovania). V týchto lokalitách sa potom obvykle podáva chorému so STEMI fibrinolytická liečba a následne pacient v pracovnom čase podstupuje koronografické vyšetrenie a podľa potreby sa vykonáva záchranná PCI. *Záchranná PCI* sa indikuje po neúspešnej fibrinolýze. Problémom zostáva spoľahlivosť parametrov, podľa ktorých sa usudzuje na zlyhanie fibrinolýzy (ústup bolestí na hrudníku, pokles elevácií segmentov ST). Vzhľadom na vysoký výskyt rekurujúcich akútnych koronárnych stavov sa aj u asymptomatických chorých po klinicky úspešnej trombolýze odporúča obľúbene včasná koronarografia a podľa nálezu PCI. V prípade horšej dostupnosti PCI centra je vhodné plánovať invazívnu diagnostiku u pacientov s príznakmi spontánnej alebo záťažou indukovanej ischémie

ešte pred prepustením z nemocnice. *Prednemocničná trombolýza* je vyhradená pre oblasti s veľkou vzdialenosťou od kardiocentra na preklenutie dlhšieho času transportu chorého so STEMI. V našich podmienkach sa zdá jej význam obmedzený. Praktické uplatnenie *facilitovanej PCI* (kombinácia fibrinolytickej a mechanickej reperfúzie) závisí od vývoja a cenovej dostupnosti moderných fibrinolytických agens (s vysokou účinnosťou a jednoduchou aplikáciou). Postup si vyžaduje ďalšie overenie bezpečnosti, efektívnosti a cost-benefitu v radomizovaných klinických sledovaniach. Aplikácia blokátorov IIB/IIIa receptrov sa podľa viacerých skúseností ukazuje výhodná na dosiahnutie obnovenia prietoku v infarktovej koronárnej tepne ešte pred začatím intervenčného výkonu, čo má priaznivý dopad tak na vlastnú realizáciu PCI, ako aj ďalší klinický priebeh.

Z diskusií vyplynula veľká potreba zavedenia jednotných ukazovateľov pri hodnotení kvality liečby STEMI. Predložených bolo viacero návrhov, zhoda sa ukazuje v užitočnosti merania časových intervalov pri realizácii jednotlivých diagnostických a liečebných opatrení (od vzniku príznakov STEMI po prvý lekársky kontakt, čas transportu pacienta, čas od príchodu do nemocnice po aplikáciu fibrinolytického agens alebo začatie katetrizácie a následne čas potrebný na obnovenie perfúzie v infarktovej tepne). **Prof. Wallentin** upozornil na skutočnosť, že správanie sa pacienta so zámerom, aby pri bolesti na hrudníku urýchlene kontaktoval lekára, možno veľmi ťažko trvalo ovplyvniť. Počas hromadnej kampane vo Švédsku, do ktorej sa zapojili rozhlas, televízia, tlač, využívali sa billboardy, skrátil sa čas od vzniku príznakov IM po prvý lekársky kontakt na polovicu. Po skončení kampane sa časové oneskorenie rýchlo vrátilo k pôvodnému stavu. Systematické a plošné pôsobenie na obyvateľstvo nemôže byť iba záležitosťou lekárskej verejnosti alebo odborných spoločností, je to úloha pre viaceré rezorty a mimovládne organizácie.

Ako potvrdili údaje z Euro heart survey, v súčasnosti jestvujú významné rozdiely v úrovni poskytovanej starostlivosti pacientom so STEMI tak v rámci európskych štátov, ako aj medzi jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami v danej krajine. Rozdiely sa týkajú najmä indikácie reperfúznej liečby a dostupnosti (a reálneho vykonania) primárnej PCI. Tieto skutočnosti predstavujú do budúcnosti závažnú výzvu, pretože sa ukazuje, že dôsledné akceptovanie aktuálnych odporúčaní sa všeobecne spája s lepším klinickým priebehom u STEMI pacientov.

MUDr. František Kovář, PhD.
Kardiologické oddelenie, SsÚSCH
Banská Bystrica