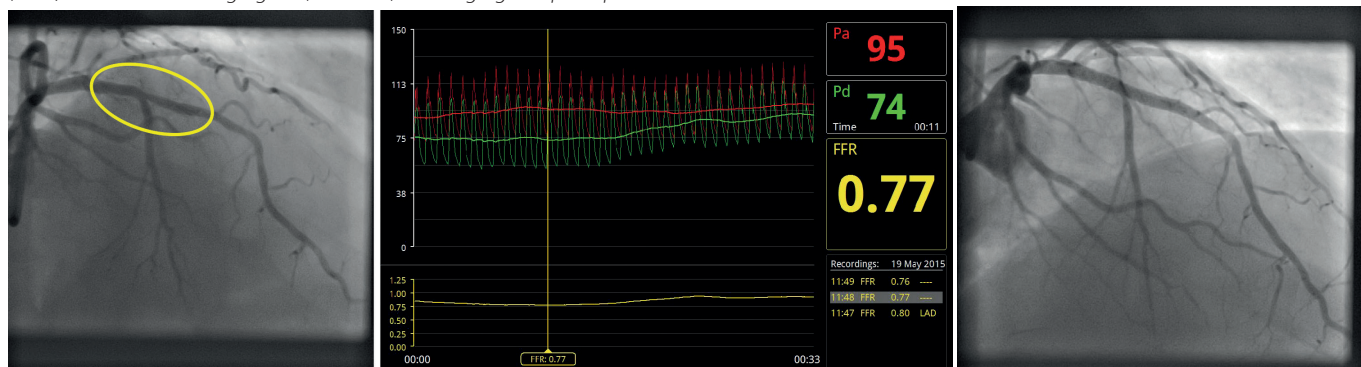
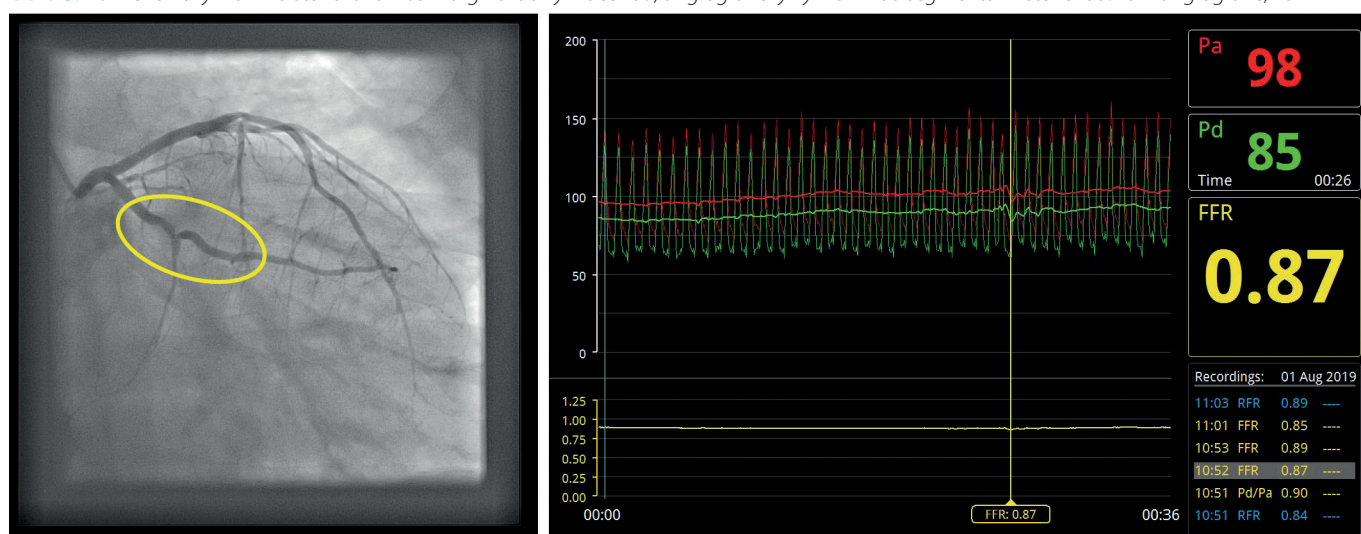


Obr. 6. Funkčně významná stenóza ramus interventricularis anterior s rozsáhlým viabilním povodím s vyznačenou, angiograficky maximálně hraniční (40 %) stenózou. 6a – angiografie; 6b – FFR; 6c – angiografie po implantaci lékového stentu



Pozn. Pa – střední aortální tlak; Pd – střední tlak za stenózou, FFR – frakční průtoková rezerva

Obr. 7. Funkčně nevýznamná stenóza ramus marginalis s vyznačenou, angiograficky významnou segmentární stenózou. 7a – angiografie; 7b – FFR



Pozn. Pa – střední aortální tlak; Pd – střední tlak za stenózou, FFR – frakční průtoková rezerva

anginou pectoris, s ejection frakcí > 35 % a s prokázanou ischemií myokardu pomocí SPECT, zátěžovou echokardiografií, CMR nebo bicyklovou ergometrií. U 50 % pacientů byla ischemie hodnocena jako těžká, střední u 33 % a lehká či žádná u 12 %. Vylučovacími kritérii byla stenóza kmene > 50 % na CT koronarografii, akutní koronární syndrom, PCI nebo CABG v předchozím roce. Pacienti byli randomizováni buď k invazivní strategii s event. následnou revaskularizací v kombinaci s OMT, nebo k OMT bez angiografie. Dominantním typem revaskularizace byla PCI s lékovými stenty (74 %, resp. 98 %) a CABG u 26 % (v 92 % byl použit arteriální štěp na RIA). Na základě CT koronarografie, která byla provedena u 73 % pacientů a výsledky byly řešitelům zaslepeny, byli ze studie vyřazeni pacienti se stenózou kmene levé věnčité tepny, nebo s nálezem „podobně významným“. Průměrná doba sledování pacientů byla 3,3 roky (2,2–4,4 roky). V invazivní skupině podstoupilo koronární revaskularizaci 80 % pacientů (tzn. že 20 % pacientů v této větvi bylo léčeno konzervativně), a naopak ve skupině konzervativní léčby bylo 25 % nemocných revaskularizováno. Pro pomalý nábor pacientů byla kritéria pro zařazení do studie snižována z rozsahu ischemie myokardu 10 % na 5 % a na EKG změny během zátěžového testu bez verifikace zobrazovací metodou. Primární kombinovaný cíl ve studii byl kombinovaný: kardiovaskulární mortalita, nebo IM, který byl koncem studie rozšířen o hospitalizaci pro

srdeční selhání, hospitalizaci pro nestabilní anginu a resuscitaci pro srdeční zástavu. Výskyt primárního cíle se významně nelišil (Hazard ratio – HR 0,93). Z jednotlivých sledovaných parametrů byl zjištěn rozdíl pouze ve výskytu spontánního infarktu myokardu, který byl signifikantně nižší v intervenční skupině (HR 0,67, $p < 0,01$) a snížení anginózních obtíží. S napětím jsou očekávány další analýzy studie a z pohledu funkční revaskularizace budou velmi zajímavé výsledky vztahu mezi rozsahem ischemie myokardu a vznikem koronárních příhod či srdečního selhání, přestože nebylo provedeno kontrolní vyšetření rozsahu ischemie myokardu. Vzhledem k rozložení tíže ischemie v souboru pacientů je zřejmé, že revaskularizace u pacientů s CHKS byla z dnešního pohledu nadužívána.

Význam kompletní revaskularizace u pacientů s AKS

Význam kompletní revaskularizace u nemocných s AKS na prognózu pacientů v poslední době dobře zdokumentovala studie COMPLETE (13), ve které kompletní revaskularizace vedla v průběhu 3letého sledování k významnému snížení primárního kombinovaného cíle (kardiovaskulární mortalita a nový infarkt myokardu) i sekundárního kombinovaného cíle (kardiovaskulární mortalita, nový infarkt myokardu a ischemií indikovaná revaskularizace) ve srovnání s intervencí pouze infarktové tepny a s dalšími