

# Prodlužování agresivní antitrombotické léčby po infarktu myokardu: proč, komu a jakou léčbu vybrat?

Ivo Varvařovský

Kardiologické centrum Agel, Pardubice

Prognóza nemocných za rok po prodělaném infarktu myokardu je individuálně velmi rozdílná a vyžaduje pečlivou stratifikaci nemocných. Pro pacienty se zvýšeným ischemickým rizikem dnes máme k dispozici různé možnosti kombinované antitrombotické léčby, která prokazatelně zlepšuje osud těchto pacientů za cenu vyššího rizika krvácení.

**Klíčová slova:** protidestičková léčba, antikoagulační léčba, akutní infarkt myokardu.

## Long term antithrombotic therapy after myocardial infarction: why, to whom and which one?

Despite the progress in secondary prevention, life expectancy after myocardial infarction is poor for some specific groups of patients. High ischemic risk patients could benefit from some strategies of long-term and aggressive antithrombotic therapy provided that their bleeding risk is acceptably low.

**Key words:** antiplatelet therapy, anticoagulant therapy, acute myocardial infarction.

## Úvod

Pozornost kardiologického výzkumu byla v posledních desetiletích zaměřena především do akutní a subakutní fáze akutního infarktu myokardu (STEMI). Zlepšování přednemocniční a nemocniční péče o nemocné s akutním infarktem myokardu vede ke stále se zvětšujícímu počtu nemocných, kteří překonají akutní fázi nemoci a dožívají se poté dalších let. Podle českého Národního registru kardiologických intervencí (NRKI) byl roční nárůst této populace nemocných v posledním desetiletí relativně stabilní. Ročně se dožívá prvního roku po infarktu myokardu 88,3–89,5 % pacientů (v absolutních počtech přibližně 4 450 nemocných při poměrně stabilním počtu kolem 5 000 prvních přímých koronárních angioplastik v České republice ročně). Podobný růst populace nemocných s prodělaným infarktem myokardu v anamnéze se týká všech zemí s dobrou úrovní kardiologické péče, a proto se pozornost kardiologického výzkumu začíná více obracet tímto směrem.

## Charakteristika populace nemocných s prodělaným infarktem myokardu

Složení populace nemocných s akutním infarktem myokardu v anamnéze dobře popisují zdravotnické registry (švédský národní

SWEDHEART, celosvětový REACH, japonský OACIS). Nejrozsáhlejší švédský registr ukazuje populaci pacientů ve věku nad 70 let, kteří mají poměrně často i významná přidružená onemocnění (fibrilace síní, onkologická onemocnění). Klinická manifestace aterosklerózy v dalších cévních oblastech postihuje 6 % nemocných, chronická renální insuficience je v této populaci poměrně vzácná. V průběhu dalších let po infarktu se složení této populace mění jen mírně, především vlivem úmrtí nejvíce rizikových a nejstarších pacientů.

Pacienti jsou po prodělaném infarktu myokardu léčeni revaskularizační léčbou a pomocí opatření sekundární prevence aterosklerózy. Ve všech registrech je penetrace revaskularizační léčby lehce nad 50 % nemocných, statiny užívá kolem 80 % pacientů a protidestičkovou monoterapií je léčeno nad 90 % nemocných. Přes tato opatření osud nemocných stále není zcela prostý rizika. Podle retrospektivního švédského registru z let 2006–2011 prodělá další ischemickou příhodu (úmrtí, infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu) v prvním roce po prvním infarktu myokardu 18,3 % nemocných. V následujících 3 letech postihuje nová ischemická příhoda dalších 20 % pacientů (1). Podobná data vyplývají z prospektivní observační studie REACH (Obr. 1), kdy nejvyšší riziko ischemických příhod je v prvním roce po infarktu myokardu, ale

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Ivo Varvařovský, Ph. D., ivovarvarovsky@gmail.com

Kardiologické centrum Agel, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

Cit. zkr. Vnitř Lék 2020; 66(3): 160–168

Článek přijat redakcí: 19. 2. 2020

Článek přijat k publikaci: 28. 2. 2020