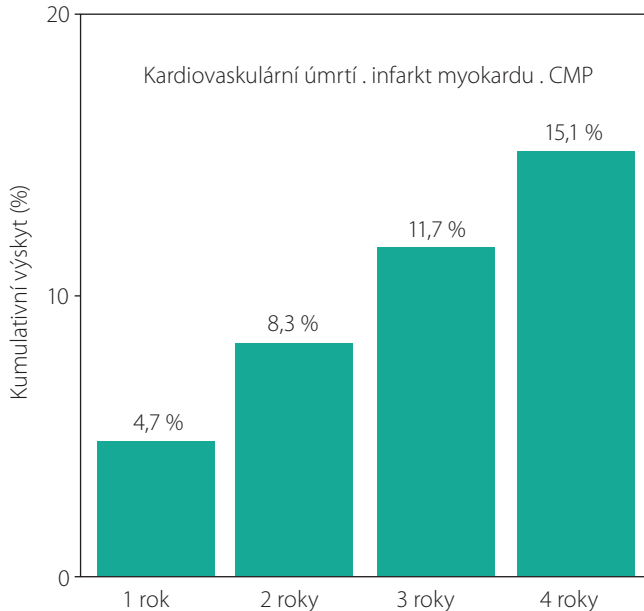


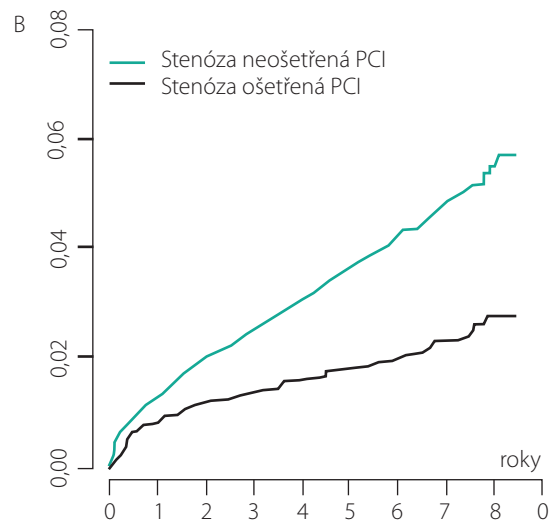
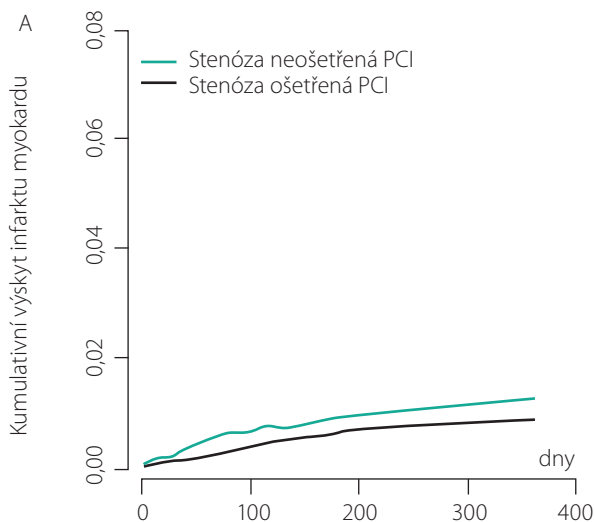
jen o málo menší riziko je stále přítomno i v následujících 3 letech (2). Z obou velkých registrů je přesvědčivě patrné, že riziko další ischemické příhody je sice nejvyšší v prvním roce po infarktu myokardu, ale zůstává velmi vysoké i v následujících letech.

Obř. 1. Ischemické příhody v dalších letech po infarktu myokardu podle registru REACH (2)



Nejvýraznějším rizikovým faktorem pro proděláním další ischemické příhody je věk nemocného. S každým proděláným rokem života narůstá pravděpodobnost další ischemické příhody po infarktu myokardu o 2 %. Revaskularizační léčba snižuje významně pravděpodobnost další koronární příhody. Pacienti léčení při infarktu přímou PCI mají pravděpodobnost opakování infarktu v prvním roce přibližně stejnou pro původní stenózu („culprit lesion“, CL) i pro jinou koronární stenózu („non-culprit lesion“, NCL). V dalších letech ale výrazně narůstá pravděpodobnost infarktu, který vznikne na stenózách neošetřených PCI. Samotná stenóza ošetřená přímou PCI má pravděpodobnost dalšího infarktu poloviční ve srovnání s neošetřenými stenózami (Obř. 2).

Obř. 2. Riziko dalšího infarktu myokardu ve stenózách ošetřených a neošetřených PCI (3)



Jako další rizikové faktory nepříznivého průběhu u pacienta po infarktu myokardu byly v registrech identifikovány diabetes mellitus (zvýšení rizika o 38–100 %), srdeční selhání (o 68–93 %), další infarkt myokardu v anamnéze (o 31–76 %) a klinická manifestace aterosklerózy v jiném cévním povodí (ischemická choroba dolních končetin, ischemická cévní příhoda mozková).

Dlouhodobý osud nemocných po proděláném infarktu myokardu při využití současných léčebných možností tedy není zcela dobrý. Jsme však schopni identifikovat rizikové faktory, které zásadně zvyšují pravděpodobnost opakování ischemické příhody. Je zcela oprávněné, hledat další způsoby ke zlepšení prognózy této populace nemocných. Jednou z cest může být prodloužení antitrombotické léčby a zvýšení její agresivity.

Prodloužení duální protidestičkové léčby (DAPT) nad 12 měsíců: kyselina acetylsalicylová (ASA) a thienopyridiny

Studie CHARISMA byla prvním pokusem prokázat přínos takové strategie. Zařazování byli nemocní s proděláným kardiovaskulárním onemocněním nebo s kumulací rizikových faktorů aterosklerózy. Po dobu 28 měsíců byli léčeni buď samotnou monoterapií kyselinou acetylsalicylovou (ASA) nebo duální protidestičkovou léčbou ASA s klopidogrelem. Pokud byli DAPT léčeni pacienti pouze s rizikovými faktory aterosklerózy bez prodělaného kardiovaskulárního onemocnění, byla léčba škodlivá (5). Pokud však byla DAPT použita u nemocných s proděláným infarktem myokardu, dokázala významně zlepšit další průběh onemocnění (6). Pacienti měli v době randomizace průměrnou dobu od infarktu myokardu 23 měsíců. Riziko úmrtí, infarktu myokardu a cévní mozkové příhody bylo u takových nemocných významně sníženo při dlouhodobé DAPT ve srovnání s ASA (6,6 % vs. 8,3 %, HR=0,77; 95% CI 0,61–0,98), riziko vážného krvácení bylo srovnatelné (Obř. 3).

Pacienti s ischemickou chorobou srdeční, kteří ale neprodělali infarkt myokardu, neměli z přidání klopidogrelu k ASA žádný prospěch – jejich osud z hlediska ischemických příhod byl stejný jako při monoterapii kyselinou acetylsalicylovou.

Celkový rozsah aterosklerózy hrál ve studii CHARISMA významnou roli. Pokud měli pacienti postiženu více než jednu cévní oblast (byla-li navíc přítomna ischemická choroba dolních končetin nebo