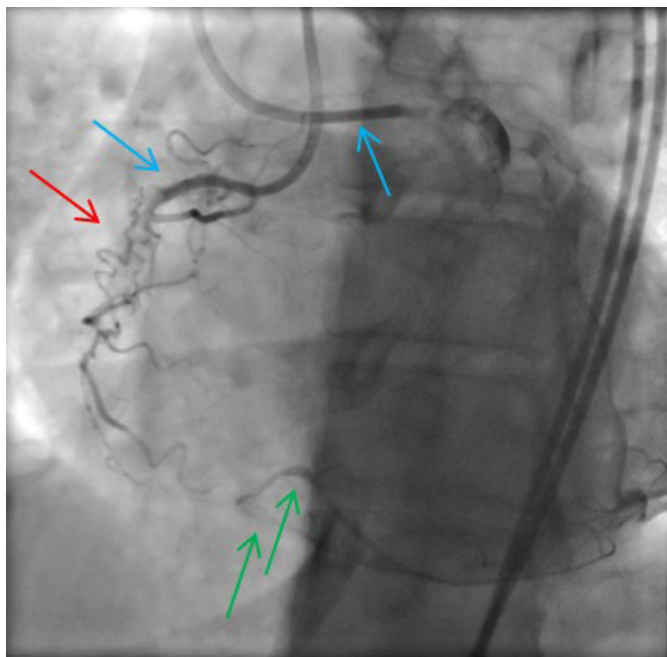
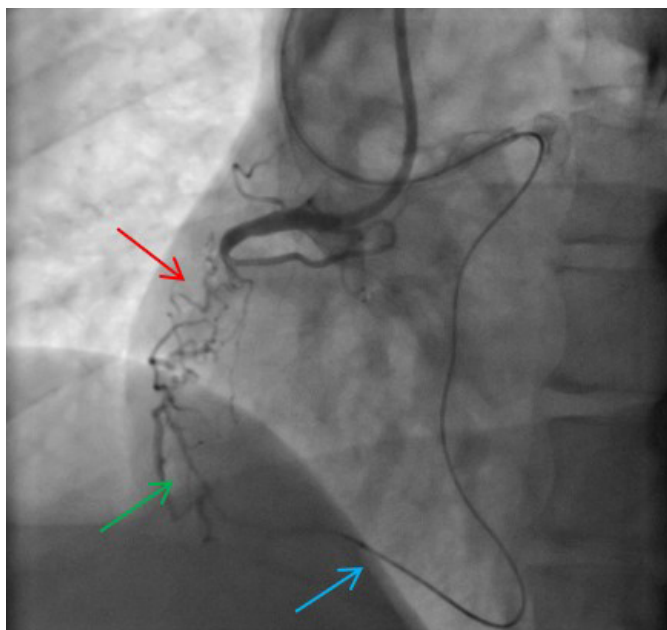


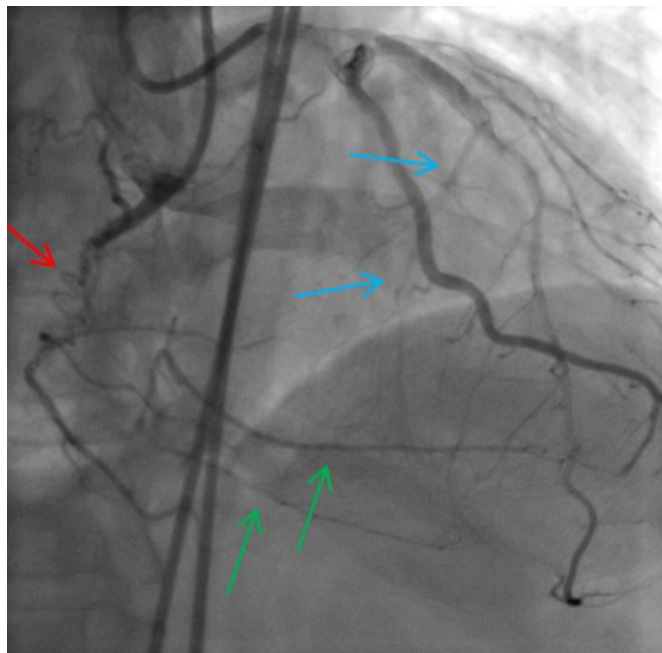
Obr. 5. Vizualizace okludované pravé věnčité tepny (ACD) duálním nástřikem zaváděcími katétry v ústích obou věnčitých tepen (modré šipky); oblast chronického uzávěru ACD s přemostujícími (tzv. „bridging“) kolaterálami (červená šipka); kolaterálně plněné periferní segmenty ACD, ramus interventricularis posterior (RIVP) a ramus posterolateralis dexter (RPLD) (zelené šipky)



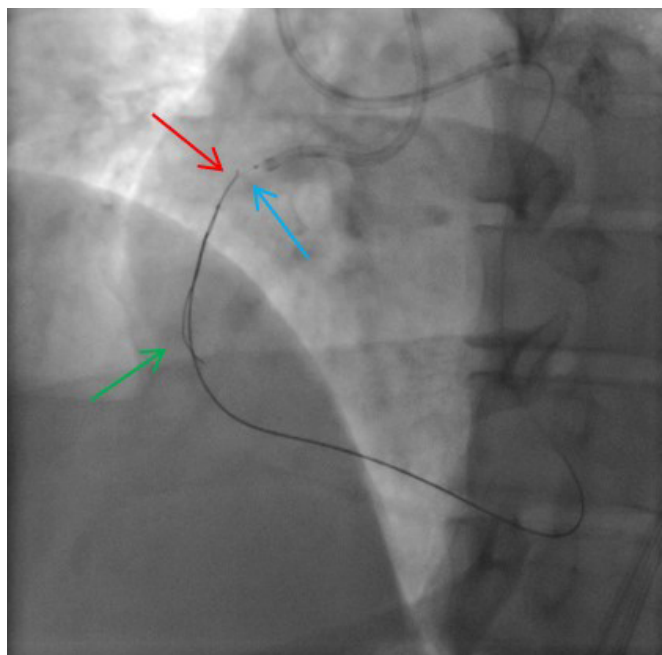
Obr. 7. Oblast chronického uzávěru ACD s přemostujícími (tzv. „bridging“) kolaterálami (červená šipka); mikrokatétr retrográdně zavedený přes septální kolaterálu do distální části ACD (modrá šipka); nástřik kontrastní látky přes mikrokatétr umožňující vizualizaci distální části ACD (zelená šipka)



Obr. 6. Duální nástřik; oblast chronického uzávěru ACD s přemostujícími (tzv. „bridging“) kolaterálami (červená šipka); kolaterálně plněné periferní segmenty ACD, ramus interventricularis posterior (RIVP) a ramus posterolateralis dexter (RPLD) (zelené šipky); septální kolaterály z RIA k RIVP (modré šipky)



Obr. 8. Antegrádně zavedený vodič do oblasti uzávěru (zelená šipka); antegrádně zavedený balonkový katétr (modrá šipka); retrográdně zavedený rekanalizační vodič, který po desuflaci balonkového katétru proniká do lumen v proximální části ACD



ultrazvuk (IVUS)). Při intervenci je zpravidla využíván tzv. duální přístup se zavedením dvou vodičích katétrů do ústí obou věnčitých tepen a to nejčastěji radiální a femorální cestou, případně bifemorálně či biradiálně. Intubace ústí obou věnčitých tepen umožňuje jednak současně zobrazení progradního i retrogradního plnění tepny (tzv. „duální nástřik“), současně také nabízí možnost retrogradního postupu při samotné intervenci. V principu existují čtyři základní způsoby rekanalizace tepny. Lze postupovat tzv. **antegrádně**, tedy ve směru toku

krve okludovanou tepnou, nebo naopak **retrográdně** přes kolaterální řečiště s následným průchodem uzávěrem z distální do proximální části artérie. Antegrádní přístup bývá využíván ve více než ¾ případů, retrogradní výkony jsou zpravidla rezervovány pro komplexnější anatomie (38, 39). Při retrogradním postupu jsou jednoznačně preferovány kolaterály septální. Průchod epikardiálními kolaterálami je také možný, nicméně jejich využití by mělo být vždy zvažováno jako rezervní strategie při selhání ostatních postupů a jen velmi zkušenými