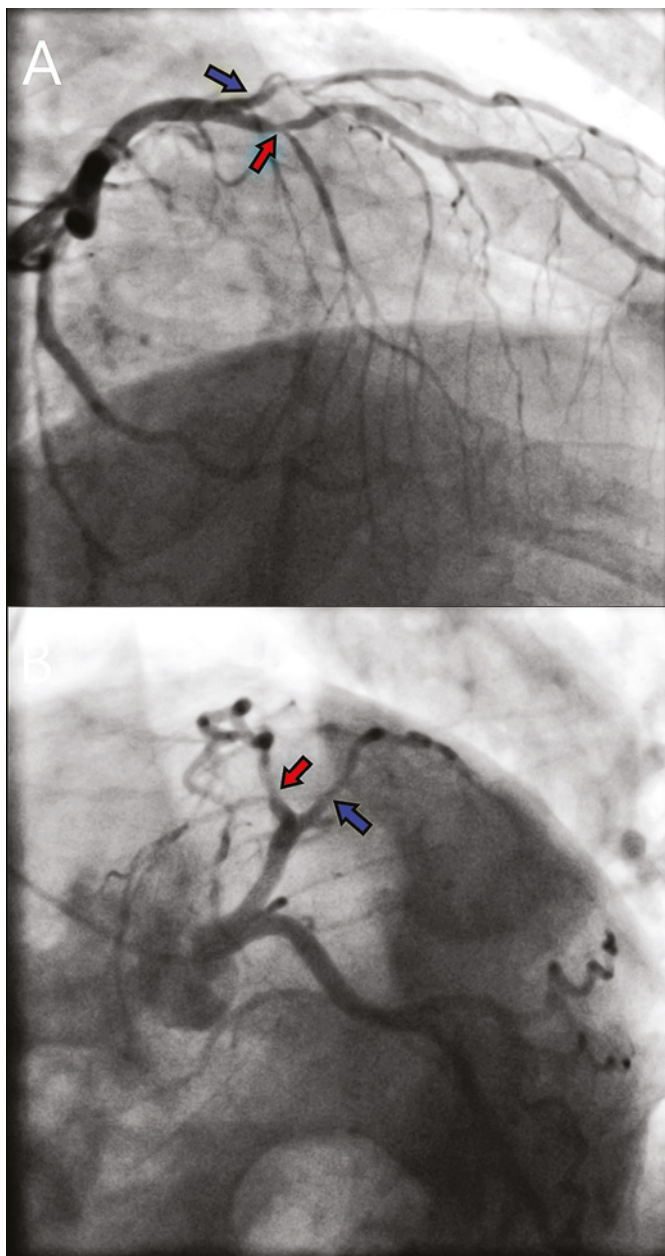


práci sdílíme naši první zkušenost s metodou PCI (perkutánní koronární intervence) řízené intravaskulárním – intrakoronárním ultrazvukem (IVUS), a to s užitím minimálního množství kontrastní látky.

## Popis případu

V naší kazuistice se jednalo o 68letého pacienta s anamnézou diabetes mellitus 2. typu na inzulínovém intenzifikovaném režimu a s terminální renální insuficiencí na podkladě diabetické nefropatie a solitární ledviny v důsledku komplikované urátové lithiázy. Dialyzován je pro terminální renální insuficienci od roku 2015 2x týdně se zbytkovou průměrnou diurézou mezi dny dialýzy 200 ml. Pacient byl odeslán na naši kliniku pro klinické obtíže bolestí na hrudi charakteru anginy pectoris 2. stupně dle kanadské klasifikace trvajících tři měsíce s dobrou reakcí na sublinguální nitráty. Pro tyto obtíže byla dne 27. 9. 2018 prove-

**Obr. 1A, 1B.** Nativní koronarogram ACS, ukazující angiograficky hraniční tubulární stenózu proximální RIA (červená šipka) a proximální RD (modrá šipka)

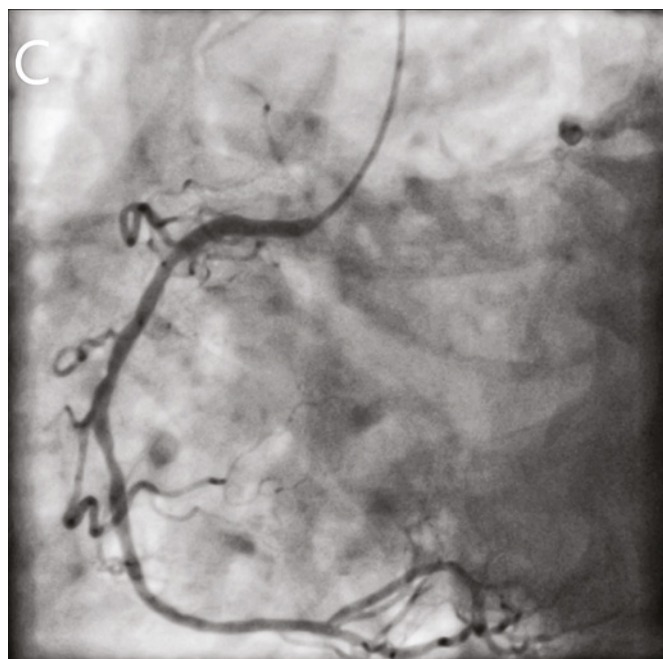


dena invazivní selektivní koronarografie (SKG) s obrazem významného difuzního poškození proximálního a středního segmentu ramus interventricularis anterior (RIA) (Obr. 1A, 1B). Při samotné SKG byl použito 100 ml kontrastní látky. Vzhledem k poškození prognosticky významné tepny a trvající angině pectoris navzdory optimální farmakoterapii byl pacient indikován k provedení elektivní IVUS-guided PCI s užitím minimálního množství kontrastní látky. V České republice se jednalo o první takto provedený výkon, a to dne 11. října 2018. Očekávaným výsledkem byla kompletní revascularizace RIA s ústupem symptomatologie a především zachování reziduálních renálních funkcí (zbytkové diurézy 200 ml/den mezi jednotlivými dialýzami) a stávajícího počtu 2 dialýz týdně. Po předlčení duální protidestičkovou terapií (kyselina acetylsalicylová + clopidogrel) byl pacient s odstupem 2 týdnů od SKG pozván k provedení elektivní PCI.

## Vlastní průběh zákroku

Výkon byl netypicky proveden cestou společné femorální tepny z důvodu nadměrného vinutí a. radialis. Ústí levé koronární tepny bylo selektivně nasondováno 6 French vodičím katétre (guidingem) typu Judkins left 4. Správná poloha guidingu byla ověřena pomocí nástřiku koronární tepny fyziologickým roztokem, který byl provázen změnami ST úseku na EKG. Předcházející koronarografické snímky byly použity jako reference a po celou dobu intervence byly přítomny na obrazovce před intervenčním lékařským týmem. Do povodí RIA byly následně zavedeny dva koronární vodiče – první do periferie RIA a druhý do septální větve (Obr. 2). Vodič v RIA byl využit pro zavedení IVUS katétru Opticross s mechanickou sondou (Boston Scientific corp, NY, USA). Následně byl pořízen obrazový záznam intravaskulárního ultrazvuku při automatickém stahování katétru rychlostí 0,5 mm/s. Pohyb IVUS katétru byl sledován pod kontinuální flurosopií, a to až do guidingu. Distální referenční

**Obr. 1C.** ACD s neobturující nástěnnou aterosklerózou



Pozn. ACS – arteria coronaria sinistra, ACD – arteria coronaria dextra, RIA – ramus interventricularis anterior, RD – ramus diagonalis