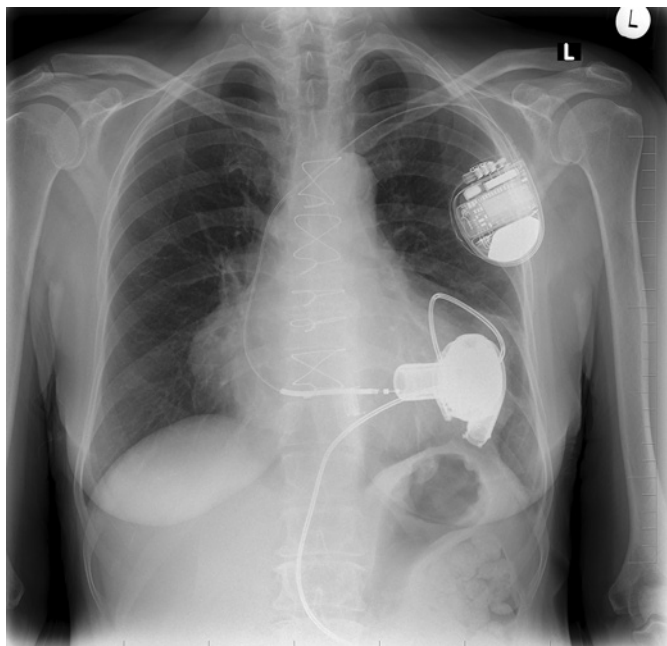


Obr. 8. Natívna snímka hrudníka s viditeľným ICD a LVAD Heartware

pred operáciou rôznia. Časť odbornej verejnosti zastáva názor, že je vhodné pristúpiť priamo k operačnému riešeniu ruptúry a minimalizácii časového oneskorenia zákroku (6). Revaskularizácia však preukázateľne zlepšuje prežívanie pacientov a znižuje výskyt anginózných symptómov po úspešnom prekonaní ruptúry myokardu (7). Mortalita konzervatívneho prístupu dosahuje 90 % (8). Nechirurgická liečba u nestabilných pacientov s rozvojom výrazného hemoperikardu spočíva v okamžitej perikardiálnej drenáži, nastavení adekvátnej vazoaktívnej a inotropnej podpory. Ďalším krokom je zavedenie mechanickej podpory ľavej komory. Metódou voľby je IABP, ktorá zvyšuje srdcový výdaj, zlepšuje plnenie koronárnych artérií a zároveň v porovnaní s extrakorporálnou membránovou oxygenáciou (ECMO)

LITERATÚRA

- Figueras J, Alcalde O, Barrabés José A et al. Changes in hospital mortality rates in 425 patients with acute st-elevation myocardial infarction and cardiac rupture over a 30-year period. *Circulation*. 2008;118:2783–2789. doi: 10.1161/circulationaha.108.776690.
- Elbadawi A, Elgendy IY, Mahmoud K et al. Temporal trends and outcomes of mechanical complications in patients with acute myocardial infarction. *JACC: Cardiovascular Interventions*. 2019;12:1825–1836. doi: 10.1016/j.jcin.2019.04.039.
- Matteucci M, Fina D, Jiritano F, et al. Treatment strategies for post-infarction left ventricular free-wall rupture. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2019;8:379–387. doi: 10.1177/2048872619840876.
- Moreno R, López-Sendón J, García E et al. Primary angioplasty reduces the risk of left ventricular free wall rupture compared with thrombolysis in patients with acute myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2002;39:598–603. doi: 10.1016/s0735-1097(01)01796-x.
- Lancellotti P, Price S, Edvardsen T et al. The use of echocardiography in acute cardiovascular care: Recommendations of the European Association of Cardiovascular Imaging and the Acute Cardiovascular Care Association. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2015;4:3–5. doi: 10.1177/2048872614568073.
- Reardon MJ, Carr CL, Diamond A et al. Ischemic left ventricular free wall rupture: Prediction, diagnosis, and treatment. *The Annals of Thoracic Surgery*. 1997;64:1509–1513. doi: 10.1016/s0003-4975(97)00776-5.
- Leva C. Complete myocardial revascularization and sutureless technique for left ventricular free wall rupture: Clinical and echocardiographic results. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*. 2006;5:408–412. doi: 10.1510/icvts.2006.131037.
- Blinč A, Noč M, Pohar B et al. Subacute rupture of the left ventricular free wall after acute myocardial infarction. *Chest*. 1996;109:565–567. doi: 10.1378/chest.109.2.565.
- Formica F, D'Alessandro S, Singh G, et al. Left ventricular free wall rupture after myocardial infarction: Still a challenging complication. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2019. doi: 10.1016/j.jtcvs.2019.05.038.
- Khalid N, Rogers T, Shlofmitz E et al. Adverse events and modes of failure related to the impella percutaneous left ventricular assist devices: A retrospective analysis of the maude database. *EuroIntervention*. 2019;15:44–46. doi: 10.4244/eij-d-18-01021.
- Ghionzoli N, Sciacaluga C, Mandoli GE, et al. Cardiogenic shock and acute kidney injury: The rule rather than the exception. *Heart Failure Reviews*. 2020;26:487–496. doi: 10.1007/s10741-020-10034-0.
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M et al. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*. 2021;42:3599–3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
- Frances C, Romero A, Grady D, et al. Left ventricular pseudoaneurysm. *Journal of the American College of Cardiology*. 1998;32:557–561. doi: 10.1016/s0735-1097(98)00290-3.

znižuje afterload, čím redukuje riziko šírenia ruptúry a následne bráni vzniku reruptúry organizujúcej sa jazvy v ischemickom myokarde (3, 9). Impella a príbuzné zariadenia sú používané menej často, limitujúcim faktorom je riziko poškodenia myokardu pri zavádzaní zariadenia do ľavej komory (10), ktoré sa ešte zväzňuje u pacientov s už existujúcou ruptúrou v nekrotickej stene myokardu. V našom prípade sme pristúpili k urgentnej drenáži perikardu a kombinovanej obehovej podpore farmakami a zavedením IABP, nakoľko včasná kardiologická liečba nebola u pacientky spádovým kardiologickým pracoviskom indikovaná. Následne bola použitá liečba CVVHD za účelom liečby akútneho poškodenia obličiek a udržania prísne kontrolovanej bilancie tekutín pri ťažkej dysfunkcii ĽK. Po zvládnutí iniciálnej fázy predstavuje skorá CVVHD účinný prostriedok v liečbe pacientov v profúznom kardiogénom šoku s mortalitným benefitom v akútnom aj dlhodobom časovom rozmedzí (11). Po stabilizácii stavu je vhodné pacienta nastaviť na liečbu HFrEF v maximálnej tolerovanej intenzite (12) a je potrebné konzultovať kardiologické pracovisko za účelom stanovenia definitívnej liečebnej stratégie (3). V prípade vzniku následného pseudoaneurizmatického vyklenutia, ako u nami opisovanej pacientky, je indikovaná chirurgická resekcia pseudoaneurizmu, vzhľadom na 30–45 % riziko jej ruptúry s vysokou mortalitou (13).

Záver

Ruptúra voľnej steny ľavej komory zostáva obávanou a potenciálne fatálnou komplikáciou AIM. V ojedinelých prípadoch (ak je kardiologická liečba kontraindikovaná) možno túto komplikáciu zvládnuť aj kombinovanou nechirurgickou liečbou. Optimálnou liečbou pre týchto pacientov však zostáva kardiologické riešenie. Po zvládnutí akútnej fázy je potrebné stanoviť definitívnu liečebnú stratégiu v spolupráci s kardiologickým pracoviskom.