

syndromu bez elevací ST (NSTEMI-AKS). Tato doporučení zůstávají i v roce 2026 základním referenčním rámcem pro evropskou klinickou praxi. Americká doporučení kardiologických společností (American College of Cardiology, American Heart Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions) z roku 2025 (2) kladou důraz na praktickou aplikovatelnost a na rozhodování založené na individuálním rizikovém profilu pacienta.

Společnými rysy moderních doporučení jsou časná diagnostika a rychlá riziková stratifikace, preference invazivního přístupu u většiny pacientů s NSTEMI-AKS, individualizace antitrombotické léčby a důraz na časnou optimalizaci sekundární prevence. Doporučení současně reflektují heterogenitu nemocných s AKS, kteří jsou často polymorbidní, ve vyšším věku a dlouhodobě sledovaní mimo specializovaná kardiologická centra.

Antitrombotická léčba – zásadní změny

Duální antiagregační léčba: délka a složení

Duální antiagregační léčba (DAPT) tvořená kyselinou acetylsalicylovou a inhibítoru receptoru P2Y₁₂ zůstává standardním postupem po dobu 12 měsíců po akutním koronárním syndromu (3). Současně však narůstá počet pacientů, u nichž tento univerzální přístup není optimální. Klinická data jednoznačně ukazují, že závažné krvácivé komplikace jsou spojeny se zhoršenou prognózou a zvýšenou mortalitou, často srovnatelnou s dopadem ischemických příhod (4). To vedlo k rozvoji strategií zaměřených na zkrácení DAPT nebo snížení intenzity protidestičkové léčby.

Časné vysazení aspirinu

Jedním z nejvýznamnějších posunů posledních let je možnost časného vysazení kyseliny acetylsalicylové po nekomplikovaném průběhu AKS a perkutánní koronární intervenci. Studie TWILIGHT (Ticagrelor With Aspirin or Alone in High-Risk Patients After Coronary Intervention) (5) prokázala, že u vybraných pacientů lze po třech měsících DAPT pokračovat v monoterapii ticagrelorom bez zvýšení rizika ischemických příhod a při současném snížení výskytu klinicky významného krvácení. Tento přístup je zvláště relevantní u pacientů s vysokým krvácivým rizikem, u starších nemocných, u osob s chronickým onemocněním ledvin nebo anémií.

Deeskalací strategie

Další možností individualizace antitrombotické léčby je deeskalace z potentních inhibitorů P2Y₁₂ (ticagrelor, prasugrel) na clopidogrel (IIb), avšak není doporučen v prvním měsíci po epizodě AKS pro zvýšené trombotické riziko (III) (3). Tento postup může být vhodný u pacientů se stabilizovaným ischemickým rizikem, avšak se zvyšujícím se rizikem krvácení nebo s intolerancí léčby. Studie TROPICAL-ACS (Testing Responsiveness to Platelet Inhibition on Chronic Antiplatelet Treatment For Acute Coronary Syndromes) ukázala, že řízená deeskalace může zachovat příznivý poměr mezi ischemickými a krvácivými příhodami (6).

Z pohledu interní medicíny je zásadní, že tyto strategie vyžadují aktivní sledování pacienta a pravidelné přehodnocování poměru rizik

a přínosů léčby. O úpravě intenzity a délky protidestičkové léčby se často rozhoduje až v průběhu ambulantních kontrol a nelze ji definitivně stanovit při dimisi z kardiocentra

Kardiogenní šok při akutním koronárním syndromu

Kardiogenní šok (KŠ) zůstává nejzávažnější komplikací akutního infarktu myokardu, s mortalitou přesahující 40 %. KŠ kumuluje velmi vysoké trombotické riziko s výrazně zvýšeným rizikem krvácení. Antitrombotická terapie u těchto nemocných je charakterizována především důrazem na individualizaci, preferenci parenterálních léčebných režimů v akutní fázi a postupné zjednodušování terapie po stabilizaci klinického stavu (7).

Antiagregační a antikoagulační terapie

U pacientů v kardiogenním šoku je účinek perorálních inhibitorů receptoru P2Y₁₂ často opožděný a nepředvídatelný v důsledku hypoperfuze gastrointestinálního traktu, nutnosti analgosedace, terapeutické hypotermie a podávání vazopresorů. V akutní fázi proto nabývá na významu parenterální antiagregační léčba. V klinické praxi je využíván intravenózní inhibitor receptoru P2Y₁₂ cangrelor jako přechodné („bridging“) řešení do doby, než je možné bezpečně přejít na perorální léčbu.

V době publikace dostupných doporučení nebyla k dispozici robustní evidence o přínosu cangreloru u pacientů s kardiogenním šokem, a jeho použití se proto opírá především o konsenzuální doporučení expertních skupin Evropské kardiologické společnosti (7). První a dosud největší studie zaměřená na farmakoterapii akutního infarktu myokardu komplikovaného kardiogenním šokem byla realizována v České republice; její výsledky byly prezentovány v rámci ESC Hot Line Sessions 2025 v Madridu.

Parenterální inhibitory glykoproteinových receptorů IIb/IIIa si rovněž zachovávají své místo v léčbě pacientů s kardiogenním šokem (7). V klinické praxi jsou však obdobně jako u infarktu myokardu bez kardiogenního šoku, indikovány převážně jako tzv. bail-out (záchranná) terapie v průběhu perkutánní koronární intervence, zejména při přítomnosti masivní trombotické nálože, embolizaci do periferie nebo přetrvávajícím fenoménu no-reflow po implantaci stentu. Důvodem je vysoké riziko krvácivých komplikací spojené s přidáním třetího protidestičkového léku k duální antiagregační terapii.

Nefrakcionovaný heparin zůstává standardním antikoagulačním lékem při perkutánní koronární intervenci u pacientů s KŠ. Jeho výhodou je rychlý nástup účinku, možnost monitorace a dostupnost antagonizace. Bivalirudin představuje alternativu zejména u pacientů s vysokým rizikem krvácení nebo při suspekci na heparinem indukovanou trombocytopenii.

Mechanické srdeční podpory

Randomizovaná multicentrická studie DanGer Shock (Danish–German Cardiogenic Shock) přinesla první důkazy, že u vybraných pacientů se STEMI komplikovaným kardiogenním šokem může časné použití mikroaxiální pumpy vést ke snížení mortality (8). Současně však bylo zaznamenáno vyšší riziko krvácivých a vaskulárních komplikací.