

SPRÁVA ZO 6. STRETNUTIA PRACOVNEJ SKUPINY INVAZÍVNEJ A INTERVENČNEJ KARDIOLÓGIE, MODRA-HARMÓNIA, 10. 6. – 12. 6. 2004

Viliam Fridrich

Slovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Bratislava

Interv Akut Kardiolog 2004;3:211–212

V dňoch 10. 6.–12. 6. 2004 sa uskutočnilo v účelovom zariadení Slovenskej zdravotníckej univerzity neďaleko Bratislavy, v Modre-Harmónii, 6. pracovné stretnutie členov Pracovnej skupiny invazívnej a intervenčnej kardiológie (PSIIK) pri Slovenskej kardiologickej spoločnosti s medzinárodnou účasťou. Organizátorom stretnutia bolo Oddelenie intervenčnej kardiológie Slovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb v Bratislave a konalo sa pod záštitou Slovenskej kardiologickej spoločnosti. Počasie účastníkom prialo a tak okrem odborného využitia mohli obdivovať aj malebné prostredie Malých Karpát.

Hlavným cieľom stretnutia bola výmena skúseností z pracovísk, vykonávajúcich intervenčnú kardiológiu na Slovensku a porovnanie výsledkov s okolitými krajinami.

Je už tradíciou, že medzi intervenčnými kardiológmi na Slovensku a v Českej republike sú dobré vzťahy. Na stretnutie do Modry prišli aj pozvaní intervenční kardiológovia z Českej republiky – MUDr. Michael Želízko z Kardiologickej kliniky IKEM Praha, MUDr. Ladislav Groch a MUDr. Ota Hlinomaz z Kardiologickej kliniky FN u Sv. Anny v Brne. Z kardiocentra v Lahri, Nemecko sa prišiel podeliť so svojím skúsenosťami MUDr. Juraj Melicherčík, CSc. Vďaka ich prítomnosti získalo naše stretnutie medzinárodný charakter.

Dobré vzájomné vzťahy a časté kontakty majú tradíciu z obdobia ČSFR, kedy existovala spoločná Pracovná skupina invazívnej kardiologické a vzájomné stretnutia organizovalo vždy niektoré z pracovísk (opakované bolo organizátorom aj Oddelenie invazívnych vyšetrovacích metód ÚKVCH v Bratislave). Po rozdelení Československa vznikla na Slovensku v roku 1993 Pracovná skupina invazívnej a intervenčnej kardiológie. Zakladajúca schôdza bola v Banskej Bystrici, predsedom bol zvolený autor tejto správy. Program zahájil úvodným slovom predseda PSIIK-a a zároveň aj predseda organizačného výboru V. Fridrich zo Slovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb v Bratislave. Privítal účastníkov, zhml

históriu stretnutí PSIIK-a a poprial úspešný kongres.

Odborný program mal tradičný formát. V prvej časti prezentovali kardiocentra na Slovensku výsledky svojej práce. Počty intervenčných výkonov na Slovensku rastú. V roku 2003 bolo vykonaných v SR 7977 koronografických vyšetrení (v roku 2002 5730), 1864 perkutánných koronárnych intervencií (v roku 2002 1264) a bolo implantovaných 1467 stentov (759 v roku 2002). Direktnou PKI bolo riešených 535 pacientov (271 v roku 2002). Môžeme teda konštatovať dynamický rast počtu výkonov. S týmto trendom môžeme byť spokojní. Keď sa však pozrieme na počty výkonov v susedných krajinách, dôvodov na optimizmus už máme menej. Nemôžeme sa uspokojiť s počtami perkutánných koronárnych výkonov (prepočítaných na 1 milión obyvateľov). V Maďarsku vykonali v roku 2000 251 PKI/mil., v Poľsku 484 mil. a v Česku 927 mil. Slovensko zaostáva za priemernými počtami nielen v Európskej únii ale aj v krajinách Višegrádskej štvorky. Na záver prezentoval M. Želízko v mene Pracovnej skupiny invazívnej kardiologické Českej kardiologickej spoločnosti výsledky dosiahnuté v Českej republike. Môžeme len so závisťou konštatovať, že v Česku dosiahli také počty perkutánných koronárnych intervencií, ktorými vysoko presahujú priemerné hodnoty v Európskej únii. S počtom 927 PKI/mil. v roku 2000 sa zaradili do prvej desiatky. Je veľmi pravdepodobné, že v počte direktnej angioplastiky u pacientov s akútnym infarktom myokardu sú na špičke nielen v Európe, ale aj vo svete. Po prezentovaní výsledkov prebehla živá diskusia, v ktorej sa členovia panelu pokúsili analyzovať príčiny rozdielov v krajinách, ktoré boli ešte nedávno súčasťou spoločného štátu. Veľmi zjednodušene sa ich pokúsime zhml. Rozdiely boli prítomné už pred rozdelením Československej republiky (v Česku existovalo pred rokom 1989 podľa autorových vedomostí osem pracovísk vykonávajúcich katetrizáciu srdca u dospelých a na Sloven-



sku len jedno). Významnú úlohu zohráva aj spôsob financovania katetrizačných výkonov v Česku, ktorý umožňuje každoročný rast počtu výkonov zvyšovaním rozpočtu katetrizačných laboratórií.

Ďalší blok bol venovaný akútnym koronárnym syndrómom. Ako prvý vystúpil J. Melicherčík z kardiocentra v Lahri, Nemecko. Svoj príspevok nazval „Leitlinien“ nemeckej kardiologickej spoločnosti k liečbe pacientov s akútnym koronárnym syndrómom bez elevácie ST segmentu. Liečime pacientov v Nemecku inak?“. Autor konštatoval, že v Nemecku akceptujú Odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti.

V ďalšom príspevku sa MUDr. S. Mizera z Oddelenia intervenčnej kardiológie SÚSCH v Bratislave zamerl na miesto clopidogrelu u pacientov s primárnou PKI. Analyzoval vývoj antitrombotickej liečby u pacientov po PKI a vyzdvihol prínos thienopyridínov v prevencii subakútnej koronárnej trombózy. Vo svetle novších poznatkov doporučoval predĺžiť podávanie clopidogrelu u pacientov s akútnym infarktom myokardu bez elevácie ST segmentu na deväť mesiacov. Venoval sa aj problematike podávania clopidogrelu pred PKI ako aj výške nárazovej dávky clopidogrelu (300 mg verus 600 mg).

F. Kováč zo Stredoslovenského ústavu srdcových chorôb zhodnotil terapeutické postupy v liečbe akútnych koronárných syndrémov bez elevácie ST segmentu. Analyzoval vlastný súbor pacientov hospitalizovaných v Stre-

doslovenského ústavu srdcových chorôb. Prekvapujúce bolo vysoké percento koronaro-grafovaných pacientov, ktorým bola vykonaná intervencia.

Príspevok o manažmente pacientov s akútnym infarktom myokardu s eleváciou ST segmentu predniesol M. Studenčan s Východoslovenského ústavu srdcových chorôb v Košiciach. Okrem prehľadu výsledkov prospektívnych randomizovaných štúdií a registrov analyzoval aj prvé skúsenosti s 24 hodinovým programom priamej PKI. V košickom kardiocentre zahájili tohoto roku 24 hodinovú pohotovosť.

L. Groch FN v sv. Anny v Brne predniesol príspevok s výsostne aktuálnou témou: Organizácia starostlivosti o pacientov s akútnym koronárnym syndrómom v juhomoravskom kraji. Brnenské pracovisko má dlhoročnú tradíciu v poskytovaní modernej liečby – priamej PKI. Patrí medzi priekopníkov v Českej republike. Ako hlavný pokrok v organizovaní vyzdvihol autor zmenu filozofie transportu pacientov. Pacient nie je transportovaný do najbližšej nemocnice s koronárnou jednotkou (často vzdialenejšej od centra so servisom priamej PKI než bydlisko pacienta), ale po zhodnotení EKG vo vozidle rýchlej zdravotnej pomoci je transportovaný priamo do centra s možnosťou vykonania priamej PKI. Analýza časových intervalov ukázala, že oneskorenie takto manažovaných pacientov (čas bolesti – katéter) je významne kratší.

O. Hlinomaz z rovnakého pracoviska predniesol príspevok s polemickým názvom: Trombolytická liečba akútneho infarktu myokardu? Okrem analýzy svetovej literatúry a vlastných skúseností konštatoval fakt, že intravenózna trombolyza sa v Českej republike v liečbe akútneho infarktu myokardu s eleváciou ST používa iba okrajovo.

Na záver bloku nasledovala diskusia, ktorá sa dotkla širokého okruhu problémov v liečbe pacientov s akútnym koronárnym syndrómom. Od organizácie rýchlej zdravotníckej pomoci až po aspekty farmakologickej terapie. Diskutujúci sa zhodli v názore, že je potrebné čo najviac skrátiť interval od začiatku bolesti po spriechodnenie koronárnej artérie a pacientov a akútnym infarktom myokardu. Od facilitova-

nej PKI pravdepodobne nemôžeme očakávať významné zlepšenie prognózy pacientov a bude potrebné rozvíjať logistiku priamej koronárnej angioplastiky.

Nasledujúci blok bol venovaný váriam. S. Mizera zo SÚSCH v Bratislave predniesol príspevok venovaný aortálnym chybám a mitrálnu regurgitácii z pohľadu intervenčného kardiológa. Za najvýznamnejší pokrok v posledných rokoch považuje perkutánne nahradenie aortálnej chlopne. Je známe, že pacienti s degeneratívnou aortálnou stenózou vo vyššom veku majú vysokú operačnú mortalitu (22 % u > 80 ročných). Úspešná perkutánna implantácia aortálnej chlopne A. Cribierom dáva nádej na zníženie mortality. V súčasnosti prebieha štúdia, vyhodnocujúca výsledky tejto progresívnej liečebnej metódy. Na úrovni klinického experimentu sú rozpracované rôzne typy perkutánných anuloplastík u pacientov s relatívnou mitrálnou regurgitáciou. Na ich prínos v každodennej praxi si budeme musieť počkať.

V. Fridrich s rovnakého pracoviska prezentoval vlastné skúsenosti a výsledky intervenčnej terapie skratových vrodených srdcových chýb v dospelosti pomocou Amplatzových oklúderov. Na pracovisku vykonávajú uzávery defektov predsieňového septa, komorového septa, ako aj otvoreného ductus arteriosus. Okrem toho realizujú program prevencie kryptogénnej embolizácie u pacientov s foramen ovale apertum. Prvý defekt predsieňového septa uzavreli Amplatzovým oklúderom v 1999 roku. Odvtedy uzavreli DPS 135 pacientom s 0% mortalitou. Úspešnosť je 98,5 %. Priemerná veľkosť DPS hodnotená ECHO bola 17 mm, strečový diameter 22 mm a priemerná veľkosť implantovaného oklúdera 26 mm. Počas sledovania významne ustúpila dýchavica a zmenšila sa veľkosť pravej komory. Jednej pacientke museli pre tamponádu perikardu chirurgicky extirpovať oklúder a jeden pacient musel byť pre nestabilitu oklúdera tiež riešený chirurgicky. Okrem DPS uzavreli Amplatzovým oklúderom defekt komorového septa 2 pacientom a 5 pacientom ductus arteriosus perzistens.

M. Želízko z IKEM Praha predniesol príspevok s názvom: Viacievne ochorenie. PKI

alebo aortokornárne premostenie. Analyzoval výsledky prospektívnych randomizovaných štúdií, porovnávajúcich tieto terapeutické modality. Rozdiely medzi obidvomi liečebnými postupmi sa znižujú a ich úplne eliminovanie sa stane skutočnosťou pri extenzívnom používaní stentov pokrytých látkou zabraňujúcou proliferácii hladkých buniek svaloviny média. Mortalita je v obidvoch skupinách porovnateľná, pacienti po PKI podstúpia významne častejšie reintervenciu. Podľa výsledkov štúdie ARTS (Artery Revascularization Therapy Study) nižšou mortalitou počas dlhodobého sledovania (3 roky) profitujú z chirurgickej revaskularizácie pacienti s diabetes mellitus (4,2 % versus 7,1 %).

Príspevok na podobnú tému aj spolu s analýzou vlastných výsledkov predniesol S. Funiak z Oddelenia intervenčnej kardiológie Martinskej fakultnej nemocnice.

Posledný blok v programe bol venovaný kazuistikám a mal príznačný názov: Môj najhorší prípad. Opäť sa potvrdilo príslovie: „Od ženy, Ameriky a medicíny môžeme očakávať všetko“. Je až neuveriteľné, čo všetko sa v katetrizačnom laboratóriu môže stať. Celý blok bol veľmi poučný, s aktívnou diskusiou prítomných kardiológov.

6. stretnutie Pracovnej skupiny invazívnej a intervenčnej kardiológie bolo vydareným podujatím. Žičilo mu počasie, príjemné prostredie a vynikajúca atmosféra. Diskusie boli neformálne a pokračovali aj mimo prednáškovú miestnosť. Poďakovať treba všetkým účastníkom a organizátorom. Odborný program vznikol za spolupráce Oddelenia intervenčnej kardiológie SÚSCH v Bratislave za významného príspevku Stredoslovenského a Východoslovenského ústavu srdcových chorôb spolu s Oddelením intervenčnej kardiológie Martinskej fakultnej nemocnice. Poďakovať treba aj zahraničným hosťom. Organizačnú pomoc poskytla firma ROWEX, s. r. o., z Bratislavy. Samozrejme bez príspevku sponzorov by sme sa nemohli stretnúť. Vďaka patrí hlavnému sponzorovi, Sanofi-Synthelabo ako aj ostatným sponzorom.

Za ich obetavosť a ochotu im patrí naše poďakovanie.

Tešíme sa na 7. stretnutie PSIIK-a.