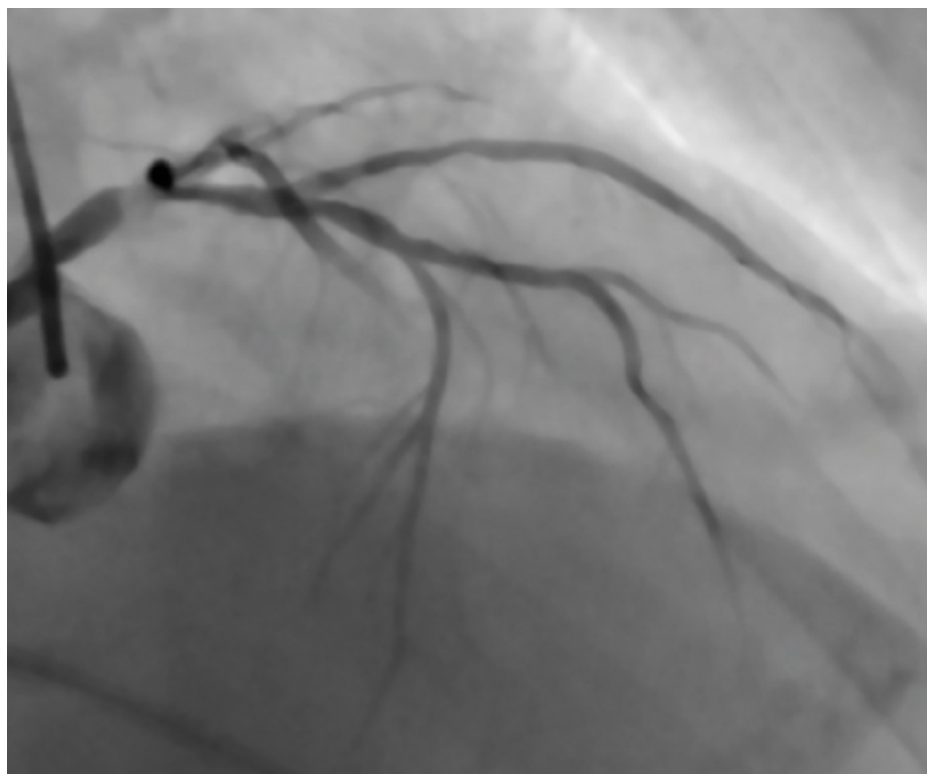
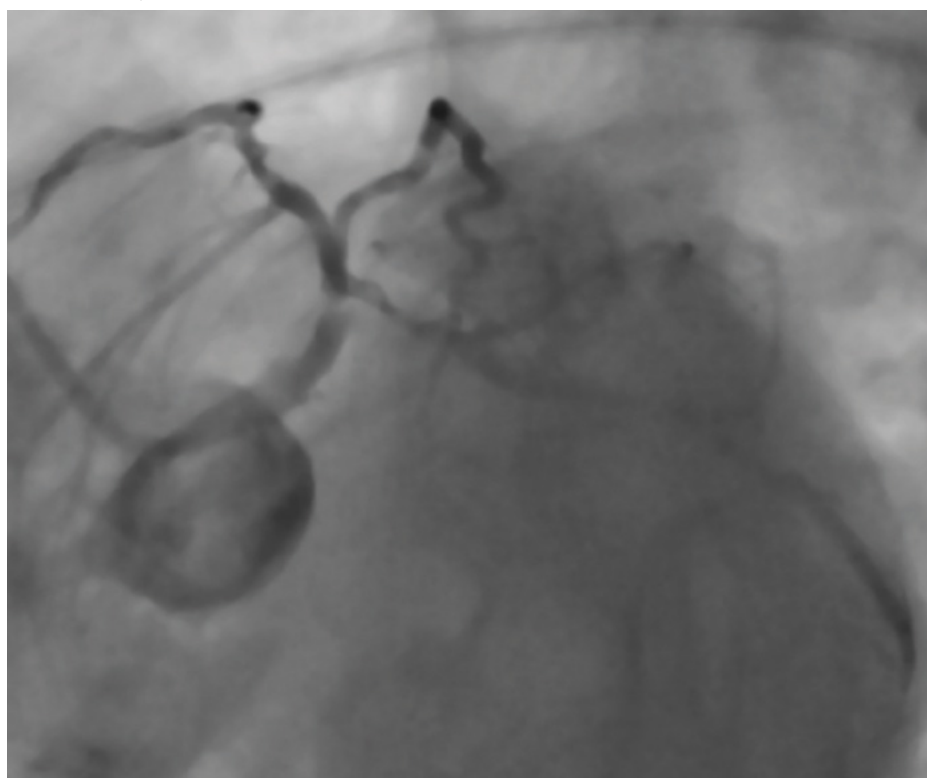


Obr. 1. Koronarografický nálezn kritické stenózy v oblasti distálního kmene levé koronární tepny a hrubými nerovnostmi v povodí RIA. Významná stenóza RC v této projekci není přehledně zobrazena



Obr. 2. Koronarografický nálezn v jiné projekci, v níž je zřejmá jak kritická stenóza distálního kmene levé koronární tepny, tak tubulární stenóza v proximální části RC, a to od jejího ostia



v proximální části ramus interventricularis anterior (RIA). Byla indikována okamžitá perkutánní koronární intervence (PCI). Jak již bylo zmíněno, pacientce byla v RZP podána ASA, ovšem bez předléčení P2Y₁₂ inhibítorem (pacientka byla vyhodnocena jako potenciální kandidátka

akutního chirurgického řešení a předléčení by eventuální chirurgický výkon zkomplikovalo). Vzhledem k charakteru a lokalizaci léze bylo zapotřebí provést intervenci za co nejideálnější antitrombotické přípravy, a tím minimalizovat možná rizika trombotických komplikací. Při ab-

senci kontraindikací bylo intravenózní podání kangreloru optimálním řešením. Po doporučené rekonstituci a naředění kangreloru byl při hmotnosti pacientky 65 kilogramů aplikován bolus 30 µg/kg s následnou kontinuální intravenózní infuzí rychlostí 4 µg/kg/min. Po celou dobu výkonu byl kontrolován aktivovaný koagulační čas (ACT). Pro dosažení požadované hodnoty ACT bylo nutno podání dalších 3000 jednotek nefrakcionovaného heparinu, a poté mohla být zahájena samotná intervence. Po předchozí přípravě obou lézí predilatací balonkovým kátrém byly implantovány dva lékové koronární stenty nové generace. Výkon byl následně optimalizován postdilatací s využitím vysokotlakých non-compliantních balonkových kátrém. Takto byly ošetřeny obě významné léze – 80% tubulární stenóza proximální RC i kritická stenóza distálního kmene. Angiografickou kontrolou po intervenci se ozřejmila drobná disekce na distální hraně stentu zasahující proximální část RIA. Proto byl implantován navazující 3. koronární lékový stent. Celá intervence byla provedena bez dalších komplikací a pacientka byla po celou dobu výkonu hemodynamicky stabilní. Před transportem pacientky na koronární jednotku byla podána perorálně nasycovací dávka 180 mg tikagreloru.

Následná 4denní hospitalizace pacientky proběhla zcela standardně, bez jakýchkoli komplikací, včetně ischemických či krvácivých. Propuštěna byla se standardní terapií pacientů po akutním koronárním syndromu, včetně duální antiagregační terapie (DAPT) – v našem případě kombinace 100 miligramů kyseliny acetylsalicylové a 180 miligramů tikagreloru rozdělených do dvou denních dávek. Tato duální terapie byla nastavena po dobu 12 měsíců, jak je u pacientů s akutním koronárním syndromem doporučeno, s následnou dlouhodobou terapií ASA v dávce 100 miligramů denně.

Diskuze

Kangrelor je účinná látka ze skupiny P2Y₁₂ inhibitorů, která má oproti ostatním zástupcům v této lékové skupině několik unikátních vlastností. Jedná se především o odlišnou formu podání, která je výhradně intravenózní. Jeho další výhodou je rychlý nástup a zároveň odeznění účinku. K inhibici trombocytů dochází již během dvou minut od začátku podání a v případě komplikací, vyžadujících například chirur-