

# ODPOVĚĚ NA KOMENTÁŘ DR. CERALA

**MUDr. Michael Želízko, CSc.**

Klinika kardiologie IKEM

Interv Akut Kardiol 2006;5:111

Děkuji MUDr. Ceralovi za jeho komentář a cenné připomínky. Již to, že původní sdělení vzbudilo odezvu, je dobrým signálem a cílem práce. Oba se shodujeme, že v případě klinické indikace je u pacientů podstupující invazivní vyšetření koronárního řečiště současný diagnostický nástřik renálních tepen správný postup (v literatuře je tento postup označován jako „angiografický screening“). V současnosti jsou za klinickou indikaci považovány tyto situace:

1. refrakterní hypertenze nebo těžká nově vzniklá či zhoršená hypertenze
2. rekurentní plicní edém při hypertenzi a zachovalé systolické funkci levé komory srdeční
3. zhoršení anginy pectoris spojené s hypertenzí
4. renální insuficience nejasné etiologie (hodnoty S-Cr nad 150  $\mu\text{mol/l}$  nebo S-Cr nad 130  $\mu\text{mol/l}$  s postupným zhoršováním).

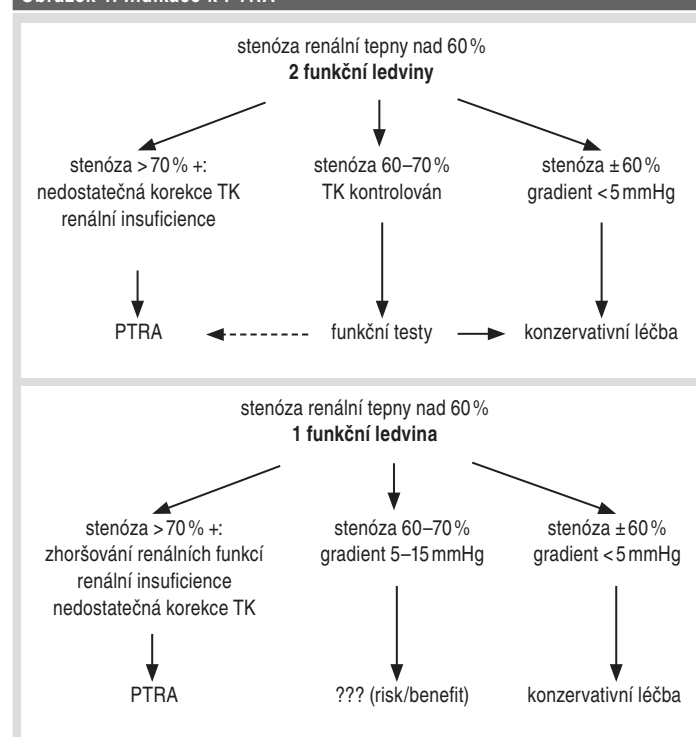
Při dodržení klinických indikačních kritérií zjistíme významnou stenózu renální tepny u méně jak 10% nemocných a předpověď efekt PTRa bývá obtížná. V indikaci hypertenze proto, že nejméně 1/3 nemocných po PTRa má hypertenzi nadále stejného stupně (ve 2/3 je udáváno významné zlepšení), v indikaci renální insuficience je po PTRa uváděno v 1/3 zlepšení, v 1/3 stabilizace renálních funkcí, ale v 1/3 bývá výkon bez efektu. Je otázná, jakým postupem, a kterým testem jsme schopni tyto nereagující pacienty odhalit.

U našich nemocných jsme u 2/3 provedli PTRa v jedné době, u 1/3 elektivně. Všichni nemocní byli před výkonem klinicky vyšetřeni včetně biochemie a vyšetření moči. Ultrazvukové vyšetření nebylo standardně prováděno – velikost ledviny a informaci o dutém systému snadno v průběhu koronarografie zjistíme prostou skioskopií ve fázi vylučování kontrastu a orientačně můžeme porovnat obě ledviny. U nemocných s jasnou klinickou indikací (viz výše) a významnou stenózou (diameter stenózy nad 70%) považujeme indikaci k PTRa za jednoznačnou a další provádění funkčních testů za nepřínosné (o správnosti tohoto postupu svědčí i naše výsledky, které jsou plně v souladu s výsledky publikovaných sérií). U nemocných s unilaterálním postižením a/nebo hraniční stenózou (60–70%) či gradientem byla provedena dynamická scintigrafie ledvin (na základě které byli nemocní častěji dále léčeni konzervativně). Častěji jsme se však setkávali s nemocnými v závažném klinickém stavu, který podrobnější funkční vyšetřování ani

neumožnil (akutní infarkt myokardu, plicní edém, akutní renální selhání). Tito nemocní v žádných studiích ani statistikách nefigurují, reálně však existují častěji, nežli předpokládáme.

Nemohu tedy souhlasit s námitkou, že naši nemocní nebyli podrobně vyšetřeni. Náš postup považuji za stratifikovaný podle klinické naléhavosti indikace a charakteru postižení. Nejsme zastánci okulostenotického reflexu – hraniční stenózy je možné bezpečně léčit konzervativně, na druhou stranu akutní situace je nutné intervenovat emergentně – to platí nejen pro koronární řečiště, ale i pro jiná vaskulární povodí. Zjednodušený algoritmus našeho postupu proto uvádím v obrázku 1.

Obrázek 1. Indikace k PTRa



**MUDr. Michael Želízko, CSc.**

Klinika kardiologie IKEM

e-mail: mize@medicon.cz