

Víceméně onemocnění tří koronárních tepen a co dál?

Petr Kala

Interní kardiologická klinika, FN Brno

Ischemická choroba srdeční patří i přes rozvinutou léčbu mezi hlavní příčiny úmrtnosti české populace. Pro volbu optimálního způsobu léčby je nutná znalost rozsahu koronárního postižení, a to nejen co se týče morfologie, ale, a to především, jeho funkční významnosti. Angiografické posouzení koronárních stenóz je v mnoha případech zcela nedostatečné a přinejmenším u nálezů tzv. hraničních stenóz (40–70 %) by vyšetření mělo být doplněno funkčním testováním. Vedle neinvazivních zátěžových testů má intervenční kardiolog možnost toto posoudit přímo v katetrizační laboratoři pomocí měření **frakční průtokové rezervy myokardu (FFR_{myo})**. Tato metoda je založena na následujícím principu: za normálních okolností není rozdíl tlaku změřeném v aortě a v epikardiálně probíhajících koronárních tepnách, přítomnost koronární stenózy naopak vytváří tlakový gradient, který je možné invazivně změřit (normální hodnota je tedy 1,0 – významnou stenózu provázenou ischemií značí hodnoty pod 0,80 nebo přísněji pod 0,75). Důležité je, že toto měření musí probíhat v prostředí farmakologicky navozené maximální hyperemie myokardu. V současnosti je tedy vhodné **rozdělovat koronární nemoc dle angiografické a funkční významnosti**, podle které by měla být indikována následná revaskularizace, kterou je ve většině případů koronární intervence (PCI) s implantací lékových nebo „holých“ stentů. Uvedená videokazuistika by tento komplexní a relativně nový přístup měla dokladovat.

Klíčová slova: ischemická choroba srdeční, koronární intervence, koronární stent, frakční průtoková rezerva myokardu.

More or less a disease of three coronary arteries and what next?

Coronary artery disease despite its modern treatment belongs to the main causes of mortality of the Czech population. The optimal treatment strategy should be based not just on the coronary disease morphology but also and especially on its functional significance. Coronary angiography often does not provide enough information and the investigation should be followed by the functional testing, at least in the borderline lesions (40 – 70 %). To perform the **myocardial fractional flow reserve measurement** just in the cathlab is besides the non-invasive testing a very practical tool offered to the interventional cardiologist. This principle of this method is as follows: at physiological conditions there is no pressure difference between aorta and epicardial coronary vessels. On the opposite the coronary stenosis leads to the distal pressure drop invasively measured (1,0 means the normal value vs. less than 0,80 or even 0,75 means the significant stenosis causes myocardial ischemia). The measurement has to be performed during maximal myocardial hyperemia provoked pharmacologically. At present we should **describe the coronary artery disease according to its angiographical and functional significance** indicating the potential revascularisation. In the case of coronary intervention (PCI) the final treatment consists from the drug-eluting or bare-metal stent implantation. Here described videocase should demonstrate such a complex and relatively new approach.

Key words: coronary artery disease, coronary intervention, coronary stent, myocardial fractional flow reserve.

Interv Akut Kardiol 2009; 8(5): 264

MUDr. Petr Kala, Ph.D.

Interní kardiologická klinika, FN Brno

Jihlavská 20, 625 00 Brno

kalapetr@yahoo.com



videozáznam ke kazuistice na
www.iakardiologie.cz