

Budeme umírat na infarkt myokardu i ve 21. století?

ICHS postihuje lidstvo nejméně 3000 let, jak bylo dokumentováno na mumiích starého Egypta. Necelých 300 let je popsán syndrom anginy pectoris a dán do souvislosti s uzávěry koronárních tepen. Akutní klinické formy ICHS byly definovány koncem 19. století W. Oslerem (1849–1919), který rozlišoval anginu pectoris minor, anginu pectoris major a status anginosus. V. P. Obrázcov (1849–1920) a N. D. Stražesko (1876–1952) jako první popsali v roce 1910 klinické projevy akutního IM.

V první polovině minulého století byla úmrtnost na AIM vysoká. Prvním počinem, který ji významně snížil, bylo zakládání jednotek intenzivní péče ve 2. polovině 60. let, které umožňovaly včasné odhalení život ohrožujících arytmií a jejich léčbu defibrilačním výbojem. Nemocniční úmrtnost se tehdy pohybovala kolem 20–30 %. V roce 1962 přichází Julian s koncepcí koronárních jednotek s léčbou arytmií, kardiopulmonální resuscitací s externí komorovou defibrilací a dobře trénovaným sesterským týmem. To vedlo ke snížení časné nemocniční mortality zhruba o polovinu.

Práce DeWooda na počátku 80. let, který koronarogramy na souboru 517 nemocných v různých obdobích časné fáze AIM prokázal, že většina případů AIM vzniká na podkladě intrakoronární trombózy, se stala základem pro skutečný průlom v léčbě AIM (87% výskyt intrakoronární trombózy při vyšetření do 4 hodin od vzniku potíží versus 54% intrakoronární trombózy při vyšetření mezi 12–24. hodinou po vzniku AIM).

Z DeWoodovy práce logicky vyplynulo, že rozrušení intrakoronárního trombu, a tím obnovení koronárního průtoku by mělo být nejrationálnější léčebným postupem u AIM. To vedlo k nové vlně zvýšeného zájmu o skupinu látek schopných rozrušit trombus, tzv. trombolitik (přesnější výraz fibrinolytika je podstatně méně používán), z nichž v té době byly známa jen streptokináza a urokináza, které již od 70. let byly používány při léčbě plicní embolie, hluboké žilní trombózy, periferních embolií a dalších tromboembolických onemocnění.

Začátkům intervenční kardiologie předcházely první pokusy o katetrizační léčbu nemoci periferních tepen. Nejprve A. Grüntzig (1929–1985) provedl 16. 9. 1977 v Curychu první koronární angioplastiku člověka. Po těchto prvních krůčcích došlo k explozi intervenční kardiologie na přelomu 70. a 80. let.

Primární – direktní koronární angioplastika je poměrně novou léčebnou metodou AIM, v České republice má však již naprosto dominantní postavení. Klasická plastika balonkem je dnes již dokonce postupně nahrazována tromboaspirací s implantací stentu.

Moderní léčba spolu s efektivní sekundární prevencí zvýšily dvouleté přežití pacientů po prodělaném infarktu myokardu za posledních 30 let téměř o 75 % a nemocniční mortalita nepřesahuje 10 %.

Incidence ICHS v České republice je 5–10 nových případů za 1 rok na 1000 obyvatel a její úmrtnost je 2–3 úmrtí/rok na 1000 obyvatel. Úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění tvoří 50–55 % z celkové úmrtnosti a ICHS se na ní podílí asi polovinou.

V posledních letech v České republice klesala kardiovaskulární mortalita, a to zejména poklesla úmrtnost na akutní formy ICHS. K nejvýznamnějšímu poklesu v úmrtnosti dochází na akutní infarkt myokardu (pokles úmrtnosti o 65 % od roku 1990). V roce 1994 zemřelo na infarkt myokardu 193 mužů a 84 žen na 100 000 obyvatel, v roce 1999 již jen 142 mužů a 64 žen a v roce 2004 pouze 91 mužů a 41 žen na 100 000 obyvatel, je to tedy za 10 let pokles na více jak na polovinu. Přitom počty hospitalizací na infarkt myokardu se nemění a počty úmrtí na ICHS taktéž ne. V roce 1994 bylo hospitalizováno 1150 mužů a 1090 žen na 100 000 obyvatel na ICHS, v roce 2004 1280 mužů a 890 žen. Na infarkt myokardu bylo hospitalizováno v roce 1994 300 mužů a 190 žen na 100 000 obyvatel a v roce 2004 320 mužů a 200 žen, tedy dokonce asi o 10 % více u obou pohlaví.

Současné s tímto trendem populace stárne a průměrný věk žen, resp. pravděpodobnost dožití, byla 77 let v roce 1994 a 80 let v roce 2004 a u mužů 69 resp. 73 let. Současné s tímto trendem roste i věk nemocných s akutním infarktem myokardu. Na našem pracovišti – Interní kardiologická klinika v Brně – bylo v roce 2000 ošetřeno 105 nemocných pro akutní infarkt myokardu s ST elevacemi, v roce 2003 již 260 a v roce 2005 293 nemocných. Průměrný věk v roce 2000 byl 62,8 let, v roce 2007 je 67,0 let. Muži měli průměrný věk při infarktu myokardu s ST elevacemi v roce 2000 60,8 let, v roce 2007 63,1 a ženy 67,0 resp. 72,6 let. Na tomto „stárnutí“ při infarktu myokardu se podílejí nejméně tři faktory. Za prvé to jistě bude celkové stárnutí populace, za druhé malá mortalita na „první“ infarkt myokardu s častější recidivou a za třetí je to vynikající organizace práce angiocenter a prakticky zrušení věkových limitů pro direktní transfer a pro provedení intervence.

Jak tedy odpovědět na otázku v nadpisu?

Na infarkt myokardu budeme umírat i ve 21. století. Devatenácté a první polovina 20. století si poradily s infekcemi a zabijákem číslo 1 v druhé polovině 20. století jsou kardiovaskulární nemoci. Přes obrovský úspěch intervenční kardiologie a sekundární prevence jsme ale dokázali pouze to, že budeme na infarkt myokardu umírat starší a bude to pravděpodobně náš opakovaný srdeční infarkt. A možná to ani nebude opakovaný srdeční infarkt, ale vleklé, dlouhodobé chronické srdeční selhání – epidemie 21. století.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ 1A/8606

Jindřich Špinar

prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC
Interní kardiologická klinika, FN Brno-Bohunice, Jihlavská 20, 625 00, Brno
e-mail: jspinar@fnbrno.cz