



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Děkanát, Hněvoťanská 3, 779 00 Olomouc

Zápis o konání obhajoby disertační práce v oboru Vnitřní nemoci

MUDr. Kamil Novobilský, zástupce primáře, vedoucí katetrizačního sálu Oddělení kardiologie Městské nemocnice Ostrava, student kombinované formy doktorského studijního programu *Vnitřní nemoci* na LF UP v Olomouci.

Téma práce: „**Ověření bezpečnosti časné dimise (do 72 hodin) nízké rizikových nemocných po akutním infarktu myokardu s elevacemi ST segmentu řešeném primární perkutánní koronární intervencí**“

Obhajoba se konala v Olomouci dne 25. června 2019 v 13:00hod.

předseda: prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc. ✓

místopředseda: doc. MUDr. Martin Hutýra, Ph.D. ✓

členové: doc. MUDr. David Karásek, Ph.D. ✓

doc. MUDr. Milan Kozák, Ph.D. ✓

doc. MUDr. Marie Nakládalová, Ph.D. ✓

doc. MUDr. Tomáš Szotkowski, Ph.D. ✓

doc. MUDr. Zdeněk Fryšák, CSc. ✓

doc. MUDr. Arnošt Martínek, CSc. *odhlasen*

doc. MUDr. Karel Krejčí, Ph.D. ✓

Oponenti: doc. MUDr. Milan Kozák, Ph.D. ✓

Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno

doc. MUDr. Martin Fiala, Ph.D. *odhlasen*

Centrum kardiovaskulární péče Nemocnice Milosrdných Bratří Brno

doc. MUDr. Martin Hutýra, Ph.D. ✓

I. interní klinika LF UP a FNOL

Školitel: doc. MUDr. Petr Heine, Ph.D.

Předseda komise přednesl stručnou charakteristiku uchazeče, hodnocení školitele a vedoucího školícího pracoviště. Poté uchazeč vyložil podstatný obsah své disertace. Oponenti přednesli své posudky. Ve vědecké rozpravě vystoupili: viz příloha – zápis o diskusi.

Hlasování se účastnilo *4*..... členů komise. Kladně hlasovalo *4*..... členů, záporně členů, neplatných lístků bylo odevzdáno

Usnesení:

Přítomní členové komise tajným hlasováním rozhodli, že **MUDr. Kamil Novobilský** obhájil/~~neobhájil~~* disertační práci a doporučili/~~nedoporučili~~* udělení akademického titulu doktor ve zkratce Ph.D. dle § 47 Zákona o vysokých školách č. 111/98 Sb.

.....
prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc.
předseda komise

Obhajoba disertační práce

25. 6. 2019

Téma:

Ověření bezpečnosti časně dimise (do 72 hodin) níže rizikových nemocných po akutním infarktu myokardu s elevacemi ST segmentu řešeném primární perkutánní koronární intervencí

Souhrn diskuze

MUDr. Kamil Novobilský

Školitel: Doc. MUDr. Petr Heinc, Ph. D.

Otázky oponentů

Doc. MUDr. Martin Fiala, Ph.D.:

1. Při vstupní koronarografii mělo již 29, resp. 27% % pacientů obnovený TIMI 3 průtok infarktovou tepnou. Měl tento fakt vliv na klinické výsledky, resp. byla provedena subanalýza podskupin ve vztahu ke vstupnímu průtoku infarktovou tepnou?

Odpověď:

Nikoli, tato subanalýza nebyla provedena.

Přestože existují práce, které ukazují lepší výsledky u pacientů s otevřenou infarktovou tepnou již při vstupní koronarografii, zásadní význam má průtok postprocedurální.

Normalizace průtoku po PCI je mocným prognostickým faktorem, který je zahrnut ve všech známých skórovacích systémech nebo kritériích užívaných k identifikaci nemocných s nízkým rizikem, vhodných k časně dimisi.

2. Co bylo příčinou nestabilní AP, která si vyžádala opakovanou revaskularizaci u jednoho pacienta ve skupině se standardní dimisí, respektive co bylo příčinou re-IM či nestabilní AP u dvou pacientů ve skupině s časnou dimisí? Který z těchto dvou pacientů si vyžádal opakovanou revaskularizaci a který ne a proč? Byly tyto opakované revaskularizace řešeny re-PCI?

Odpověď:

Pacient s re-IM ve skupině s časnou dimisí:

necelé 3 měsíce po dimisi, ošetřena kritická in-stent restenóza v „holém“ kovovém stentu na původní infarktové tepně.

Pacient s NAP ve skupině s časnou dimisí:

2 měsíce po dimisi, ošetřena kritická léze na jiné cévě (nikoli původní infarktové).

Oba zmínění pacienti tedy prodělali opakovanou re-PCI, ale pouze jeden splnil část endpointu, definovanou jako „opětovná revaskularizace cílové tepny“.

Pacient NAP ve skupině se standardní dimisí:

2 týdny po dimisi, reskg s nálezem nestabilního plátu (projasnění v lumen) na jiném místě původní infarktové tepny.

Ano, všechny opakované revaskularizace byly provedeny perkutánně.

Doc. MUDr. Milan Kozák, Ph.D.:

1. Čím si autor vysvětluje, že v pilotní studii splnilo vstupní kritéria pouze 14% ze 179 pacientů a v randomizované studii 26% z 578 pacientů?

Odpověď:

Zřejmě jde o kombinaci různých vlivů.

Částečně může jít o podíl statistického zkreslení (malý soubor).

Jelikož hlavním účelem pilotní fáze výzkumu bylo ověření a „nácvik“ organizačních a logistických opatření spojených s časnou dimisí a vytvoření prostoru pro definitivní úpravu vstupních kritérií, je možné, že screening nemocných nebyl tak důsledný jako během vlastní studie.

Zvláště u kritérií, která nejsou definována pregnantně, ale rozhodnutím ošetřujícího lékaře (zejména „absence komorbidit“ a „compliance, adherence a sociální zázemí“), se mohli ošetřující lékaři v této fázi výzkumu snáze rozhodnout pro pokračování hospitalizace a tedy nezařazení do studie.

2. Proč mělo 98/97% nasazen ACEi nebo sartan, který je jasně indikován u pacientů s diabetem (9% souboru), hypertenzí (48% souboru) nebo se selháním (0% souboru)?

U studiových pacientů byl tedy u většiny léčených v indikační skupině IIa dle Doporučených postupů ESC (tedy mělo by být zváženo). A přesto jej dostali všichni nemocní?

Odpověď:

Názory na to, zda podávat ACEi / sartany všem po IM, se různí.

Část autorů vychází z prokázaného, byť relativně skromného efektu těchto lékových skupin u všech nemocných po IM a jejich paušální podání není považováno za chybu.

Tomu dosud odpovídá i praxe na našem pracovišti a zatím podáváme ACEi nebo sartany všem s výjimkou kontraindikací nebo intolerance.

/Velmi podobná je situace betablokátorů./

Doc. MUDr. Martin Hutyra, Ph.D.:

Jakou očekáváte perspektivu vývoje délky hospitalizace pacientů s akutním koronárním syndromem a bude možné v budoucnosti alespoň část pacientů léčit ambulantně?

Odpověď:

V souladu s dalšími autory randomizovaných studií z posledních let zatím nepovažuji dimisi po STEMI dříve než po 48h v každodenní praxi za racionální.

Ale existují práce, které tuto možnost (2. den) po PCI ukazují jako schůdnou.

Ambulantní ošetření STEMI si – v dohledné budoucnosti – nedovedu v reálné praxi představit.

Otázky dalších členů komise

Prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc.:

1. Pokud byste se vrátil na počátek výzkumu, plánoval byste něco jinak?

Odpověď:

Snažil bych se znovu o multicentrické uspořádání studie s účastí více pracovišť.

2. Zkoumal byste do budoucna ještě jiné parametry, které by mohly přispět k časné dimisi?

Odpověď:

Zřejmě bych nezkoumal jiná kritéria, vhodná pro identifikaci nízké rizikových nemocných, ale spíše bych zvážil úpravu (= zmírnění) stávajících (ještě vyšší věk, onemocnění více tepen...)

Doc. MUDr. David Karásek, Ph.D.:

Otázka směřovala na organizaci a logistiku studie v průběhu víkendu.

Odpověď:

Víkendové dny (a dny po víkendu) byly pro screening a zařazování nemocných do studie z logiky věci nejnáročnější, avšak díky dobré organizaci a spolupráci s ošetřujícími

(sloužícími) lékaři ani omezený víkendový provoz nepředstavoval pro realizaci časně dimise zásadní překážku.

Doc. MUDr. Karel Krejčí, Ph.D.

Otázka se týkala problematiky nefropatie, zvláště u diabetiků, resp. jejího vztahu k možnosti časně dimise.

Odpověď:

Zúžíme-li poněkud otázku na nefropatii spojenou s již přítomnou alterací renálních funkcí, můžeme konstatovat známý fakt, že renální insuficience představuje v populaci nemocných s akutním koronárním syndromem významný negativní prognostický faktor, často spojený s dalšími komorbiditami.

Na našem pracovišti věnujeme této problematice patřičnou pozornost jak v přípravě k výkonu tak peri- a postprocedurálně, a to jak u pacientů s preexistující nefropatií, tak u nemocných s rizikem nebo rozvojem kontrastem indukované nefropatie.

Do naší studie tak nebyl zařazen žádný pacient s renální insuficiencí.

Doc. MUDr. Szotkowski, Ph. D.

Jak je zajištěna edukace nemocných při časně dimisi?

Odpověď:

Je zřejmé, že zkrácená délka hospitalizace poskytuje pouze omezenou dobu pro adekvátní edukaci nemocných, případně jejich příbuzných, která tak musí být částečně přesunuta do ambulantní sféry. Rozhodně proto doporučuji časnou klinickou kontrolu, v naší studii realizovanou 2 - 4 dny od propuštění, která představuje vedle standardního vyšetření i vhodnou příležitost pro pohovor s pacientem, jeho poučení, doplnění informací, event. úpravu léčby a naplánování dalšího sledování.