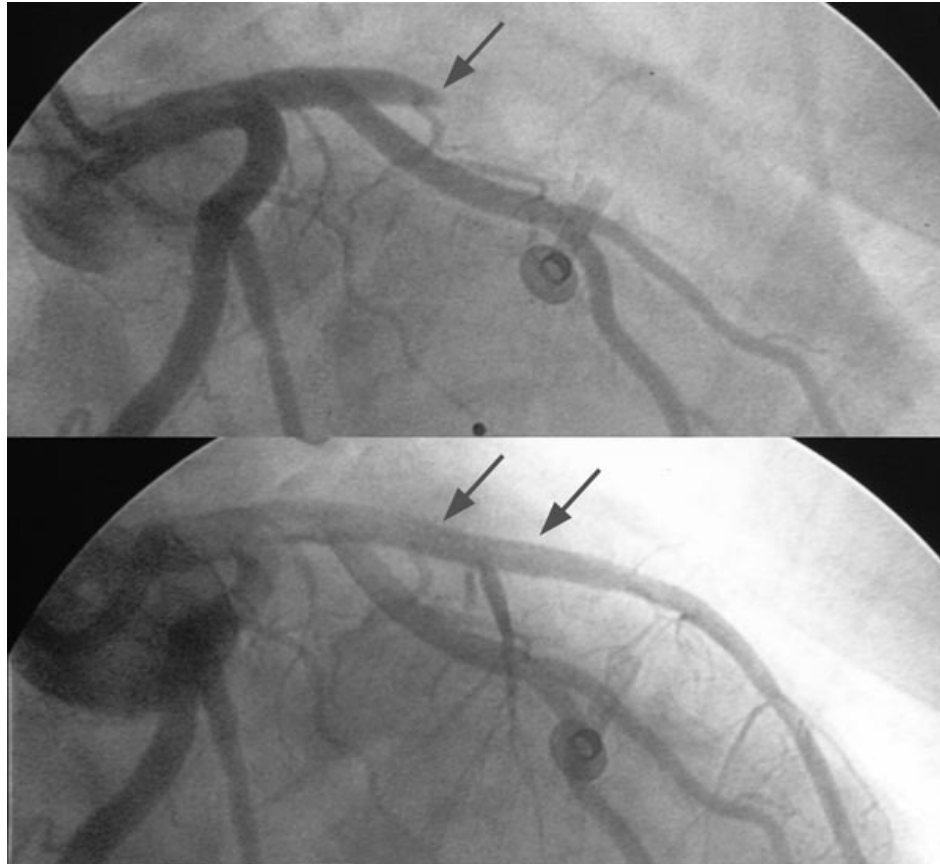
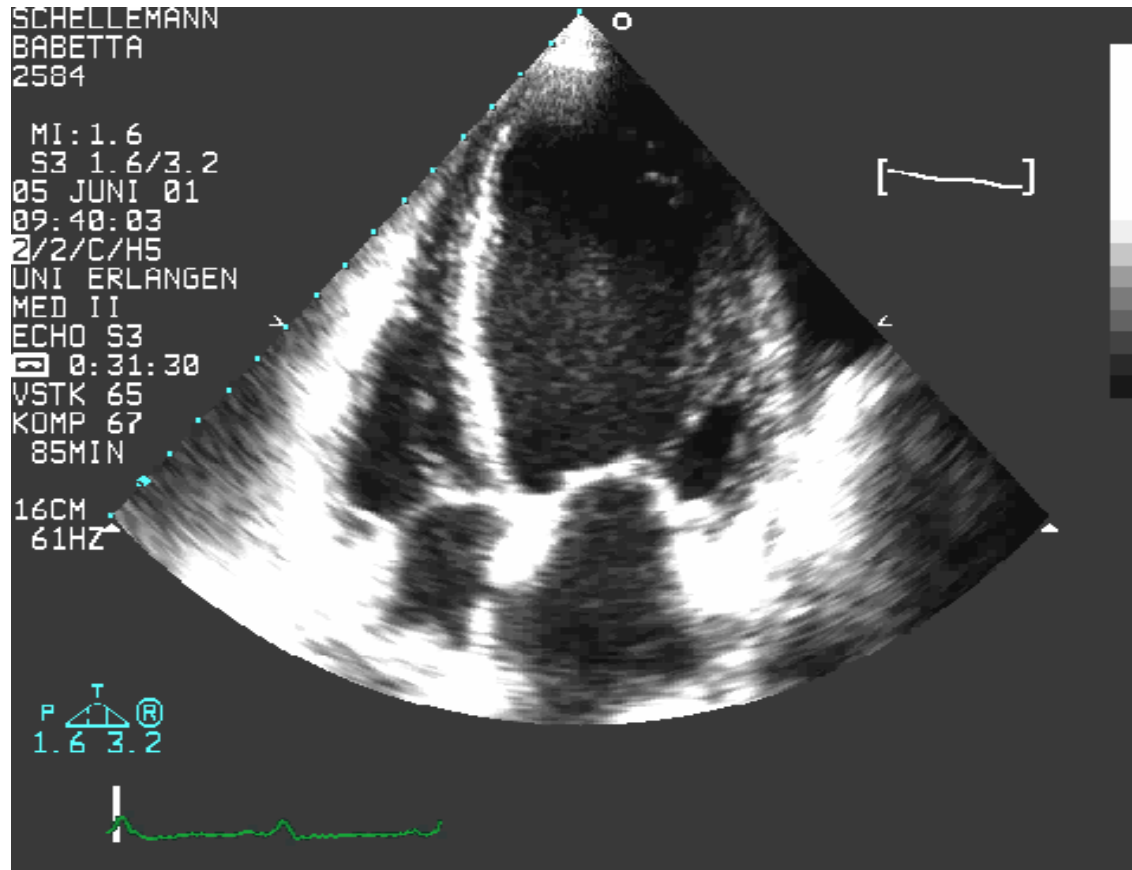


# Kathetertherapie des akuten Herzinfarktes



# Herzultraschall: Vorderwandinfarkt



# Verhalten nach dem Infarkt?



**Regelmässige Bewegung, kein Nikotin und gesunde Ernährung**



**Regelmässige Blutdruckkontrollen und Kontrolle der Blutfette, Blutzucker**



**Regelmässige Einnahme der verordneten Medikamente**



# Smoking cessation after MI

Study, location, and publications	N	Follow-up Period (yr)	Mortality Reduction (%)
<b>Göteborg</b> Aberg et al. 1983	938	10	38
<b>Dublin</b> Mulcahy 1983	374	13	55
<b>Framingham</b> Sparrow et al. 1978	202	6	60
<b>Helsinki</b> Pohjola et al. 1979	648	5	60
<b>North Karelia</b> Salonen et al. 1980	623	3	40



# KHK-Sekundärpräventionsstudien mit diätetischer Intervention und klinischen Endpunkten

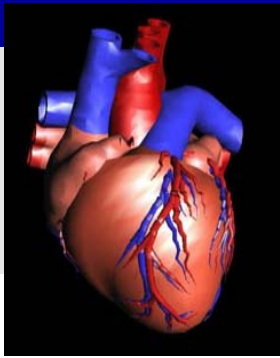
Studie	Pat.	Jahre	Δ Chol. Plasmasp.	Gesamt-Mortalität	kardiale Mortalität
DART	Fe 2033	2	±0	±0	±0
	Fa 2033	2	±0	±0	±0
	Fi 2033	2	±0	-27%*	-33%*
Singh	406	1	-13	-45%*	-42%*
Lyon	605	2	-5	-61%*	-81%*

\*p<0,05

# Definitions and classification of blood pressure levels

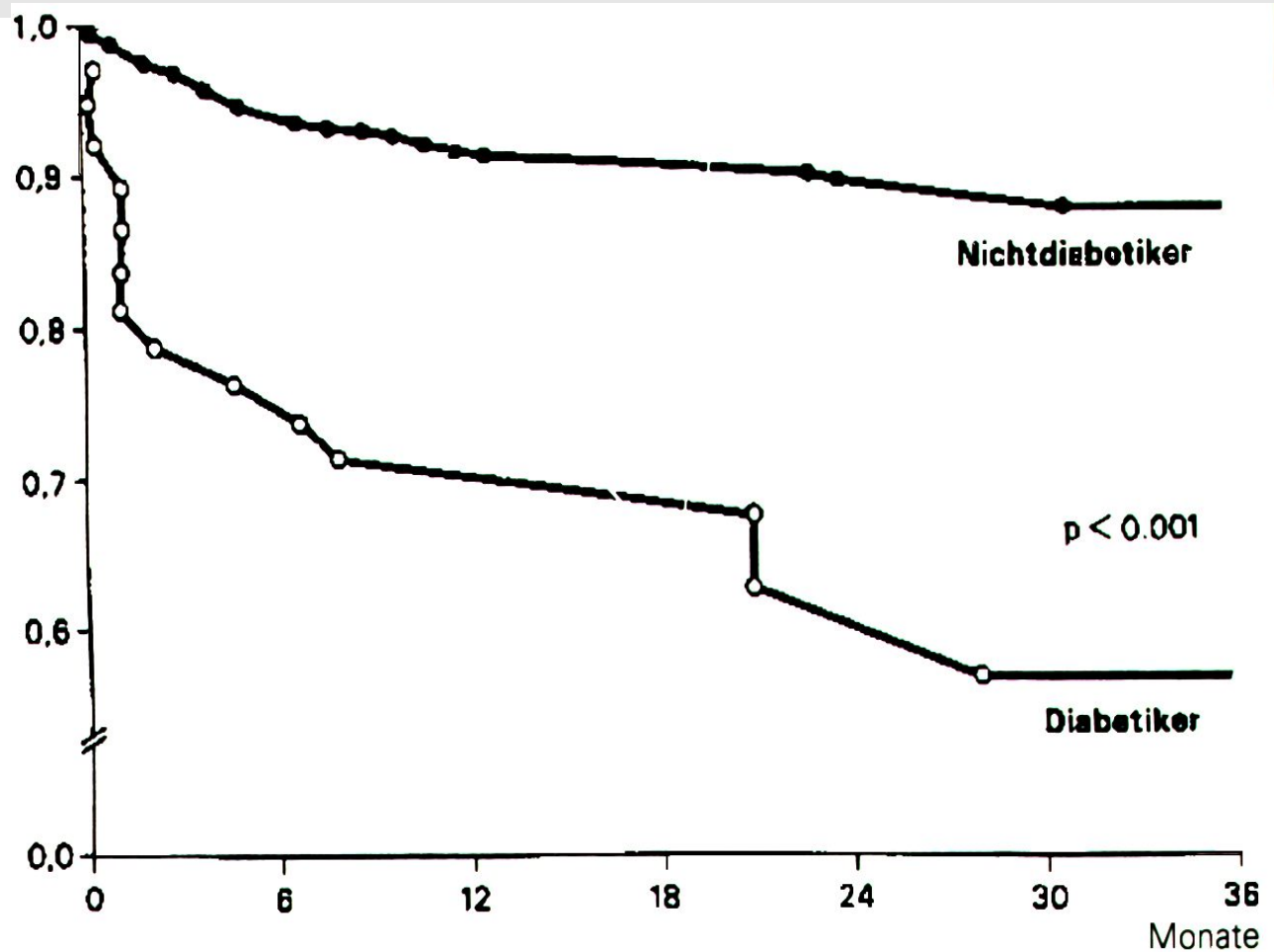
Category	Systolic [mm Hg]	Diastolic [mm Hg]
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
High-Normal	130-139	85-89
Grade 1 hypertension (mild)	140-159	90-99
Grade 2 hypertension (moderate)	160-179	100-109
Grade 3 hypertension (severe)	$\geq 180$	$\geq 110$
Isolated systolic hypertension	$\geq 140$	<90





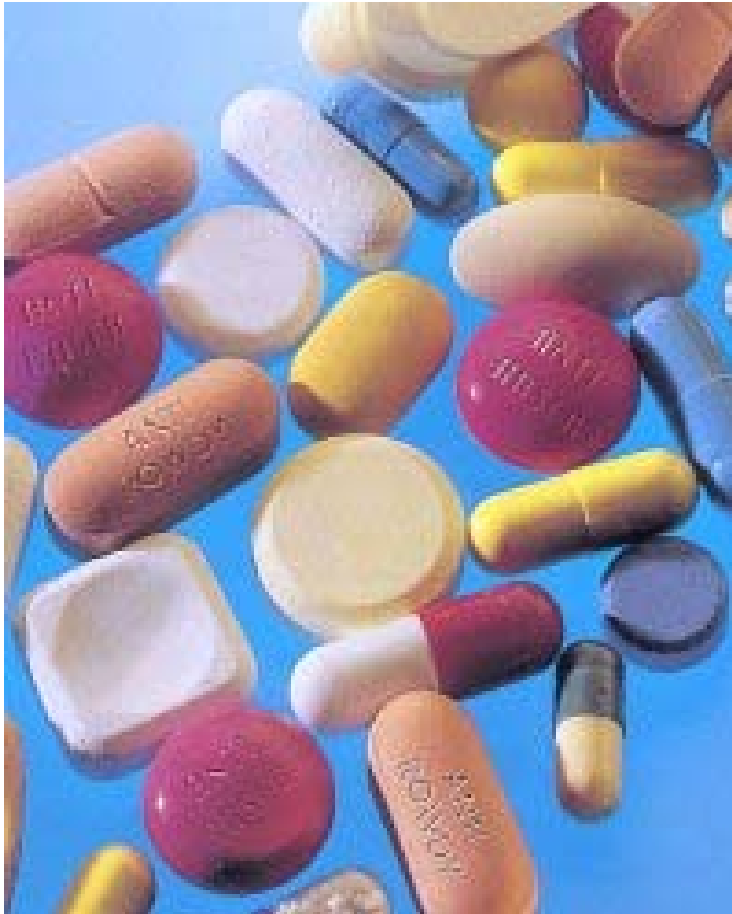
# Überlebensrate nach Herzinfarkt

## Nichtdiabetiker/ Diabetiker

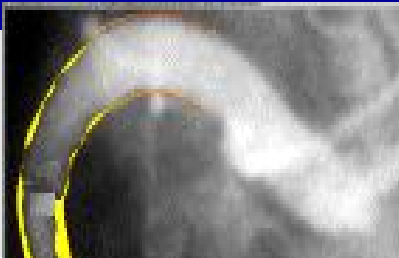


Smith JW, et al. Am J Cardiol 1984

# Maßnahmen nach Herzinfarkt



# Herzkranzgefäßstenose

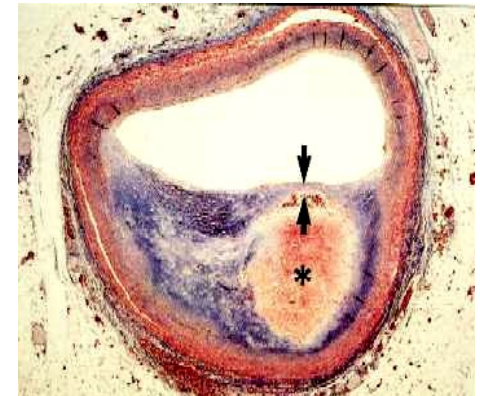


**Nicht der Stenosegrad sondern die Struktur der Plaques bestimmt das Risiko!**



**Statine + ASS +**

**β-Blocker + ACE-Hemmer**





## ***Do America's Best Hospitals Perform Better for Acute Myocardial Infarction?***

- ✓ **Bei Aufnahme in ein Spitzenkrankenhaus fand sich eine niedrigere 30-Tages-Sterblichkeit (n = 149.177 Patienten)**
- ✓ **mehr Aspirin (96.2 % vs. 88.6 % vs. 83.4 %)**
- ✓ **mehr Beta-blocker (75.0 % vs. 61.8 % vs. 58.7 %)**



**The New England  
Journal of Medicine**

**Jan 28, 1999  
Vol 340, 286-92**

**Universitätsklinikum  
Erlangen**



# Blutfette senken



Wie aggressiv ?

**LDL kleiner 100**



# CSE-Hemmer

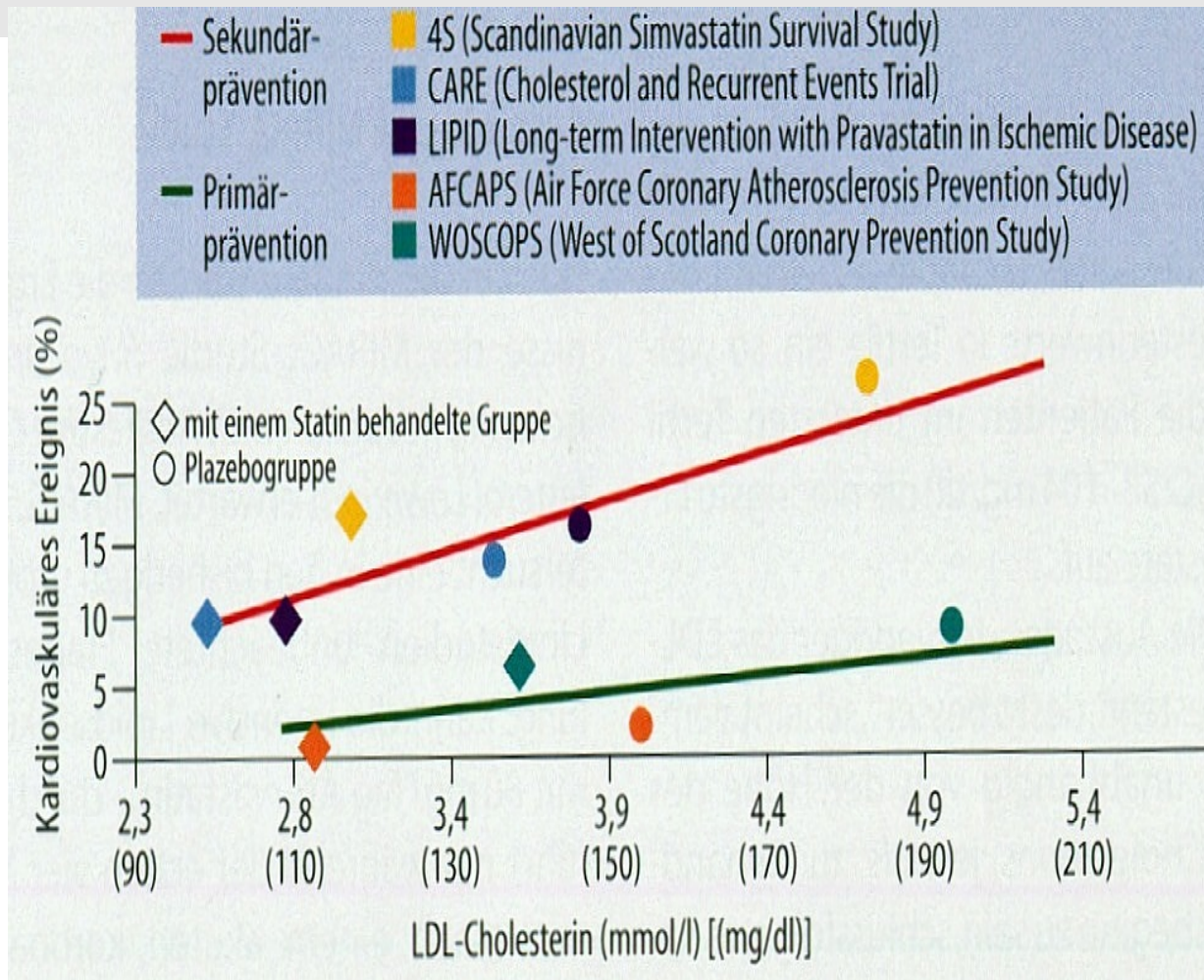
Statine sind auch unter dem Begriff CSE-Hemmer  
(Cholesterinsyntheseenzymhemmer) bekannt.

- **Senkung des LDL-Cholesterin um ca. 30 %**  
**Senkung der Triglyzeride um ca. 15-30 %**  
**Erhöhung des HDL-Cholesterins um ca. 10 %**
- **Verringerung der Plaqueprogression um bis zu 50 %**
- **Verringerung der koronaren Ereignisse um bis zu**  
**40 %**



# Kardiovaskuläre Ereignisrate und LDL-Cholesterin

## Lipidsenkung mit Simvastatin, Pravastatin, Lovastatin



# Zusammenfassung:

- 1. Notwendigkeit der Präventiven Kardiologie, da viele kardiale Ereignisse bei asymptomatischer, nicht-stenosierender KHK mit hoher Mortalität, insbesondere vor akuter kurativer Therapie.**
- 2. Möglichkeiten der Präventiven Kardiologie bei konventionellen und neuen Risikofaktoren und –markern als auch subklinischer Erkennung des atherosklerotischen Kontinuums.**
- 3. Durchführung der Präventiven Kardiologie im Rahmen systematischer, präventiver Algorithmen (Triage).**
- 4. Vorsorge durch Lebensstilmodifikationen (3 Säulen: Fitness, Ernährung, Balance) und Pharmakotherapie (Evidenz-basiert: ASS, Statine; z.T. wiederlegt: Vitamin-Supplementierung; z.T. noch in Evaluierung: CB1-Blocker; Glitazone).**