

# **Srdcové zlyhávanie je dlhodobý proces**

MUDr Zuzana Nedelková  
Krajský odborník pre všeobecné lekárstvo TTSK  
Viceprezidentka SSVPL SLS pre kvalitu  
MEDINED s.r.o. Piešťany



- 60 ročný pacient
- do 54 r. aktívny športovec / stolný tenis a kolky /
  - normostenik
  - nefajčiar
  - vedúci zásobovania v obrovskom podniku, vystavený stálemu stresu
  - neliečený hypertonik / 4.r /



v r. 1986 pacient po prvýkrát hospitalizovaný na ÚKVCH v Bratislave pre decomp. cor hypertonicum pri arter. hypertenzii III.WHO, keď pri prijatí TK 220/140 P 86/min bez ES a šelestov



Rtg hrudníka pri prijatí:  
pľ.polia bez ložiskových zmien,  
zvýraznená cievna kresba, bránice a  
uhly v norme, kardiomegalia s obrazom  
dilatácie LK, vľavo siaha 2 cm za mclč,  
vpravo 3cm za okraj chrbtice, vinutejšia  
Ao bez sklerot.plátov



Fonokg – rázštep I.ozvy, vyššia II ozva,  
+ triplik. STI: patologické hodnoty fáz  
srdcovej systoly svedčia pre zníženú  
výkonnosť LK.

ECHOKG: kncentr. HLK, so zníženou  
funkciou, EF 48%.



Ergometria: patologická reakcia na  
zaťaž pri 75W /po 5 min /, vyprovokova  
né polytopné KES, miestami v salvách,  
hypert.reakcia TK 210/110, dýchavica.  
/ pri terapii /



Z laborat.výsledkov:

KO, glykemia, urea, kreat, KM, HT, mineralo  
gram, c.cholesterol, TG, T3, T4, RF, KVP  
Katecholamíny v moči v norme.



Už pri prvom kompl. vyšetrení bola pacientovi diagnostikovaná:

- Art.hypertenzia III.WHO
- Cor hypertonicum
- Hypert.encephalopatia so zn.ložiskovej lézie fronto-temporálne vpravo





Pacientovi nasadená kompl. terapia  
/ Digoxin, Corinfar, Cardilan, Deprazolin,  
Cavinton, Enerbol, Moduretic/  
Od tejto chvíle je pravidelne sledovaný  
s aktuálnou úpravou liečby dľa  
aktuálneho stavu.



O 2 mesiace do liečby pridané nitráty  
/ Nit ret /

Pacient absolvoval opakovane KL,  
stav bol pri liečbe dlhodobo  
stabilizovaný

V r. 1990 / za 4.r. / dľa laborat.výsledov  
možno konštatovať,že u pac.sa rozvíja  
CHRI, a porucha glycidového metabolizmu



Ďalej na EKG difúzne ischemické zmeny, inkompl. blok PTR, zn. HĹK. Pobytom v nemocnici sa stav pacienta stabilizoval, sledované laboratórne parametre sme dostali do referenčných hodnôt . V terapii sme zamenili Nit-ret za Nitro-Mack.



O rok neskôr / 1991/, 5r. od prvých príznakov  
KV ochorenia pacient prekonal VBI.

V r. 1993 kardiolog aktuálne upravuje

terapiu: Deprazolin, Nitro-Mack,

Moduretic/ ex,

do liečby Enap, Betaloc, Furosemid

Laboratorne bez dyslipidemie !!!



V júli 1993 / teda 6 rokov od prvých príznakov KV ochorenia / je pacient prijatý na ÚKVCH pre náhle vzniknuté, proťahované stenokardie nereagujúce na liečbu Heparinom a Isoketom na KJ raj.int.odd. U pac ihneď vykonaná koro narografia:



Pre závažné 3-cievne postihnutie / RIA  
99%, RMS 1 et RMS 2 90%,  
posterolat. vetva PKA 75% /  
bol pac.indikovaný k Ao-koronárnemu  
bypassu  
/ ten realizovaný 4 dni od prijatia /



Pooperačne vzniká komplikácia:

- akútna ischémia v diafragmatickej nerevaskularizovanej oblasti,
- hypoxémia v skorom pooperačnom období pri dystelektázach pľ.parenchýmu



Pri kontrolnej pooperačnej ECHO KG:  
ĽK mierne dilatovaná s poruchami  
kinetiky, hypokinéza septa, EF 30-25%  
Pacient odchádza s kliniky 8.deň po  
operácii s liečbou: Curantyl, ACP, Digoxin,  
Tensiomin, Betaloc, Furosemid, Amiclaran,  
Blocalcin, Syntophyllin.





Vo 2/1996 / 10 r. od prvých príznakov  
KV ochorenia /

Pacient hospitalizovaný pre drobnú  
mezencefalickú ischémiu vpravo/ preja-  
vujúcu sa ľavostrannou diplopiou-  
žiadne iné príznaky pac nemal /



Na ECHO KG sa však objavili nové zmeny v zmysle progresie ľavokomor. insuficiencie, obrazu prekonného rozsiahleho IM anteroseptálne a aneurysmy na hrote, s malou Mi insuficienciou, EF 30%



V 10/1996 / 10 r.od prvých príznakov / KV  
Ochorenia / pacient opäť hospitalizovaný,  
pre paroxyzmálnu komorovú tachykardiu  
absolvoval invazívne elektrofyz.vyšetr.,  
ktoré neodhalilo príčinu.

Liečba kompl.upravená: Digoxin, Gopten,  
Furosemid, Monosan, Lomir, Corvaton, Cele  
ctol, ANP, Oxyphyllin, Milurit, ANP, Cordarone /



12/1997 opäť aktuálne upravená  
terapia :

Do liečby namiesto Anopyrinu-Vessel  
due F.

Vo 2/1999 do liečby pridaný Preductal.



V 5/2000 / 14 r. / pri kontrolnom ECHO KG  
EF LK 23%, známky tlak. pulmonálneho  
preťaženía s prejavmi veľkoobehovej  
stázy

V 6/2000 pac. náhle stráca zrak,  
pri tep. fr. 42/min s fibriloflutterom predsiení  
s pomalou komorovou odpoveďou urgentne  
prevezený do NÚSCH .



Pacientovi implantovaný PM,  
EF LK 20%.

Liečba upravená :

Orfarin, Monosan, Corvaton, Cordarone,  
Gopten, Digoxin, Furon, Norvasc.

O mesiac pac. hospitalizovaný pre  
globálnu kardiálnu dekompenzáciu.



12/2000 pac. opäť hospit. pre globálnu krardiálnu decomp. Na ECHOKG rozsiahle zmeny kinetiky septálne aj laterálne apikálne, cirkulárne, s mitrálnou a tricuspídálnou regurgitáciou III.st., EF LK 20%.

Stav hodnotený ako ICHS funkčne NYHA IV



Frekvencia hospitalizácií sa stupňuje  
dochádza k progresii CHRI / kreat 494,6  
pacient odmieta dialýzu / 3/2001/  
Pre progresiu kongestívneho zlyhávania  
pri ischem. DKMP s ťažkou poruchou  
funkcie LK pac. ešte hospit.2x  
/ v 7. a 12/2001 /





Zomiera 12/2001 v tichosti, v spánku  
bez prodrómov.

15 rokov od prvých príznakov KV  
ochorenia.

# Súhrn:

- správnym prístupom
  - správnym manažmentom
  - správnou liečbou
- môžeme dosiahnuť nielen skvalitnenie života pacienta, ale i jeho predĺženie



Dovoľte mi na záver modifikovať odkaz  
našeho vynikajúceho kolegu

MUDr I. Ceconíka:

Milujme svojich pacientov tak, ako som  
ja milovala svojho otca a úspech je  
na dosah

Ďakujem za pozornosť !