

1-0-0, Bisoprolol 10 mg 1-0-0, Allopurinol 100 mg 1-0-0, Controloc 20 mg 1-0-0.

V prosinci 2017 byl vyšetřen v akutní interní ambulanci pro náhle vzniklou dušnost, nově zjištěna fibrilace síní, objektivně měštnavé srdeční selhání. Od té doby užíval diuretika a antikoagulační léčbu. K vyloučení plicní embolie provedeno v akutní ambulanci i CT angio plic, plicní embolie se nepotvrdila, dle CT i rtg byly přítomny měštnavé změny s dilatací srdce a pleurálními výpotky bilaterálně.

Vstupně subjektivně dušnost NYHA II, v objektivním nálezu dekompenzovaná hypertenze (TK 177/90 opakovaně), výrazná obezita (BMI 45), chronicky oteklé dolní končetiny se známkami venózní insuficience, bilaterálně bérkové vředy. Dýchání bez patologického nálezu, akce srdeční nepravidelná, na EKG fibrilace síní s komorovou odpovědí 73/min.

Laboratorně byla již tehdy přítomna renální insuficience (CrCl 59 ml/min CKD EPI, kreat 110 $\mu\text{mol/l}$), hyperurikemie, smíšená hyperlipidemie, NT pro BNP 5 200 ng/l.

Byla zahájena léčba kombinovaným preparátem ACE inhibitoru a indapamidu (Prestarium Neo combi 5/1,25 mg 1-0-0), dále nasazen statin (atorvastatin 20 mg).

Vstupní UZ vyšetření srdce prokázalo dilataci pravostranných oddílů a levé síně (z PLAX 515 mm, LAVI 51 ml/m²), hypertrofii komorového septa (14 mm), UZ známky lehké plicní hypertenze. Ejekční frakce levé komory (LK) 60% odhadem z 2D, kinetika LK v normě.

Při 24hodinové monitoraci EKG zjištěna fibrilace síní během celého záznamu. Pacientovi byla navržena elektrická kardioverze a antiarytmika – tuto léčbu odmítl z rodinných důvodů (péče o matku a domácí zvířata, chtěl minimalizovat i počet ambulantních návštěv). Pro sklon k bradykardii byla nutná mírná redukce betablokátoru a bradykardie nás limitovala i v nasazení antiarytmik. 24hodinovým monitorováním krevního tlaku byla odhalena noční hypertenze, v té době pro zhoršení dušnosti navýšeno kličkové diuretikum. Při dalších návštěvách došlo k postupné progresi elevace N-katabolitů (kreatinin 250 $\mu\text{mol/l}$, kalium 4,6 mmol/l), následně vysazen ACE inhibitor a indapamid. Doplněn byl ultrazvuk ledvin s nálezem redukce parenchymu P ledviny, cysta L ledviny. Po úpravě léčby pokles kreatininu na 150 $\mu\text{mol/l}$, při další návštěvě

pro známky kongesce a progresi elevace NT pro BNP při stacionárních hodnotách kreatininu byl ještě pokus o nasazení antagonisty aldosteronu v kombinaci s navýšením kličkového diuretika. I přes navýšení diuretické léčby a využití kombinace diuretik přichází pacient akutně s dušností NYHA III-IV, objektivně známky dekompenzace srdečního selhání (poslechově chrůpky, progresse otoků DK, nárůst hmotnosti o 3 kg, zhoršení měštnavých známek dle rtg plic), v té době normotenze a fibrilace síní s vyrovnanou odpovědí komor. Laboratorně kreatinin 175 $\mu\text{mol/l}$, CrCl 34 ml/min. Pacientovi byla navržena hospitalizace k i. v. diuretické léčbě, tu opět odmítl z rodinných důvodů. Zahájena byla ambulantní intravenózní léčba furosemidem. Kontrolní UZ srdce i ledvin v té době se stacionárním nálezem. Po diuretické léčbě a zahájení kombinace 3 skupin diuretik (furon + hydrochlorthiazid + verospiron) dochází ke stabilizaci stavu a pacienta se daří delší dobu držet ve stadiu NYHA II při stabilizovaných hodnotách kreatininu 170–180 $\mu\text{mol/l}$. Vzhledem k dekompenzaci srdečního selhání při normotenzi a vyrovnané komorové odpovědi byla doplněna v září 2019 koronarografie s nálezem nevýznamné koronární aterosklerózy.

V září 2019 se pacient rozhodl absolvovat i elektrickou kardioverzi (v době, kdy matka ležela na lůžku následné péče a sousedi byli ochotní obstarat statek), došlo k nastolení sinusového rytmu, avšak do 2 měsíců recidivovala fibrilace síní.

Tab. 2. Hodnoty hemoglobinu a hematokritu

	Hemoglobin (g/l)	Hematokrit
23. 5. 2018	119	0,351
5. 2. 2019	113	0,364
11. 4. 2019	113	0,37
30. 1. 2020	110	0,361
8. 3. 2021	108	0,343
17. 1. 2022	107	0,338
23. 6. 2022	90	0,315
28. 6. 2022 – nasazení dapagliflozinu		
25. 7. 2022	148	0,473
20. 1. 2023	170	0,502
7. 2. 2023	165	0,494

Tab. 1. Přehled důležitých biochemických ukazatelů

	Glykemie (mmol/l)	Kreatinin ($\mu\text{mol/l}$)	Kalium (mmol/l)	ALT ($\mu\text{kat/l}$)	AST ($\mu\text{kat/l}$)	GMT ($\mu\text{kat/l}$)	Urea (mmol/l)	NT pro BNP (ng/l)	Natrium (mmol/l)
23. 5. 2018	5,1	202	29,9	0,21	0,48	0,45	24,3	5 200	139
2. 11. 2018	5,2	154	4,8	0,15	—	0,57	12,8	4 282	137
5. 2. 2019	5,1	152	4,7	0,17	0,44	0,7	12,5	7 343	142
11. 4. 2019	6,4 (15. 5. 2019)	172	4,5	—	—	—	17,1	5 274	139
30. 1. 2020	6,4	207	3,0	0,21	0,64	0,45	26,8	14 573	
8. 3. 2021	5,0	186	4,7	0,12	0,33	0,27	25,6	4 202	
17. 1. 2022	5,4	179	4,9	0,16	0,37	0,3	29,6	4 243	135
23. 6. 2022	5,8	166	4,8	0,19	0,42	0,31	16,4	7 464	141
28. 6. 2022 – nasazení dapagliflozinu									
25. 7. 2022	4,9	153	4,5	0,25	0,48	0,39	19,5	2 424	138
20. 1. 2023	5,7	202	5,7 (medikace Kalnorminu – omylem nezredukoval)	0,18	0,41	0,37	23,6	3 163	137
7. 2. 2023	4,7	164	4,7	0,24	—	0,34	21,6	—	138