

V době, kdy už byla dostupná léčba NOAC, byl pacient převeden z warfarinu na NOAC. Již první rok léčby u nás byl odeslán i do nefrologické poradny, kde byla vedena léčba odchylek kalciofosfátového metabolismu a příprava k eventuální dialýze.

V lednu 2020 při plánované kontrole byl zjištěn na EKG nový nález RBBB, subjektivně progresse dušnosti bez bolesti na hrudi, objektivně opět dekompenzace srdečního selhání, laboratorně pozitivní tropoin. Pacient byl odeslán akutně na interní oddělení, stav uzavřen jako nonSTEMI spodní stěny, léčen konzervativně. Následně nově triple terapie (Godasal + Trombex + NOAC), po které došlo k anémii s nutností krevních převodů. Krvácení v horní části GIT neprokázáno, nově byl nalezen polyp v colon descendens, ten byl odstraněn. Antitrombotická léčba byla vysazena.

Současně v mezidobí došlo k dalším dvěma hospitalizacím pro dekompenzaci srdečního selhání.

Byla snaha i o znovunasazení malé dávky ACE inhibitoru – pacient jej neužíval z nejasných důvodů. Nelze vyloučit intoleranci, protože netoleroval více léků – například atorvastatin a rosuvastatin (ze statinů toleroval pouze simvastatin).

Dále při kontrolách dušnost NYHA II–III, nedařilo se mírnit dechové potíže.

24. 5. 2022 byl pacientovi předepsán empagliflozin na vlastní úhradu – pacient jej po několika dnech vysadil pro výraznou bolest v krku, po vysazení přišla okamžitá úleva.

Pacientovi jsme nabídli ještě dapagliflozin. Tento postup se mu nejevil jako optimální, protože už jednou zaplatil minimálně 1000 Kč za lék, který mu nedělal dobře. My jsme mu nabídli jinou molekulu, ale stejnou lékovou skupinu a znovu jsme ho informovali, že lék si musí zaplatit. Pacient mi sdělil, že to zkusí jenom z toho důvodu, že jsme

mu opakovaně pomohli, když mu bylo velmi špatně, ale rozhodnutí bylo těžké – finančně neměl dobré zázemí a bál se komplikací léčby.

28. 6. 2022 mu byl předepsán dapagliflozin na vlastní úhradu.

Po měsíci přichází na kontrolu spokojený, s redukcí dušnosti na NYHA II, zvládá domácí činnosti, zhubnul 5 kg, došlo k regresi otoků, je optimisticky laděný. Tento stav přetrvává doposud. Laboratorně došlo k nejvýraznějšímu poklesu NT pro BNP za poslední 3 roky.

Příběh tohoto pacienta je dlouhý, a i když navštěvuje naši ambulanci pouze 5 let, v této době zažil hodně zdravotních komplikací, často s nutností hospitalizace. Je to obézní pacient s hypertenzí, fibrilací síní, renální insuficiencí a prediabetem, který má typické symptomy i objektivní známky srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí.

Vývoj klinického stavu našeho pacienta byl ovlivněn kombinací vlivu jak medicínských, tak osobních faktorů (sklon k bradykardii s omezenou možností nasadit antiarytmika, nemožnost časnější EKV z rodinných důvodů, delší léčba warfarinem pro nedostupnost NOAC, netolerance některých léků, například účinnějších statinů...), a i když jsme se snažili využít všechny dostupné metody léčby srdečního selhání pacienta s četnými komorbiditami, konečným výsledkem byla dušnost NYHA II–III a subjektivně neuspokojivý stav pacienta. Tento ne zcela vyhovující stav se nám povedlo zvrátit až s příchodem gliflozinů do léčby srdečního selhání.

Naše kazuistika dokládá pozitivní účinek a velký klinický přínos gliflozinů v léčbě srdečního selhání u polymorbidních obtížně léčitelných pacientů (4, 5). Dále dokumentuje skutečnost, že pokud naši pacienti netolerují jeden lék z nějaké lékové skupiny, může jim být prospěšný další lék ze stejné lékové skupiny (v tomto případě intolerance empagliflozinu neznamená i intoleranci dapagliflozinu, u dalších pacientů intolerance dapagliflozinu nemusí znamenat intoleranci empagliflozinu).

LITERATURA

1. Heidenreich P, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2022:e263-e421.
2. Borlaug B. Evaluation and management of heart failure with preserved ejection fraction. *Nat Rev Cardiol.* 2020:559-573.
3. Málek F, Veselý J, Pudil R, et al. Souhrn Doporučených postupů Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání z roku 2021. *Cor Vasa* 2022;64:121-162.
4. Solomon SD, de Boer RA, DeMets D, et al. Dapagliflozin in heart failure with preserved and mildly reduced ejection fraction: rationale and design of the DELIVER trial. *Eur J Heart Fail.* 2021 Jul;23(7):1217-1225.
5. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al. EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2021 Oct 14;385(16):1451-1461.

Vnitřní lékařství

www.casopisvnitrnilekarstvi.cz

