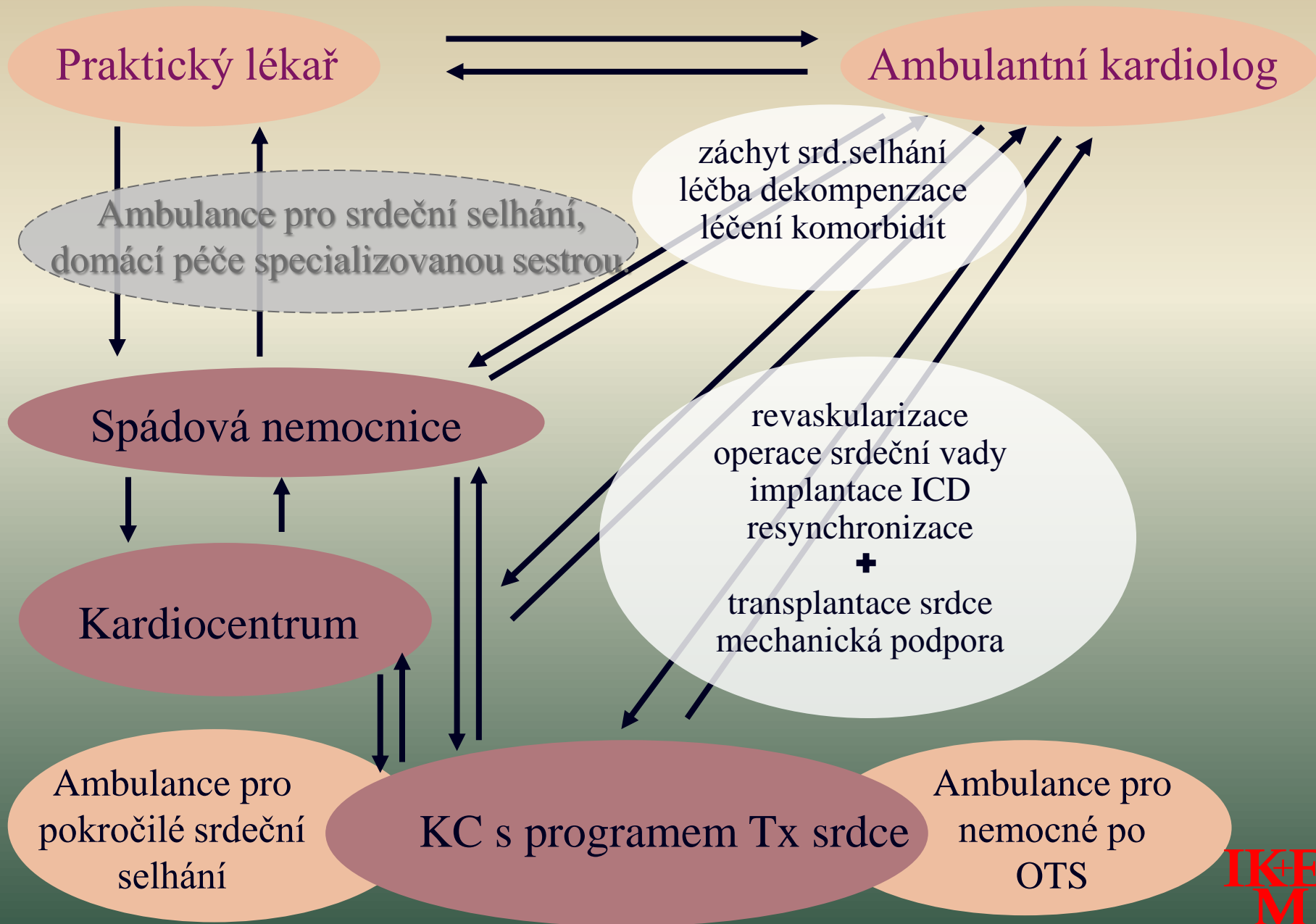


Úloha specializované ambulance v léčbě CHSS.



Markéta Hegarová
Klinika kardiologie IKEM

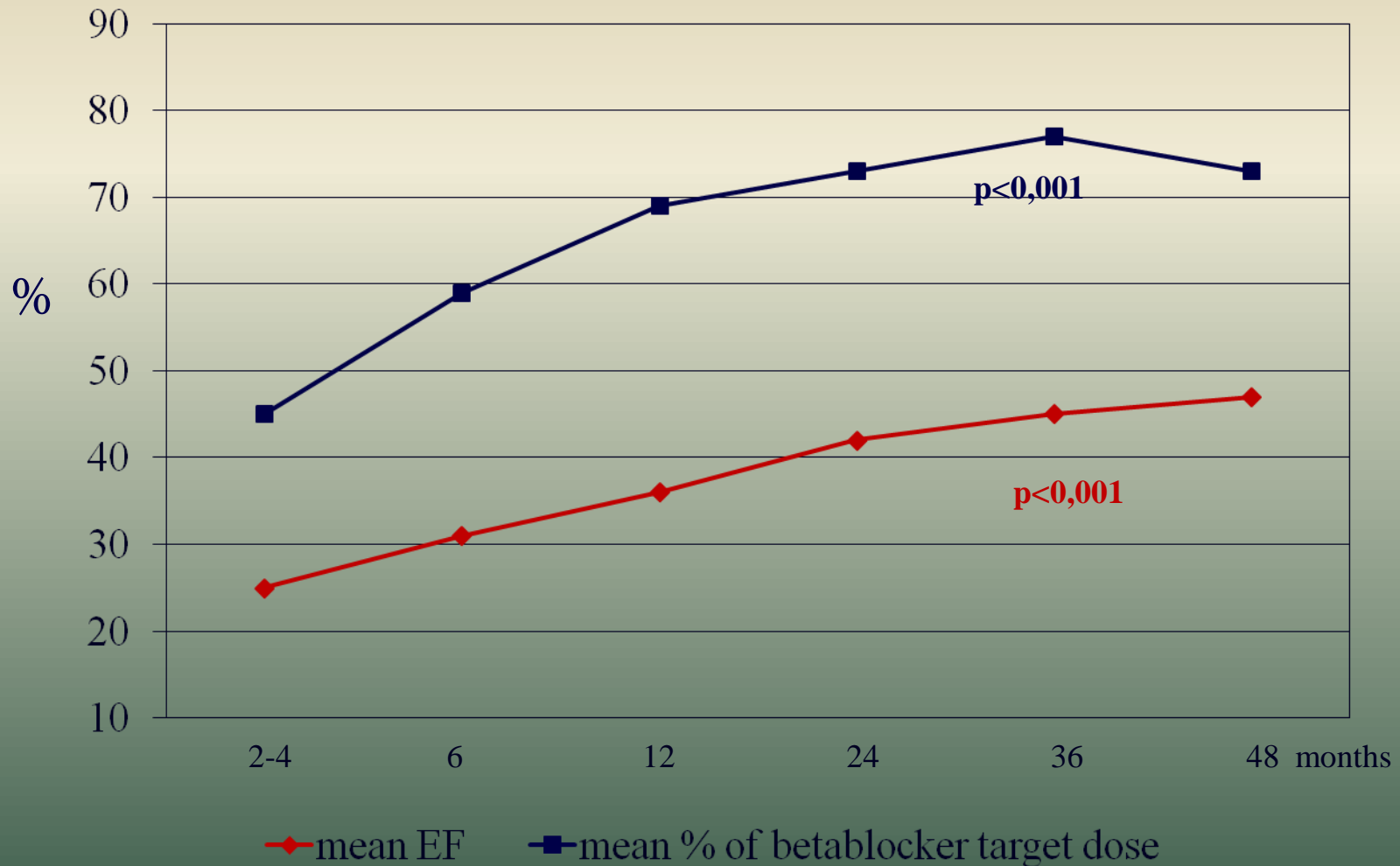
Organizace péče o nemocné s chronickým srdečním selháním.



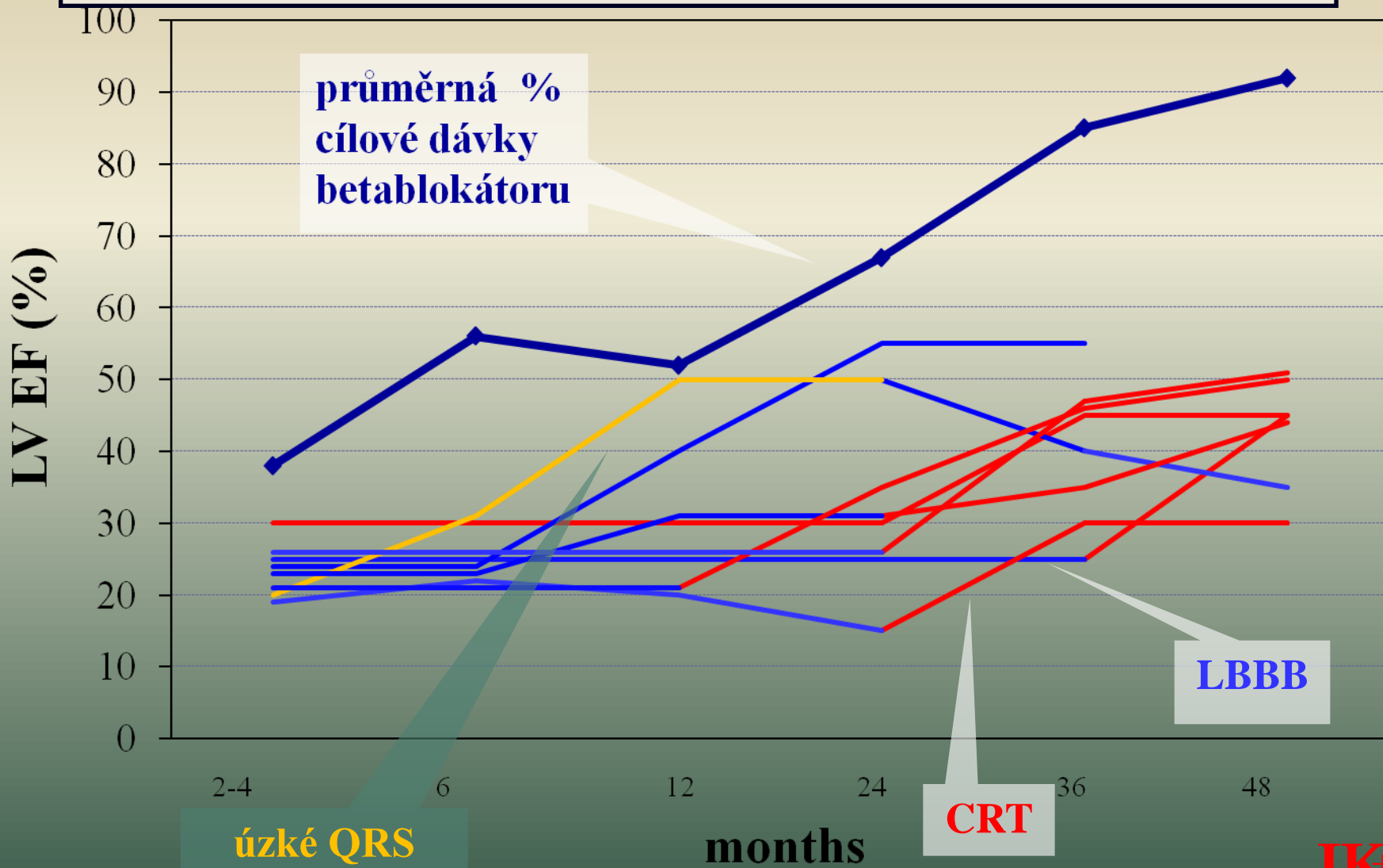
Úkoly ambulance pokročilého srdečního selhání v IKEM

- **péče o nemocné s recentně diagnostikovaným srdečním selháním**
- **sledování pacientů s CHSS s výhledem OTS**
- **péče o pacienty na w.l.**
 - včasný záchyt a prevence epizod dekompenzací
 - kontrola „aktuální“ připravenosti k OTS (infekce, rozvoj kachexie, imunologický stav, stupeň PH)
- **kontroly pacientů po OTS**
- **péče o nemocné s mechanickou podporou srdce**
- **kontroly nemocných s implantovaným přístrojem**
- **konzultační služba**

Vztah mezi vývojem průměrné EF LK (%) a % průměrné dávky betablokátoru.



Vývoj EF LK u pacientů s krátkou anamnézou srdečního selhání neischemické etiologie s LBBB.



Odhad
prognózy

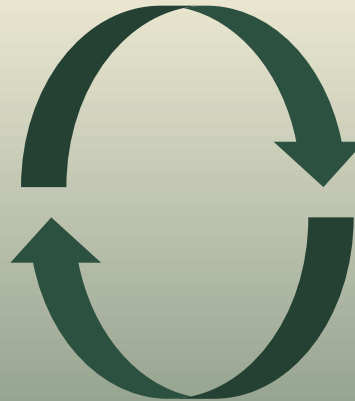
vyčerpání
léčebných
možností

Posouzení
pokročilosti
CHSS

nutriční stav,
známky zánětu,
únosnost výkonu
samotného

LVAD

obecné
kontraindikace ?



Zvažovaný kandidát OTS

- výrazná symptomatologie
- těžká porucha systolické funkce LK
- silná aktivace neurohumorálních systémů (BNP)
- nepříznivý výsledek spiroergometrie
- opakované epizody dekompenzace
- plicní hypertenze
- úbytek svalové hmoty

Spiroergometrie

Předpověď špatné prognózy

$\dot{V}O_2 \leq 10$ ml/kg/min.

$\dot{V}O_2$ 10 – 17 ml/kg/min. + $\dot{V}E/\dot{V}CO_2$ slope > 35

zhoršení výsledku při opakovaném vyšetření

nezvratitelné
progresivní
selhání



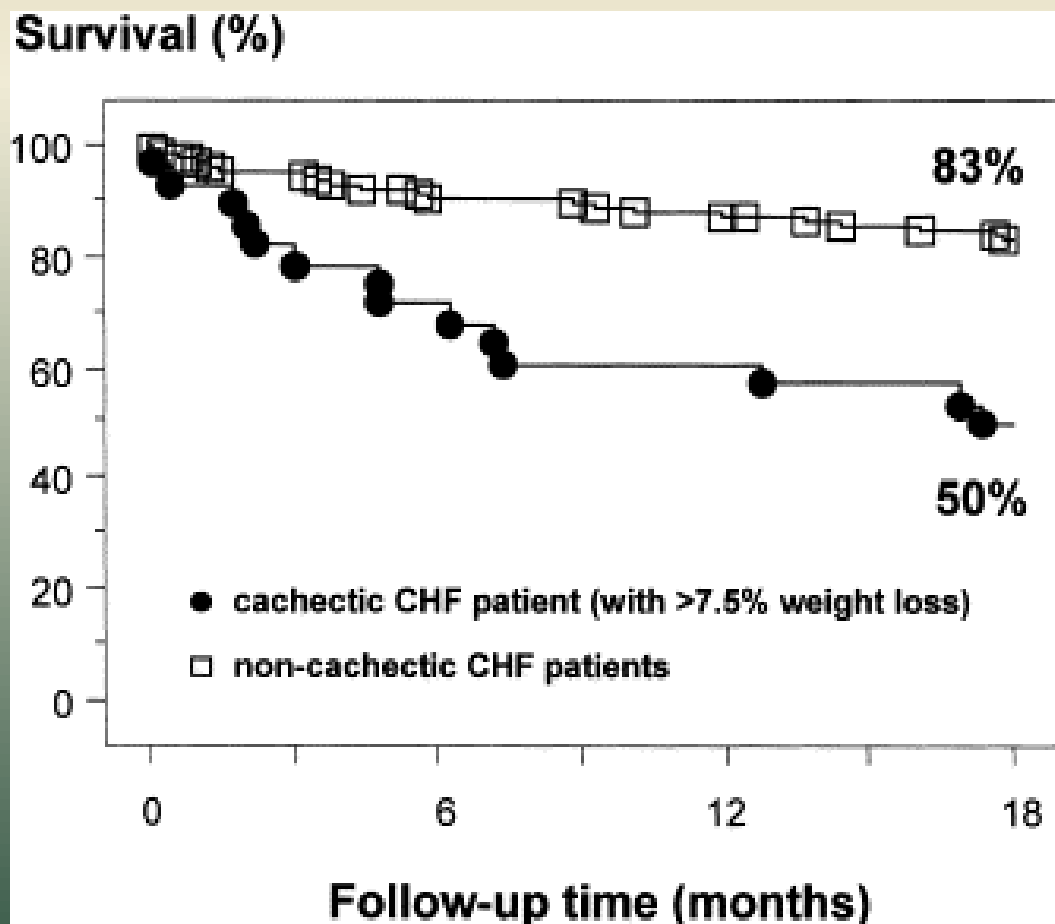
léčitelná dekompenzace
s návratem do původního
„steady state“



- ischemie myokardu
- korigovatelná chlopenní vada
- aktivní myokarditida
- toxické látky (alkohol)
- interkurentní infekce
- tromboembolická příhoda
- nekontrolovaná arytmie
- nevhodné léky
- nedostatečná terapie

Kachexie je významným prognostickým markerem u pacientů s CHSS

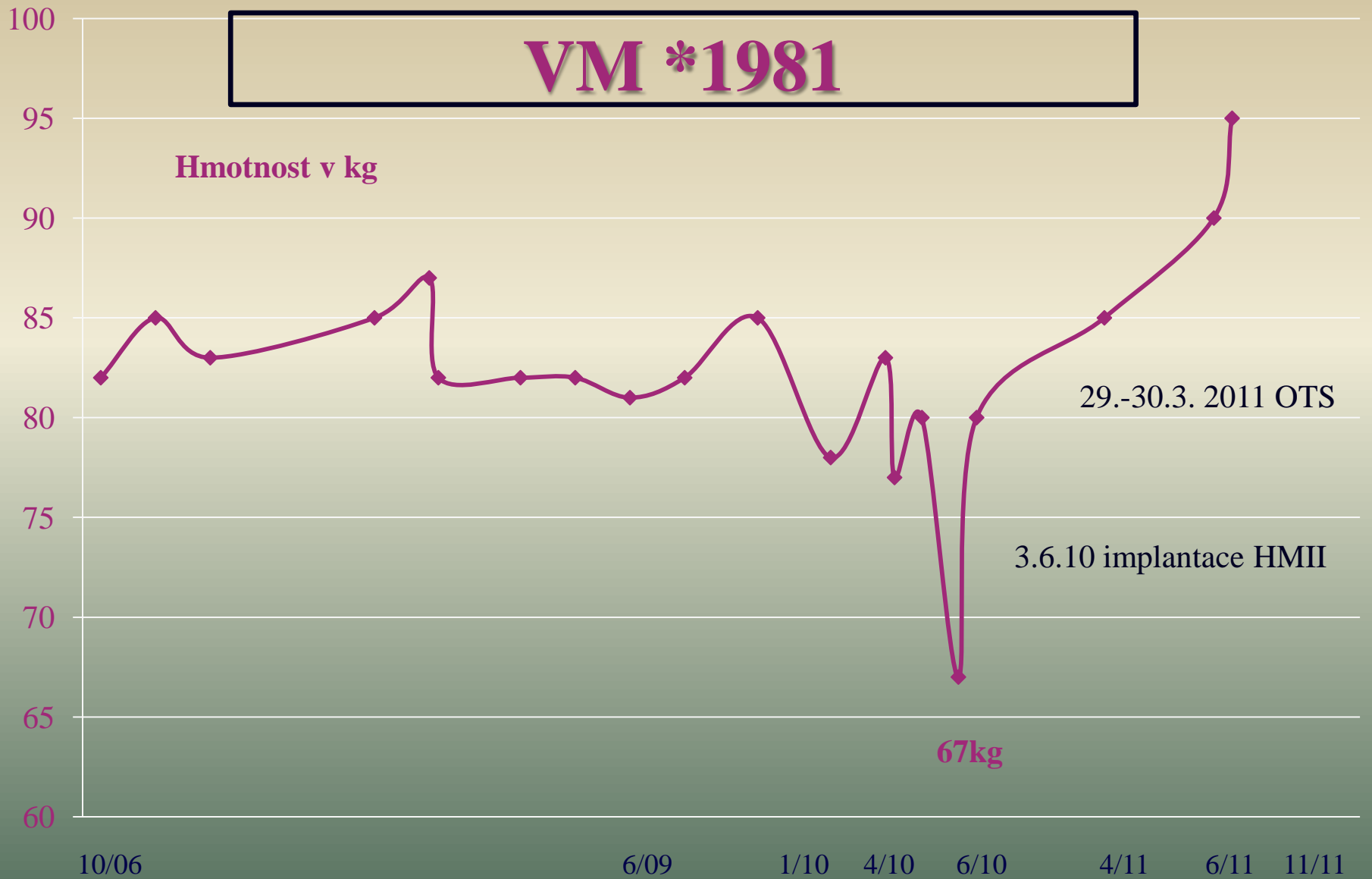
EF LK ani NYHA třída nejsou silně asociovány s kachexií.



18 měsíční
mortalita je 50%
u kachektiků
versus 17%
u pacientů s CHSS
bez kachexie.

VM *1981

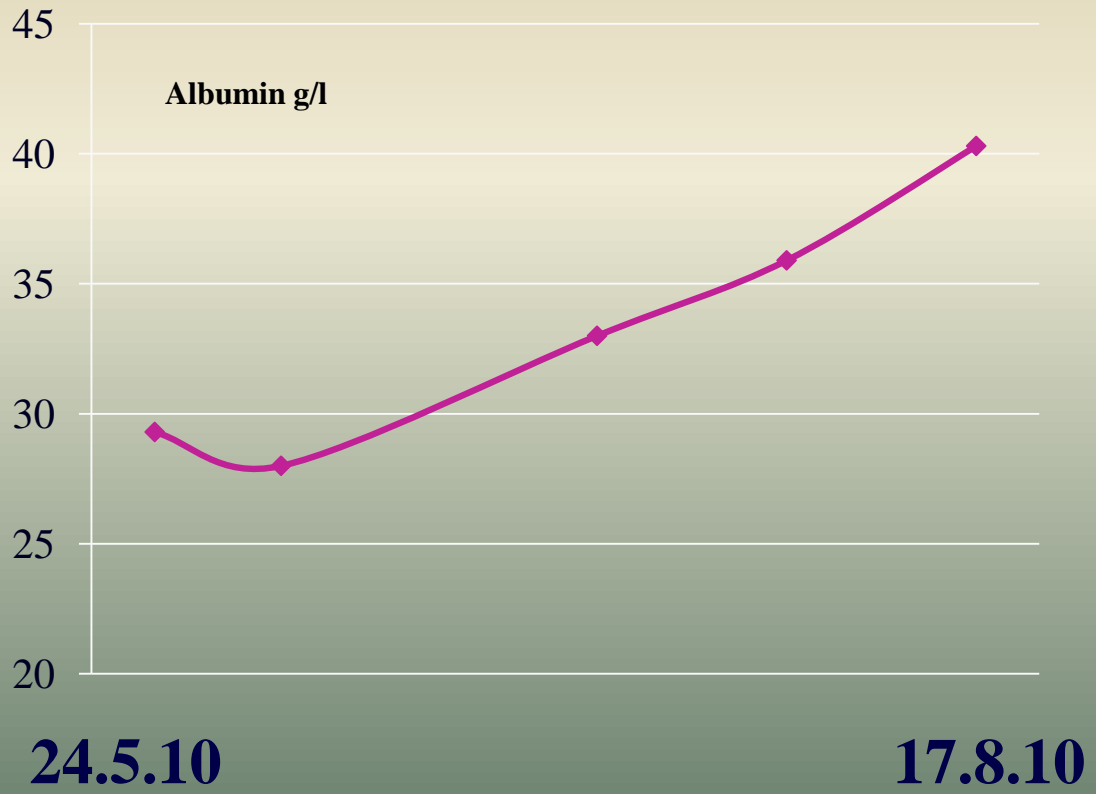
Hmotnost v kg



29.-30.3. 2011 OTS

3.6.10 implantace HMII

67kg



Kontraindikace ortotopické transplantace srdce.

Absolutní:

- probíhající nebo chronická infekce
- jiné závažné onemocnění
(malignita v posledních 5 letech,
v případě vyléčeného onemocnění lze tuto dobu zkrátit)
- fixovaná plicní hypertenze
(PAR > 4 W.j.)
- závislost na alkoholu
- drogová závislost
- psychóza
- BMI > 40

Kontraindikace ortotopické transplantace srdce.

Relativní:

- věk nad 60-65 let
- diabetes mellitus s orgánovými komplikacemi
- povšechná ateroskleróza
- předpoklad špatné spolupráce
(nedodržování léčebného režimu a životosprávy,
poruchy chování, deprese)
- špatné sociální zázemí
- BMI > 30

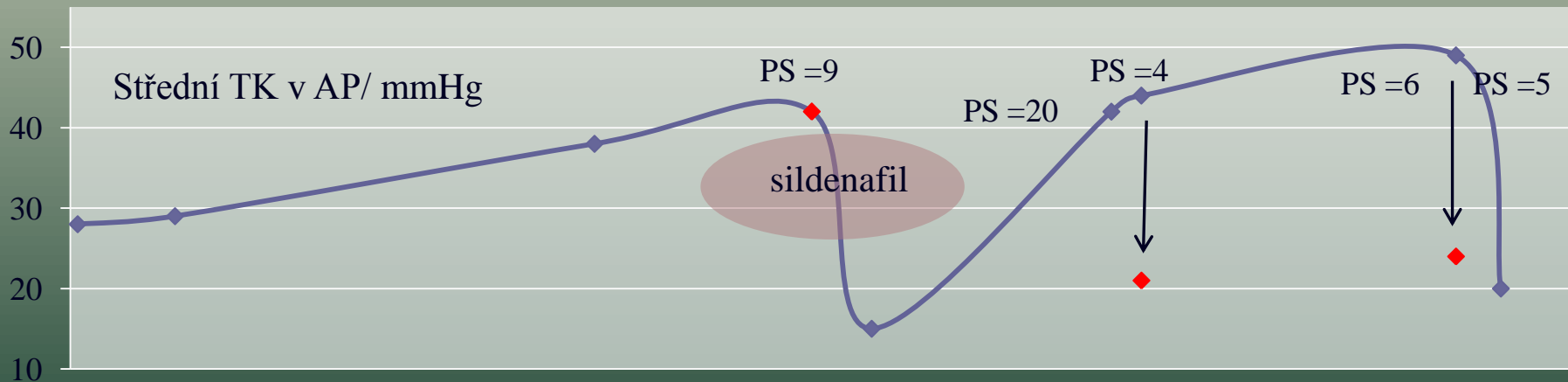
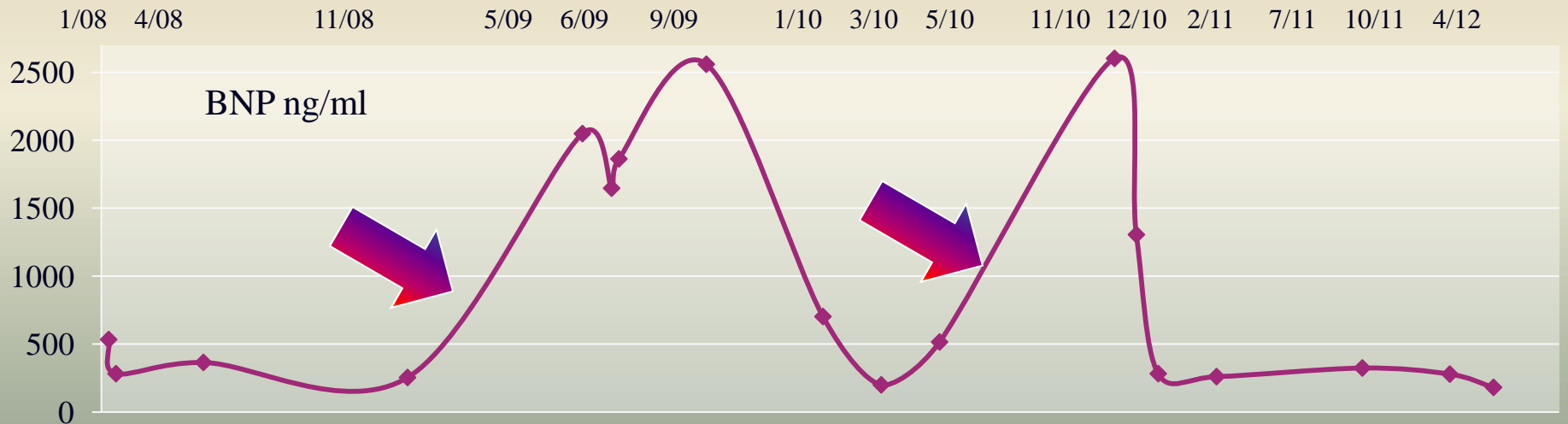
JJ *1963

06/ 2004 - první manifestace srdečního selhání, hospitalizován pro OSI v Pardubicích. Stanovena dg. DKMP, zavedena terapie ACE-I+ BB + spironolacton + FSM.

11/2004 - OSI, periferní embolizace do a.pulmonalis

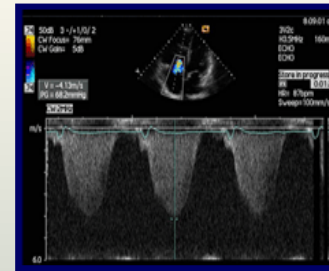
03/2005-10/2007

sledován v IKEM ambulantně jako možný kandidát OTS.
NYHA II-III

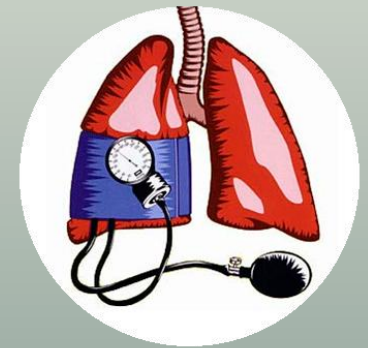


System ambulantních kontrol kandidátů transplantace srdce

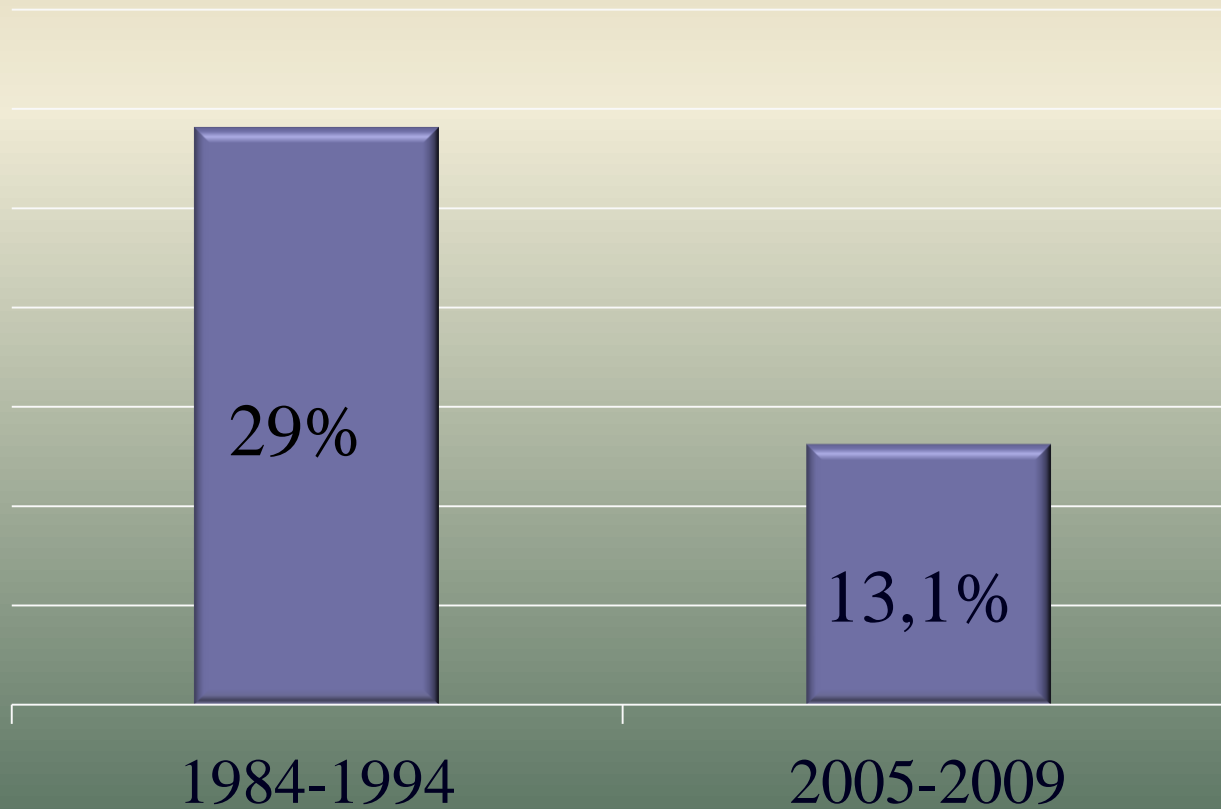
Pravidelné kontroly v ambulanci pokročilého srdečního selhání každé 4-8týdnů.



hemodynamické vyšetření-pravostranná katetrizace
1x ročně u pacientů s lehkou PH
každé 3-4 měsíce u pacientů s těžkou PH
event. při klinické potřebě



Pokles mortality na w.l.



OTS v roce 2011, n=43

36 OTS v urgentním pořadí = 83,7%

- **Urgentní kandidát transplantace**

- hospitalizovaný pacient s nutností parenterální terapie
- pacient s mechanickou srdeční podporou
- pacient s těžkou plicní hypertenzí
- kandidát transplantace více orgánů

Problémy pokročilých stavů:

- LCO-katabolismus-možný rozvoj kachexie
- rozvoj těžké plicní hypertenze
- častější potřeba VAD



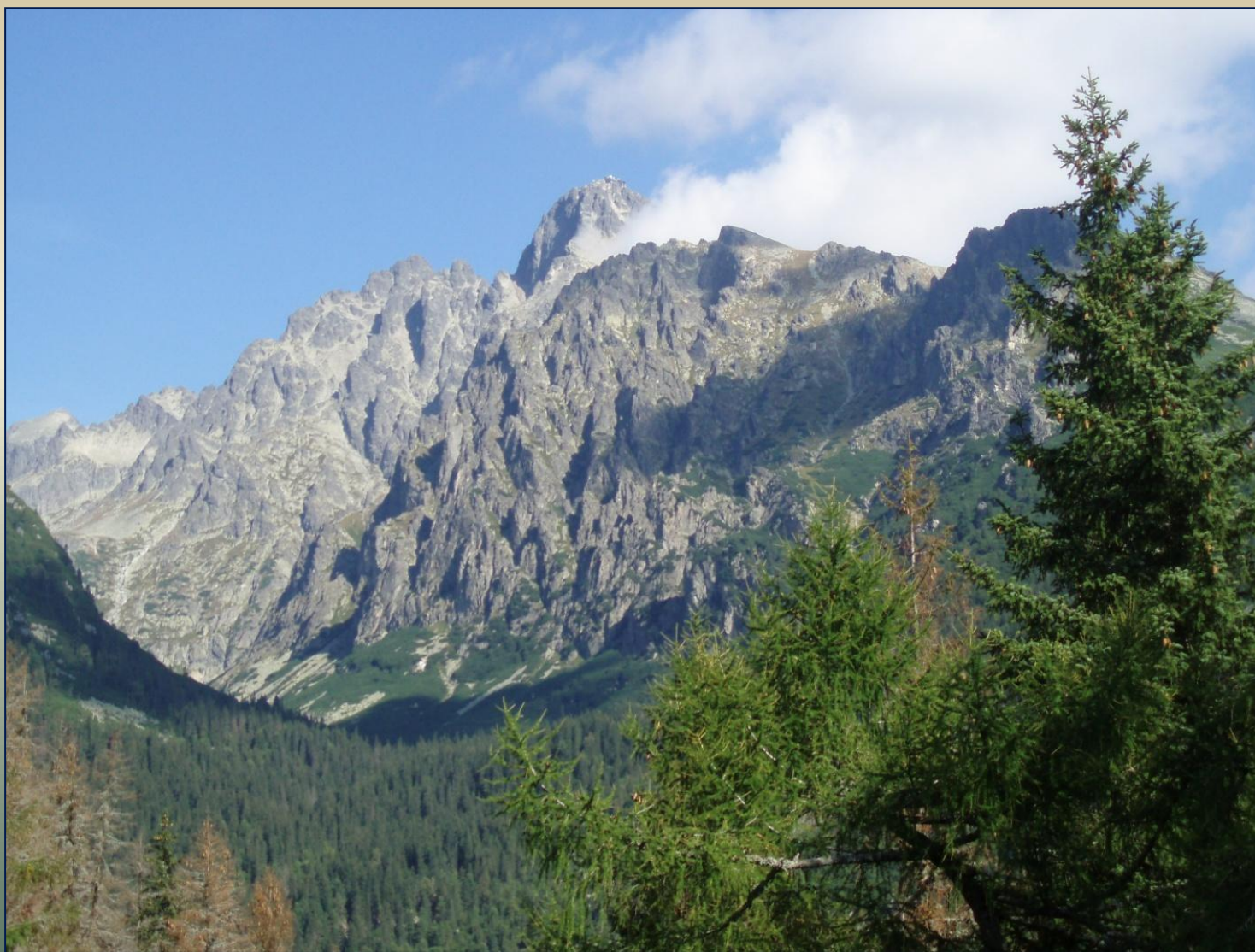
OTS není provedena „příliš brzy“
maximální oddálení potřeby imunosuprese

Závěrem:

Kardiocentrum s programem transplantace srdce nabízí komplexní péči o nemocné se srdečním selháním.

Ambulance pokročilého srdečního selhání pracuje systémem, který představuje model péče, prokazatelně snižující mortalitu.

Klíčová je spolupráce s regionálními kardiology, nemocnicemi a praktickými lékaři.



Děkuji za pozornost