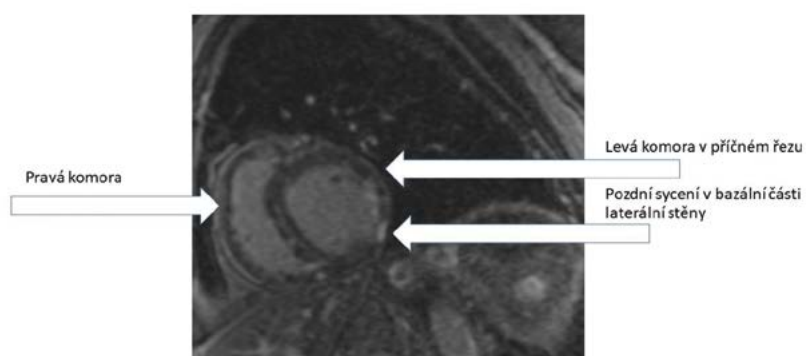
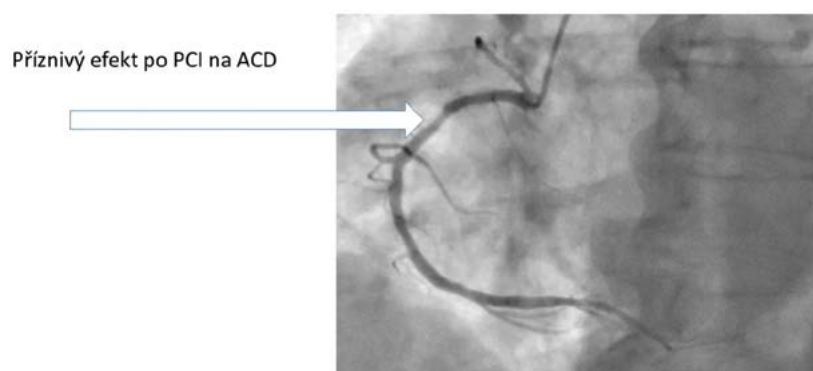


Obr. 1. Nukleární magnetická rezonance srdce**Obr. 2.** Selektivní koronarografie – pravá koronární tepna

ných po infarktu myokardu tím, že snižují tepovou frekvenci a tím zlepšují koronární perfuzi. Snižují také krevní tlak. V akutní fázi infarktu myokardu BB zmenšují rozsah srdečního infarktu a ischemie myokardu, snižují riziko supraventrikulární a ventrikulární arytmie a riziko náhlé srdeční smrti, snižují riziko reinfarktu (6–9). V době reperfuzní terapie podle některých prací efekt BB na mortalitu není tak významný, ale je zachován efekt na snížení rizika reinfarktu a anginy pectoris (10).

BB patří do základní skupiny léčby srdečního selhání se sníženou ejekční frakcí bez ohledu na etiologii srdeční dysfunkce (11). Snižují celkovou a kardiovaskulární mortalitu, riziko selhání srdce jako pumpy, riziko náhlé srdeční smrti a riziko hospitalizace pro srdeční selhání. Konzistentní efekt BB u srdečního selhání byl prokázán v klinických randomizovaných placebem kontrolovaných studiích pro karvedilol, bisoprolol, metoprolol sukcinát a nebivolol (12–16).

Ukazuje se, že kombinace BB a ACEI je u pacientů s ICHS výhodná. Efekt této kombinace je aditivní. Je známo, že kombinace BB a ACEI má větší dopad na snížení rizika celkové mortality,

KV mortality a rizika nefatálního infarktu myokardu, než samotné BB (17).

Popis případu

Pacient kuřák, do 65 let věku bez významné anamnézy, byl v dubnu 2010 přijat na interní oddělení okresní nemocnice pro progresivní námahovou a klidovou dušnost bez bolestí na hrudi. Zjištěn fluidothorax vpravo a zánětlivý plicní infiltrát vlevo, kardiomegalii dle RTG hrudníku. Po ATB terapii jen mírné klinické zlepšení, při echokardiografii zjištěna těžká dysfunkce levé komory s EF LK kolem 20 %, s poruchou kinetiky zadní a laterální stěny levé komory. Koncentrace troponinu (TnI) byla zvýšena jen mírně (63 ng/l při normě 0,0–19,8), bez dynamiky, byla významně zvýšena koncentrace NT-proBNP (3 064 pg/ml). Indikována selektivní koronarografie (SKG), která prokázala významný koronární nále: lehké okrajové nerovnosti na ramus interventricularis anterior, subtotální okluze ramus marginalis II (tepna nejvýše středního kalibru s průsvitem 2,0 mm), významná 70% stenóza pravé věnčité tepny (ACD – arteria coronaria dextra).

Ventrikulografie prokázala dilataci a difúzní hypokinézu levé komory s výpočtem ejekční frakce levé komory 22 %.

Vzhledem k těžké dysfunkci levé komory doplněna magnetická rezonance (NMR) srdce. Byla prokázána těžká difúzní hypokinéza stěn levé komory, ve střední části zadní stěny až akinéza. Analýzou funkce levé komory byla vypočtena ejekční frakce levé komory na 26 %, enddiastolický objem levé komory byl 193 ml, tepový objem 49 ml a srdeční index (CI – cardiac index) 2,1 l/min/m². Index hmotnosti levé komory byl 106 g/m². Při kontrastním vyšetření byl ve střední části zadní stěny a v bazální části laterální stěny přítomen subendokardiální pozdní enhancement s transmuralitou do 50 % odpovídající poinfarktové jizvě, ve střední části zadní stěny byl i menší okrsek s jizvou transmuralního charakteru. V ostatních částech myokardu levé komory bez detekce pozdního enhancementu. (Obr. 1).

Na základě výsledku SKG a NMR byla provedena perkutánní koronární intervence (PCI) na ACD s implantací stentu DES (drug eluting stent).

Byla zahájena farmakoterapie srdečního selhání kombinací betablokátor, ACEI a spironolakton a pacient byl odeslán do ambulance srdečního selhání.

Při prvním vyšetření v ambulanci byl pacient bez obtíží při aktivitách běžné denní činnosti, bez bolestí na hrudi. Kontrolní echokardiografie v září 2010 prokázala zlepšení funkce levé komory s EF > 40 % a došlo i k příznivému poklesu NT-proBNP. Farmakoterapie zahrnovala karvedilol v dávce 2 × 12,5 mg denně, perindopril v dávce 5 mg denně, spironolakton 12,5 mg denně, dále kyselinu acetylosalicylovou ASA 100 mg, klopidogrel 75 mg a 40 mg atorvastatinu. Pro nižší hodnoty krevního tlaku v dopoledních hodinách s poklesem na 100 mmHg po ranní medikaci byl perindopril podáván večer.

Pacient byl zván na pravidelné kontroly klinické a echokardiografické. Při zavedené terapii nedošlo k dalšímu zlepšení funkce levé komory, EF LK zůstávala do roku 2017 na úrovni 40–45 %. Vzhledem k perzistující dysfunkci levé komory s EF kolem 40–45 % a symptomatologii NYHA II byla u pacienta v roce 2017 provedena rekoronarografie prokazující příznivý efekt PCI. Příznivý efekt po PCI na ACD ukazuje obrázek 2. Koronarografický nále z levé věnčité tepně ukazuje obrázek 3.