

**Odeslán na ECHO pro dušnost"**  
... opravdu stačí jen 15 minut (v sobotu dopoledne)?



**MUDr. Lenka Pavlíčková**

Kardio Mělník s.r.o.

Kardiologické oddělení Nemocnice Na Homolce

# Boj s časem v ordinacích je nekonečný aneb cítíte se občas také jako „stroj“?

- \* počet pacientů odeslaných PL k vyšetření se „strohým“ parere narůstá
- \* **dostupnost samotných „specializovaných“ metod** (H-EKG, 24h AMTK, ECHO) je mnohdy **významně kratší** než dostupnost komplexního vyšetření
- \* důvodem je m.j. **možnost spolupráce s externisty** - např. na hodnocení Holter EKG či provedení samotného ECHO vyšetření mimo běžné hodiny
- \* **vyšetření navíc „narychlo“** (např. předoperační či gravidní) často „vmáčkne“ na **večery nebo i víkendy**, ovšem i to **je možné při dostatečné přípravě**
- \* tou je **předání anamnézy + základních vyšetření od PL** - nutná edukace PL (telefonická, písemná, na seminářích, nejlépe ale „praktická zkušenost“) a **doplnění NTproBNP + EKG** (před ECHO vyš)

# Pacient 1: bez parere

\* pacient K.P., \*1983  
(sobota 20.12.)

\* doporučen pro dušnost matkou (naše pac) jelikož ho již 2 roky PL odbývá  
„je to jasné protože je tlustý a kouří“, takže ho „nikam posílat nebude“

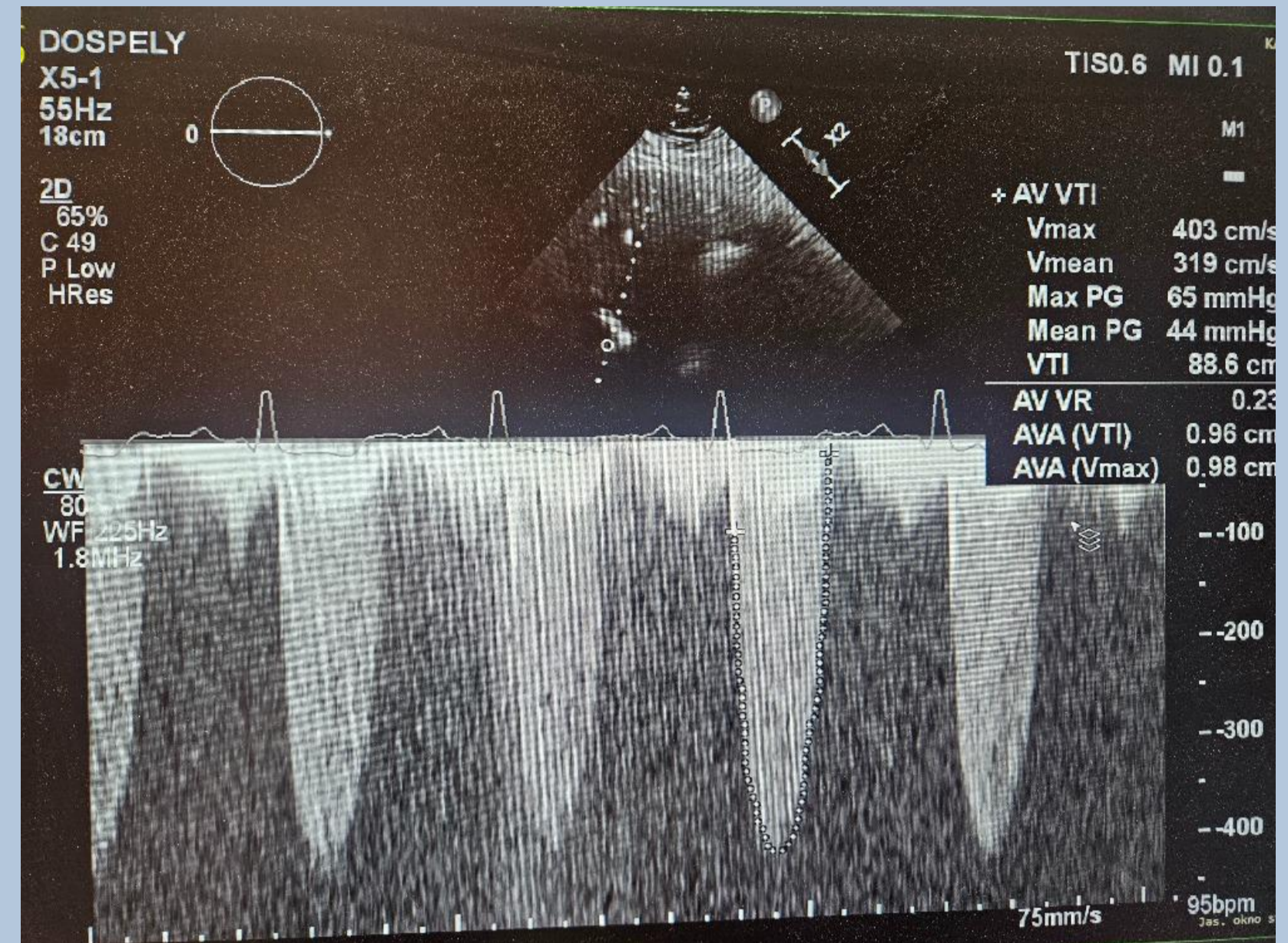
\* OA nesignifikantní: kuřák 10 cig/den s hraničně korigovanou hypertenzí

\* FA: Prestarium Neo 5mg \* PSA: řidič busu PID

\* Obj: Obezita s BMI 49 (výška 172cm, váha 145kg), (TK 143/89)  
HLUČNÝ!! sš prekordiu

\* NTproBNP 140 (ULN 125), LDL-C 2.5 TAG 2,5 ost (KO, ren par, JT) norma

# Pacient 1: dušnost a šelest bez parere = těžká aortální stenóza

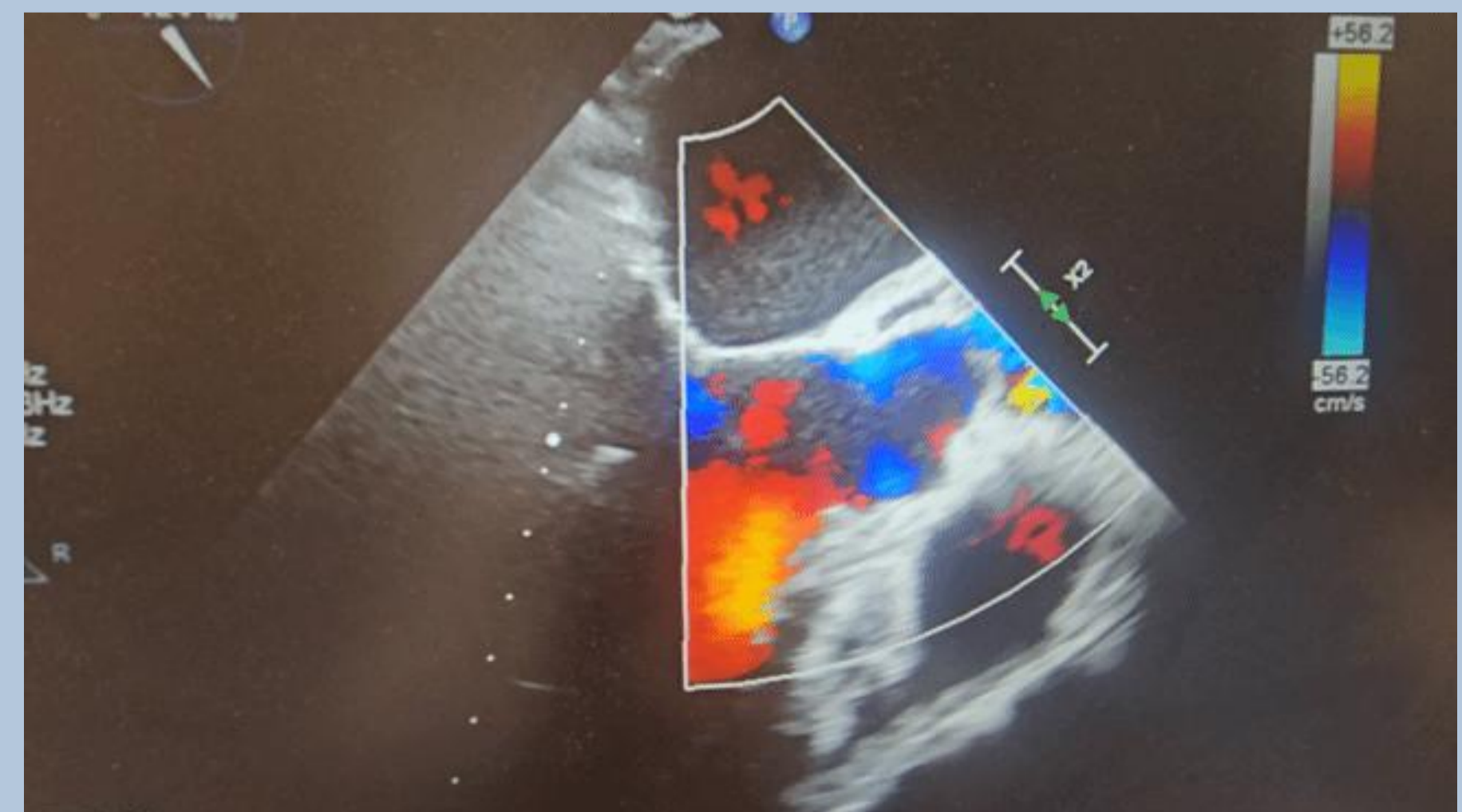


- \* pacient doplňuje, že o šelestu mu někde řekli již před 10 lety, ale neřešilo se to
- \* souhlasí s navýšením AH Th, nasazením Th DLP, s nekouřením + časnou hosp.
- \* jen ten linkový autobus musí nutně do Nového roku odřít, protože teď už na něj nikoho nenajdou ...
- \* Krom dušnosti NYHA II nemá symptomy (... ještěže byl „jen na ECHO“ bez klinického vyš ... takže ho na profesi ani ptát nemusíme...)

# Pacient 1: dušnost a šelest - bez parere

## Hospitalizace Kardiocentrum NNH 1+2/2026 – plastika Ao chlopně

- \* v kardiocentru potvrzena významná AoS s AVAi 0,52 cm<sup>2</sup>/m
- \* AVR mech si nepřál - v NNH 2/26 provedena **plastika dle Ozakiho** (105min MO, 80min svorka) – dekalifikace + znovunašení cípů bikuspidální Ao chlopně + rozšíření zúžené STjunktce záplatou z perikardu + myektomie septa
- \* Výsledek: EOA 3.4 cm<sup>2</sup>, grad 2mm Hg bez reg, EF LK 60%, BMI 43 (-17kg /4měs)
- \* Pac asympt, H-EKG bez arytmii, NTproBNP norm, od 6/26 bude opět řídit autobus



## Pacient 2: „k vyloučení dušnosti kardiální etiologie“

\* pacient P.S., \*1957  
(22.12.odpoledne)

\* doporučen z plicní amb pro progredující dušnost (NYHA II-III) navzdory Th  
(lékaři to se nezdá zlé, ale dřívější sportovec si zoufá, že neujde ani patro)

\* OA: systémová sklerodermie s IPP na imunosupresivní Th. Nekuřák.

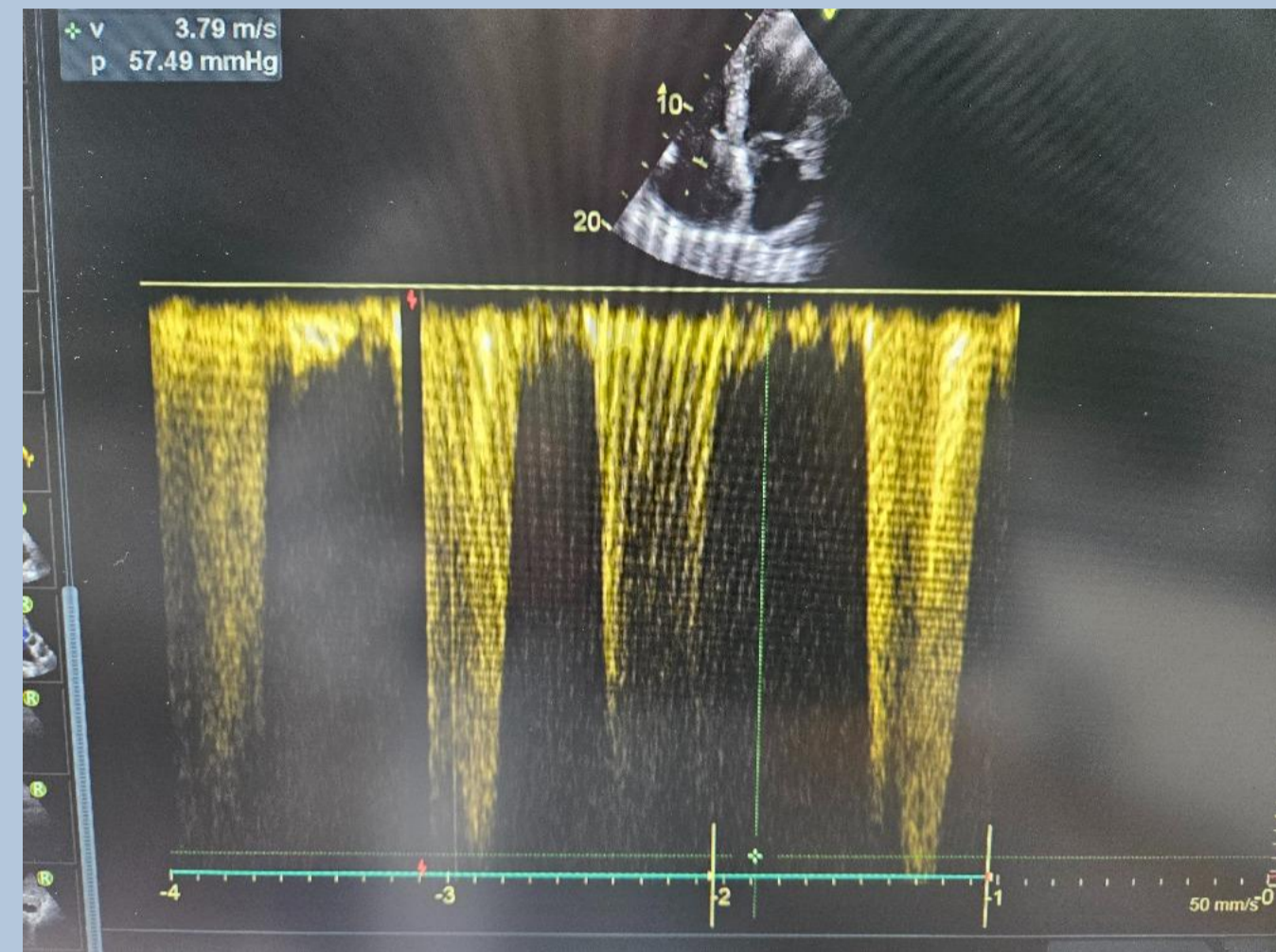
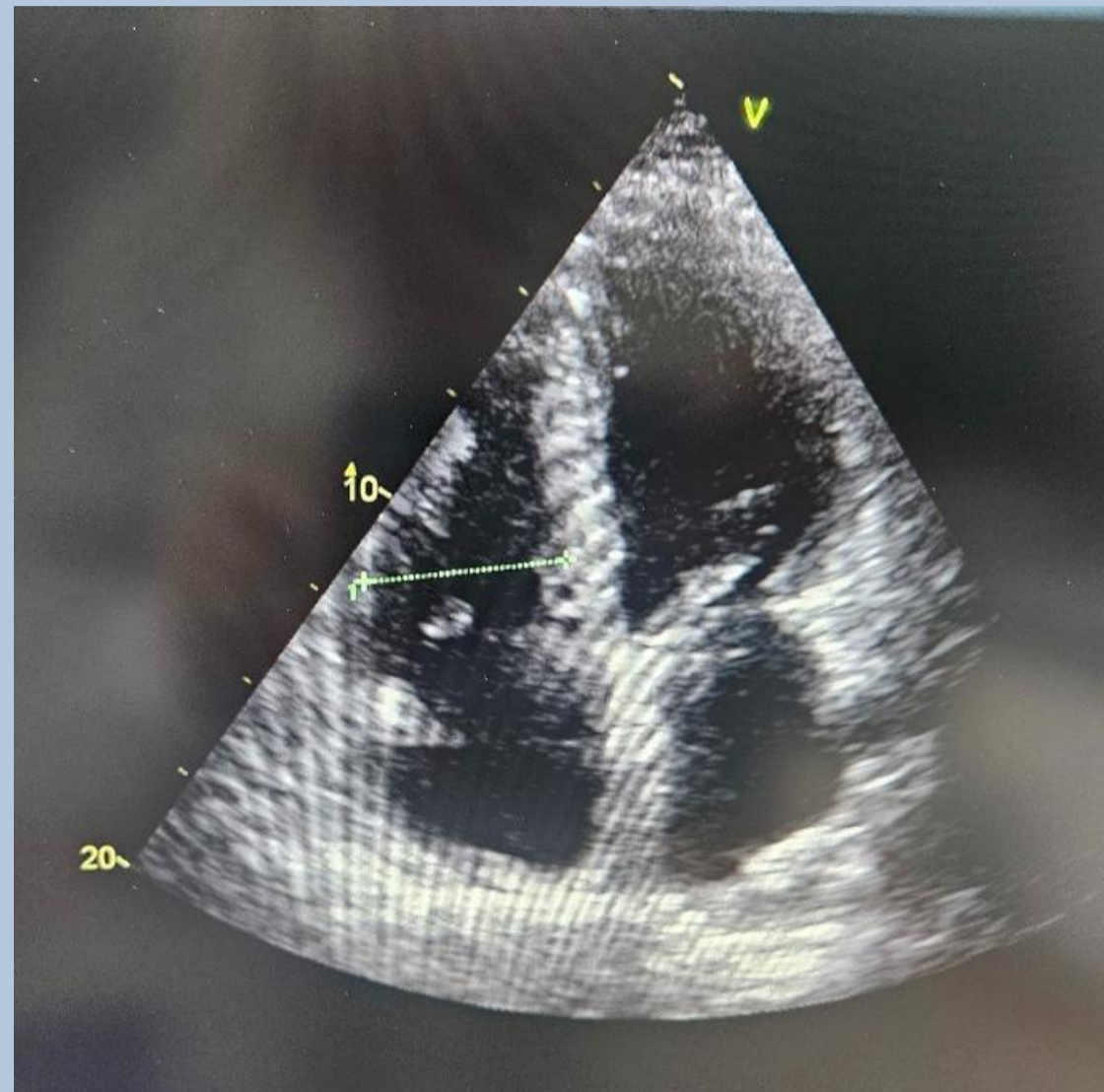
CT 8/2025: obraz nespecifické NSIP (emfyzém v kombinaci s fibrózou, trakční směny, bronchiektázie)

\* FA: Agen 5 1-0-1, Myfenax (mofetil-mykofenolát)

\* Obj: BMI 24, TK 147/92, SR 74/min, spO2 89% nat

\* Na EKG sinus tachy 100/min a P pulmonale, NTproBNP 2298 (ULN 486)

# Pacient 2: „k vyloučení dušnosti kardiální etiologie“ = těžká PAH při systémové sklerodermii



- \* TTE : hraniční PK, Tri Reg III.st a významná klidová PH s PASP 65-70mmHg
- \* Do Th přidán Verospiron + Forxiga+ ACEI
- \* VP sken (23/12! PMD – Doc Lang): Nesuspektní z CEPTH
- \* 30.12 referován do Centra PH VFN (prof Jansa) – hosp od 16/1:  
6MWT 400m (borg 6), PSK: **středně těžká prekapilární PH se sníženým klidový plicním průtokem a zvýšenou PWR** v.s. při syst. sklerodermii (PA 55/21/34, CI 1.91 PVR 6,9WU).
- \* Již za hosp specifická Th (sildenafil, následně bosentan), **akt NYHA II a NTpro-BNP 332ng/l**

## Pacient 3: „dušnost, nespecifické EKG změny“

\* pacient S.J, \*1950  
(pátek 2.1.)

\* doporučen od PL pro „dušnost, nespecifické EKG změny“, biol.mladší  
Pacient si nestěžuje, dušnost jen při jízdě na kole do kopce

\* OA: jen hypertenze na Triplixam, DLP na rosuva, exkuřák.

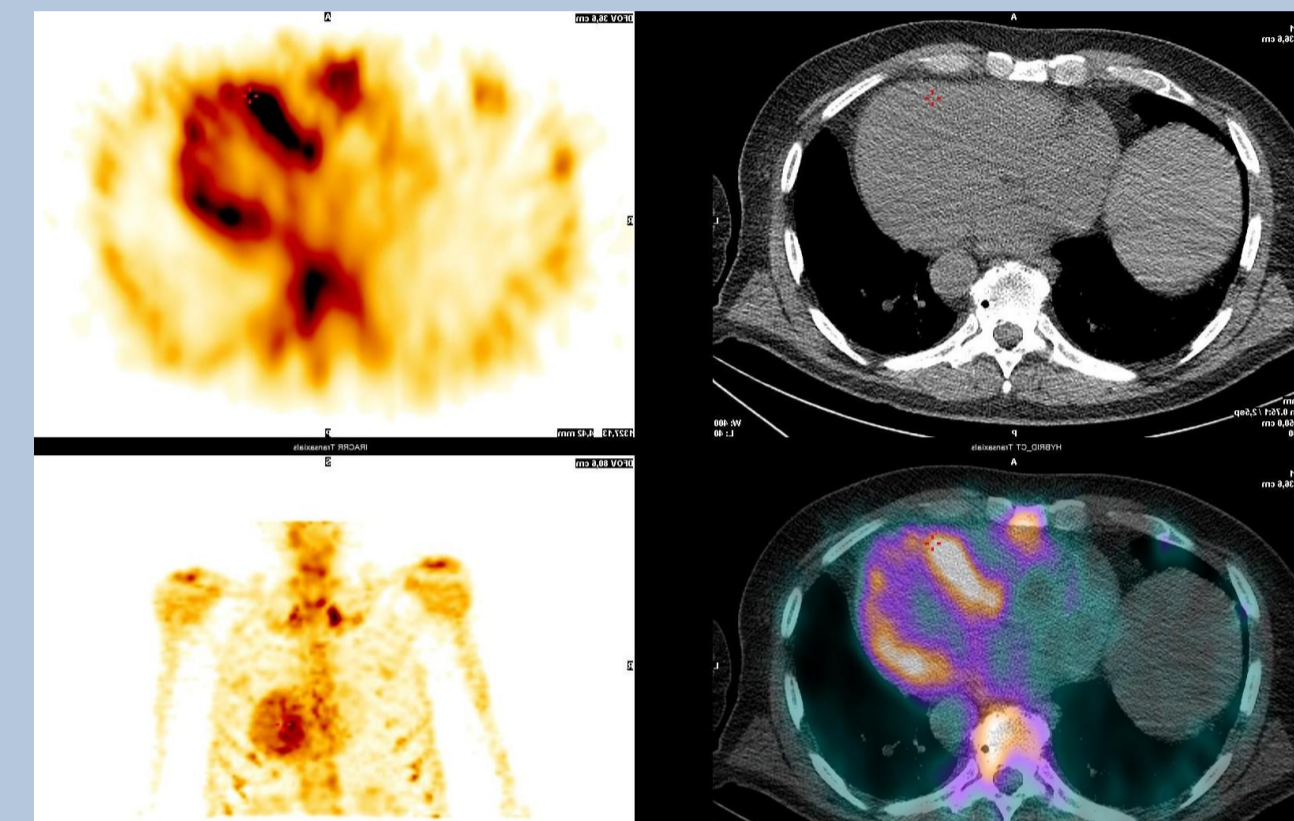
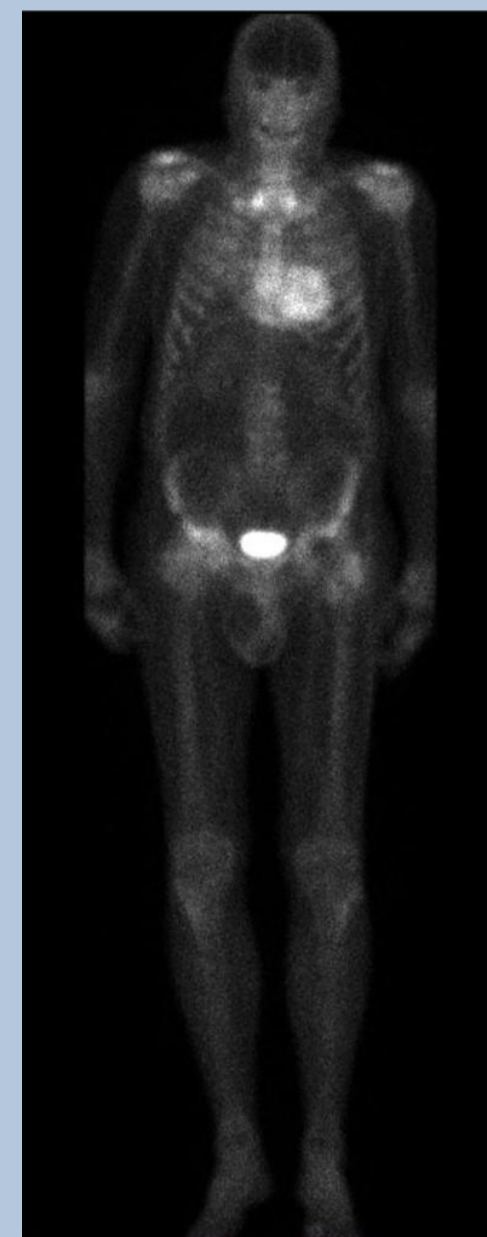
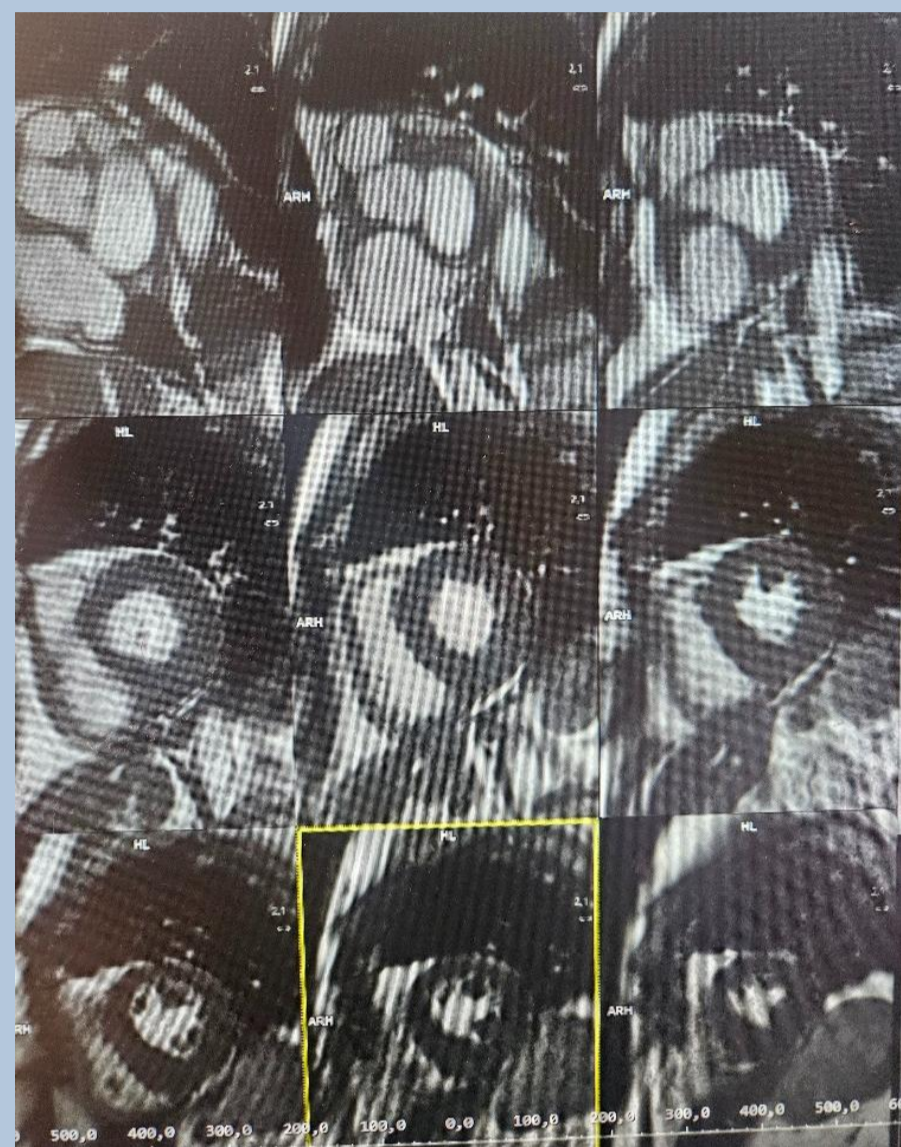
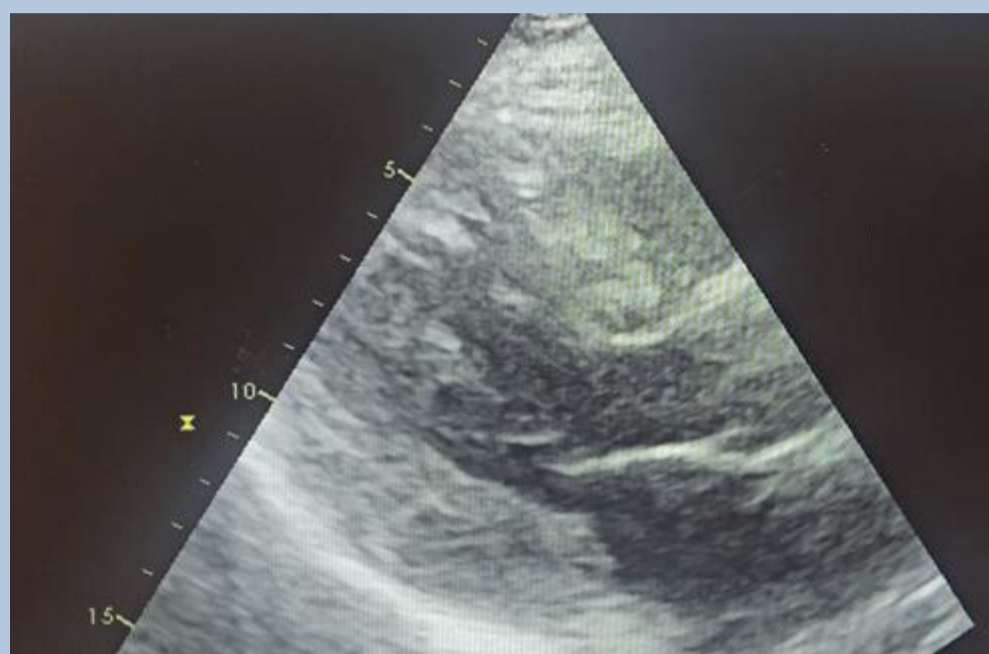
Obj: TK 125/85 BMI 27, od PL: základní lab, RTG s+p, i spirometrie OK

\* NTproBNP hraniční (150 ng/l), CKD-EPI 0,80 ml/s

\* EKG. SR s RBB + LPH bez AVB

\* Na ECHO v.s **střední HY LK s neodpovídající anamnézou HTN**  
(TK v posledních letech velmi dobře korigován)

# Pacient 3: „dušnost, nespecifické EKG změny“ = pokročilá TTR amyloidoza



- \* **MR srdce** (do 2 měsíců NNH) - těžká HY LK s patologickým T1 mappingem a význ difuzním sycením subendokardiálně a midwall. Dilatace obou síní, mírná HY i stěny PK
- \* **DPD sken** (do týdne PMD Střešovice) : Zn **přítomnosti TTR amyloidózy myokardu**, grade 3. Na skeletu jen mírné degenerativní změny páteře a kloubů.
- \* pac objednán na vstupní vyš do IKEM (do 3měs) s výhledem specifické léčby

## Pacientka 4: „dilatace srd stínu na RTG“

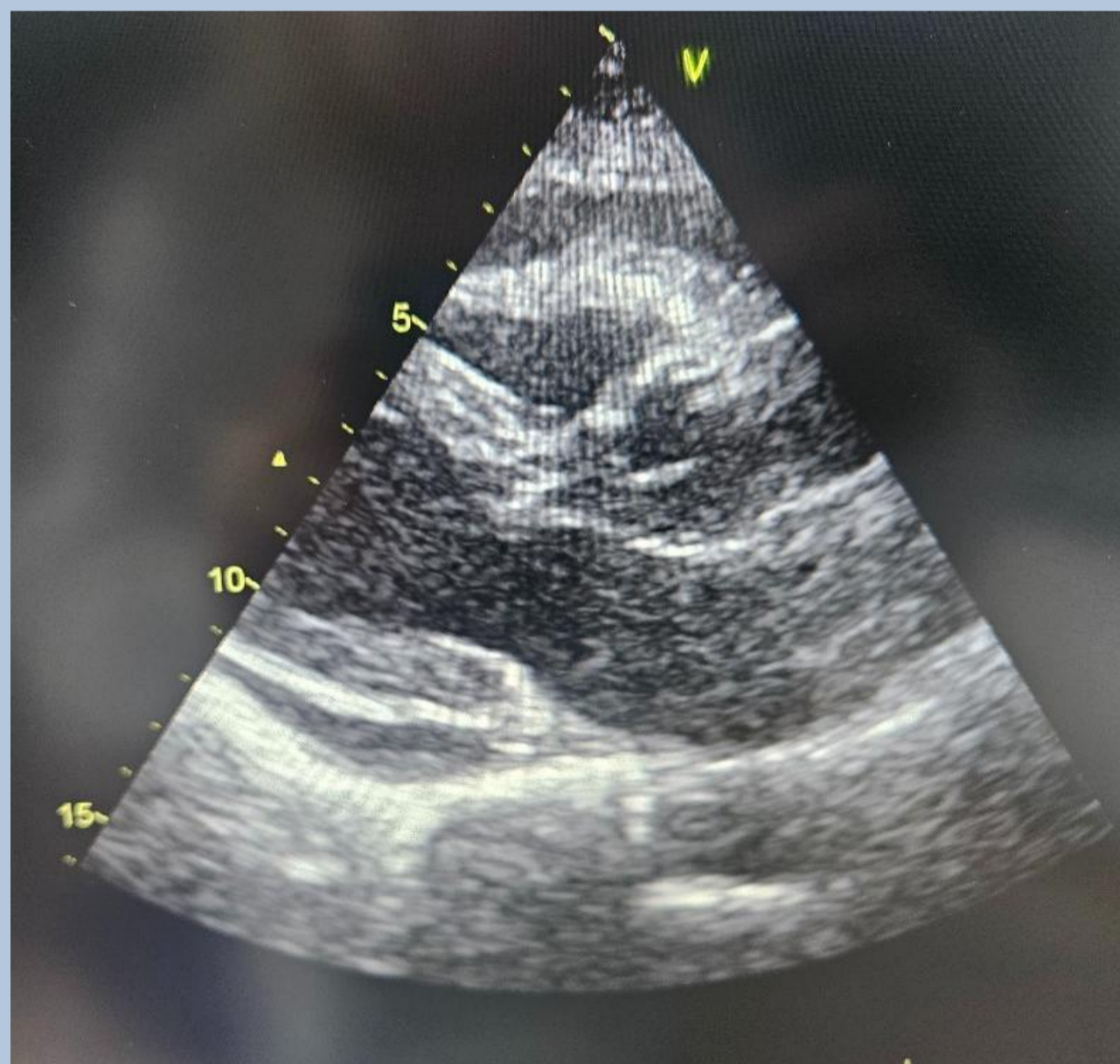
- \* pacientka K.D, \*1958  
(předoperační, přidána na 18h, 2 dny před plánovanou op - artroskopie)
- \* ECHO doporučeno pro dilataci s.s. předop. RTG s+p
  - zcela asymptomatická, anamnéza nevýznamná, základní lab OK
- \* Obj: TK 110/62 BMI 21, biologicky mladší, NTproBNP 60, EKG norm
- \* ECHO: středně významný perikardiální výpotek s max za ZS + podél pravostranných odd (zejména za ZS PS kde až 23 mm)
- \* Do týdne CT-AG (NNH): výpotek potvrzuje, nevhodný k punkci (septovaný)
- \* Za krátké hosp v NNH doplněna komplet lab (vč serologií, AI chorob, ŠŽ, onkoscreening) ale nezjištěna žádná infekční ani neinfekční příčina
- \* Výpotek příliš nereaguje na NSAID, kolchicin či KS
- \* Artroskopie za cca 1/2 roku proběhla – bez komplikací

# Pacientka 4: „dilatace srd stínu na RTG“ = persistující až střední perikardiální výpotek při CLL

\* Výpotek během 5 let stacion, ale:

- z norm KO ... do 2 let rostoucí leukocytosa (10..12..13tis)  
.... do dalšího roku **dg CLL** (akt  $19 \times 10^9/l$  WBC)

\* **předána do hemato disp, zatím bez nutnosti Th**  
(aktivní – pracuje – ing, cestuje, cvičí...)



# Pacientka 5: „dušnost, hypertenze“ ( = vertigo a nejistota ) = symptomatická bradykardie s chronotropní inkompetencí

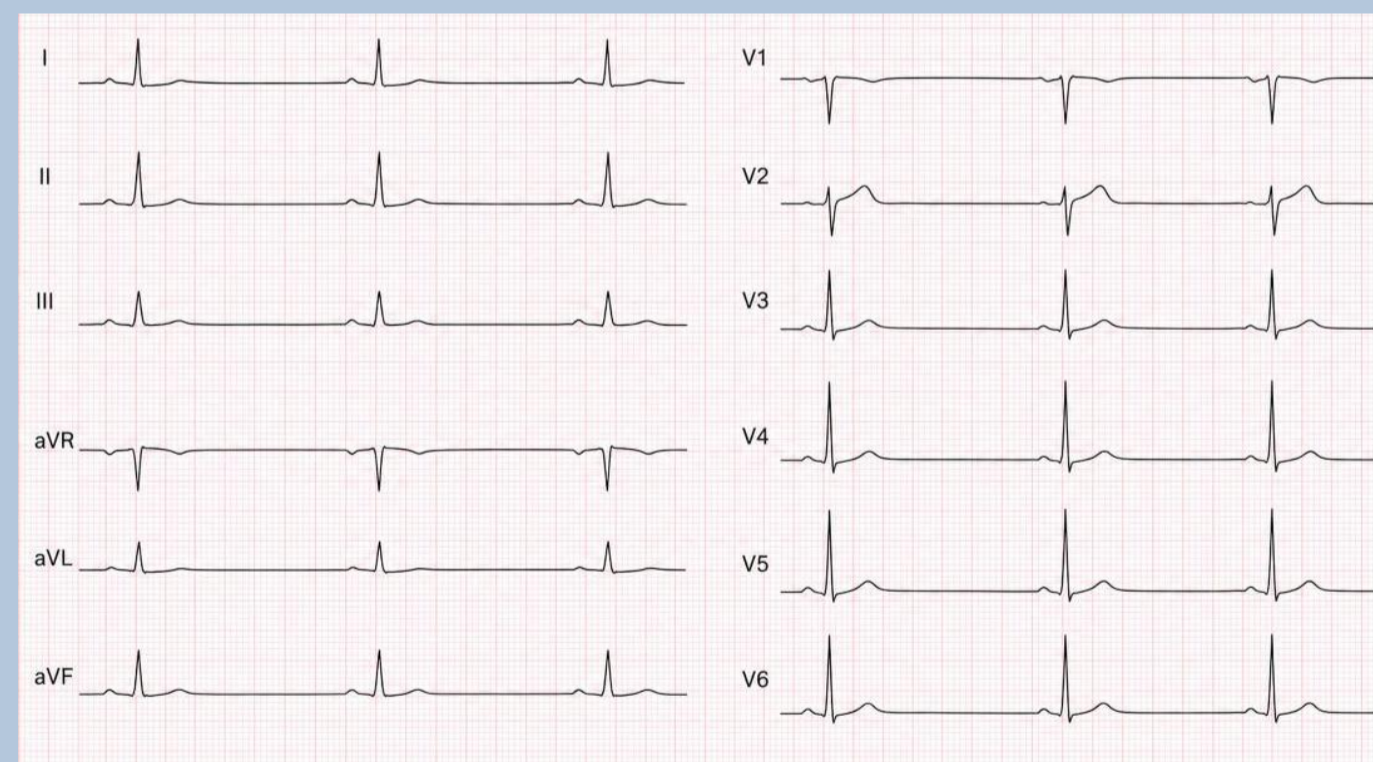
\* pacientka N.K, \*1940  
(pátek odpoledne)

\* Dop. od PL pro „dušnost, hypertenze“, jí ale víc trápí vertigo a nejistota při chůzi

\* OA: HTN, DLP, DM, CHRI, neuropatie, VAS, FA: Tritace, Agen, Loradur...

Obj: TK 141/52 BMI 24, mírně pomalejší PM tempo. od PL: žádná vyš

\* NTproBNP 200, \* EKG: Sinus bradykardie 49/min, \* ECHO nevýznamný nález



\* Do týdne u nás:

1) Holter EKG: SF 29-64/min, prům 52/min bez pauz, variabilita zcela oploštělá

2) základní lab: eGF 0.75, Gly 8, K<sup>+</sup> 4.1, HgB 112, TSH norm

\* **Do 1 měsíce primoimplantace DD KS v NNH → významné zlepšení symptomů**

# SHRNUTÍ

- \* Za předpokladu pořízení EKG + NTproBNP (před ECHO) lze i složitější situace rychle řešit ... a to i u pacientů „navíc“ mimo pracovní dobu
- \* klíčové je dobré nastavení komunikace s PL, a to zejména stran vstupní anamnézy a základní laboratoře (ren par, JT, KO, TSH, moč), případně dalších vyšetření (RTG s+p, spirometrie...)
- \* pokud PL porozumí, že tento postup podstatně urychlí termín, diagnózu i léčbu jejich pacientů, je dobrá spolupráce u > 8/10 (vlastní zkušenost)
- \* zárukou jim naopak musí být, že jim pacienty nepošleme zpět „jen s ECHO nálezem“ bez návrhu / zajištění řešení v době „rozumné“
- \* bez dobré spolupráce s kardiocentry by tento postup (a tedy ani časný profit pro pacienty) nebyl možný – děkujeme !!!

Odeslán na ECHO pro dušnost - stačí jen 15 minut ? ANO !! (možná 20...) ale jen s pomocí PL i KC!

Běh bez zamýšlení končí vyčerpáním.



**Děkuji za pozornost !**

**Děkuji za pozornost !**



**...opraveno ( a pozor na rychlost na úkor kvality ...)**