

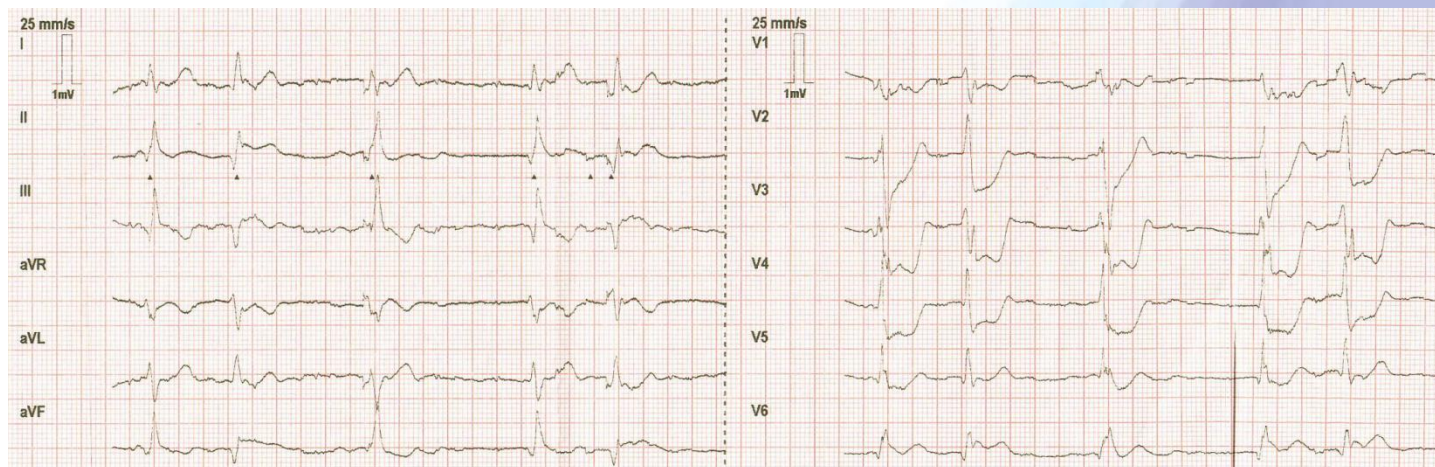


Co se nepovedlo ... v Plzni

Ondřej Sirotek
Kardiologická klinika FN Plzeň
LFUK v Plzni



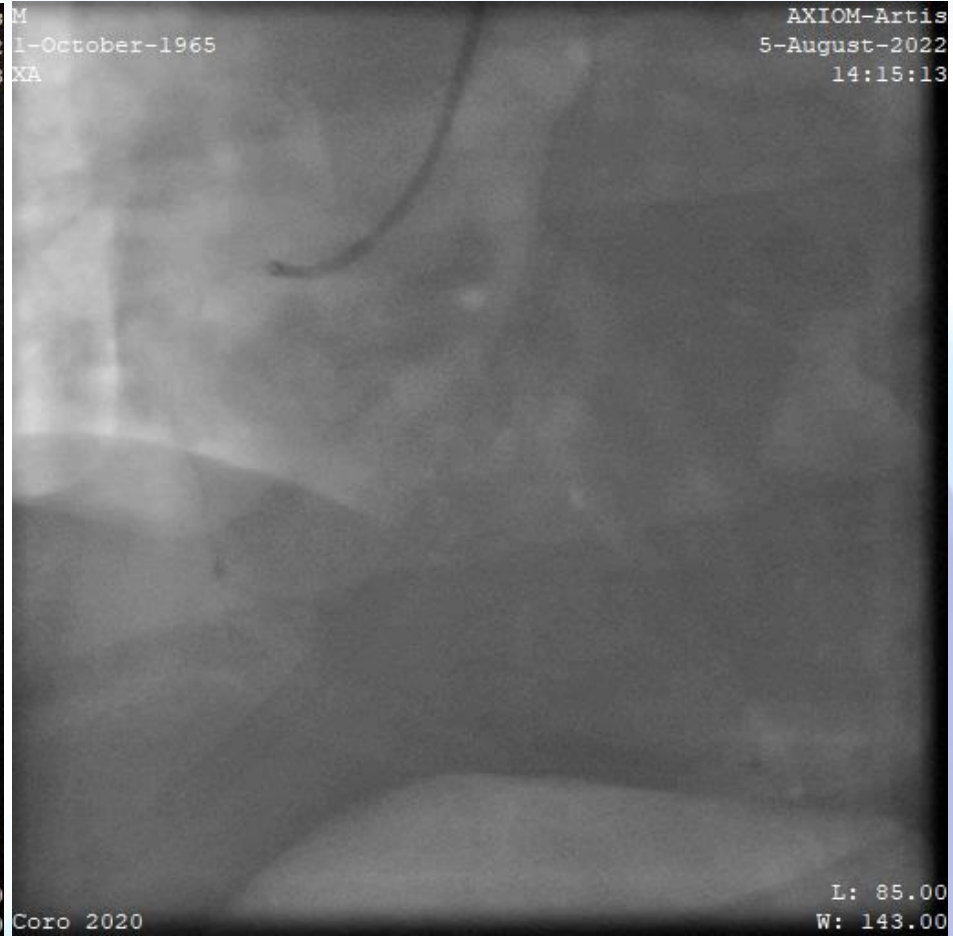
- muž ukrajinské národnosti *1965
- 7/2022 krátce hospitalizovaný na chirurgii po dopravní nehodě
- bez anamnézy interního stonání
- 5.8.2022 v práci (dělník) synkopa následovaná opresemi na hrudi, přivolanou ZZS registrován EKG záznam



- pac. při vědomí (GCS 4-5-6), dušný, opocený, s chladnými akry, hypotenzní s TK 68/45 mm Hg
- zahájena oxygenoterapie, vazopresorická podpora NA
- z antitrombotické léčby Heparin 7000 I.U. + Kardégic 250 mg i.v., LZS transportován do FN Plzeň
- při příjezdu na KJIP ortopnoický, v plicním otoku, SpO2 70 % na oxyg. polomaskou, NA 0,2 ug/kg/min, zahájena NIV
- bed-side ECHO s akinezou v oblasti spodní, zadní a bočné stěny LKS, mitrální regurgitací
- k provedení SKG nutná OTI, napojen na UPV



SKG



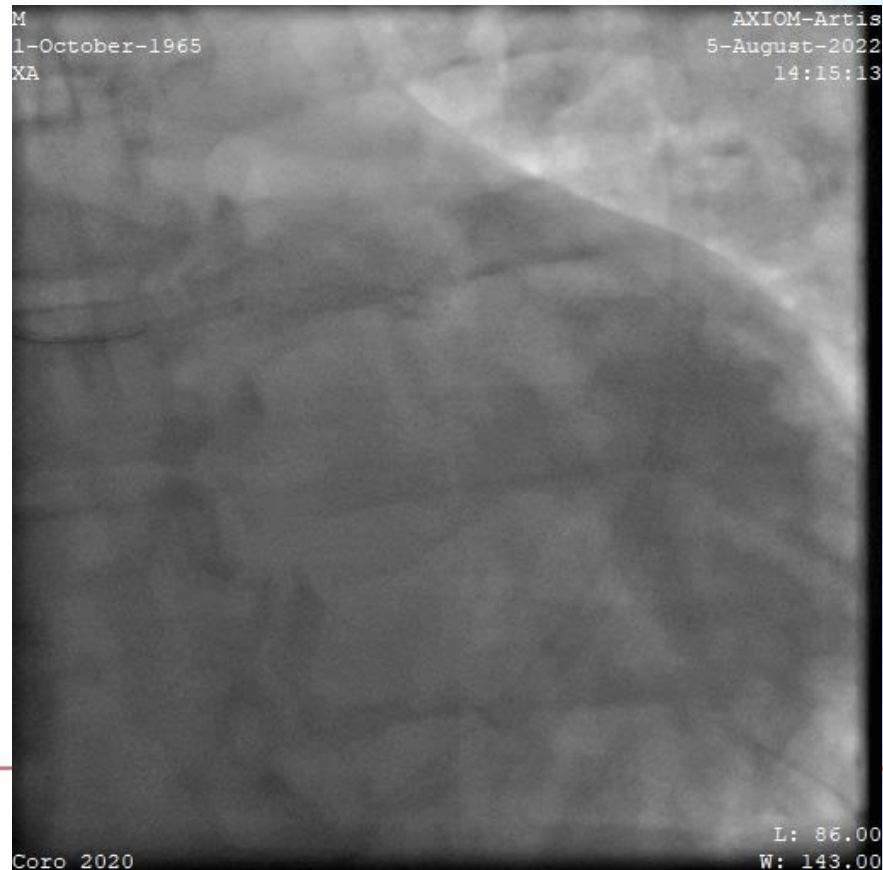
okluze prox. RCx

kolateralizovaný uzávěr ACD



PCI

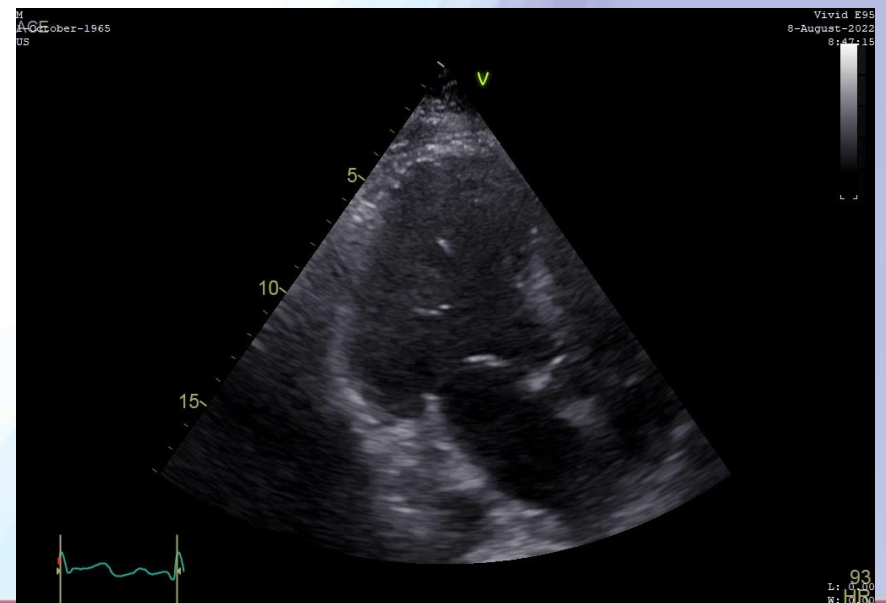
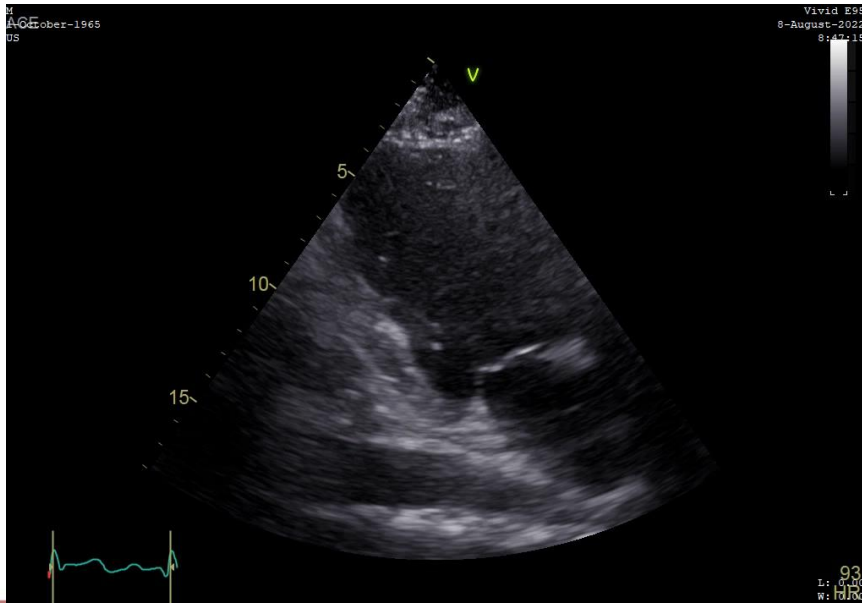
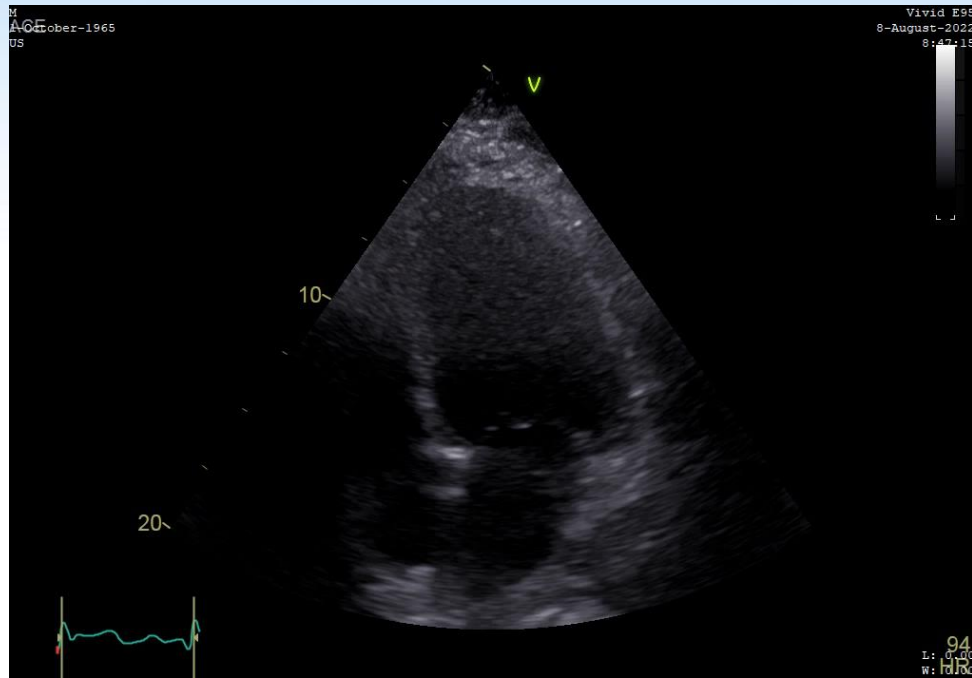
- pPCI RCx s impl. lékového stentu,
dále konzervativně



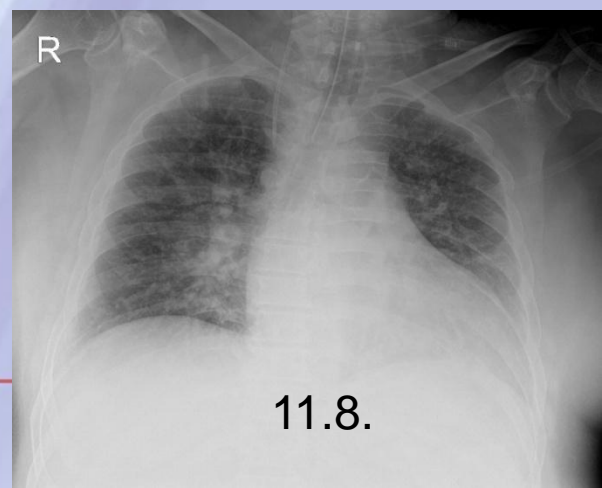
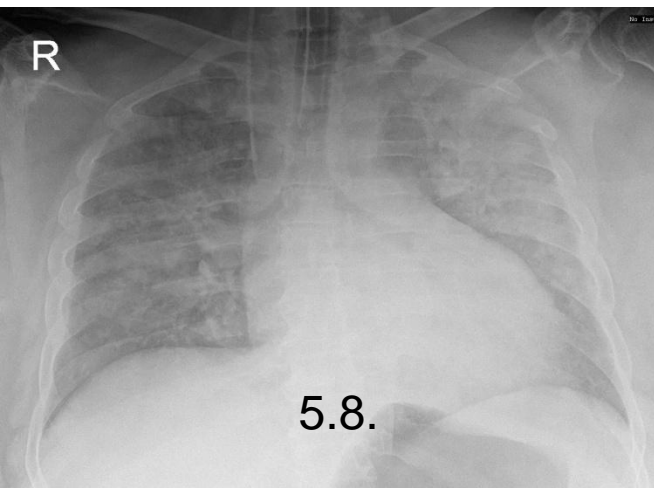
ECHO

EF LKS 30%

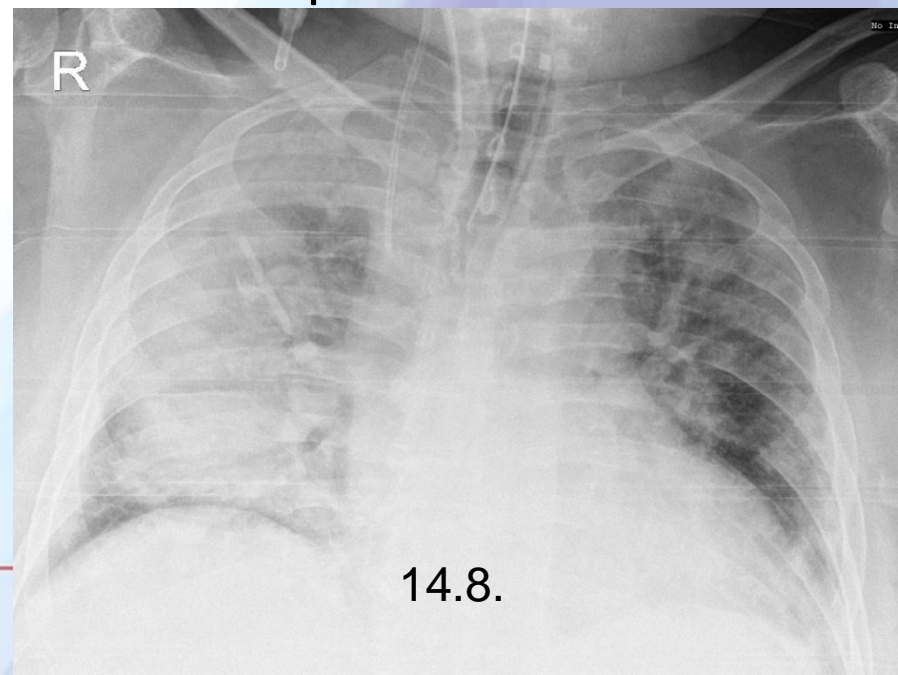
MiR 3/4



- max. hs TnT 19 549 ng/l
- přechodně na kombinované podpoře NA + DOB
- elevace zánětlivých markerů - CRP 472 mg/l , prokalcitonin 1,72 ug/l (8.8.), ATB léčba CEF III. gen. (cefotaxim)
- kultivačně M. morganii z HCD, S. aureus z nosu
- USG břicha – možný hydrops žlučníku
- řízená ventilace (neklid, interference přes analgosedaci)



- od 13.8. progredující hypoxemické respirační selhání přes navyšující se ventilační podporu, febrilie
- vazopresor. podpora NA, diuréza s podporou furosemidu
- echokardiografický nálezn bez podst. vývoje
- FBSK - odsáto jen malé množství bělavého sputa
- kultivace bez nového záchytu
- ATB terapie meropenem



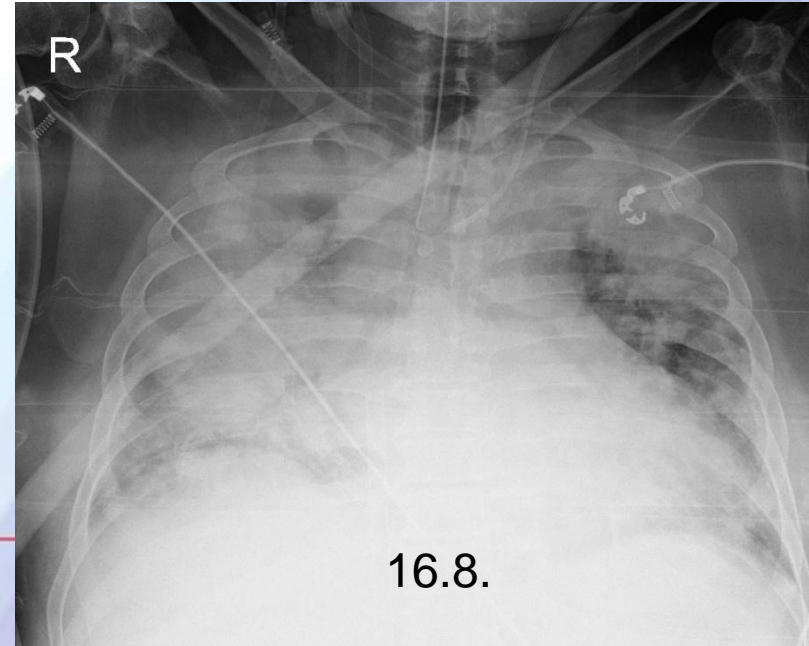
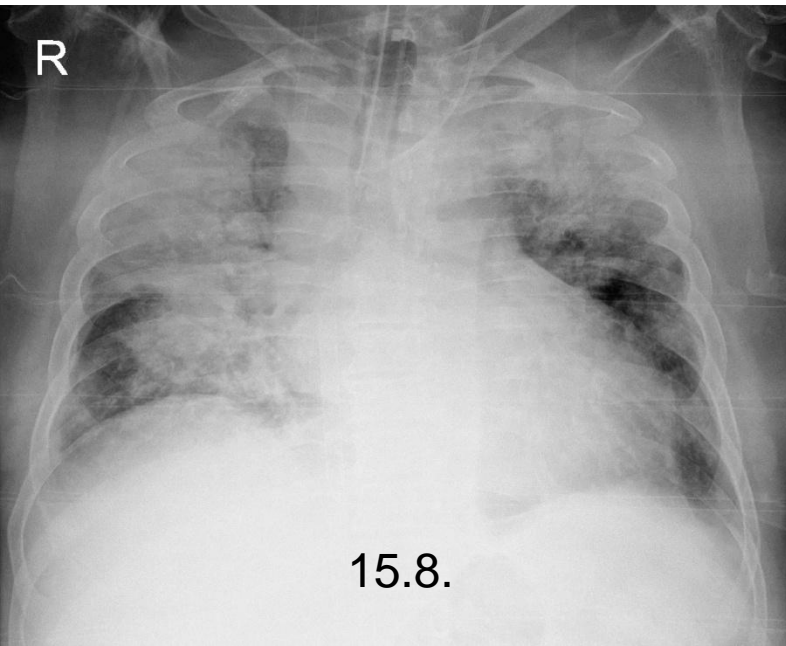
Jak postupovat dále?

- a) konv. léčba ARDS, protektivní ventilace, pronace
- b) napojení na V-V ECMO
- c) napojení na V-A ECMO

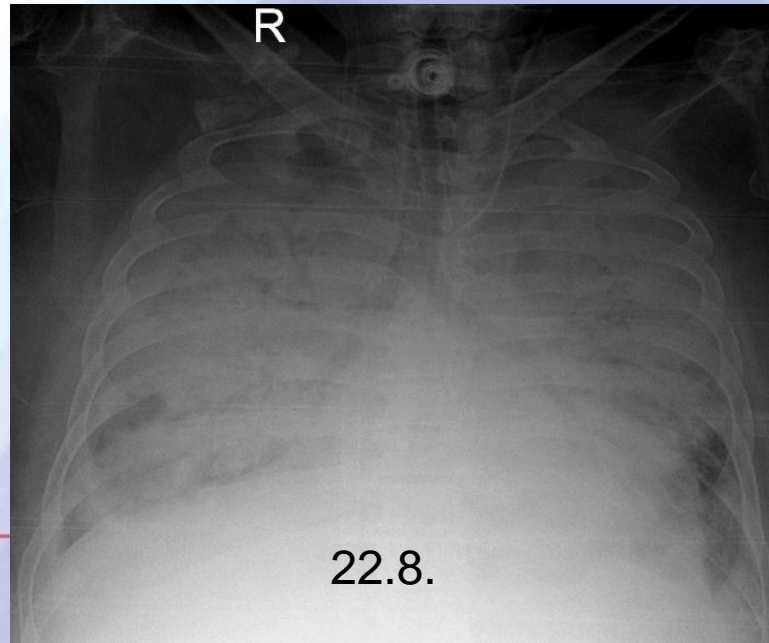


V-V ECMO 14.8.

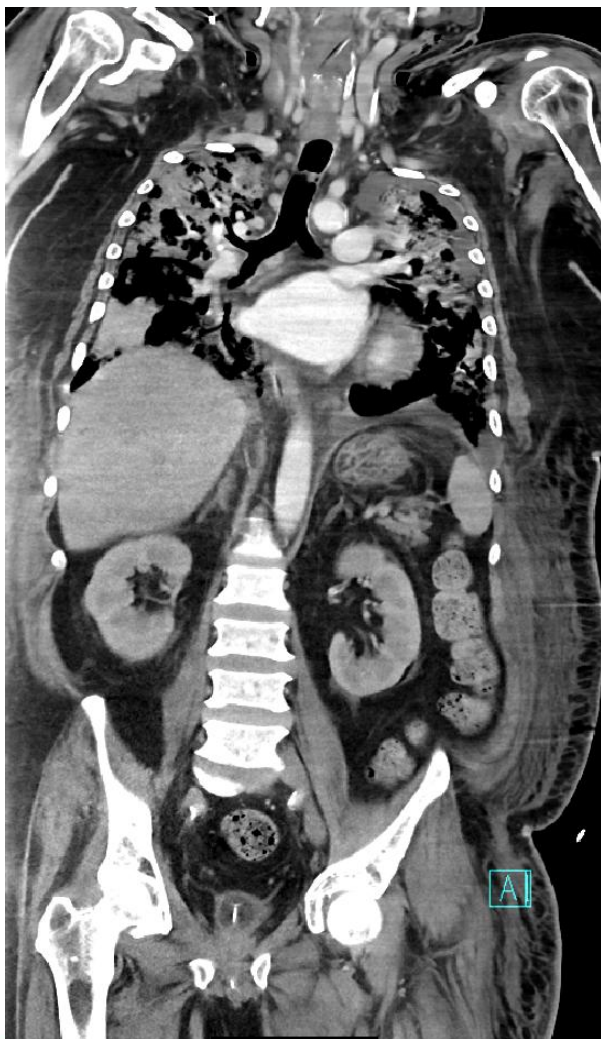
- femorojugulární konfigurace
- eskalace ATB léčby – meropenem + vankomycin + klarithromycin
- kortikoterapie
- přes zlepšení oxygenace nadále progredující radiologický nálezn



- tracheostomie (PDTs) 22.8. + FBSK
- 24.8. punkce 1500 ml fluidothoraxu zprava
- opak. neg. SARS-CoV-2, Ag Str. pneumoniae, Legionelly, Aspergilla, serologie resp. virů, PCR resp. virů, specif. flora - vše negativní



- pro dominující plicní patologii přeložen 26.8. na lůžka KARIM, cestou provedeno celotělové CT



- v trach. aspirátu vysoká nálož HSV-1, antimikrobiální léčba posílena o aciclovir, výměna vankomycinu za linezolid
- progrese oběhové nestability, nárůst oběhové podpory (NA + argipressin)
- **27.8. náhlá zástava oběhu** na podkladě AVB III. st. s asystolií, adrenalin, transthorakální stimulace (účinná), NA v resuscitačních dávkách
- bed-side ECHO s přetrvávající těžkou LV dysfunkcí, PKS nedilatovaná, perikard bez výpotku



Byli byste pro extenzi léčby?

a) ANO

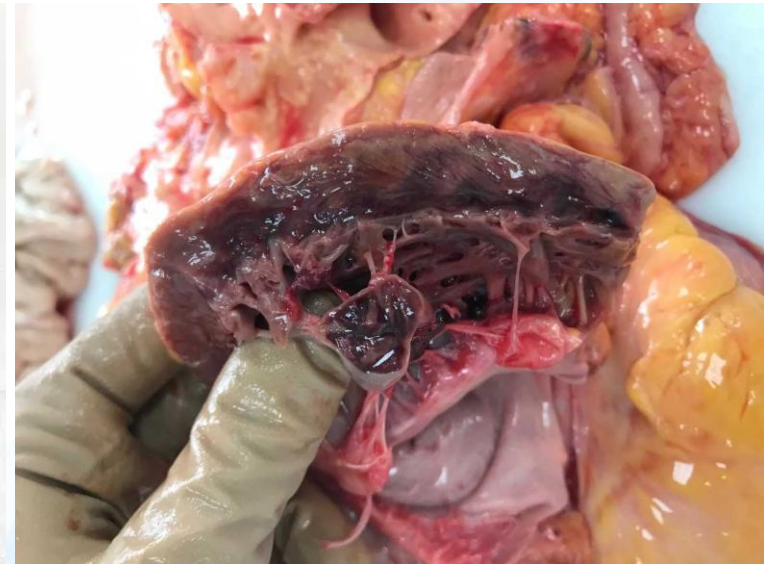
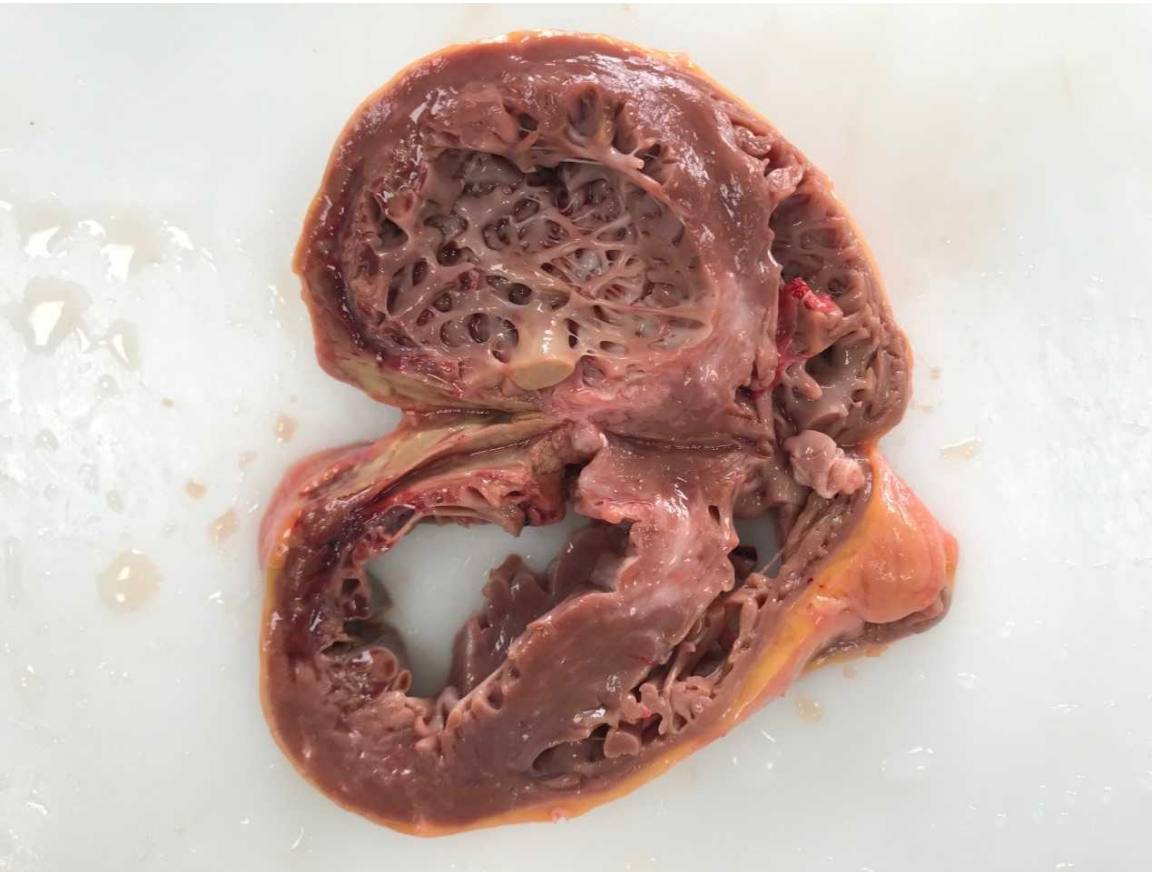
b) NE



- vzhledem k dosavadnímu průběhu stonání v konsenzu péče neextendována a pacient ten den exitoval
- případ dokládá vysokou mortalitu pacientů s KŠ i ARDS
- poučení pro mě – rezervy a otázky stran strategie a délky UPV (časnější extubace i s rizikem reOTI?), timing CT, vedení antimikrobiální léčby, zkušenosti s léčbou ARDS..



Závěrem sekční nálezy



dilatace LKS, poinfarktová jizva v septu, infarzace spodní, zadní a bočné stěny, infarzace papil. svalů
extrémní otok plic, minim. zánět
oboustranná plicní embolizace, trombóza VCS



Děkuji za pozornost

