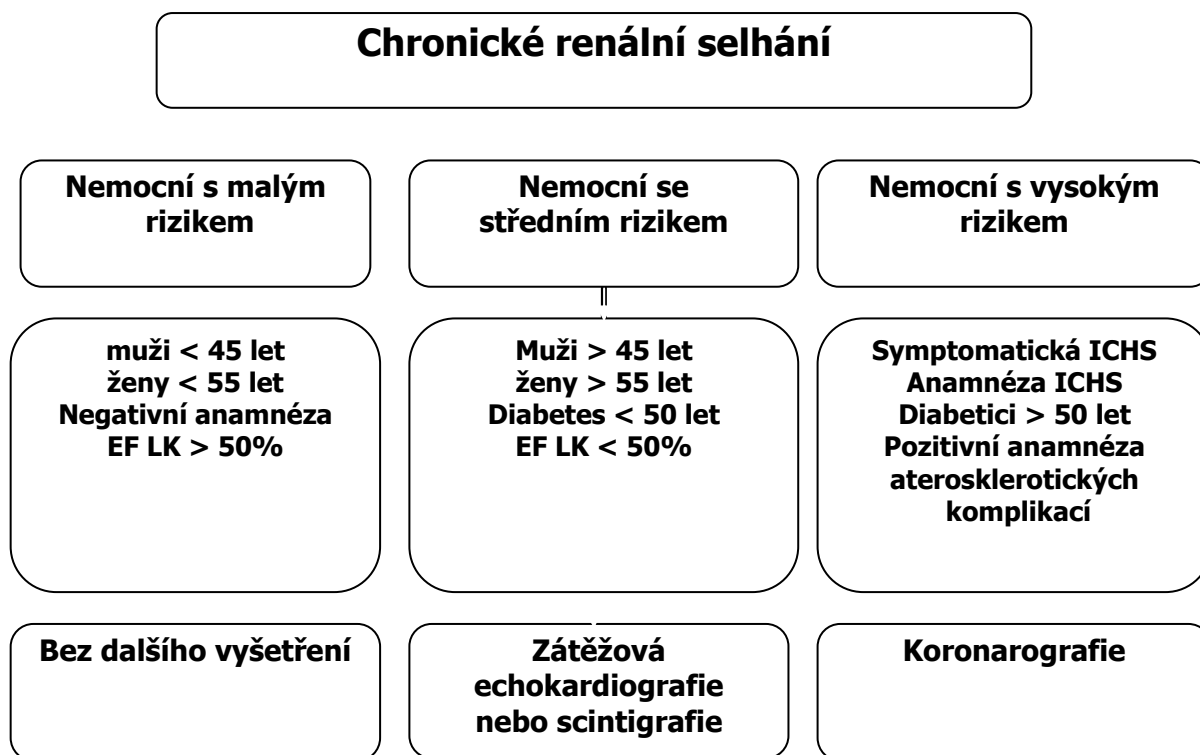


Zařazování do čekací listiny na transplantaci ledviny- kardiologická problematika

Doc. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.

Nemocní s nezvratným selháním funkce ledvin jsou ve vysokém riziku vzniku kardiovaskulárních komplikací nejenom v průběhu dialyzační léčby ale také po transplantaci ledviny. V kontextu s nepoměrem mezi počty nemocných čekajících na transplantaci, počty všech dialyzovaných nemocných, limitovanými počty vhodných dárců k transplantaci a relativně dlouhé střední době funkce transplantované ledviny, je zcela nezbytné u nemocných před zařazením na čekací listinu vyšetřit stav kardiovaskulárního aparátu s cílem maximálně omezit riziku vzniku kardiovaskulární morbidity a mortality u nemocných s funkční transplantovanou ledvinou v krátkodobém horizontu po transplantaci. Základním vyšetřením u všech nemocných u kterých se uvažuje o transplantaci ledviny je provedení **echokardiografického vyšetření** s cílem vyloučit zjevné a významné chlopňové vady, uremickou kardiomyopatii projevující se závažným omezením EF LK, stejně tak jako klidové poruchy kontraktility ukazující na významnou ischemickou chorobu srdeční. **Klidové EKG a RTG vyšetření srdce a plíc** jsou samozřejmostí a není třeba je dále komentovat.

Problém spočívá v tom, že i prakticky normální nálezy z výše uvedených vyšetření nevylučují němou ischemickou chorobu srdeční. To proto, že dialyzovaní nemocní nemají větší pohybovou aktivitu a proto se u nich příznaky *anginy pectoris* nemusí vůbec projevit. Proto jsou tito nemocní vyšetřováni podle míry rizika. Toto doporučení vychází z publikovaných doporučení AHA resp. ASTP. V současnosti je doporučován tento postup:



Nemocní ve středním riziku podstupují zátěžová vyšetření, v naprosté většině případů nyní dobutaminovou echokardiografií, bicyklová echokardiografie má daleko menší výpovědní hodnotu. Jako alternativa připadá v úvahu dipyrindamolová scintigrafie myokardu na pracovištích, kde má tato metoda dobrou výpovědní hodnotu. V případě pozitivního nálezu; ze zátěžových testů, z klidové echokardiografie, nebo na základě vysokého rizika, pak nemocní podstoupí koronarografické vyšetření. V principu je možno očekávat 4 varianty řešení: 1: nemocní mají příznivý nálezu; 2: nálezu je indikací k revaskularizaci; 3: nálezu je ke konzervativnímu sledování a není (zatím) indikací k revaskularizaci; 4: Nálezu není prognosticky příznivý. Nemocní tak ve variantě 2 podstoupí PTCA a nebo by-pass a pak jsou zařazeni, nemocní ve variantě 1 a 3 se mohou zařadit do čekací listiny, ve variantě 4 pochopitelně nikoliv. Po roce čekání na transplantaci musí nemocní s variantou 2 a 3 podstoupit **re-SKG**, u nemocných s variantou 1 postačí echokardiografické vyšetření případně zátěžové vyšetření, jsou-li pochybnosti. Nemocní s uremickou kardiomyopatií a EF LK<30-35% musí mít nejdříve změněnou dialyzační strategii a teprve následně mohou být vyšetřováni transplantcentrem. V těchto případech se ale postupuje přísně individuálně.