

XIII. sjezd České internistické společnosti, Brno, 1.–4. listopadu 2006

Sborník abstrakt k přednáškám

1. Účinnost antiagregační terapie u nemocných s diabetes mellitus 2. typu (poster)

T. Adámek, Z. Paluch, T. Richter, V. Jedličková, Š. Alušík

I. interní klinika Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Účinnost antiagregační terapie je důležitým cílem primární a sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. Dle literárních údajů je antiagregační terapie u 10–60 % nemocných nedostatečná. S délkou terapie narůstá i počet pacientů s nedostatečným účinkem této léčby. U těchto nemocných přibližně v 40–50 % dochází k recidivě kardiovaskulární příhody během dalších dvou let. V současnosti se soustřeďuje pozornost na sledování a detekci účinnosti antiagregační terapie. Vyšetřili jsme hladiny 11-dehydrotromboxanu B2 v moči u souboru nemocných s diabetes mellitus 2. typu užívajících 100 mg denně kyseliny acetylsalicylové. Hodnoty odpovídající neúčinné antiagregační terapii jsme zjistili u 42,8 % nemocných. Výsledek upozorňuje na důležitost sledování účinnosti antiagregační terapie v této skupině nemocných.

2. Limity k dosažení kompenzace diabetes mellitus 1. typu ze strany pacienta i terapie (přednáška)

J. Andrášková, M. Koukalová

Diabetologické centrum II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Neuspokojivá kompenzace nemocných s diabetes mellitus (DM) 1. typu nastává nejčastěji v důsledku chyb ve stravování, špatné aplikace i manipulace s inzulinu, špatné úpravy léčby podle glykemií, fyzické aktivity nebo při zvláštních situacích. Z pohledu terapie je nutné si uvědomit, že v současné době žádný způsob léčby DM 1. typu není ideální, jako je fyziologické vyplavování inzulinu B buňkami pankreatu. Nejmodernější léčebné možnosti, jakými jsou CSII a nebo využití kombinace krátkodobých a dlouhodobých analog, představují metody, které se fyziologii jen přibližují. Aby mohly být beze zbytku jejich přednosti využity, vyžaduje to cílenou edukaci nemocných.

3. Specifika ambulantní ošetrovatelské péče o děti s cystickou fibrózou (přednáška)

K. Austová

Pediatrická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha, Centrum CF

Cystická fibróza je závažné, multisystémové, geneticky podmíněné onemocnění. Projevuje se chronickým onemocněním dýchacích cest, insuficiencí zevní sekrece pankreatu, zvýšenou koncentrací elektrolytů v potu a obstruktivní azoospermii. Mezi klinické příznaky patří přetrvávající kašel, opakované a protrahované infekce dýchacích cest, nosní polypóza, nápadně slaný pot, neprospívání, objemné a mastné stolice a často i prolapsy rektu. Základním vyšetřením stanovujícím tuto diagnózu, je vyšetření chloridů v potu, které je při pozitivitě potvrzováno genetickým vyšetřením. K pravidelně prováděným vyšetřením, vztahujícím se k plicnímu postižení, patří zánětlivé parametry, spirometrie, RTG a HRCT plic a ORL. Léčba dýchacího ústrojí spočívá v předcházení a antibiotické léčbě zánětů a ve zředování a odstraňování hustého sekretu z povrchu dýchacích cest pomocí inhalací a dechové rehabilitace. Z vyšetření trávicího ústrojí se nabírá krev na biochemii, stolice na vyšetření lidské elastázy, děti docházejí na antropologii, sonografii bříška a glukózetoleranční test. Léčba spočívá v podávání pankreatických enzymů v podobě mikropelet, ursodeoxycholové kyseliny a hyperalimentaci, mnohdy i pomocí nutričních doplňků. Práce sestry a lékaře je obtížnější proto, že pacienti musí být striktně odděleně ošetřeni podle typu kolonizace dýchacích cest, a to jak v ambulantním režimu, tak za hospitalizací.

Ošetřování se provádí za přísných hygienických podmínek. Prognosticky zvláště negativní efekt má především chronická infekce *Pseudomonas aeruginosa* a *Burkholderia cepacia*. Tyto bakterie neohrožují příbuzné, ani ostatní pacienty, ani zdravotnický personál. Chronická infekce *Pseudomonas aeruginosa* se léčí podáváním intravenózních antibiotik podáváním 3–4krát ročně. Někteří rodiče mohou tato antibiotika podávat dítěti doma sami po důkladné informaci lékařem o všech možných komplikacích a po zaškolení sestrou. Na ambulanci se též provádějí specifická vyšetření, jimiž jsou kyslíkový test, 6minutový test chůze nebo odběry a vyšetření před zařazením na čekací listinu na transplantaci plic. U tohoto závažného onemocnění je nutná spolupráce rodičů se zdravotnickým týmem a zavádění nových poznatků do léčby. Pak mají pacienti naději, že se dožijí genové terapie.

4. Rehabilitace pomocí nízkofrekvenční elektrické stimulace kosterních svalů u pacientů se srdečním selháním (přednáška)

P. Balcárková¹, P. Dobšák², J. Siegelová², L. Špinarová¹, J. Vítovec¹

¹ I. interní kardiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

² Klinika funkční diagnostiky a rehabilitace LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Nízkofrekvenční elektrická stimulace (NFES) kosterních svalů, jako podpůrný prostředek svalové regenerace a prevence atrofie, je nová metoda využívaná v rehabilitaci kardiaků.

Cíl: Posoudit pozitivní účinek NFES na svalovou sílu a krevní průtok svaem u pacientů s pokročilým chronickým srdečním selháním (CHSS).

Metodika: Pacienti se stabilizovaným CHSS (n = 15; věk 56,5 ± 5,2 let; NYHA III–IV; EF 18,7 ± 3,3 %) absolvovali 6týdenní program NFES stehenních a lýtkových svalů (ELPHA 2000 Danmetr; 1 hodina denně, 7 dní v týdnu; 10 Hz). Pomocí izometrické dynamometrie byly 1krát týdně hodnoceny maximální svalová síla ($F_{\max}$; N) a vrcholový moment síly ($PT_{\max}$; Nm). Pulzní dopplerovskou ultrasonografií byla během každé aplikace stimulace měřena rychlost krevního průtoku v pravé a. femoralis (BFV). Systolický, diastolický tlak krve a tepová frekvence (STK, DTK, TF) byly měřeny denně před a po cvičení.

Výsledky: Po 6 týdnech NFES došlo k signifikantnímu vzestupu $F_{\max}$ (z 224,5 ± 96,8 na 340,0 ± 99,4 N; $p < 0,001$) a $PT_{\max}$ (z 94,5 ± 41,5 na 135,3 ± 28,8 Nm; $p < 0,01$), došlo k signifikantnímu zvýšení BFV v a. femoralis během aplikace NFES (z 35,7 ± 15,4 cm.s⁻¹ na 48,2 ± 18,1 cm.s⁻¹; $p < 0,05$). Po dobu svalové stimulace nedošlo k signifikantním změnám v STK, DTK a TF.

Závěr: NFES kosterních svalů dolních končetin zvyšuje svalovou sílu a krevní průtok bez ovlivnění hemodynamických parametrů. Jako metodu bezpečnou a pacienty dobře tolerovanou ji lze doporučit jako alternativu klasického tréninku u pacientů s těžším stupněm CHSS.

Podpořeno IGA MZČR 7983-3 a MSM 0021622402.

5. Aldosteron produkující adenom: srovnání dvou kazuistik (poster)

K. Balšíková, J. Ulbrych

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Hypertenze patří v současnosti k nejčastějším onemocněním postihujícím naši populaci. Výskyt sekundární hypertenze se udává u 5–10 % hyperteniků. Nejčastější formou endokrinně podmíněné hypertenze je mineralkortikoidní hypertenze, v 95–99 % se jedná o primární hyperaldosteronizmus. Primární hyperaldosteronizmus je syndrom způsobený autonomní nadprodukcí aldosteronu z kůry nadledvin, nejčastěji při aldosteron produkujícím adenomu nebo bilaterální adrenální hyperplazii, ostatní formy – unilaterální adrenální hyperplazie, familiární hyperaldosteronizmus typu I, II či adenokarcinom – se vyskytují zřídka. Výskyt primárního hyperaldosteronizmu v celkové populaci je odhadován mezi 3–8 %. Na možný hyperaldosteronizmus je nutno myslet u pacientů s hypertenzí, zejména hypertenzí obtížně korigovanou, a u tzv. non-dipperů, při přítomnosti hypokalemie (s možnými klinickými projevy – např. svalová slabost, zvýšený výskyt arytmií) a současné hypernatremie, zvýšené kaliuráže či metabolické alkalózy. Základem laboratorní diagnostiky je stanovení plazmatické reninové aktivity (PRA), hladiny aldosteronu (ALDO) a stanovení poměru ALDO/PRA. V diagnostice familiárních forem lze již užít genetické analýzy. K potvrzení diagnózy primárního

aldosteronizmu se používají dva typy testů. Jednak stimulační testy – posturální test, a jednak supresní testy prokazující absenci suprese produkce aldosteronu (např. fludrokortizonový test, test expanze IVT nebo kaptoprilový test). Tyto testy slouží k odlišení jednotlivých forem primárního hyperaldosteronizmu a zohledňují odlišnou regulaci sekrece aldosteronu – dle závislosti na angiotenzinu II a ACTH. U posturálního testu dochází ke zvýšení aldosteronu o více než 30 % u hyperplazie vs adenom, u kaptoprilového testu dochází k poklesu ALDO/PRA u hyperplazie vs adenom, u testu s expanzí IVT pokles ALDO u hyperplazie vs adenom. K morfologické diagnostice je metodou volby CT nadledvin. V případě nejasnosti funkčních testů a morfologického vyšetření je současně zlatým standardem diagnostiky selektivní katetrizace suprarenálních žil s odběry hormonů. V naší kazuistice bychom rádi ukázali srovnání 2 pacientů, 47letého muže a 49leté ženy s obtížně korigovatelnou hypertenzí, oba s nálezem aldosteron produkujícího adenomu, avšak odlišnými výsledky funkčních testů. Tím chceme ukázat aplikaci diagnostických postupů ve vyšetřování primárního hyperaldosteronizmu a poukázat na komplikovanost interpretace laboratorních parametrů.

6. Diagnostická a terapeutická endoskopie dolní části trávicího traktu (přednáška)

H. Bartošová, R. Študentová, A. Ruberová

Gastroenterologické oddělení FN u sv. Anny, Brno

V práci autorky seznamují s diagnostickou endoskopií dolní částí trávicího traktu, tedy kolonoskopií. Jsou zmíněny indikace tohoto vyšetření, kontraindikace, příprava pacienta, vlastní vyšetření a následná péče o pacienta po vyšetření. Závěrem jsou nastíněny možnosti terapeutické endoskopie dolní části trávicího traktu.

7. Výživa ve vyšším věku, ovlivnění fyzické a psychické aktivity, teorie a praxe (přednáška)

M. Bauerová

Odbor ošetrovatelské péče FN u sv. Anny, Brno

Výživa člověka je ovlivněna od dětství. A to rodinnými zvyklostmi, krajovými zvyklostmi, profesí. Samozřejmě musíme přihlížet k individuální schopnosti organismu trávit určité živiny (individuální preference potravin). Proto při výživě seniorů zohledňujeme tyto aspekty: 1. zdravotní, 2. fyzické, 3. psychosociální. Vazba mezi těmito aspekty a výživou je vzájemně ovlivňována. V péči o seniory je proto nutná péče multidisciplinární.

8. Těžká akutní pankreatitida v intenzivní péči (přednáška)

M. Beňová, R. Onderková, F. Novák, A. Žák

IV. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Těžká akutní pankreatitida představuje život ohrožující onemocnění, jehož prognóza závisí na celé řadě faktorů a vyžaduje multidisciplinární přístup. Kromě nutnosti časně volumexpanze, nutriční podpory preferenčně enterální cestou a komplexní metabolické péče je klíčový správný výběr pacientů k intervenci chirurgické či radiologické a její optimální načasování. I přes výrazně hlubší současné znalosti patofyziologických mechanismů vedoucích k rozvoji nekontrolované SIRS v průběhu těžké akutní pankreatitidy zůstává mortalita stavů komplikovaných infekcí pankreatických nekrotů vysoká (15–50 %).

Metodika a výsledky: V našem příspěvku se jedná o retrospektivní observační studii, ve které srovnáváme průměrnou délku hospitalizace, mortalitu, počet a charakter komplikací u pacientů hospitalizovaných na JIP IV. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Praha v období od ledna roku 2000 do května roku 2006. V uvedeném období jsme na naši JIP hospitalizovali celkem 90 pacientů s těžkou akutní pankreatitidou, z nichž část byla léčena konzervativně a část podstoupila jistou formu chirurgické či radiologické intervence v různém časovém horizontu.

Závěr: Monitorace a léčba pacientů s těžkou akutní pankreatitidou, kteří vyžadují intenzivní péči, by měla být pravidelně soustředována, pokud je to možné, na pracoviště vyššího typu s trvalou přítomností intenzivisty a dostupností následujícího komplementu péče: zkušeného endoskopisty s možností provedení ERCP do 24 hodin, erudovaného chirurgického týmu, intervenčního radiologa a odpovídající laboratorní diagnostiky.

9. Predikce optimální léčebné procedury při extrakorporální eliminaci LDL-cholesterolu vhodná pro klinickou praxi (počítačem řízený model) (přednáška)

M. Bláha¹, V. Mašín¹, V. Bláha¹, J. Malý¹, M. Blažek¹, S. Filip¹, R. Zimová², J. Zajíc¹

¹ LF UK a FN Hradec Králové

² Státní ústav pro kontrolu léčiv, Praha

Dosud není dořešena metodika léčebných procedur při LDL-aferézách (racionální a plné využití kapacity imuno-adsorpčních kolon).

Materiál a metodika: Bylo provedeno a vyhodnoceno 463 léčebných procedur. Koncentrace cholesterolu v plazmě klesá podle křivky, která je matematicky definovatelná. Byl vytvořen software v prostředí MS Excel, včetně HTML verze; dosadí se hmotnost, výška a koncentrace LDL v plazmě v mmol/l. Program stanoví množství plazmy nutné k průtoku a přesnému zaplnění jednotlivých kolon.

Výsledky: Velmi dobrá shoda mezi vypočtenými hodnotami a reálnými laboratorními výsledky. Kalkulované a reálné hodnoty výsledné hladiny LDL-cholesterolu po proceduře se liší o méně nežli $\pm 10\%$.

Závěr: Program je vhodný pro denní klinickou praxi a využíváme ho.

Podporováno granty NR/8505-3, NR/8062-3, MZO 00179906, MSM 0021620820, NR/91034, NR/9118-3.

10. Danger of infection transmission during graft in stem cell transplantation: clinical experience with system of prevention (poster)

M. Bláha¹, P. Měřička¹, J. Malý¹, L. Jebavý¹, P. Žák¹, M. Cermanová¹, S. Filip¹, M. Blažek¹, R. Malý¹, R. Zimová², V. Řeháček¹

¹ LF UK a FN Hradec Králové

² Státní ústav pro kontrolu léčiv, Praha

Aim: In the submitted paper attention is focused on danger of infection transmission by infusion of cryopreserved peripheral blood progenitor cells or bone marrow to the patient and/or cross contamination of stored grafts.

Methods: 35 related donors and 152 pts were tested before the peripheral blood stem cell or bone marrow harvest according to the standards of EBMT and ISHAGE-Europe.

Results: No laboratory signs of active infection: 22 donors (62.85 %), 91 patients (59.9 %) only.

Conclusion: The rate of clinically unsuspected (but dangerous) infections in donors and patients remains relatively high in spite of the fact that the system of donor search and the whole transplantation procedure have improved in the last years.

Supported by the grants NR/8505-3, NR/8062-3, MZO 00179906, MSM 0021620820, NR/9103-4, NR/9118-3.

11. Significance of changes in microcirculation during rheopheretic therapy of age related macular degeneration – our experience (poster)

M. Bláha¹, E. Rencová¹, V. Bláha¹, M. Blažek¹, D. Solichová¹, J. Malý¹, R. Zimová²

¹ Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta UK Hradec Králové

² Státní ústav pro kontrolu léčiv, Praha

Hemorheopheresis is specifically designed to treat some microcirculatory disorders.

Method: Elimination of an exactly defined spectrum of high-molecular weight rheologically relevant plasma proteins by Evaflux filters results in the pulsed reduction of plasma viscosity as well as whole blood viscosity, which can lead to sustained microcirculatory recovery.

Patients: 40 procedures were performed in 5 patients with dry form of age-related macular degeneration.

Results: Rheopheresis corrects ischemia of external retinal layers, and can initiate soft drusen absorption and reduce the risk of blindness. Described modification of hemorheopheresis is an effective and safe procedure.

Supported by the grants NR/8505-3, NR/8062-3, MZO 00179906, MSM 0021620820, NR/9103-4, NR/9118-3.

12. Analyzátor PFA-100 a vyšetření primární hemostázy u pacientů léčených LDL-aferézou (poster)

M. Blažek, M. Bláha, J. Malý, V. Bláha, M. Pecka, L. Slováček
Oddělení klinické hematologie II. interní kliniky LF UK a FN Hradec Králové

Úvod: LDL-aferéza je metoda extrakorporální eliminace LDL-cholesterolu používaná u pacientů se závažnou hyperlipidemií rezistentní na farmakoterapii a dietní opatření. Určení vhodných ukazatelů účinnosti této léčby na dostatečné snížení aktivity aterosklerózy stále zůstává nedořešeným problémem.

Metodika: Bylo použito vyšetření analyzátozem Dade Behring PFA-100 (Německo), který umožňuje měřit destičkami zprostředkovanou hemostázu z nesrážlivé krve. Metoda napodobuje aktivaci destiček mechanickou zátěží a kolagenem in vivo. Sledujeme 9 pacientů s FH (4 ženy a 5 mužů), medián věku 55 let, z nich 2 homozygoti.

Výsledky: Ve všech případech se po separaci hodnoty CT (closure time) prodloužily, avšak míra prodloužení CT po procedurách nedosáhla statistické významnosti ($p < 0,14$). Nebyly rozdíly mezi homozygoty a heterozygoty.

Závěr: Procedura LDL-aferézy u nemocných s FH zlepšuje poměry primární hemostázy. Vyšetření analyzátozem PFA-100 však není vhodné pro aktuální posouzení optimální intenzity jednotlivých procedur LDL-aferézy.

Práce byla podpořena granty MZ CR NR/8505-3; MZ CR NR/8062-3, NR/9103-4, MZO 00179906.

13. Zlepšení aktivovaných agregačních funkcí trombocytů po proceduře léčebné LDL-aferézy (poster)

M. Blažek, M. Bláha, J. Malý, V. Bláha, L. Slováček, M. Pecka, J. M. Horáček
Oddělení klinické hematologie II. interní kliniky LF UK a FN Hradec Králové

Úvod: LDL-aferéza je metoda extrakorporální eliminace LDL-cholesterolu používaná u pacientů se závažnou hyperlipidemií rezistentní na farmakoterapii a dietní opatření. Určení vhodných ukazatelů účinnosti této léčby na dostatečné snížení aktivity aterosklerózy stále zůstává nedořešeným problémem.

Metodika: Vyšetření byla prováděna standardním způsobem na agregometru PACKS-4 (Helena Laboratories). Předně jsme ve výzkumné sondě provedli standardní spektrum agregační vyšetření, kde jediné změny byly naznačeny po stimulaci ADP. Proto jsme dále vyšetřili agregace s použitím 3 různých ředění ADP – konkrétně 2,5 μM , 1,25 μM a 0,625 μM . Sledujeme 7 pacientů s FH (3 ženy a 4 muži), medián věku 55 let, z nich 2 homozygoti.

Výsledky: Po aferéze dochází ke zmenšení strmosti agregační křivky a ke snížení maximální amplitudy ($p < 0,05$).

Závěr: Modifikovaná vyšetření agregace trombocytů by mohla být dalším ukazatelem, vhodným ke sledování aktivity procesu u těchto těžce nemocných. Jde však o relativně technicky a ekonomicky náročná vyšetření.

Práce byla podpořena granty: MZ CR NR/8505-3; MZ CR NR/8062-3, NR/9103-4, MZO 00179906.

14. Péče o nohy u diabetiků (přednáška)

K. Burešová
Ambulance podiatrie Diabetologického centra II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Postižení dolních končetin u diabetiků je jednou z nejobávanějších komplikací cukrovky. Typický je z počátku nenápadný průběh těchto změn, jako jsou drobné otoky, poranění či kožní infekce. Při onemocnění cukrovkou dochází velmi často dříve nebo později k poškození cév a nervů, takže i malému poranění, otlaku nebo puchýři by měl diabetik věnovat svou pozornost a co nejdříve navštívit svého diabetologa nebo lékaře na podiatrii. Důležité je přijít včas! Chceme-li účinně bojovat proti pozdním komplikacím diabetes mellitus (DM), jako je syndrom diabetické nohy (DN), musíme se jim naučit předcházet nejen dobrou spoluprací pacienta s lékařem, ale i neméně důležitou péčí o nohy diabetiků a prevencí poranění nohou diabetika.

15. Klinický korelát stařecké křehkosti: rozbor kazuistik (přednáška)

I. Doležalová, E. Topinková

Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha a Subkatedra geriatrie IPVZ Praha

Vyšší věk s sebou často přináší progredující pokles funkčních schopností a ztrátu funkčních rezerv, vedoucí ke zhoršené reaktivitě a adaptabilitě seniora při fyzické nebo psychické zátěži, při manifestaci choroby nebo při změnách okolního prostředí. V současné geriatrii je stav označován jako syndrom „křehkosti seniora“. S klinickými projevy tohoto syndromu se setkáváme již po 65. roce věku, typicky je maximum výskytu po 80. roce věku a stav bývá velmi často zaměňován za projevy nemoci. Naše prezentace srovnává kazuistiky 2 stejně starých seniorek se zcela rozdílným průběhem hospitalizací, jejichž společným jmenovatelem je nediagnostikovaný syndrom „stařecké křehkosti“, špatně chápaný jako dekompenzace chronické polymorbidity. Klinické projevy tohoto syndromu vedly u obou seniorek ke zbytečným hospitalizacím na klinických pracovištích a k nadbytečným diagnostickým a terapeutickým postupům, které stav obou nemocných nezměnily a ani nezlepšily kvalitu jejich života nebo životní prognózu. V naší prezentaci poukážeme i na nutnost komplexního funkčního vyšetření seniorů nad 65 let věku, které pomůže lékařům v diagnostické rozvaze a upřesnění terapeutického plánu.

16. Vaskulitidy: současné a budoucí trendy v diagnostice a léčbě (poster)

M. Dvořáková¹, J. Vítovec¹, I. Hofírek¹, J. Litzman²

¹ I. interní kardiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno,

² Ústav klinické imunologie a alergologie LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Vaskulitidy charakterizuje zánětlivé poškození cév, popř. nekróza vedoucí k okluzi cévy s následnou ischemií. Spektrum projevů vaskulitid je rozsáhlé a symptomatologie natolik rozmanitá, že je vhodnější použít název syndrom vaskulitidy. Mechanizmy poškození cév se liší u různých typů vaskulitid, vesměs se však jedná o imunopatologické reakce. Často jsou vaskulitidami postiženi nemocní v mladém či produktivním věku. Až na výjimky (polékové vaskulitidy) je nutnost zahájení okamžité a agresivní terapie pomocí imunosupresivních preparátů (např. u prudce splanuvších, život ohrožujících vaskulitických syndromů provázených kožními ulceracemi či systémovými projevy). Vaskulitidy jsou interdisciplinárním problémem, u kterého je ke správné diagnostice nutná spolupráce internisty-angiologa, imunologa, revmatologa, patologa, popř. cévního chirurga. Hlavním úkolem angiologa je včasné posouzení závažnosti onemocnění, volba správné strategie při rozvržení diagnostických metod tak, abychom co nejpřesněji stanovili základní onemocnění, popř. mohli odstranit vyvolávající příčinu, a určit správnou v mnoha případech agresivní léčbu. Na konkrétních pacientech chceme ukázat diagnostiku jednotlivých typů vaskulitid, možnosti a limitace současné léčby a nastínit trendy v problematice vaskulitid do budoucna.

17. Rozšíření výuky interního lékařství o nový modul: diagnostické přístrojové technologie v interní medicíně (poster)

J. Filipovský¹, Z. Hess¹, L. Bolek², J. Hirmerová¹

¹ II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

² Ústav biofyziky LF UK Plzeň

Úvod: Studenti lékařských fakult jsou příliš často při výuce předmětu Vnitřní lékařství stavěni do role pasivních posluchačů. Trendem současného vysokého školství je však co největší sblížení teorie s praxí.

Cíl: Přiblížit posluchačům 5. ročníku všeobecného lékařství některé běžné zobrazovací technologie v kardiovaskulární medicíně formou nácviku praktických dovedností.

Provedení: Autoři toho sdělení se stali úspěšnými řešiteli Rozvojového projektu MŠMT. Z prostředků grantu byly zakoupeny diagnostické přístroje. Na lékařské fakultě byl zaveden nový předmět – Diagnostické přístrojové technologie v interní medicíně složený z přednášek a praktických cvičení. Studenti v rámci tohoto předmětu mají možnost sami si vyzkoušet funkci prezentovaných přístrojů.

Závěr: Moderní technologie pronikají stále více do všech odvětví medicíny. Praktická výuka na těchto přístrojích povede ke zkvalitnění výuky medicíny. Tím, že se tyto přístroje nepoužívají k rutinní klinické praxi, mají studenti možnost se s nimi lépe seznámit.

18. Podávání blokátorů I1-imidazolinových receptorů u pacientů s chronickou renální insuficiencí (CHRI): pilotní studie (přednáška)

D. Fischlová, P. Vorel, T. Vychodilová

Hemodialyzační středisko – predialyzační poradna, Nemocnice Kladno

Úvod: Centrálně působící léky nové generace mají prokázaný účinek a působí:

1. selektivně na imidazolinové I1-receptory v CNS a ledvinách (tubulární buňky), a tím působí na neurální i renální mechanismy regulace TK
2. zlepšení tolerance glukózy a zvyšují citlivost na inzulin
3. protektivně na vývoj HY LK (antihypertenzivní účinek je provázen signifikantní regresí HY LK) a mikroalbuminurii
4. neutrálně v souvislosti s metabolismem lipidů – tedy zmenšují kardiovaskulární riziko.

Metodika: Sledovány a komparovány hodnoty TK, kreatininu a GF u 22 pacientů léčených moxonidinem a rilmenidinem, při 12měsíčním sledování (9/2004–9/2005) v predialyzační poradně.

Výsledky: Cynt (moxonidin) užívalo 11 pacientů, 6 žen průměrného věku 72,6 let v období 9/2004–9/2005 a 5 mužů průměrného věku 63,0 let ve stejném období. Výsledky ukazuje tab. 1.

Tab. 1.

	Dávka (mg)	Věk	Kreatinin (μmol/l)		GF-MDRD (ml/s)		DM	HT	ICHS	Vývoj
			9/04	9/05	9/04	9/05				
Průměr	0,55	68,3	236	299	0,396	0,347	–	–	–	–
Rozmezí	0,2–0,8*	44–82	139–350	128–527	0,222–0,797	0,130–0,937	–	–	–	–
Počet	–	–	–	–	–	–	6	11	3	→ PDL 1 → Konzerv. 10

průměrná hodnota poklesu GF MDRD = 0,048 ml/s = 23,1 %

* překročena maximální doporučená dávka s vědomím a souhlasem pacienta

Tenaxum (rilmenidin) užívalo 11 pacientů, 7 ženy průměrného věku 62,7 let v období 9/2004–9/2005 a 4 muži průměrného věku 60,25 let ve stejném období. Výsledky ukazuje tab. 2.

Tab. 2.

	Dávka (mg)	Věk	Kreatinin (μmol/l)		GF-MDRD (ml/s)		DM	HT	ICHS	Vývoj
			9/04	9/05	9/04	9/05				
Průměr	2,3	61,8	254	303	0,517	0,310	–	–	–	–
Rozmezí	1,0–3,0*	52–67	120–376	128–718	0,290–1,030	0,111–0,842	–	–	–	–
Počet	–	–	–	–	–	–	8	10	3	→ PDL 2 → Konzerv. 9

průměrná hodnota poklesu GF MDRD = 0,207 ml/s = 100 %

* překročena maximální doporučená dávka s vědomím a souhlasem pacienta

Závěr: 1. Prakticky neexistuje onemocnění, u kterého by bylo třeba absolutně vyloučit podávání moxonidinu. 2. Moxonidin je tedy možné podávat nejen u nekomplikované hypertenze, ale vzhledem k jeho vlastnostem (metabolická neutralita) a významnému antihypertenzivnímu účinku i u hypertenze s přidruženými onemocněními, jako je CHRI, DM, metabolický syndrom a dyslipidemie. 3. Jeho účinnost je srovnatelná s ostatními antihypertenzivy první volby, takže tam, kde není možné podat ACEI, sartan či betablokátor nastupuje moxonidin. Je možné jej s těmito antihypertenzivy kombinovat, velmi výhodné je synchronní podání s ACEI, sartany a diuretiky.

19. Diagnostická a terapeutická endoskopie horní části trávicího traktu (přednáška)

I. Folprechtová, D. Chybová

Gastroenterologické oddělení FN u sv. Anny, Brno

V práci autorky seznamují s diagnostickou endoskopií horní částí trávicího traktu, tedy ezofagogastroduodenoskopií. Jsou zmíněny indikace tohoto vyšetření, kontraindikace, příprava pacienta, vlastní vyšetření a následná péče o pacienta po vyšetření. Závěrem jsou nastíněny možnosti terapeutické endoskopie horní části trávicího traktu.

20. Zvláštnosti endokrinních chorob ve stáří (přednáška)

K. Greplová¹, J. Šlapák¹, P. Weber¹, V. Polcarová¹, K. Starý²

¹ Klinika interní, geriatry a praktického lékařství LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

² Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Mezi nejčastější endokrinní poruchy ve starším věku patří onemocnění štítné žlázy, které bývá diagnostikováno až u 25 % osob. Mnohdy nacházíme uzlovou přestavbu, a to jak strumy, tak nezhvětšené štítné žlázy. Dochází k ní v důsledku degenerativních změn a záchyt bývá náhodný při ultrazvukovém vyšetření karotid. Při cíleném vyšetření starší populace je často zjišťována porucha tyreoidální funkce, častěji hypotyreóza – u 10–15 % žen starších 65 let. Subklinické, ale i klinické projevy unikají pozornosti díky nenápadnému a pozvolnému průběhu, který imituje příznaky stárnutí. Tyreotoxikóza je u starších osob méně zastoupena, nicméně při nálezů dysrytmii, úbytku na váze, osteoporózy či nodózní strumy je na ni třeba myslet. Na paměti je třeba mít i vyvolání poruchy tyreoidální funkce působením některých léčiv, např. podáváním amiodaronu. Důležité je proto u rizikových osob provádět screeningové laboratorní vyšetření.

21. 24hodinové ambulantní monitorování krevního tlaku u hypertoniků s chronickou renální insuficiencí (přednáška)

V. Hamplová, V. Monhart

Interní klinika I. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice, Praha

Cílem práce bylo zhodnotit kontrolu krevního tlaku (TK) u hypertoniků s ledvinovou nedostatečností.

Metodika: Bylo vyšetřeno 100 osob (věk $68,7 \pm 11,9$ let, 67 mužů) s hypertenzí a mírnou až střední chronickou renální insuficiencí: sérový kreatinin $143,9 \pm 25,5$ ($100\text{--}200$) u 67 % a $259,3 \pm 65,2$ ($201\text{--}442$) $\mu\text{mol/l}$ u 23 %. Hodnocen kazuální TK, výsledky 24hodinové monitorace (Spacelab 90217) a medikace.

Výsledky: Kazuální systolický tlak (TKS) byl $144 \pm 14,4$, diastolický (TKD) $85,2 \pm 6,8$, průměrný 24hodinový TKS $128,2 \pm 15,2$, TKD $72,9 \pm 10,1$, denní TKS $130,8 \pm 15,1$, TKD $75,6 \pm 10,3$, noční TKS $121,9 \pm 18,2$, TKD $66,0 \pm 11,2$ mm Hg. Nekontrolovaná hypertenze v systolické složce byla u 21 %, v diastolické u 3 %, v obou složkách u 29 % pacientů. Noční hypertenzi mělo 8 %, fenomén bílého pláště 10 % osob, non-dippers bylo 25 %. Monoterapii mělo jen 15 % pacientů.

Závěry: 1. Hypertenze byla kontrolovaná u 47 % souboru; 2. Poruchu diurnálního rytmu mělo 25 % pacientů; 3. Kombinační terapie hypertenze (2–7 léků) byla nutná u více než 80 %.

22. Logoterapie u pacientů v chronickém dialyzačním programu (poster)

F. Havlát¹, K. Ševela², P. Vězda¹

¹ INNEF – HDC Mendelovy nadace, Brno

² II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Roku 1905 se narodil ve Vídni **Viktor Emanuel Frankl**, zakladatel vlastního psychoterapeutického směru – **3. vídeňské psychoterapeutické školy**, a to po psychoanalýze Sigmunda Freuda a individuální psychologii Alfreda Adlera. Byl profesorem neurologie a psychiatrie na vídeňské univerzitě. Jeho psychoterapeutický směr se nazývá **logoterapie**, přitom **logos** znamená **mysl**. Když téměř 90letý Viktor E. Frankl navštívil v roce 1994 Českou republiku, kam byl pozván k převzetí Zlaté medaile Masarykovy univerzity v Brně a čestného doktorátu Karlovy univerzity v Praze, přednesl při obou slavnostních příležitostech přednášku, jejíž námět by se dal charakterizovat heslem „**psychoterapie s duší**“. Za Franklovou psychoterapeutickou koncepcí je velmi konkrétní filozofická antropologie, která rozlišuje v člověku

tělo, duši (psyché) a **ducha** (logos). Duše je pro Frankla mostem mezi tělem, které řadí člověka do světa přírody, a duchem, který je noogenní vrstvou bytí; participace na ní člověka nesmírně vyvyšuje nad vše existující. Skutečný smysl je transcending a tkví v hodnotě **výkonu, zážitku** nebo **postoje**. V životě každého člověka jsou **rizikové faktory** – např. chudoba, zranění, chronická nemoc, ztráta blízké osoby, a **protektivní faktory**, které ochraňují lidský život a jsou to životní pozitiva. Záleží na poměru rizikových a protektivních faktorů. Převaha rizikových faktorů je člověku nebezpečná a může způsobit i nemoc. Co ochraňuje člověka psychicky i duchovně, když je v nouzi nebo při převaze rizikových faktorů? Frankl hledal to, co „potvrzuje život“ a přišel na pojem **LOGOS**, tzn. že nejsilnějším ochranným faktorem je orientace na smysl, na hledání smyslu. **Naplnění smyslu je tím nejsilnějším protektivním faktorem, pomocí kterého překonáváme i překážky.** Pacient stojí před překážkou (velký stres, smutek, zranění, zařazení do chronického dialyzačního programu ...). Všechny psychoterapeutické školy se zabývají překážkou. **Frankl** směřoval pozornost k tomu, **co je za tou překážkou.** Na smysl, který způsobuje, že je k něčemu dobré tuto překážku překonat („ano, to chci uskutečnit“). Když člověk může říci „ano“ smyslu, vidí smysl v překonání překážky, dokáže zmobilizovat síly k jejímu překonání. V každodenní práci ať lékařů či středně zdravotnického personálu u pacientů v chronickém dialyzačním programu nebo před zařazením na dialýzu je velmi velká možnost sáhnout do postupů, které používá logoterapie a umožnit pacientům překonávat vědomí nutnosti své závislosti na dialyzačním přístroji.

23. Takayasu arteritida a vaskulitidy velkých tepen jsou také diferenciálně diagnostickým internistickým problémem (přednáška)

I. Hofírek¹, H. Mertová², P. Vágner³, V. Feitová⁴, Z. Řehák⁵, A. Houzarová⁶, J. Böhmová⁷, L. Procházková⁷

¹ I. interní kardiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

² Revmatologická ambulance Nemocnice Ivančice

³ Revmatologická ambulance, Prostějov

⁴ Klinika zobrazovacích metod LF MU a FN u sv. Anny, Brno

⁵ Masarykův onkologický ústav, Brno

⁶ Revmatologická ambulance Nemocnice Jihlava

⁷ II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Práce se věnuje problematice Takayasu arteritidy a vaskulitid velkých tepen. Jedná se o onemocnění většinou neznámé etiologie postihující aortu a její velké větve. Incidence se u Takayasuovy arteritidy odhaduje na asi 2–3 případy na milion obyvatel a rok. Na opačném pólu je velkobuněčná arteritida s incidencí 100–200 případů. Onemocnění jsou závažná ve svém zpočátku nespecifickém průběhu a většinou i bez zjištěných změn na cévách. Při dalším vývoji mohou překvapit náhlým invalidizujícím ischemickým poškozením. Včasná diagnostika mnohdy může pomoci v odhalení onemocnění a brzké terapii. Doposud však není zřejmé, jaké diagnostické a léčebné metody se mají volit. Práce informuje o klinickém obrazu onemocnění, využití vyšetření cév od ultrazvukových metod přes vyšetřování mikrocirkulace po využití MRI a PET a laboratorních metod. V praxi se přes všechna svá omezení nejvíce uplatňují spolu se zobrazovacími metodami také angiologické metody. Probírána je jejich použitelnost a vhodné vyhodnocení. Dále práce předkládá názory na terapii s vlastními klinickými zkušenostmi autorů. Doplněna je o prezentaci 5 kazuistik vaskulitid velkých tepen.

24. Oddělení neinvazivní kardiologie (poster)

G. Hofmanová

I. interní klinika LF UK a FN Hradec Králové

V roce 2004 se oddělení neinvazivní kardiologie FN Hradec Králové nastěhovalo do nového pavilonu interních oborů. Ordinací máme sedm a součástí oddělení je i recepční pult, kde jsou registrováni a objednáváni pacienti na všechny vyšetřovací metody. Našimi pacienty jsou ambulantní a hospitalizovaní nemocní z FN Hradec Králové, z ordinací praktických lékařů z královehradeckého regionu i mimo něj. Oddělení neinvazivní kardiologie slouží diagnostice kardiovaskulárních onemocnění. Provádíme zde ultrazvukové vyšetření srdce a cév (TTE, TEE, dobutaminové ECHO), měření distálních tlaků na HK a DK, Holterovo monitorování EKG a TK, ergometrické vyšetření, tilt-up test. Na našich ambulancích pracují 3 lékaři, 6 zdravotních sester a 1 administrativní pracovnice. Další lékaři, kteří zde pracují, jsou z lůžkových oddělení, a také ti, kteří zde absolvují odbornou stáž.

25. Pilotní projekt registru infarktů myokardu (poster)

K. Charalampidi¹, H. Grünfeldová¹, Z. Monhart², D. Ryšavá³, J. Hubáč⁴, P. Janský⁵, V. Faltus⁶

¹ Interní oddělení Městské Nemocnice Čáslav

² Interní oddělení Nemocnice Znojmo

³ Interní oddělení Nemocnice Kutná Hora

⁴ Interní oddělení Nemocnice Chrudim

⁵ Kardiochirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

⁶ EuroMISE centrum, Ústav informatiky AV ČR, Praha

Statisticky jsme zpracovali data o všech pacientech s diagnostikovaným infarktem myokardu od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2005 ze spádové oblasti nemocnic Čáslav, Chrudim, Kutná Hora a Znojmo. Kritériem zařazení do registru byly buď elevace ST (u pacientů se STEMI odeslaných k dPCI) nebo pozitivita biochemických markerů nekrózy myokardu (troponin T nebo I, CKMB) u pacientů přijatých k hospitalizaci (při vyloučení jiné příčiny jejich positivity). Údaje byly získávány retrospektivně z dokumentace pacientů a zadávány do standardizovaného dotazníku. Sledovali jsme výskyt rizikových faktorů ICHS u pacientů s akutním IM, dále symptomatologii, EKG nález a hemodynamický stav pacienta při přijetí do nemocnice. Z terapeutických postupů byla hodnocena farmakoterapie během 24 hodin po přijetí, případná reperfuze terapie a dále léčba při propuštění. Byl sledován výskyt komplikací (srdeční selhání, šok, exitus, nutnost defibrilace, umělé ventilace či resuscitace) během hospitalizace. V rámci hodnocení diagnostických postupů v jednotlivých nemocnicích byl sledován počet pacientů, kteří za hospitalizace podstoupili echokardiografické a koronarografické vyšetření. Domníváme se, že námi vytvořený model potřebám praxe vyhovuje a v dané podobě poskytuje dostatek informací pro porovnání dat ze všech pracovišť, která se léčbou infarktů zabývají.

26. Dietoterapie v českém zdravotnickém systému (poster)

N. Chudobová

Dietologické centrum Brno, Bratislavská 2

Pohled na dietoterapii v rámci českého zdravotnictví lze označit za poměrně přezíravý. Nikoho nepřekvapí, že zdravotní politika v České republice není příliš nakloněna preventivní medicíně, přitom dietoterapie je jedním z přístupů, který by mohl ušetřit zdravotnímu systému nemalé finanční prostředky a vyřešit vleklé zdravotní potíže u řady pacientů. U českých pacientů navíc není podporován aktivní přístup k vlastnímu zdraví. Léčebné postupy vyžadující zapojení pacienta do procesu léčby nebývají tedy příliš oblíbené. Řada pacientů by volila i při možnosti podstoupit dietoterapii nějaký „pohodlnější“ způsob léčby. Je třeba zdůraznit, že slovo dieta se v západním světě nepoužívá ve smyslu nějakého omezení, ale ve smyslu jídelního režimu či stylu stravování. Tento termín, který se velice zkresleně používá, by se měl pacientům osvětlit, a pak ani slovo dietoterapie by neznělo tak nepříjemně. Pacienti by měli vědět, že pomocí dietoterapie se naopak naučí vhodně se stravovat. Nutriční terapeut není člověk, který se vyžívá v omezování pacientů, neboť praxe ukazuje, že žádné zákazy nevydrží věčně. Tito specialisté se naopak snaží s pacientem maximálně spolupracovat a najít vhodné řešení, které povede u pacienta k novému životnímu stylu a režimu stravování. Stravování pod dohledem specialisty tedy není žádná dieta ve smyslu omezování, která jednou skončí, ale nácvik nového stravovacího režimu. Hlavní náplní práce nutričního terapeuta je vysvětlit pacientovi výhody a principy nového stravovacího režimu, naučit pacienta krok po kroku novému výživovému chování, upevnit u pacienta žádoucí výživové návyky a pomoci pacientovi zvládnout změny ve stravování.

27. Význam inzulinové rezistence u familiární kombinované hyperlipidemie (přednáška)

D. Jackuliaková^{1,2}, H. Vavrková^{1,2}, D. Karásek^{1,2}, D. Novotný³, L. Slavík⁴, J. Lukeš⁵

¹ III. interní klinika FN Olomouc

² Lékařská fakulta UP Olomouc

³ Biochemická laboratoř FN Olomouc

⁴ Hematologická laboratoř FN Olomouc

⁵ Laboratoř KNM LF UP a FN Olomouc

Familiární kombinovaná hyperlipidemie (FKH) je charakterizována výskytem různých dyslipidemických fenotypů v jedné rodině (zvýšený celkový cholesterol či zvýšené triglyceridy či obojí). Zkoumali jsme vliv inzulinové rezistence na feno-

typické vyjádření FKH u 3 skupin: I (probandi FKH a jejich hyperlipidemičtí příbuzní, $n = 57$, podskupina Ia a Ib, tj. s $TG \geq a \leq 1,5$ mmol/l resp), II (normolipidemičtí příbuzní, $n = 48$) a III (kontrolní skupina zdravých osob, $n = 38$). Stanovili jsme hladiny plazmatických lipidů (CHOL, LDLc, HDLc, TG, apoB, nonHDLc) a parametry vztahující se k inzulinové rezistenci (lačná glykemie, inzulin, proinzulin, C-peptid, HOMA-index, tPA, PAI-1). Po adjustaci sledovaných parametrů k věku a pohlaví, resp. i k BMI, vykazovali hyperlipidemičtí jedinci s FKH a $TG \geq 1,5$ mmol/l větší inzulinorezistenci ve srovnání se skupinou normotriglyceridemických hyperlipidemických jedinců: inzulin (Ia vs III $p = 0,0373$, Ia vs Ib $p = 0,0103$), HOMA (Ia vs Ib $p = 0,0267$), C-peptid (Ia vs III $p = 0,0488$, Ia vs Ib $p = 0,0074$), proinzulin (Ia vs III $p = 0,0034$, Ia vs Ib $p = 0,0078$). Tyto rozdíly přetrvávaly vesměs i po adjustaci na BMI. FKH je spjata s vyšším výskytem inzulinorezistence.

Podpořeno IGA MZ NR19068-3

28. Sildenafil citrát v léčbě plicní hypertenze (poster)

P. Jansa, M. Aschermann, D. Ambrož, T. Paleček, A. Linhart

Centrum pro plicní hypertenzi II. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Praha

Plicní hypertenze je charakterizována zvýšením středního tlaku v plicnici a plicní cévní rezistence. V posledních letech jsme v léčbě tohoto syndromu svědky velkého pokroku. Farmakoterapie je úspěšná nejen u plicní arteriální hypertenze (PAH), zkouší se rovněž u ostatních typů chronické plicní hypertenze. Sildenafil citrát je prakticky selektivní inhibitor fosfodiesterázy 5, která se významně vyskytuje v plicním oběhu. Podání sildenafilu vede k inhibici degradace cyklického guanosinmonofosfátu, který je druhým poslem v regulační kaskádě NO. Důsledkem je relaxace buněk hladkého svalstva v cévní stěně a vazodilatace. Sildenafil zesiluje a prodlužuje účinek NO na plicní cirkulaci a brání vzniku rebound fenoménu po vysazení inhalace NO. U pacientů s chronickou tromboembolickou plicní hypertenzí a hypoxickou plicní hypertenzí vede několikaměsíční podání sildenafilu ke zlepšení funkční zdatnosti a hemodynamických parametrů. U pacientů s PAH byl sildenafil testován v multicentrické randomizované a placebem kontrolované studii s 278 nemocnými. Po dobu 12 týdnů byl podáván sildenafil v dávce 3krát denně 20 mg, 40 mg, 80 mg nebo placebo. Ve skupině léčených pacientů došlo k prodloužení vzdálenosti při testu šestiminutovou chůzí průměrně o 48 m proti výchozím hodnotám, rozdíl mezi jednotlivými skupinami s různým dávkovacím schématem nebyl významný. Po 12 měsících léčby byla u 222 analyzovaných osob tato vzdálenost prodloužena o 51 m. U léčených pacientů po 12 týdnech léčby signifikantně klesl střední tlak v plicnici, plicní cévní rezistence a zvýšil se srdeční index. Roční přežití v populaci 141 jedinců v otevřené fázi bylo 96 % proti očekávaným 71 %, přežití po 18 měsících bylo 95 % proti očekávaným 65 %. V rozsáhlé randomizované klinické studii s 265 nemocnými s PAH byl sildenafil testován v kombinaci s intravenózním epoprostenolem. Kombinace byla dobře tolerována a vedla k signifikantnímu zlepšení funkční zdatnosti ve srovnání s léčbou samotným epoprostenolem. Sildenafil v dávce 3krát denně 20 mg je registrován pro léčbu PAH ve funkčním stadiu NYHA III jako standardní součástí terapeutického schématu. Pro část nemocných se jistě stane lékem volby.

29. Naše zkušenosti s centralizací nemocných s plicní hypertenzí (přednáška)

P. Jansa¹, J. Lindner², D. Ambrož¹, T. Paleček¹, M. Aschermann¹, R. Bečvář³, A. Linhart¹

¹ Centrum pro plicní hypertenzi II. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Praha

² II. chirurgická klinika kardiiovaskulární chirurgie 1. LF UK a VFN, Praha

³ Revmatologický ústav, Praha

Východisko: Plicní hypertenze je závažný syndrom s velmi nepříznivou prognózou. Zahrnuje řadu onemocnění, která lze s úspěchem léčit farmaky (skupina plicní arteriální hypertenze – PAH) nebo chirurgicky (chronická tromboembolická plicní hypertenze – CTEPH). Autoři prezentují vlastní zkušenosti s centralizací těchto nemocných v České republice. **Soubor:** Od roku 1998 do června roku 2006 bylo v Centru pro plicní hypertenzi na II. interní klinice 1. LF UK a VFN Praha diagnostikováno 117 nemocných s PAH (61 % žen, průměrný věk 49 let) a 62 nemocných s CTEPH (46 % žen, průměrný věk 56 let). Echokardiografický screening PAH byl proveden u 82 pacientů se systémovou sklerodermií. **Metodika:** Nemocní s PAH byli léčeni na základě testu akutní plicní vazodilatace konvenčně (blokátory kalciových kanálů) nebo prostanoidy (intravenózní epoprostenol, subkutánní a intravenózní treprostnil, inhalační iloprost), bosentanem a sildenafilem. U 1 pacienta s PAH byla provedena balonková atriální septostomie. K endarterektomii plicnice (PEA) bylo indikováno 29 pacientů s CTEPH.

Výsledky: Dlouhodobá odpověď na léčbu blokátory kalciových kanálů byla přítomna pouze u 6 nemocných s PAH ve funkčním stadiu NYHA I–II. Specifickou farmakoterapií (epoprostenol, treprostinil, iloprost, bosentan, sildenafil) bylo léčeno 62 nemocných s PAH ve funkčním stadiu NYHA III–IV. U 1 pacienta po balonkové atriální septostomii bylo dosaženo poklesu středního tlaku v plicnici z 55 mm Hg na 45 mm Hg a zlepšení vzdálenosti při testu 6minutovou chůzí. V souboru nemocných, u nichž byla provedena PEA pro CTEPH, se již měsíc po výkonu prakticky normalizovaly hemodynamické parametry a vzdálenost při testu 6minutovou chůzí se prodloužila průměrně o 132 m. Časná mortalita byla 10,4 %.

Závěr: Centralizace péče o nemocné s plicní hypertenzí je racionální nutností umožňující získat maximum zkušeností s komplikovanou diagnostikou a ekonomicky mimořádně náročnou léčbou. Centrum pro plicní hypertenzi ve VFN je jediné v ČR, které se věnuje komplexní léčbě tohoto syndromu včetně chirurgické intervence u CTEPH.

30. Sebehodnocení a tělesné sebepojetí obézních žen a mužů (poster)

A. Janyšková¹, Š. Konečný², D. Zeman³, A. Mottlová³

¹ Psychologický ústav Filozofické fakulty MU, Brno

² Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny Fakulty sociálních studií MU, Brno

³ Obezitologické centrum II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Obézní jedinci bývají často nespokojeni se svým tělem, jejich osobní ideál tělesného vzhledu a rozměrů bývá vzdálen od toho, jak sami sebe vnímají, často svoji nadměrnou hmotnost a obtíže s ní spojené negativně prožívají. Tyto negativní emoce mají vliv na kvalitu jejich života a skrze ně také formují své sebehodnocení.

Cíle: Účelem studie je zmapovat tělesné sebepojetí obézních a zjistit vztah mezi jejich sebehodnocením, obecnou tělesnou sebeúctou a specifickými subdoménami tělesného sebepojetí. Metody: Ke zjištění globální sebeúcty jsme použili Rosenbergovu škálu sebehodnocení, ke zmapování tělesného sebepojetí techniku siluety a Physical Self-Perception Profile.

Soubor: Výzkumu se zúčastnilo 72 obézních osob ve věku 17–71 let (průměrný věk 45 let), z toho 53 žen a 19 mužů.

Výsledky: Diskrepance mezi percepcí sama sebe a vlastním ideálem (vždy štíhlejší), která svědčí o míře nespokojenosti s vlastním tělem, je u žen mírně vyšší než u mužů. Čím je tato diskrepance větší, tím je sebehodnocení osoby negativnější; tento vztah se prokázal sice jako slabý ale významný u žen, u mužů je nevýznamný*. Sebehodnocení u žen také poměrně úzce souvisí s jejich obecnou fyzickou sebeúctou, u mužů se tento vztah ukázal opět jako nevýznamný*. Objektivní ukazatel, jakým je BMI, podle našich výsledků se sebehodnocením souvisí velmi slabě (i když u žen opět významně). Ze subdomén tělesného sebepojetí se obě pohlaví posuzují nejhůře v tělesné atraktivitě, naopak nejlépe jsou na tom se sportovní kompetencí.

Závěr: Výsledky ukazují, že v sebehodnocení obézních osob nehraje tak důležitou roli samotný BMI jakožto objektivní ukazatel, ale spíše subjektivní faktory, jakými jsou fyzická sebeúcta a subjektivní spokojenost s vlastním tělem.

*Vzhledem k menšímu zastoupení mužů ve výzkumném souboru nemůžeme tento výsledek jednoznačně interpretovat.

Výzkum byl realizován s podporou výzkumného záměru č. MSM0021622406.

31. Vztah periferní kanylace žil k výskytu nozokomiálních nákaz (přednáška)

P. Juřeníková

Katedra ošetrovatelství LF MU, Brno

Nozokomiální nákazy (NN) definuje Center for Disease Control and Prevention (CDC) jako infekce, které vznikly ve zdravotnickém zařízení, které nebyly přítomné při přijetí a pacient nebyl v inkubační době příslušné infekce. Pokud inkubační doba není známa, jsou za NN považovány ty, které vznikly po více než 48–72 hodinách. Četnost výskytu NN na jednotlivých pracovištích ukazuje na kvalitu poskytované lékařské a ošetrovatelské péče. Pravděpodobnost výskytu NN stoupá s rostoucí četností prováděných invazivních zákroků. Mezi invazivní zákroky je řazena periferní kanylace žily. Správná technika zavedení, ošetření a odstranění periferního žilního vstupu může přispět ke snížení komplikací u těchto vstupů. K minimalizaci komplikací jsou v neposlední řadě nutné i dostatečné znalosti personálu, který o tento vstup pečuje.

32. Prevalence hypertenze a prognóza nemocných s akutním srdečním infarktem (poster)

J. Kaňovský, S. Janoušek, R. Adámková, A. Tomášek, J. Špínar

Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Cíl: Prevalence hypertenze u pacientů s akutním infarktem myokardu (AIM), její vztah ke krátkodobé prognóze a k diabetes mellitus (DM).

Soubor a metody: Všichni pacienti přijatí v roce 2004 s diagnózou akutního infarktu myokardu na koronární jednotku FN Brno. Data byla analyzována retrospektivně z elektronické databáze, záznamů praktických lékařů a databáze zdravotních pojišťoven, k analýze byly použity standardní statistické testy.

Výsledky: V roce 2004 bylo na KJ IKK hospitalizováno 472 pacientů s AIM, z nichž 277 (59,8 %) mělo před přijetím diagnózu arteriální hypertenze, diagnózu DM v anamnéze mělo 134 (28,9 %) pacientů. Krátkodobá (30denní) mortalita u pacientů bez hypertenze byla 5,5 %, u hypertoniků 9,4 % ($p = 0,13$). Mortalita u pacientů bez hypertenze i bez diabetu byla 3,4 %, u pacientů s hypertenzí i diabetem 13,2 % ($p = 0,005$).

Závěr: Arteriální hypertenze je rizikovým faktorem, který u pacientů s akutním infarktem myokardu zhoršuje krátkodobou prognózu, zvláště v kombinaci s DM.

33. Endoskopická diagnostika a léčba biliárních komplikací po laparoskopické cholecystektomii (poster)

B. Kianička¹, P. Dítě², I. Suškevič³

¹ *Gastroenterologické oddělení FN u sv. Anny, Brno*

² *Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice*

³ *Klinika zobrazovacích metod LF MU a FN u sv. Anny, Brno*

Cíle práce: Hlavními sledovanými parametry této retrospektivní studie byly úspěšnost provedení diagnostické endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP), schopnost ERCP přesně určit příčinu komplikací a určení efektivity a morbiditu terapeutické ERCP.

Materiál a metodika: Studium souboru trvalo 7 let (leden 1997–prosinec 2003). V práci bylo retrospektivně hodnoceno 92 pacientů, kteří podstoupili laparoskopickou cholecystektomii (LCE) a v pooperačním období se u nich objevily známky, které vedly k podezření na možnou biliární komplikaci (BK) po předchozí LCE, což bylo indikací k provedení ERCP.

Výsledky: Diagnostická ERCP byla úspěšná u všech 92 pacientů (tedy ve 100 % případů). U 5 nemocných byl na ERC normální nález. U zbývajících 87 pacientů byl při ERC patologický nález ve smyslu některé z BK. U 59 nemocných byla nalezena choledocholitíza, u 11 – biliární leak z pahýlu cystiku, u 4 biliární leak z extrahepatálních žlučových cest, u 5 – biliární stenóza v oblasti společného hepatiku a u 8 přerušení extrahepatálních žlučových cest. Jen diagnostická ERCP byla provedena u 10 pacientů z 87 a bezprostředně po stanovení diagnózy bylo všech těchto 10 pacientů řešeno chirurgicky. Po diagnostické ERCP byla endoskopická terapie realizována u 77 z 87 pacientů s prokázanou BK. Celkem u 73 pacientů z 87 (83, 92 %) s BK po LCE byla terapeutická ERCP kompletně úspěšná, bez nutnosti použití dalších léčebných modalit, tedy chirurgického nebo transhepatálního přístupu.

Závěry: U většiny BK po LCE je endoskopická léčba dostatečně efektivní a bezpečná. V našem souboru byla její efektivita 83, 92 %. Morbidita v souvislosti s terapeutickou ERCP byla 3, 9 %. ERCP se při řešení BK po LCE jeví jako vysoce efektivní diagnostická, a zejména pak terapeutická metoda.

34. The prognostic value of right ventricular isovolumic relaxation time assessed by tissue Doppler imaging in patients with chronic heart failure (přednáška)

V. Kincl¹, J. Meluzín¹, L. Špínarová¹, P. Hude¹, J. Krejčí¹, R. Panovský¹, J. Jarkovský², L. Dušek²

¹ *I. interní kardiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno*

² *Centrum biostatistiky a analýz MU Brno*

Aim: Assessment of the importance of right ventricular isovolumic relaxation time (RV IVRT) obtained by tissue Doppler imaging of tricuspid annular motion in risk stratification in patients with chronic heart failure.

Methods: One hundred and eight patients with symptomatic heart failure and mean ejection fraction of 24 % underwent standard echocardiographic examination, Doppler tissue imaging of tricuspid annular motion and right heart catheterization. The patients were followed up of a mean period of 18 months for cardiac related death and non-fatal

cardiac events including the implantation of cardioverter-defibrillator and hospitalization for heart failure decompensation.

Results: There were taken down 31 cardiac events; 12 patients died, 19 had non-fatal cardiac event as described above. There was significant difference of RV IVRT (98 ± 62 vs 62 ± 32 ms; $p < 0.05$), pulmonary artery pressure (25.2 ± 11.2 vs 32.3 ± 8.0 mm Hg; $p < 0.05$) and pulmonary capillary wedge pressure (17.0 ± 9.1 vs 23.5 ± 7.3 mm Hg; $p < 0.05$) between survivors and deceased patients. When the significance of parameters for prediction of event or death risk was analysed, mean pulmonary artery pressure (AP) and pulmonary capillary wedge pressure (PCW) were the only parameters significantly related to event (AP $p < 0.001$; PCW $p < 0.001$) or death risk (AP $p = 0.009$; PCW $p = 0.006$); nevertheless some trend for RV IVRT ($p = 0.069$) was found in prediction of risk of death.

Conclusion: The RV IVRT obtained by tissue Doppler imaging can be used only as auxiliary method of risk stratification in patients with heart failure, but more powerful are invasive hemodynamics parameters.

35. Posouzení efektu kryoablace levé síně (Maze procedury) u nemocných s fibrilací síní na dosažení a udržení sinusového rytmu a transportní funkci levé síně – krátkodobé a střednědobé výsledky (přednáška)

M. Kolek, R. Brát

Kardiochirurgické centrum FN sP Ostrava

Cíl práce: Cílem této prospektivní studie je posoudit efekt perioperační kryoablace levé síně na dosažení a udržení srdečního rytmu (SR) u nemocných, kteří podstoupili uvedený výkon pro fibrilaci síní (FS; paroxysmální, perzistující nebo permanentní) jako součást kardiochirurgické operace prováděné primárně z jiné indikace. Dále posoudit, zda a v jakém časovém odstupu od operace, došlo u nemocných s udržujícím se SR k obnovení transportní funkce levé síně (pulzně-dopplerovské vyšetření transmitrálního průtoku, přítomnost vlny A).

Soubor a metodika: Soubor tvoří 91 nemocných průměrného věku 67,8 let, s mírnou převahou mužů (58,2 %). 40 (44 %) pacientů mělo předoperačně paroxysmální nebo perzistující FS, 51 (56 %) permanentní FS. Výkon byl proveden v období 1/2005 až 6/2006. Klinické a ECHO kontroly byly realizovány za 1 (jen klinická kontrola), 3,5 (jen ECHO), 6 a 12 měsíců od operace.

Výsledky: Sinusový rytmus byl statisticky významně častější u nemocných s předoperační paroxysmální a perzistující FS oproti permanentní – při dimisi, za 1 a 6 měsíců od operace (92–94 % versus 51–64 %), po 12 měsících byl patrný trend ve prospěch paroxysmální a perzistující FS (89 % versus 65 %). Pokud je o transportní funkci levé síně u nemocných se SR, po 3,5 a 6 měsících od operace byl patrný trend ve prospěch předoperačně přítomné paroxysmální a perzistující FS (76 % versus 56 %). Prediktorem dosažení a udržení SR byla předoperační velikost levé síně – s nárůstem její velikosti klesá efekt výkonu, jako negativní predikční faktor pro dosažení transportní funkce levé síně se jeví před operací přítomná mitrální stenóza.

Diskuse a závěr: Literatura udává úspěšnost (dosažení SR) při perioperační ablací paroxysmální FS > 90 %, u permanentní FS 60–80 %. Transportní funkce levé síně je po chirurgické ablací přítomna v případě paroxysmální FS v 65–85 % a u permanentní FS v 60–70 % případů (při odpovídajícím časovém odstupu od operace). Naše výsledky jsou srovnatelné. Limitací práce je prozatím malá velikost souboru a krátká doba sledování.

36. Možnosti a limity podologické ambulance a naše spolupráce s klinikou plastické chirurgie (poster)

J. Konečná¹, J. Veselý², P. Novák², I. Justan²

¹ Podologická ambulance Diabetologického centra II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny, Brno

² Klinika plastické a estetické chirurgie LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Podologie nebo podiatrie je obor medicíny zabývající se léčbou syndromu diabetické nohy. Dle WHO je syndromem diabetické nohy (SDN) definován jako infekce, ulcerace a/nebo destrukce hlubokých tkání spojená s neurologickými abnormalitami a s různým stupněm ischemické choroby dolních končetin. Je to **interdisciplinární** obor a je nutná spolupráce s chirurgy, angiology, intervenčními radiology a protetiky. Naše ambulance velice úzce spolupracuje s klinikou plastické chirurgie a řada pacientů je buď ošetřena ambulantně, pokud to klinický stav dovolí, nebo jsou pacienti zde hospitalizováni k dalšímu chirurgickému řešení. Onemocnění nohou je u diabetiků 17–50krát častější ve srovnání s nediabetiky. Syndromem diabetické nohy je postiženo 15–25 % diabetiků. Gangréna vznikne u 4–10 % diabetiků a amputace dolních končetin je nutná u 0,5–1 % diabetiků. V 85 % případů předchází amputacím dolních

končetin u diabetiků ulcerace na nohou. 4 z 5 ulcerací jsou způsobeny vnějším traumatem. Prevalence ulcerací na nohou u diabetiků je 4–10 %. Nejzávažnějšími rizikovými faktory pro vznik ulcerací jsou senzomotorická periferní neuropatie. Ischemická choroba dolních končetin je nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím prognózu diabetických ulcerací. U diabetiků jsou nejčastějšími arteriálními onemocněními ateroskleróza a mediokalcinóza. Ateroskleróza způsobuje ischemii zúžením arteriálního cévního průsvitu nebo jeho úplnou stenózou. Mediokalcinóza působí kalcifikaci tunica media vedoucí k rigiditě cévní stěny, avšak bez ovlivnění cévního lumen. Mediocalcinóza nevede k ischemii, ale rigidní arteriální stěna může výrazně ovlivňovat výsledky neinvazivního cévního vyšetření. Dle různých stupňů neuropatie a ischemie dolních končetin pak defekty dělíme na neuropatické, ischemické a neuroischemické. Infekce u syndromu diabetické nohy ohrožuje končetinu a je bezprostřední příčinou amputací u 25–50 % diabetiků. Je nutná velmi intenzivní a často empirická terapie širokospektrými antibiotiky. U diabetiků nemusí být přítomny typické klinické symptomy infekce (horečka, leukocytóza, zvýšené CRP). Léčba infekce u syndromu DN musí být komplexní a zahrnuje:

- chirurgický debridement
- důkladnou a opakovanou péči o rány
- zajištění adekvátního cévního zásobení
- metabolickou kompenzaci
- odstranění tlaku na ulceraci.

Důslednou terapií již vzniklých ulcerací je možno redukovat nutnost amputace končetiny. Léčba neuropatické a ischemické ulcerace se zásadně liší. Uvádíme kazuistiky různých typů defektů léčených na naší ambulanci.

1. kazuistika: 55letý pacient s DM 2. typu trvajícím 10 let, léčený PAD, s komplikacemi: diabetická distální polyneuropatie těžkého stupně, mikroangiopatie, další dg: hypertenze, ICHS s paroxysmální fibrilací síní, hyperlipidemie, obezita. Přichází do ambulance pro flegmónu palce a II. prstu a přední části pravé nohy, s nekrózou I. meziprstí zasahující až k metatarzálnímu prostoru, s píštělí do planty. Hospitalizován, podávána i.v. širokospektrá ATB, proveden debridement do zdravé tkáně, dále pravidelné převazy, zpočátku denně, později 2krát týdně již v ambulantním režimu. Používány materiály k vlhkému hojení ran, postupná granulace a vyplňování defektu do úplného zhojení. Následně protetická péče – individuálně šitá obuv.

2. kazuistika: 60letý pacient s DM 2. typu trvajícím 20 let, 10 let na inzulinoterapii, s komplikacemi: diabetická makroangiopatie, st. p. amputaci PDK pod kolenem pro diabetickou gangrénu v roce 1999, diabetická retinopatie, st. p. laseroterapii v roce 1996, další dg: hypertenze, ICHS se syndromem anginy pectoris. Přichází do ambulance pro diabetickou gangrénu II.–IV. prstu LDK s nekrotizací a obnaženými šlachami dorza nohy. Objednána angiografie LDK, na které byly těžké stenózy bérceových tepen, provedena PTA se zavedením stentu s dobrým výsledkem, následně amputace nekrotických prstů a části metatarzů. Pravidelné převazy 2krát týdně, opakované debridementy do vyhojení defektu.

3. kazuistika: 80letý pacient s DM 2. typu trvající 15 let, léčený PAD, komplikace: diabetická polyneuropatie, mikroangiopatie, dále léčený pro hypertenzi, chronickou žilní insuficienci na PDK tř. C4, na LDK tř. C6. Přichází do ambulance pro rozsáhlé infikované bérceové ulcerace na LDK, trvající asi 10 let přes různé chirurgické a dermatologické intervence. Na naší ambulanci zahájena lokální antiseptická terapie, pacient odeslán na KPECH, kde po dalším očištění v epidurální anestezii provedeno krytí dermoepidermálními štěpy. Zhojeno per primam. Pacient asi po 3 týdnech propuštěn domů.

Poděkování patří sestrám na naší ambulanci K. Burešové a J. Juračkové za jejich práci a přístup k pacientům.

37. Význam laboratorních ukazatelů v diagnostice akutních koronárních syndromů (přednáška)

A. Königová

I. interní kardiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Stanovení ukazatelů nekrózy myokardu hraje rozhodující úlohu v diagnostice akutních forem ischemické choroby srdeční. Nejdůležitější je určení koncentrace srdečních troponinů cTnI nebo cTnT. Zvýšený troponin v krvi svědčí při odpovídající klinické symptomatologii pro akutní infarkt myokardu. Určení koncentrace CK, CK-MB má v současnosti pouze pomocný význam. AST, ALT, LD a HBD při diagnostice akutních koronárních syndromů neužíváme. Dále jsme zjišťovali senzitivitu a specifitu IMA pro rozpoznání ischemie myokardu. Použili jsme různou mezní hodnotu

IMA. Závislost senzitivity, specificity, negativní a pozitivní předpovědní hodnoty IMA na jeho mezní hodnotě ukazuje tabulka. Žádný nemocný s cTnI < 0,02 a IMA < 85 neměl akutní koronární syndrom. IMA se jeví jako výhodný laboratorní ukazatel umožňující vyloučit ischemii myokardu.

38. Podíl medikace na rozvoji kontrastní látkou indukované nefropatie u rizikových pacientů (poster)

D. Krusová, P. Žák, D. Králová

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Kontrastní látkou indukovaná nefropatie (CMIN) je závažnou komplikací radiodiagnostických vyšetření. Mezi rizikové pacienty řadíme m.j. také pacienty s preexistující nefropatií, diabetem a hypertenzí, riziková může být také některá chronicky podávání medikace.

Cílem naší práce bylo zjistit, zda je podávání ACEI a diuretik a také rozdílný režim hydratace v přípravě před kontrastním vyšetřením spojen u potenciálně rizikových pacientů s vyšším výskytem CMIN.

Metodika: Hodnotili jsme renální funkce u 68 pacientů s diabetem 2. typu a hypertenzí před a po angiografickém vyšetření cév dolních končetin. U pacientů byla přítomna diabetická nefropatie s mikroalbuminurií (MAU) nebo manifestní proteinurií (PU) ≤ 500 mg/24 h, hladina s-kreatininu ≤ 150 μ mol/l. 51 nemocných užívalo ACEI, 12 z nich současně furosemid. 36 diabetiků bylo léčeno pouze dietou nebo PAD a byli před i po RTG výkonu hydratováni jen perorální cestou. 32 pacientů mělo terapii inzulin + PAD a hydratace byla zajištěna parenterálně.

Výsledky: V celém souboru nebyly zjištěny statisticky signifikantní rozdíly v hladinách N-látek, MAU, PU ani glomerulární filtrace (GF) před a po kontrastním vyšetření, pouze glykemie byla po výkonu významně nižší ($p = 0,019$). Ne našli jsme významnou závislost relativních změn sledovaných ukazatelů na věku, kompenzaci diabetu, hladinách lipidů či TK. U podskupiny pacientů s kombinovanou terapií ACEI + furosemid byl prokázán statisticky významný pokles GF ($p = 0,001$) a zvýšení PU ($p = 0,017$). Redukce GF po výkonu u celého souboru nebyla statisticky významná, avšak u pacientů s rozdílným způsobem hydratace jsme konstatovali statisticky významný pokles GF ($p < 0,05$) u perorálního hydratačního režimu oproti parenterálnímu.

Závěr: Z našich výsledků je patrné, že riziko rozvoje kontrastní nefropatie u pacientů s diabetem a hypertenzí se zvyšuje, pokud je v terapii přítomna riziková kombinace ACEI a diuretik. Významným faktorem pro prevenci rozvoje CMIN je dostatečná hydratace. S možností vzniku CMIN je nutno počítat a předcházet jí m.j. i modifikací těchto ovlivnitelných rizikových faktorů.

Práce vznikla za podpory grantu MŠMT č. MSM0021622402

39. Infekční komplikace ve stáří (přednáška)

H. Kubešová, P. Weber, V. Polcarová, K. Mazalová, H. Meluzínová, J. Šlapák

Klinika interní, geriatrie a praktického lékařství LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Organismus staršího nemocného je schopen vyvinout celkovou zánětlivou reakci jako obranný mechanismus, jehož cílem je demarkace či eliminace noxy, a znovunastolení homeostázy. Intenzita, účinnost, ale i projevy této reakce je dána celkovým stavem organismu staršího nemocného. Do vzájemných interakcí vstupují specifické rysy chorob ve stáří – mikrosymptomatologie či oligosymptomatologie mohou vést k podhodnocení příznaků, zatímco dekompenzace nejkřehčích orgánů mohou svest diagnostické úvahy naprosto jiným směrem – kardiální dekompenzace při pneumonii, zmatenost při uroinfektu. Z hlediska samotného průběhu infekční komplikace je nutno kalkulovat s dlouhodobě vyčerpanými funkčními rezervami jednotlivých orgánových soustav a z toho vyplývající vysoké riziko orgánových dekompenzací v rámci systémové zánětlivé odpovědi. Sdělení bude doplněno typickými kauzistikami.

40. Nefarmakologická léčba flutteru síní I. typu na IKK FN Brno (přednáška)

R. Lábrová, O. Toman, T. Novotný, J. Špinar

Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Úvod: Typický flutter síní I. typu je velmi častou arytmií a svými klinickými příznaky významně snižuje kvalitu života a je nutná léčba. U deablokovaného flutteru síní jsou pacienti ohroženi na životě, proto je nutné flutter síní považovat

vat za arytmií potenciálně nebezpečnou. Radiofrekvenční katetrovou ablací (RFA) provedeme lineární lézi napříč kavotrikuspidálním istmem, a tím definitivně zabráníme vzniku této makroreentry tachyarytmie.

Soubor pacientů a výsledky: Z celkového počtu 1 049 katetrových ablací supraventrikulárních tachyarytmií v letech 1995–2005 bylo na IKK FN Brno provedeno celkem 196 RFA kavotrikuspidálního istmu pro flutter síní I. typu. Ze 196 pacientů bylo 158 mužů (80,6 %) a 38 žen (19,4 %), medián věku je 59,0 let, průměrný věk 59,4 roků (SD 9,5). Flutter síní I. typu statisticky významně převažuje u mužů. Nejčastěji se vyskytuje ve střední věkové skupině od 45 do 59 let (50,8 %), druhou nejpočetnější skupinou byli pacienti v raném stáří ve věkové skupině 60–74 let (38,1%). Z antiarytmik nejčastěji užívali betablokátory (42,9 %) a amiodaron (36,5 %). Statisticky významně se zvýšila úspěšnost zákroku ze 33,3 % v roce 2000 na 95,5 % v roce 2004 a 97,6 % v roce 2005, druhým zákrokem se úspěšnost ještě zvyšuje. Statisticky významně dochází ke snížení délky výkonu, radiačního času i počtu aplikací RF energie.

Závěr: RF ablací flutteru síní I. typu doporučujeme jako léčebnou metodu první volby pro vysokou úspěšnost, nízký výskyt komplikací a významné zlepšení kvality života.

41. Spiroergometrie z pohledu sestry (přednáška)

H. Maulerová, J. Košická, E. Kašparová

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno, pracoviště Bobunice

Spiroergometrie znamená rozšíření základního spektra klidových vyšetření plicní funkce za podmínek tělesné zátěže. Je indikována u nemocných, u nichž klidové vyšetření nevysvětluje udávané obtíže, nejčastěji dušnost při námaze nebo po ní. V roce 2005 bylo na AFV KNPT provedeno 144 spiroergometrií. Nejčastější indikací bylo stanovení zátěžové tolerance u různých diagnóz (52 %). Dalšími indikacemi bylo stanovení stupně poškození plicní funkce u intersticiálních procesů, zejména průkaz latentní respirační insuficience (18 %) nebo u astmatu a CHOPN (12 %). U 11 % šlo o potvrzení nebo vyloučení pozátěžového bronchospazmu. Zbývajících 9 % bylo vyšetření s požadavkem posudkového zhodnocení. Při spiroergometrii sestra provádí odběry arterializované krve a měří tlak krve v intervalech stanovených lékařem a rovněž sleduje vyšetřovaného (náhlé poblednutí, dušnost atd.). Z těchto důvodů je funkce vzdělané sestry při provádění spiroergometrie nezastupitelná.

42. Vliv řízené farmakoterapie na vývoj mitrální insuficience a funkci levé komory u pacientů s chronickým srdečním selháním (přednáška)

F. Málek¹, M. Chandavimol², A. Ignaszewski²

¹ I. interní klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

² Heart Function Clinic, St. Paul's Hospital, Vancouver, Britská Kolumbie, Kanada

Cíle práce: Zjistit vliv farmakoterapie na vývoj mitrální insuficience a funkci levé komory u pacientů s CHSS a významnou MR.

Soubor nemocných: Pacienti s CHSS, ejekční frakcí levé komory (EF LK) ≤ 40 % a středně významnou až významnou MR, sledováni v Heart Function Clinic, 2 echokardiografické kontroly v rozmezí 3 až 21 měsíců. Soubor 67 pacientů, 52 mužů a 16 žen, průměrný věk nemocných byl 57,1 roku, 28 (42 %) pacientů ischemická etiologie CHSS. Průměrná EF LK souboru při 1. kontrole 24,3 %.

Metodika: Retrospektivní analýza vývoje echokardiografických ukazatelů, zhodnocení farmakoterapie pacientů.

Výsledky: Průměrná doba mezi 1. a 2. kontrolou byla $321,7 \pm 127,4$ dne. V době 1. kontroly léčeno ACEI 85 % pacientů s přepočtenou denní dávkou ramiprilu $7,2 \pm 4,3$ mg, ARB 15 % nemocných s přepočtenou denní dávkou losartanu $55,7 \pm 12,2$ mg, 94 % nemocných léčeno BB s přepočtenou denní dávkou carvedilolu $21,7 \pm 17,9$ mg, 76 % pacientů léčeno spironolaktonem s denní dávkou $23,6 \pm 8,7$ mg. 73 % léčeno nemocných furosemidem s denní dávkou $65,5 \pm 38$ mg. Mezi 1. a 2. kontrolou došlo ke zlepšení stupně MR (zlepšení průměrné hodnoty – $p = 0,0162$) a zvýšení EF LK ($p = 0,0918$). Ke zlepšení stupně MR došlo u 33 % pacientů, ke zhoršení u 13 %, u 53 % jedinců se stupeň MR nezměnil. Ke zlepšení EF LK došlo u 33 % nemocných, ke zhoršení u 22 %.

Závěr: Optimální farmakoterapie nemocných s CHSS a významnou MR řízená ve specializované ambulanci vedla v krátkodobém horizontu ke zlepšení stupně MR a funkce levé komory pouze u jedné třetiny pacientů.

43. Problematika antikoagulační léčby ve stáří (přednáška)

H. Meluzínová, P. Weber, H. Kubešová, J. Hrubanová

Klinika interní, geriatrie a praktického lékařství LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

S rostoucím věkem stoupá i výskyt chorob vyžadujících antikoagulační terapii (AT). Současně s tím stoupá i výskyt multimorbidity a s ní spojená polyfarmakoterapie zahrnující v sobě i riziko nežádoucích lékových interakcí. I přesto může být řada seniorů dlouhodobě léčena warfarinem účinně a bezpečně, pokud je dostatečná edukace, compliance nemocných a přiměřená pozornost věnována komorbiditám a současně další medikaci a dávkám a monitoringu AT. Ke klasické AT patří především heparin (vč. LMWH), warfarin a tento arsenál doplňuje neúčinnější antiagregans – kyselina acetylsalicylová (ASA). Věk sám o sobě představuje zvýšené riziko výskytu krvácivých komplikací při léčebném užití AT. U warfarinu jsou ve stáří významné interakce s řadou často podávaných léků, které mohou jak snižovat (antacida, barbituráty, chlórdiazepoxid, karbamazepin aj, alkohol, zelenina – špenát, zelí, olivový olej), tak i zvyšovat (PAD, antibiotika, sulfonamidy, amiodaron, allopurinol, kortikoidy, NSA, omeprazol, SSRI, propafenon aj) jeho účinek.

44. Srovnání indexů proliferace a apoptózy u mnohočetného myelomu a MGNV (přednáška)

J. Minařík¹, V. Ščudla¹, M. Ordeltová², J. Bačovský¹, M. Zemanová¹, T. Pika¹ za Českou myelomovou skupinu

¹ III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

² Oddělení klinické imunologie FN Olomouc

Proliferační a apoptotický index mají úzký vztah k prognóze mnohočetného myelomu (MM) a současně jsou nezávislými prognostickými faktory. Náplní studie je srovnání těchto parametrů u monoklonální gamapatie nejistého významu (MGNV) v korelaci s MM. V rámci hodnocení dlouhodobě stabilní fáze MGNV nebyly shledány statisticky významné rozdíly v žádném z indexů. Naopak, při srovnání MGNV a MM byly u MGNV významně nižší hodnoty proliferace (M: 1,9 % vs 2,6 %, $p < 0,0001$) a současně vyšší apoptóza (M: 7,45 % vs 4,6 %, $p < 0,0001$). Z uvedených výsledků vyplývá, že PC-PI a PC-AI jsou nejen prognostickými faktory MM, ale současně parametry odlišujícími MGNV od MM a potenciálními prediktory transformace MGNV. Jejich praktické využití obohacuje paletu diagnostických a prognostických testů mnohočetného myelomu.

Za podpory MSM 6198959205.

45. Rozšíření výuky interního lékařství o nový modul: diagnostické přístrojové technologie v interní medicíně (poster)

J. Filipovský¹, Z. Hess¹, L. Bolek², J. Hirmerová¹

¹ II. interní klinika LF UK a FN, Plzeň

² Ústav biofyziky LF UK, Plzeň

Úvod: Studenti lékařských fakult jsou příliš často při výuce předmětu vnitřní lékařství stavěni do role pasivních posluchačů. Trend současného vysokého školství je však co největší sblížení teorie s praxí.

Cíl: Přiblížit posluchačům 5. ročníku všeobecného lékařství některé běžné zobrazovací technologie v kardiovaskulární medicíně formou nácviku praktických dovedností.

Provedení: Autoři toho sdělení se stali úspěšnými řešiteli Rozvojového projektu MŠMT. Z prostředků gramu byly zakoupeny diagnostické přístroje. Na lékařské fakultě byl zaveden nový předmět – diagnostické přístrojové technologie v interní medicíně – složený z přednášek a praktických cvičení. Studenti mají v rámci tohoto předmětu možnost sami si vyzkoušet funkci prezentovaných přístrojů.

Závěr: Moderní technologie pronikají stále více do všech odvětví medicíny. Praktická výuka na těchto přístrojích povede ke zkvalitnění výuky medicíny. Tím, že se tyto přístroje nepoužívají k rutinní klinické praxi, mají studenti možnost se s nimi lépe seznámit.

46. Reperfuční léčba infarktů s elevacemi ST v České republice v reálné praxi – výsledky z pilotního projektu registru IM (přednáška)

Z. Monhart¹, H. Grünfeldová², A. Kadlečková², D. Ryšavá³, T. Velimský⁴, J. Ballek⁵, J. Hubač⁶, P. Janský⁷, V. Faltus⁸

¹ Interní oddělení Nemocnice Znojmo

² Interní oddělení Městské nemocnice Čáslav

³ Interní oddělení Nemocnice Kutná Hora

⁴ Interní oddělení Nemocnice Písek

⁵ Interní oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec

⁶ Interní oddělení Nemocnice Chrudim

⁷ Kardiochirurgická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

⁸ EuroMISE centrum, Ústav informatiky AV ČR, Praha

Hodnotili jsme použití reperfučních postupů u infarktů s elevacemi ST (STEMI) v neselektované populaci pacientů s IM. V pilotním registru IM z let 2003–2005 je zařazeno 2 074 pacientů (jedná se o všechny pacienty s diagnostikovaným IM v nemocnicích podílejících se v průběhu jednotlivých let na projektu). Pacientů se STEMI je do registru zařazeno 575 (27,7 % z celého souboru). K direktní angioplastice bylo odesláno 402 pacientů (69,9 % STEMI), trombolytickou léčbu podstoupilo 15 pacientů (2,6 % STEMI). Jako trombolytikum byla vždy použita streptokináza. Celkem byl některý z reperfučních postupů použit u 417 pacientů (72,5 % STEMI). Výsledky dále demonstrují zvyšující se zastoupení přímé angioplastiky v léčbě STEMI v průběhu 3 let – 63,4 % v roce 2003, 68 % v roce 2004 a 79,2 % v roce 2005, klesá použití trombolytické terapie (z 3,9 % STEMI v roce 2003 na 1,3 % v roce 2005).

Práce vznikla za podpory projektu MŠMT LN 00 B107

47. Masivní plicní embolie manifestující se obrazem hemoragického šoku: kazuistika (poster)

Z. Monhart, J. Ondrášik

Interní oddělení Nemocnice Znojmo

65letý pacient 2. den po klasické cholecystektomii, náhlý vznik šokového stavu s významným poklesem hemoglobinu v krevním obraze. Akutní gastroskopie a CT břicha a hrudníku bez průkazu krvácení, hemoglobin po podání erytrocytárních mas bez dalšího poklesu. Echokardiograficky obraz akutního cor pulmonale, patrný trombus v pravé a. pulmonalis, pravostrannou katetrizací ověřena prekapilární plicní hypertenze, takto diagnostikovaná masivní plicní embolizace léčena nefrakcionovaným heparinem. V akutní fázi bez krvácivých projevů, příčina anemizace nebyla odhalena. Postupná stabilizace oběhu, vysazována inotropní podpora, přechod na p. o. antikoagulační terapii. 14. den hematemeza a melena, opět šokový stav, nyní verifikováno krvácení do žaludku, antikoagulace zrušena, antiulcerózní terapie, parenterální výživa. Po dalších 3 dnech postupně znovu nasazena antikoagulace, bez recidivy krvácení, dále již průběh nekomplikovaný. Pacient propuštěn 30. den s normálním gastroskopickým a normalizujícím se echokardiografickým nálezem.

48. Bandáž žaludku: ano či ne? (přednáška)

A. Mottlová

Obezitologické centrum II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Obezita je pandemií moderního světa a mnoho „obézních“ hledá možnosti, jak co nejefektivněji snížit svoji hmotnost a potom samozřejmě co nejdéle udržet dosažený váhový úbytek. Když se pacientů zeptám, co je motivuje k hubnutí, nejčastěji uvádějí např. že nechtějí mít hlad, chtějí zhubnout efektivněji, protože již mnohokrát v životě zhubli a znovu nabrali, u mladých žen to bývá možnost otěhotnět. Jsou mnohé možnosti, jak redukovat svoji hmotnost, je opravdu některá efektivnější? Ve svém příspěvku bych se ráda zmínila hlavně o chirurgické terapii obezity, která nejen v poslední době, ale i do budoucna bude mít určité své uplatnění v multidisciplinární péči o obézního pacienta.

49. Nutriční podpora pozitivně ovlivňuje mentální stav nemocných s Alzheimerovou chorobou – srovnávací studie u nemocných s Alzheimerovou chorobou (AD) a vaskulární demencí (VD) (poster)

M. Navrátilová¹, M. Hamrová¹, L. Sobotka², J. Jarkovský⁴, J. Feketová³

¹ Poradna pro poruchy metabolismu a výživy psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno, pracoviště Bobunice, Oddělení léčebné výživy

² Klinika gerontologická a metabolická LF UK a FN, Hradec Králové

³ Lékařská fakulta MU, Brno

⁴ Centrum biostatistiky a analýzy MU, Brno

Cíl: Cílem naší studie bylo stanovit vliv enterální výživy na duševní stav nemocných s AD a její srovnání se skupinou osob s VD za současné monitorace spontánního přívodu stravy u obou skupin.

Metody: Do studie bylo zařazeno celkem 162 pacientů – 100 nemocných s AD a 62 nemocných s VD. Data obsahují celkem 1 530 pozorování vždy po 2 měsících (MNA, MMSE, krevní parametry, antropometrie, spontánní příjem stravy, sipping).

Výsledky: a) Stav výživy byl významně horší u pacientů s AD než u nemocných s VD. Nejhorší nutriční parametry byly zjištěny u nemocných s AD, kteří v průběhu studie zemřeli – těžký stupeň malnutrice v posledních 3 měsících života. b) U AD pacientů se současnou malnutricí byl zjištěn i významný pokles mentálních funkcí. Nutriční podpora podávaná formou nutričních doplňků 600 kcal/den (proteiny 24 g/den, sacharidy 74 g/den, lipidy 23 g/den, vláknina 9 g/den) významně zpomalila zhoršování mentálních funkcí. Nutriční intervence rovněž mírně snížila mortalitu nemocných.

Závěry: Na základě naší multicentrické studie lze konstatovat, že u nemocných s Alzheimerovou chorobou je malnutrice častější, přestože energetický příjem není změněn. Nutriční intervencí podávanou formou sippingu je možno významně zpomalit deterioraci mentálních funkcí a všechny komplikace z toho vyplývající. Nutriční podpora u pacientů s AD je tedy indikována a při jejím včasném zahájení, tedy již při vlastní diagnóze této nemoci, kdy nemocný ještě není v žádném stupni malnutrice, lze zpomalit progresi onemocnění, zlepšit kvalitu života a prodloužit těmto pacientům život.

Projekt podpořen Grantem Ministerstva zdravotnictví NR/7964-3

50. Syndrom neklidných nohou u pacientů s chronickým selháním ledvin (poster)

M. Nedbálková, D. Sobotová, K. Ševela, J. Svojanovský, K. Trnavský

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Syndrom neklidných nohou (restless legs syndrom – RLS) je charakterizován nepříjemnými pocity v dolních končetinách a nutkáním pohybovat dolními končetinami, zejména v klidu. Mezi rizikové faktory RLS patří: chronické selhání ledvin, diabetes mellitus, těhotenství a deficit železa. Analyzovali jsme 101 pacientů našeho dialyzačního střediska, 82 na hemodialýze (HD) a 19 na peritoneální dialýze (PD). RLS jsme diagnostikovali na základě splnění 4 kritérií International RLS Study Group. Hodnotili jsme závislost na délce, adekvátnosti a typu dialýzy (HD vs PD), na Hb, TSAT, s-ferritinu, fosfatemii, kvalitě spánku (podle Athens insomnia scale – AIS) a na výskytu diabetu. Kritéria RLS splnilo 20 pacientů, 14 na HD a 6 na PD, prevalence RLS v našem souboru je 20 %, vyšší u pacientů na PD (32 %) než na HD (17 %). U obou typů léčby byla statisticky významná závislost mezi RLS a s-ferritinem (548,1 vs 960,8 µg/l; $p < 0,003$, negativní závislost) a mezi RLS a insomnií (8,45 vs 4,63 AIS skóre; $p < 0,001$, pozitivní závislost). U ostatních parametrů nebyly statisticky významné závislosti. U pacientů s RLS byly nesignifikantně nižší Hb ($113 \pm 11,1$ vs $114,9 \pm 14,9$ g/l), nižší TSAT ($0,287 \pm 0,09$ vs $0,364 \pm 0,18$) a vyšší fosfatemie ($1,98 \pm 0,52$ vs $1,92 \pm 0,57$ mmol/l). Mezi PD a HD pacienty bez ohledu na RLS jsme zjistili statisticky významné rozdíly mezi s-ferritinem (379,4 vs 955,4 µg/l; $p = 0,000004$) a TSAT (0,266 vs 0,368; $p = 0,007$).

Závěr: Vliv deficitu železa na rozvoj RLS není podle literárních údajů jednoznačný. Naše výsledky tuto hypotézu podporují, zejména pro PD pacienty, u nichž je méně frekventní i.v. léčba železem oproti hemodialyzovaným.

51. Neinvasivní vyšetření u arteriální hypertenze (poster)

H. Němcová

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Cílem vyšetření, prováděných u hypertoniků, je jednak správně stanovit hodnotu krevního tlaku, vyloučit sekundární hypertenzi, stanovit celkové kardiovaskulární riziko a na základě těchto informací vybrat vhodnou léčbu. Vysoké

procento hypertoniků v populaci vyžaduje rozdělit prováděná vyšetření na nutná u všech hypertoniků a na vyšetření vhodná pouze u některých skupin hypertoniků. Specializovaná vyšetření provádíme na základě zjištěných anamnestických údajů, objektivního vyšetření a výsledků rutinních laboratorních vyšetření. Mezi specializovaná vyšetření řadíme echokardiografii jako nejcitlivější metodu k detekci hypertrofie či remodelace levé komory srdeční. Ultrazvukové vyšetření velkých cév, umožňující detekci aterosklerotických plátů, měření rychlosti toků a tloušťky cévní stěny. Mikroalbuminurie je u hypertoniků také prediktorem kardiovaskulárních komplikací. Kvantitativní proteinurii zjišťujeme v případě pozitivního nálezu bílkoviny při základním vyšetření. V diagnostice izolované klinické hypertenze je suverénní metodou ambulantní 24hodinové monitorování krevního tlaku. Částečně může být nahrazeno domácím měřením krevního tlaku.

52. Genetické pozadí autoimunitních chorob – revmatoidní artritida (poster)

P. Němec

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Revmatoidní artritida (RA) je chronické autoimunitní, zánětlivé onemocnění s doposud neobjasněnou etiologií s významným podílem genetického pozadí (asi 60 %). Významná část genů asociovaných s RA připadá na HLA geny II. třídy. Choroby asociované s HLA geny mají několik společných rysů. Obvykle není jasná etiologie a patofyziologický mechanismus choroby, předpokládá se dědičný základ se slabou penetrancí, bývají přítomny imunologické abnormality a tyto choroby mají malý nebo žádný vliv na reprodukci. Genetická predispozice k RA je vázána na alely kódující sekvenční motiv 5 aminokyselin ve třetí hypervariabilní oblasti HLA-DRB1 molekuly označovaný jako sdílený epitop (SE). Jednotlivé alely, kódující SE pozitivním nebo negativním způsobem, ovlivňují vnímavost ke vzniku RA nebo závažnost jejího průběhu. Velikost příspěvku HLA genů II. třídy k celkovému genetickému riziku se však odhaduje na 30–50 %. Předpokládá se, že mimo HLA lokus II. třídy existuje několik kandidátních genů se vztahem k RA. Autor prezentuje výsledky vlastního výzkumu na poli genetického podkladu RA.

53. Defekt komorového septa jako komplikace akutního infarktu myokardu – timing kardiochirurgického uzávěru defektu a prognóza operovaných pacientů (poster)

M. Novák¹, O. Hlinomaz¹, J. Černý², B. Uchytíl²

¹ I. interní kardiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

² Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie Brno

Cíl: Cílem práce bylo posouzení prognózy pacientů operovaných pro poinfarktový defekt komorového septa (DKS) a zhodnocení faktorů, které nejvíce ovlivňují hospitalizační mortalitu.

Soubor a metodika: Retrospektivní analýza 26 konsekutivních pacientů operovaných v CKTCH Brno v letech 1996–2006. Sledovali jsme, zda věk a pohlaví pacientů, doba od vzniku infarktu myokardu do operace, hemodynamický stav a zhoršení stavu pacienta před operací, koronarografický nálezn, lokalizace a velikost DKS, ejekční frakce levé komory, velikost pravé komory a závažnost plicní hypertenze, renální funkce před a po operaci, reziduální shunt po výkonu a nutnost reoperace, byly statisticky signifikantně rozdílné u pacientů, kteří zemřeli v pooperačním průběhu a u pacientů, kteří přežili. K hodnocení dat byl použit Mann-Whitney U-test a χ^2 test.

Výsledky: Celková hospitalizační mortalita v našem souboru byla 34,6 %. U pacientů, kteří zemřeli v pooperačním průběhu, bylo signifikantně vyšší zastoupení pacientů s anamnézou plicního edému před operací ($p = 0,02$) a akutním zhoršením hemodynamického stavu před operací ($p < 0,01$). Ve všech ostatních sledovaných parametrech včetně časového intervalu od vzniku DKS do operace jsme nezjistili signifikantní rozdíl.

Závěr: Anamnéza plicního edému před operací a zhoršení hemodynamického stavu těsně před operací jsou známkou horší prognózy pacientů operovaných pro poinfarktovou rupturu IVS.

54. Thromboangiitis obliterans (Buergerova choroba): kazuistika (poster)

M. Nováková, I. Hofírek

I. interní kardiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

45letá pacientka, kuřačka, přichází s akutně vzniklými bolestmi horních končetin a se spontánní tvorbou defektů na prstech obou rukou. Jedná se o velmi svízelný případ periferní angiopatie s klinickým i arteriografickým obrazem

vaskulitidy typu obliterující tromboangiitidy. Vazodilatační infuzní terapie provedená za hospitalizace bez valného efektu, jasný klinický úspěch následuje po sérii bolusů kortikoidů a terapii cyklofosfamidem. Na počátku cytostatické léčby nekrózy distálních článků III. až V. prstu levé a III. prstu pravé horní končetiny, ostatní prsty zarudlé až lividní. V současnosti je pacientka po 4. sérii aplikace cyklofosfamidu, z defektů zbývá pouze drobná nekróza na špičce III. prstu levé ruky. Buergerova choroba je zánětlivé onemocnění stěny malých a středních cév s následným ischemickým poškozením periferie končetin, častěji horních, postihuje častěji muže ve věku 20–40 let a jeho jediným jistým známým rizikovým faktorem je kouření.

55. Vliv současně používaných léků na antiagregační účinek aspirinu (poster)

Z. Paluch, T. Adámek, V. Jedličková, Š. Alušík

I. interní klinika Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Většina starších pacientů je polymorbidní. Současně užívané léky mohou výrazně ovlivnit i výsledný antiagregační efekt kyseliny acetylsalicylové. Vyšetřili jsme soubor polymorbidních pacientů užívajících denně 100 mg kyseliny acetylsalicylové. Další současně užívané léky byly rozděleny do 12 skupin. Antiagregační efekt byl hodnocen podle koncentrace močového 11-dehydrotromboxanu B2. Nedostatečný antiagregační efekt byl zjištěn u 46 % pacientů. Statisticky významný příznivý vliv na antiagregační účinek jsme zjistili u statinů. Statisticky významný negativní účinek byl zaznamenán u digitalisu. Pozitivní, ale statisticky nevýznamný vliv byl zaznamenán u nitrátů. U ostatních lékových skupin (nesteroidní antirevmatika, antagonisté vápníkových kanálů, beta-blokátory, ACE inhibitory, ATII blokátory, inhibitory protonové pumpy, antagonisté H₂-receptorů, amiodaron, diuretika) jsme nezaznamenali statisticky významný vliv na antiagregační účinek kyseliny acetylsalicylové.

56. Vztah sérových hladin volných lehkých řetězců imunoglobulinu ke stupni progresi mnohočetného myelomu (poster)

T. Pika¹, M. Zemanová¹, J. Minařík¹, K. Langová², V. Ščudla¹

¹ III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

² Ústav biofyziky LF UP Olomouc

Mnohočetný myelom (MM) je zhoubné onemocnění vyznačující se klonální proliferací a akumulací neoplasticky transformovaných elementů B-linie, produkující monoklonální imunoglobulin prokazatelný v séru a/nebo v moči. Plazmatické buňky produkují rovněž volné lehké řetězce κ a λ , které nejsou vázány v molekule monoklonálního imunoglobulinu. Cílem studie bylo zhodnocení vztahu sérových hladin volných lehkých řetězců a jejich poměru (K/L index) k jednotlivým stádiím stážovacích systémů dle Durieho-Salmona (DS), ISS, SWOG a OLOMOUC u 147 nemocných s MM. Z výsledků studie vyplývá, že stupeň progresi nemoci (stadium I–III), hodnocený pomocí dynamických ukazatelů, tj. sérového albuminu, β 2-mikroglobulinu a tymidinkinázy (ISS, SWOG, OLOMOUC), koreluje s hladinami sérových volných lehkých řetězců výrazněji nežli tradiční DS systém. Hladiny sérových volných lehkých řetězců jsou závislé na funkci ledvin, hodnota K/L indexu však není postižením funkce ledvin ovlivněna.

Podpořeno VVZ – HOK (6198959205).

57. Rizikové faktory ischemické choroby srdeční v mladé populaci (přednáška)

L. Pinková¹, J. Pařenica², J. Špinar², O. Ludka², P. Fráňa¹, H. Němcová²

¹ II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

² Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Cíl: Ateroskleróza je chronické onemocnění cévní stěny, které probíhá řadu asymptomaticky. V období puberty má aterosklerotické léze typu I–II (pěnové buňky nebo tukové proužky) 65 % osob. Cílem práce je ve zdravé populaci 18–30 let stanovit výskyt rizikových faktorů aterosklerózy.

Metodika: Byl stanoven kazuální krevní tlak, AMTK, antropometrické parametry a laboratorní parametry.

Výsledky: Bylo vyšetřeno 276 osob (51 % žen) ve věku $23,8 \pm 3,6$ roku, mezi vyšetřenými bylo 67 % studentů, 13 % manuálně pracujících a 20 % duševně pracujících. Hypertenzi dle kazuálního TK mělo 71 osob (25,4 %), hypertenzi dle

AMTK (AMTK $\geq 125/80$ mm Hg) mělo 78 osob (28,3 %), z toho 51 mužů (37,8 %) a 27 žen (19,1 %). Kouření přiznává 5,9 % mužů a 12,1 % žen. Nízkou nadváhu (BMI 25–26,9) mělo 11,9 % mužů a 5,7 % žen, lehce zvýšenou váhu (BMI 27–29,9) mělo 1,5 % mužů a 2,8 % žen, obezitu mělo 0,7 % mužů a žen. WHR > 1 neměl žádný muž, WHR $> 0,85$ mělo 0,7 % žen. Obvod pasu > 102 cm mělo 2,2 % mužů a > 88 cm neměla žádná žena. Cholesterol > 5 mmol/l mělo 24,4 % osob, LDL > 3 mmol/l mělo 16,8 % osob, triglyceridy > 2 mmol/l mělo 4,4 % osob, HDL < 1 mmol/l mělo 8 % mužů, HDL $< 1,2$ mmol/l mělo 2,3 % žen. Mladé ženy mají signifikantně vyšší celkový cholesterol a HDL. Muži s pozitivní rodinnou anamnézou mají signifikantně vyšší pulzní tlak, ženy mají vyšší systolický, diastolický a pulzní tlak a nižší HDL-cholesterol. Muži s hypertenzí mají nižší HDL. Glykémii 6,1–7,0 mmol/l mělo 2,7 % osob. Metabolický syndrom jsme diagnostikovali u 3 mužů a 2 žen. Sportující muži mají nižší diastolický krevní tlak, vyšší HDL a nižší LDL.

Závěr: V mladé populaci jsme zjistily relativně vysoký výskyt hypertenze, nízkou prevalenci kouření a obezity. Ženy v mladém věku mají příznivější lipidové spektrum. Pozitivní rodinná anamnéza se promítá i do tlakových a laboratorních parametrů v mladé populaci.

Podporováno Grantem IGA MZ 72-42-3

58. Neinvazivní stanovení cévní poddajnosti z kontinuálního záznamu krevního tlaku u hypertenzních pacientů (poster)

M. Plachý¹, P. Jurák², P. Fráňa¹, M. Souček¹, I. Řiháček¹, J. Haláček², P. Leinveber²

¹ II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

² Akademie věd ČR, pracoviště Brno

Úvod: Hypertenze patří mezi nejdůležitější rizikové faktory kardiovaskulární morbidity a mortality. Jejím dlouhodobým působením vzniká zesílení cévní stěny, které se pak odráží ve změně dynamických vlastností cévního řečiště. Parametry, které těsně korelují s poddajností cévního systému, jsou pulzní tlak a rychlost pulzové vlny. Tato práce hodnotí rozdíly těchto parametrů u zdravých dobrovolníků a u hypertoniků.

Metody: Protokol měření zahrnuje 5minutové měření s dýcháním na frekvenci 0,1 Hz (10sekundová perioda) vleže. Zaznamenávali jsme kontinuálně křivku EKG a TK (Finapres-2300, Ohmeda). Signály byly digitalizovány 16bitovým konvertorem a zpracovány softwarem ANNAlab ScopeWin ANS. Dechové frekvence bylo docíleno pomocí optického metronomu, hloubka dýchání byla na úrovni 50–70 % vitální kapacity. Dýchání na frekvenci 0,1 Hz představuje rezonanci respiračního sinusového arytmiu s oscilací baroreflexu, a tím maximální přenos respiračních oscilací do změn TK a srdeční frekvence (SF).

Soubor: Měřili jsme 4 skupiny pacientů: 12 mladých zdravých dobrovolníků (MZ, věk 26 ± 4 , 4 ženy), 10 starých zdravých dobrovolníků (SZ, věk 54 ± 10 , 2 ženy), 12 neléčených hypertoniků (H1, věk 31 ± 9 , 3 ženy) a 16 neléčených hypertoniků (H2, věk 40 ± 11 , 6 žen) s dalšími RF (obezita, dyslipidemie, diabetes mellitus). Všechna měření byla prováděna v Laboratoři pro výzkum krevního tlaku, FN u sv. Anny v Brně.

Parametry: Stanovili jsme střední hodnoty a směrodatné odchylky následujících parametrů: RR intervaly, sTK a dTK, pulzní tlak, variabilita RR intervalu, variabilita sTK a dTK, maximální a minimální derivace změn TK, rozdíl maximální a minimální derivace TK, čas mezi maximální a minimální derivací TK.

Výsledky: Mezi skupinami MZ, SZ a H1, H2 jsme našli předpokládaný významný rozdíl v systolickém TK a pulzním TK. Interval RR byl kratší ve skupině hypertoniků, ale rozdíl nebyl signifikantní. Podstatné rozdíly byly nalezeny v dynamických parametrech mezi skupinami H1 a H2, tj. v maximální a minimální derivaci změn TK, rozdílu maximální a minimální derivace TK a časem mezi maximální a minimální derivací TK. Výsledky ukázaly strmější vzestup TK ve skupině H2. Skupiny H1 a H2 byly rovnocenné z pohledu tradičních ukazatelů kardiovaskulárního rizika, jako je výše TK a SF, avšak míra zesílení cévní stěny a snížení cévní poddajnosti se odrazila právě v rozdílných hodnotách dynamických parametrů.

Závěr: Informace o zvýšeném kardiovaskulárním riziku u hypertenzních pacientů nám mohou jednoduše poskytnout dynamické parametry odvozené z derivace kontinuální křivky TK pořízené Peňázovou metodou. Parametry specificky ukazující na porušenou cévní poddajnost jsou maximální derivace změn TK a rozdíl maximální a minimální derivace TK.

59. Vliv efektivní komunikace na kompliance pacienta (přednáška)

A. Pokorná

Katedra ošetrovatelství LF MU, Brno

V ošetrovatelské péči nejen v interních oborech, ale obecně ve všech oblastech zdravotní péče, je nedílnou součástí efektivní komunikace a využití správných komunikačních technik. Správná interpretace pojmů a jejich odpovídající využití vede ke zvýšení compliance nemocného i jeho rodiny. Poměrně častým jevem je kognitivní manipulace, která zhoršuje úroveň spolupráce s nemocným, jeho blízkými a poskytovateli péče v rámci multidisciplinárního týmu. Zodpovědným přístupem k identifikaci potřeb nemocného a volbou odpovídajících komunikačních klíčů omezujeme rizika nedostatečné akceptace doporučení zdravotnických pracovníků ze strany klientů a zvyšujeme tak možnost zlepšení stavu, uzdravení v kratším časovém intervalu či navození dlouhodobější remise. Požadavky na komunikaci se u všech úrovní zdravotnických pracovníků zvyšují úměrně s rozvojem požadavků na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Jsou jedním z ukazatelů kvality péče v obecné rovině.

60. Četnost výskytu steroidního diabetu a dalších potuch metabolismu glukózy při léčbě mnohočetného myelomu vysokými dávkami kortikoidů: zkušenosti z našeho pracoviště (poster)

Y. Pospíšilová, Z. Adam, M. Krejčí, A. Křivanová, R. Hájek, Z. Kořístek

Interní hematologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Porucha glukózové tolerance je jedním z hlavních nežádoucích účinků léčby glukokortikoidy. Dle literárních údajů k ní dochází téměř u všech osob léčených kortikoidy, u asi 25 % osob pak terapie glukokortikoidy působí přímo vznik diabetu. Porucha metabolismu glukózy zhoršuje aktuální (i dlouhodobý) stav pacienta. Na naší klinice bylo v roce 2004 v rámci chemoterapeutických protokolů léčeno vysokými dávkami glukokortikoidů (40 mg dexametazonu) 68 pacientů. Z nich 11 (16 %) mělo diabetes mellitus diagnostikován již před léčbou steroidy, u 37 pacientů (55 %) byl během terapie 40 mg dexametazonu diagnostikován steroidní diabetes mellitus, u 13 pacientů (19 %) byla diagnostikována některá z poruch metabolismu glukózy, pouze u 7 pacientů (10 %) byly naměřené glykemie v pásmu normálních hodnot. V terapii se uplatnily vícečetné aplikace krátkodobého inzulínu, většinou 3krát denně, s nejvyššími dávkami inzulínu aplikovaného před polednem; ve většině případů nebyla nutná aplikace depotního inzulínu na noc.

61. Jednoroční mortalita a kvalita života u pacientů s CRT při SR a fibrilaci síní (poster)

K. Prymusová, J. Vlašínová, J. Špínar

Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Cíl: Srovnání mortality a kvality života u pacientů s CHSS po implantaci biventrikulárního kardiostimulátoru při sinusovém rytmu a fibrilaci síní.

Metodika: Follow up (1–3–6–12 měsíců) analýza dat pacientů s CHSS se zavedením CRT terapie na 1. IKK FN Brno v letech 2003–2006.

Výsledky: CRT byla použita u 75 pacientů s CHSS průměrného věku $67,23 \pm 8$ let, průměrné EF 25 %, z toho mužů 73,33 %, žen 26,26 %. Průměrná doba sledování byla 23 ± 14 měsíců. Primárně SR mělo 65 pacientů (86,67 %), primární permanentní fibrilaci síní 9 (12 %), permanentní fibrilaci síní po CRT se vyvinula u 6 (8 %). Jednoroční mortalita u pacientů se SR byla v 11,86 %, u pacientů s permanentní fibrilací síní v 11,11 %, u pacientů s nově vzniklou fibrilací síní po CRT byla mortalita 16,67 %. Dále byla sledována kvalita života (zlepšení NYHA třídy, 6WT) po 1–3–6–12 měsících po implantaci biventrikulárního PM.

Závěr: Dle střednědobého sledování přináší CRT benefit pacientům s CHSS, a to jak u pacientů se SR, tak při trvající fibrilaci síní. Není statisticky významný rozdíl v mortalitě mezi pacienty s permanentní SR a permanentní fibrilací síní, $p = 0,95$ ani mezi pacienty s SR a nově vzniklou fibrilací síní, $p = 0,73$. Rovněž kvalita života při follow-up sledování neukazuje na statisticky významný rozdíl mezi pacienty s fibrilací síní a SR, $p = (0,58-0,61-0,12-0,91)$ u 1–3–6–12 měsíčního sledování.

62. Hemodialýza – satelitní pacient. Spolupráce s rodinou, společností dialyzovaných a transplantovaných a společností Fresenius MDC (přednáška)

A. Reichertová, J. Kulková

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Satelitní hemodialyzační středisko zajišťuje eliminační metody HD a HDF u pacientů s chronickým selháním ledvin. Naše středisko se vyznačuje určitými specifiky danými pro toto středisko. Výběr pacientů je závislý na zdravotním stavu, mentálních schopnostech a manuální zručnosti. S tím souvisí i opakovaná edukace pacientů pod vedením zkušených zdravotnických pracovníků a jejich kladným lidským přístupem.

Kazuistika: Velmi se nám osvědčila spolupráce s rodinnou u pacientů v našem dialyzačním programu. Lépe se zvládají psychické komplikace, které toto onemocnění s sebou nese. Jako příkladem prezentujeme kazuistiku 75letého muže dialyzovaného na našem středisku 6 let s diagnózou TIN a následné závažné komplikace ICHS a těžkou ischemií DK. Opakované konzultace a návštěvy rodiny na středisku tak pomohly zvládat závažnou psychickou zátěž všem zúčastněným stranám. Nejen úskalí a negativa, která s sebou toto chronické onemocnění nese, ale i pozitivum je možno zvládat pomocí vstřícnosti a podané ruky ze společnosti DaT a medicínských firem. Nabízí se možnosti dovolenkových a rekondičních pobytů s možností zajištění hemodialýz jak v tuzemsku, tak i v zahraničí. Pobyt jsou zajištěny nejen pro pacienty, ale i jejich rodinné příslušníky.

Závěr: Dobrou edukací a hlavně lidským přístupem všech zúčastněných stran se nám daří plnit vytyčené cíle a optimální a vyrovnanou bio-psycho-sociální sféru našich pacientů.

63. Prevence a léčba diabetu dietou a pohybem (přednáška)

Z. Rušavý

Diabetologické centrum I. interní kliniky Lékařské fakulty UK a FN, Plzeň

Zavedení diety a doporučení změny životního stylu patří mezi nejstarší léčebná doporučení diabetu, která si zachovala svoji platnost až do dnešní doby. Jedná se především o redukci hmotnosti, zvýšení intenzity fyzické aktivity a docílení určité pravidelnosti denního režimu (spánek, příjem potravy, fyzická aktivita). Změnou životního stylu lze docílit zvýšení inzulínové senzitivity, úpravy produkce kontraregulačních hormonů a ovlivnění kardiovaskulárních rizikových faktorů. Cílem přednášky je informovat o současných znalostech a názorech v oblasti dietologie a fyzické aktivity a o možnostech využití těchto nefarmakologických postupů v léčbě diabetiků 1. a 2. typu. Cílem dietní léčby je dlouhodobé zachování optimálního tělesného i duševního stavu a metabolické kompenzace diabetiků (minimální kolísání glykemií v průběhu 24 hodin, hodnota glykovaného hemoglobinu – HbA_{1c} – < 5 %, celková dávka inzulínu je < 0,75 IU/kg, bez hypoglykemických epizod), zachování přiměřené tělesné hmotnosti a normálních hodnot krevního tlaku, který je nižší než 130/80 mm Hg. Předpokladem dosažení cílů je znalost obsahu sacharidů a znalost rychlosti vstřebávání sacharidů z různých potravin (glykemický index). U každého diabetika by měla být provedena dietní anamnéza a stanoven reálný nutriční plán, který by měl být kontrolován. Pacient by měl být vybaven jednoduchými písemnými materiály a doporučením vhodné studijní literatury. Při kontrolách by měla probíhat individuální edukace v oblasti dietních nejen nutriční terapeutkou, ale i lékařem. Vybudování vzájemné důvěry, která se projeví ve zlepšení spolupráce s pacientem a ve zlepšení motivace, je důležitou součástí úspěšné dietní léčby. Fyzická aktivita (FA) má u všech typů diabetu jednoznačně příznivý účinek. Snižuje glykémii a zvyšuje využití glukózy v organizmu. Pohyb vede k úpravě lipidového spektra, příznivě ovlivňuje krevní tlak a snižuje podíl tělesného tuku. FA je nejčastější příčinou hypoglykemie u diabetiků 1. typu, a může vyvolat komplikace u pacientů s pozdními komplikacemi diabetu (mikroangiopatie a ateroskleróza). Pravidelná FA je nejsilnějším preventivním faktorem vzniku diabetu 2. typu u osob s porušenou glukózovou tolerancí, obezitou a dalšími rizikovými faktory diabetu, snižuje jeho manifestaci až o 60 %.

Práce vznikla za podpory VZ MSM, Univerzity Karlovy 21620814.

64. 24hodinové ambulantní monitorování krevního tlaku, základní informace pro praxi (přednáška)

I. Řiháček, M. Souček, P. Fráňa, M. Plachý

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

24hodinové ambulantní monitorování krevního tlaku (24h-AMKT) je novější metoda měření krevního tlaku (TK) využívaná jak k diagnostice, tak k výzkumu a léčbě hypertenze. 24h-AMKT přináší mnohem více informací o hodnotách, va-

riabilitě a diurnálních změnách TK než prosté měření v ambulanci lékařem. Tyto informace spolu s hodnotami TK mají mnohem těsnější korelaci s poškozením cílových orgánů a prognózou vyšetřovaného hypertonika. Cílem sdělení je podat základní informace o 24h-AMKT, vysvětlit některé pojmy (hypertenze bílého pláště, maskovaná hypertenze, diurnální rytmus) a uvést současné indikace, klasifikaci a možné typy hypertenzních křivek pro lékaře v praxi. Srozumitelným způsobem jsou vysvětleny i základní údaje a grafy, se kterými se setkáváme při vyhodnocení 24h-AMKT.

Práce je podpořena grantem Ministerstva školství, mládeže a sportu České republiky číslo: MSM0021622402.

65. Ošetrovatelská péče o pacienta s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN) za hospitalizace na standardním oddělení (přednáška)

D. Slaná, E. Kašparová

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

CHOPN je onemocnění, které není úplně reverzibilní a péče o nemocného ve stadiu akutní exacerbace je náročná. Mezi nejčastější rizikové faktory patří: kouření, infekce dýchacích cest, porucha imunity a škodlivé vlivy životního prostředí. Léčba se skládá z oxygenoterapie, medikamentózní léčby, rehabilitace a edukace pacienta. Na základě kazuistiky nemocné s diagnózou akutní exacerbace CHOPN chceme demonstrovat úlohu sestry v komplexní péči o nemocné s exacerbací CHOPN. Po stanovení sesterských ošetrovatelských diagnóz byly stanoveny cíle ošetrovatelské péče a jejich realizace. V průběhu realizace stanovených cílů docházelo ke zlepšení onemocnění, pacientka se postupně zlepšovala a její zdravotní stav byl stabilizován. Cílů ošetrovatelské péče se podařilo dosáhnout a pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování. Komplexní a náročná úloha sestry v léčbě nemocných s akutní exacerbací CHOPN je na základě výše uvedeného jednoznačná.

66. www.nefrologie.eu jako prostředek edukace pacientů (poster)

J. Smržová¹, M. Dvořák²

¹ *Dialyzační a nefrologické oddělení Interní gastroenterologické kliniky LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice*

² *Fakulta informatiky MU, Brno*

Úvod: Kompliance nemocného je nezbytnou podmínkou úspěšné léčby většiny chorob. Ochota ke spolupráci je dána kromě faktorů vycházejících z osobnosti nemocného především silnou motivací a dostatečnou informovaností. Webová stránka je u nás dosud málo používanou metodou, jak pacienta poučit a motivovat.

Vlastní práce: Na adrese www.nefrologie.eu nabízíme od července roku 2006 pro širokou veřejnost řadu informací o onemocnění ledvin a jejich léčbě. Cílovou skupinou jsou pacienti s onemocněním ledvin, jejich rodiny a přátelé i lidé, kteří se onemocnění ledvin chtějí vyhnout. Vzhledem k nutnosti použití internetu předpokládáme, že stránka bude navštěvována lidmi rozdílného vzdělání spíše mladšího a středního věku. Proto jsme zvolili jednoduchý a přehledný design stránky a s ohledem na možnou poruchu zraku velké písmo. Pro nevidomé je k dispozici verze stránky s minimem grafiky čitelná pomocí screenreaderu. Jazyk je jednoduchý a cizí slova jsou používána zřídka. Nové pojmy i použítá cizí slova jsou vysvětlena v nápovědě, která se objevuje po najetí kurzoru na daný výraz. Tyto i další pojmy, s nimiž se nemocný setkává, jsou vysvětleny souhrnně ve slovníčku. Obrázky zvyšují atraktivitu stránky. Obsahově zahrnuje stránka kapitoly o onemocnění ledvin a jejich komplikacích, o všech formách náhrady funkce ledvin, o možných léčebných postupech včetně diety i o funkci zdravých ledvin a o tom, jak nemocem ledvin předcházet. Pacienti také mohou klást konkrétní dotazy; vybrané dotazy s odpověďmi zveřejníme. Stránka obsahuje i menší oddíl pro lékaře, kteří mohou informace většinou vyhledávat i v angličtině. Připomínky návštěvníků stránky a počítadlo vstupů umožní zpětnou vazbu, a tím lepší možnost doplňování a zkvalitňování obsahu. Podmínkou úspěšnosti stránky je i její propagace, nejprve prostřednictvím informování nefrologických pracovišť v ČR.

67. Predialyzační péče a mortalita dialyzovaných (přednáška)

J. Smržová, S. Šurel, J. Řehořová

Dialyzační a nefrologické oddělení Interní gastroenterologické kliniky LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Úvod: Absence predialyzační nefrologické péče vede u dialyzovaných k vyšší morbiditě i mortalitě. Informace o situaci u nás jsou zatím sporé.

Metody: Do retrospektivní studie byli zařazeni všichni nemocní, kteří v našem dialyzačním středisku zahájili chronickou dialýzu v období od I/2002 do VI/2004 (95 pacientů, 43 % diabetiků, věk $64,8 \pm 13,8$ let, 46 mužů, 49 žen). Byla hodnocena mortalita po 18 měsících dialýzy u skupiny pacientů léčených v predialýze nefrologem alespoň 3 měsíce (skupina A, 49 pacientů, 55 % diabetiků) oproti skupině pacientů s kratší predialyzační péčí (skupina B, 46 pacientů, 33 % diabetiků). V obou skupinách byly srovnána podskupina žijících s podskupinou zemřelých v jednotlivých laboratorních a klinických parametrech (nepárový T-test, $p = 0,05$).

Výsledky: Z analýzy byly vyloučeni 4 pacienti ze skupiny A a 5 pacientů ze skupiny B, kteří byli předáni do jiného HDS, a 2 nemocní ze skupiny B s reparací ledvinových funkcí. Pacienti skupiny A měli mírnější anémii (Hb 100,7 vs 86,7 g/l; $p = 0,00001$), vyšší hladinu albuminu (37,1 vs 33,6 g/l; $p = 0,001$) a méně často vyžadovali při zahájení dialýzy hospitalizaci (39 vs 98 %). Během 18 měsíců zemřelo 16 pacientů skupiny A (35,6 %) vs 19 (48,7 %) ze skupiny B. Přežívající ve skupině A byli signifikantně mladší (60,5 vs 70,5 roku), nefrologem déle predialyzačně sledováni (52 vs 29 měsíců), měli signifikantně nižší vstupní hladinu feritinu (240 vs 415 mmol/l) a vyšší hladinu albuminu (38,5 vs 34,7 g/l) než zemřelí. U přežívajících ve skupině B byla oproti zemřelým signifikantně nižší vstupní fosfatemie (1,42 vs 1,85 mmol/l) a kalcemie (2,09 vs 2,33 mmol/l). V ostatních sledovaných parametrech nebyl mezi podskupinami signifikantní rozdíl.

Závěr: Ve skupině pacientů sledovaných nefrologem déle přežívali pacienti mladší, déle sledovaní, s nižšími hladinami feritinu a vyššími hladinami albuminu, což naznačuje význam MIA syndromu v predialýze. U nefrologicky nesledovaných měli přežívající pacienti nižší fosfatemii a kalcemii, což může souviset s lehčí formou renální osteopatie. Dialyzované léčení v predialýze měli po 18 měsících nižší mortalitu a lepší některé vstupní parametry dialýzy, proto je třeba zajistit kvalitní predialyzační péči co největšímu počtu nemocných.

68. Alkohol a lipidy (přednáška)

V. Soška

Oddělení klinické biochemie FN u sv. Anny, Brno

Pravidelná konzumace alkoholu zvyšuje koncentraci HDL-cholesterolu. Alkohol je současně jednou z nejčastějších příčin sekundárních dyslipidemií (DLP), především hypertriacylglycerolemie. U osob s geneticky podmíněnou DLP může konzumace i malých dávek alkoholu může manifestovat doposud skrytou DLP nebo zhoršit DLP již existující. Chronický alkoholismus vede často k těžké kombinované DLP a nasedající alkoholový exces indukuje extrémní zvýšení triglyceridů i cholesterolu s těžkou chylozitou séra. Farmakoterapie hypolipidemiky je zde neúčinná a jedinou účinnou léčbou je abstinence.

Závěr: Ačkoliv umírněná konzumace alkoholu snižuje incidenci kardiovaskulárních onemocnění, je alkohol častou příčinou sekundárních DLP a zdánlivého selhání léčby hypolipidemiky.

69. Primární plicní karcinoid: náhodný záchyt u 69leté pacientky (poster)

P. Strnadová

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Karcinoid je neuroendokrinní nádor vycházející z enterochromafinních buněk, které produkují gastrointestinální peptidové hormony.

Výskyt: Duodenum a jejunum 40 %, appendix 40 %, žaludek 5 %, bronchus 3,5 %, ileum 1 %, kolon, pankreas a žlučník zřídka.

Projevy: 1. kožní – flush, teleangiectazie, 2. GIT – tumor, hepatosplenomegalie, ischemie střeva, průjem, 3. respirační příznaky – bronchiální astma, tachypnoe, sípání, 4. kardiální příznaky – trikuspidální a pulmonální stenóza, pravostranné srdeční selhání. Klasickým markrem aktivity karcinoidu je serotonin a jeho metabolit vylučovaný do moči – kyselina 5-hydroxyindoloctová (5-HIOK).

Popis případu: Uvádíme náhodný záchyt tohoto onemocnění u 69leté pacientky s anamnézou CHOPN, přijaté k hospitalizaci v říjnu roku 2005 pro recidivu paroxysmu fibrilace síní s rychlou komorovou odpovědí. V den přijetí mimo palpitace pacientka ještě uváděla 4krát průjemovitou stolicí. Na RTG plic byl zjištěn vpravo v dolním plicním poli parakardiálně drobný kulovitý stín do velikosti asi 18 mm. Doplněno CT, kde bylo patrné oválné pacifikující se solidní ložisko velikosti 20 × 15 mm zobrazující se v parenchymu 5. segmentu středního laloku v oblasti větvení žil. Sonogra-

fie břicha ukázala jen nález lehké hepatodystrofie, prostornější žlučník bez litiázy, cysty ledvin – žádné patologické ložisko neprokázáno. V prosinci roku 2005 pacientka podstoupila biopsii plicního ložiska pod CT kontrolou. Následovně byla vyšetřena na Oddělení klinické a radiační onkologie (OKRO). K dispozici byl již i výsledek punkční biopsie, který potvrdil typický plicní karcinoid TNM: T1 N0 M0, stadium choroby Ia. Laboratorní vyšetření v prosinci roku 2005 ukázalo patologicky zvýšené hodnoty 5-HIOK – 46,1 $\mu\text{mol}/24$ hodin (10,4–31,2), hořčíku 1,09 (0,78–1,03), parathormonu 9,1 pmol/l (1,5–7,6), CRP 11,2 (0–10), α -2-globulinů 0,147 (0,060–0,130). V lednu roku 2006 byla provedena lobektomie středního laloku, peroperačně z biopsie byl verifikován rovněž typický bronchiální karcinoid. Kontrolní laboratorní vyšetření v únoru roku 2006 prokázalo již hodnoty v referenčním rozsahu 5-HIOK – 23,9 (10,4–31,2), další kontrolní vyšetření (UZ břicha, RTG plic) neprokázalo aktivitu základního onemocnění.

Závěr: Paroxysmus fibrilace síní vedl k přijetí a vyšetření nemocné a byl jediným objektivně zjištěným projevem karcinoidového syndromu.

70. Antropometrické parametry a kardiorespirační zdatnost u obézních žen (poster)

H. Svačinová¹, B. Rosenbergová¹, J. Nečasová¹, L. Svoboda¹, M. Tarasová¹, D. Zeman²

¹ *Klinika funkční diagnostiky a rehabilitace LF MU a FN u sv. Anny, Brno*

² *II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno*

Úvod: Nízká kardiorespirační zdatnost je nezávislým rizikovým faktorem celkové i kardiovaskulární mortality. Fyziologicky klesá s věkem, její další pokles je spojen s obezitou, diabetem 2. typu a dalšími odchylkami v rámci metabolického syndromu a s nízkou tělesnou aktivitou.

Cílem práce je posouzení korelací mezi věkem, antropometrickými parametry, úrovní pohybové aktivity a parametry kardiorespirační zdatnosti (KZ) u souboru obézních žen s přidruženými prvky metabolického syndromu (MS).

Soubor pacientů a metody: V souboru 49 obézních žen (průměrný věk 53,9 roků, BMI 35,4, obvod pasu 109 cm) mělo 14 žen (28,5 %) 1–2 prvky MS, 31 žen (63,3 %) splňovalo kritérium diagnózy MS dle NECP-ATP III, u 4 žen (8,2 %) byla přítomna pouze obezita. Parametry kardiorespirační zdatnosti ($\text{VO}_{2\text{max}}/\text{kg}$, $\text{VO}_{2\text{max}}/\text{kg}$ ATH) byly stanoveny spirometrií, antropometrické hodnoty (BMI, obvod pasu, % tuku) obvyklými metodami. Úroveň běžné pohybové aktivity byla stanovena nepřímo pomocí dotazníku. Pro hodnocení vztahu veličin byla použita korelační analýza.

Výsledky: Mezi věkem a oběma parametry KZ byla zjištěna volná nepřímá nesignifikantní korelace ($r = -0,26$; resp. $-0,15$); zatímco BMI, obvod pasu a % tělesného tuku vs oba parametry KZ ukazují na těsnou signifikantní nepřímou korelaci (BMI $r = -0,53^*$ resp. $r = -0,46^*$; obvod pasu $r = -0,48^*$ resp. $r = -0,42^*$; % tuku $r = -0,70^*$ resp. $r = -0,42^*$; $p < 0,05$). Těsnou korelaci mezi úrovní běžné pohybové aktivity a KZ jsme neprokázali ($r = 0,12$ resp. $r = 0,07$). Obdobné vztahy jsme zjistili i u podskupiny žen s diabetem 2. typu, u kterých korelační koeficienty vyjadřují ještě těsnější nepřímou vazbu mezi BMI, obvodem pasu, % tuku a parametry KZ ($r = -0,84^*$, $-0,73^*$; $r = -0,83^*$, $-0,73^*$; $r = -0,82^*$, $-0,70^*$).

Závěr: Výsledky vyšetřeno souboru obézních žen ukazují na těsnou signifikantní inverzní vazbu antropometrických parametrů (BMI, obvod pasu, % tuku) a kardiorespirační zdatnosti, zatímco tato inverzní vazba je s věkem volnější, nesignifikantní.

*představuje statistickou významnost

Podporováno VZ MSM0021622402

71. Příčina akutního selhání ledvin u intravenózního toxikomana (poster)

J. Svojanovský¹, I. Svobodová², M. Nedbálková¹, D. Sobotová¹

¹ *II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno*

² *I. patologicko-anatomický ústav LF MU a FN u sv. Anny, Brno*

Úvod: Infekční endokarditida (IE) u i.v. narkomanů postihuje nejčastěji trikuspidální chlopeň (TCh) a jejím vyvolatelem bývá až v 60 % případů *Staphylococcus aureus*. IE TCh bývá zdrojem septických plicních embolů nebo bronchopneumonií. Vlivem ukládání cirkulujících imunokomplexů může rovněž dojít k rozvoji glomerulonefritidy (GN) a artritidy.

Kazuistika: 23letý pacient byl přeložen na II. interní kliniku LF MU a FN u sv. Anny pro rozvoj akutního neoligourického selhání ledvin (ASL). 3 týdny před přijetím byl léčen ATB pro pravostrannou bronchopneumonii.

Z anamnézy jsme zjistili informaci o i.v. aplikaci pervitinu, kterou pacient ukončil 3 měsíce před vznikem prvních zdravotních potíží. Po přijetí byla provedena biopsie ledviny s nálezem paucimunní fokální a segmentální nekrotizující GN korelující s klinickou diagnózou Wegenerovy granulomatózy. Pro opakovaně pozitivní hemokultury byla provedena transezofageální echokardiografie s nálezem vegetací na TCh s hemodynamicky významnou regurgitací. Parenterální léčba ATB vedla k rychlé úpravě ledvinných funkcí, již bez další potřeby HD léčby. Průběh byl komplikován rozvojem levostranné septické koxitidy s nutností operační laváže. Po 6 týdnech od stanovení diagnózy byla provedena kardiokirurgická operace se snesením vegetací a uzavřením defektu chlopně. V dalším průběhu byl pacient bez potíží a měl zcela normální ledvinné funkce.

Závěr: Při ASL u mladého člověka s anamnézou i.v. toxikomanie je třeba pomýšlet na IE. ASL s měnlivými plicními infiltráty může imitovat systémovou vaskulitidu.

72. Monoklonální gamapatie nejistého významu (přednáška)

V. Ščudla

III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Monoklonální gamapatie nejistého významu (MGNV) je němý, bezpříznakový a potenciálně maligní stav vyznačující se pozvolnou, klonální a nezhoubnou proliferací elementů konečných stadií B-lymfocytární linie s produkcí monoklonálního imunoglobulinu setrvávajícího dlouhodobě na stabilní výši. Náplní sdělení je problematika epidemiologie, diagnostiky, klasifikace a diferenciální diagnostiky MGNV včetně přehledu asociace s chorobami neplazmocelulárního charakteru, ale i problematika etiopatogenetických aspektů a rizikových faktorů maligní transformace. Diskutován je i model lineární „multistep“ molekulární patogeneze MGNV, prevalence a klinický význam IgH translokací, dysregulace onkogenů, cytokinů a změn mikroprostředí kostní dřeně. Významná pozornost je věnována i subklasifikaci MGNV („evolving“ a „nonevolving“ typ) a zásadám dispenzární péče v klinické praxi.

73. Hematologické změny u vybraných revmatických chorob (přednáška)

V. Ščudla

III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Náplní sdělení je stručný přehled nejvýznamnějších změn, ke kterým dochází v krvevorném systému u nejčastějších revmatických chorob. Pozornost je věnována rozboru jednotlivých typů anémií, zejména ale multifaktoriální patogenezi a léčbě anémie chronických chorob. Obzvláštní pozornost je věnována úloze zánětlivých cytokinů a hepcidinu, tj. stěžejnímu regulátoru metabolismu železa včetně jeho absorpce, uskladnění v monocyto-makrofágovém systému a řízení jeho dostupnosti pro erytroidní prekursor. Diskutována je i otázka změn, ke kterým dochází v bílé složce krevního obrazu a v počtu i funkci krevních destiček, samostatně je rozebrána problematika Feltyho syndromu. Je nasnadě, že se péče o nemocné se závažným revmatologickým onemocněním nemůže obejít bez důsledného vyhodnocení změn v hemogramu s tím, že v případech jejich přítomnosti je nutné odhalení jejich příčiny a zohlednění při vedení diagnostického a léčebného procesu.

74. Enterální výživa v léčbě malnutrice po operaci GIT s komplikovaným pooperačním průběhem: kazuistika (přednáška)

P. Šidlová, M. Krejčová, M. Kožíšková, I. Pavlíčková, P. Cihlářová, R. Beschornerová

JIP interního oddělení Nemocnice, Znojmo

61letý pacient přeložen na interní JIP k nutriční podpoře po komplikované operaci GIT (resekce žaludku pro lymfom komplikována dehiscencí rány, recidivujícími pneumoniemi s respirační insuficiencí a nutností umělé ventilace) – při přijetí na JIP těžce kachektický, minimální svalová síla, neuzvedne končetiny nad podložku, depresivní. Zahájena intenzivní nutriční podpora cestou zavedené perkutánní endoskopické jejunostomie, rehabilitace na lůžku. Po měsíční enterální výživě zlepšení stavu pacienta, vysazován do křesla, komunikuje. V průběhu další hospitalizace se zlepšuje i příjem p.o. – individuálně sestavovaná dieta, po 2 měsících hospitalizace na JIP schopen chůze kolem lůžka a následně propuštěn domů – 7 měsíců po operaci. V současnosti je pacient v dobré kondici. Nebyla prokázána recidiva základního maligního onemocnění (lymfomu). Průběh hospitalizace a léčba na našem oddělení jsou obsahem sdělení.

75. Ošetřování pacienta s MRSA: kazuistika (přednáška)

A. Šipková

III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Stafylokokové bakterie jsou součástí běžné flóry sliznice nosní nebo kůže. MRSA – meticilin–rezistentní *Staphylococcus aureus*, se nejčastěji vyskytuje u pacientů hospitalizovaných v nemocnici. Může vyvolávat infekce se závažným průběhem. K dalším rizikovým faktorům, které mohou přispívat k rozvoji infekce, patří věk pacienta, základní diagnóza, podávané antibiotikum, délka hospitalizace nebo absolvovaný chirurgický zákrok.

Kazuistika: Wegenerova granulomatóza je onemocnění charakteru vaskulitidy postihující závažným způsobem řadu orgánů. Na našem oddělení byla hospitalizována 31letá nemocná s 1/4 roku stanovenou diagnózou onemocnění s postižením plic a středouší. Byla přijata pro akutní respirační insuficienci vyžadující záhy umělou plicní ventilaci. Bronchoskopicky byl zjištěn neřešitelný uzávěr levého hlavního bronchu nejasného stáří, byla provedena levostranná pneumektomie. V relativně stabilizovaném stavu a s řadou komplikujících infekcí včetně MRSA se vrátila na naše oddělení. Podařilo se docílit krátkodobé extubace, ale pro novou rychlou progresi respirační insuficience a septického šoku musela posléze pokračovat UPV. Bronchoskopie posléze ukázala závažné zúžení i v pravostranných bronších. Po další léčbě s vystřídáním řady antibiotik vyústilo onemocnění pod obrazem sepse v úmrtí.

76. QT-dynamicita a její vztah k funkci levé srdeční komory (poster)

M. Šišáková¹, T. Novotný¹, A. Floriánová¹, O. Toman¹, P. Vít², J. Špinar¹

¹ Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

² II. dětská klinika LF MU a FN Brno, pracoviště FDN J. G. Mendela

Úvod: Novou metodou posuzování repolarizace myokardu, jejíž nefyziologický průběh může být spjat s výskytem maligních komorových arytmií a představuje riziko náhlé srdeční smrti, je QT-dynamicita. Je vyhodnocována z 24hodinového holterovského EKG záznamu a je matematicky definována jako $QT = a \times RR + b$, přičemž strmost křivky „a“ koreluje s mírou poruchy repolarizace myokardu. Zaměřili jsme se na pacienty s ischemickou chorobou srdeční v akutní fázi srdečního infarktu. Porovnávali jsme, jaký vliv má na QT-dynamicitu dysfunkce levé srdeční komory, a rovněž jaká je QT-dynamicita u nemocných, u nichž byly v akutní fázi infarktu myokardu zachyceny závažné komorové arytmie.

Soubor a metody: Vyšetřili jsme 120 pacientů s akutním infarktem myokardu v intervalu 2 až 14 dnů od vzniku. U každého z nich bylo provedeno echokardiografické vyšetření a pořízen 24hodinový holterovský EKG záznam, ze kterého byla hodnocena QT-dynamicita programem QT-Guard firmy GE Medical. Pacienti byli rovněž v akutní a subakutní fázi infarktu myokardu sledováni bedside monitorem s pamětí či telemetrickým zařízením s cílem zachytit případné hemodynamicky závažné komorové arytmie. Porovnávali jsme strmost křivek QT-dynamicity z holterovských záznamů u každého pacienta v závislosti na ejekční frakci levé srdeční komory a v závislosti na výskytu závažných komorových arytmií.

Výsledky: Pacienti s dysfunkcí levé srdeční komory s ejekční frakcí $\leq 35\%$ mají křivku QT-dynamicity strmější než pacienti s normální funkcí levé srdeční komory ($p < 0,05$). Pacienti, u nichž byly v subakutní fázi infarktu myokardu zachyceny hemodynamicky významné komorové arytmie, mají křivku QT-dynamicity strmější než pacienti bez výskytu komorových arytmií ($p < 0,05$).

Závěr: QT-dynamicita jednoznačně odlišuje nemocné s poruchou funkce levé srdeční komory od nemocných bez dysfunkce levé srdeční komory. Odlišuje též pacienty ohrožené hemodynamicky významnými komorovými arytmiemi v akutní fázi infarktu myokardu.

Výzkum je podporován granty NR/8060-3a NR/8374-3

77. Geriatrické syndromy jako implementace geriatrické křehkosti do klinické praxe (přednáška)

M. Šnejdrlová, Z. Kalvach

III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Geriatrická křehkost (frailty), související s involuční deteriorací a s poklesem potenciálu zdraví ve stáří, může být nahlížena několika způsoby. Nejprínosnější je zřejmě multidimenzionální a psychosomatický koncept. Křehkost

má svůj aspekt prevalenční, genderový či hodnotící a rekondiční (problematika způsobu hodnocení a vyjadřování). Do klinické praxe se promítá především prostřednictvím jednotlivých geriatrických syndromů. Kromě nich jen jako faktor modulující diagnosticko-terapeutické přístupy (např. dávkování léků či dodržování onkologického protokolu) či v pokročilé, progredující a neovlivnitelné podobě jako indikátor potřeby geriatrické paliativní péče. Geriatrickým syndromům je věnována stoupající mezinárodní pozornost, včetně projektů e-health, neboť dobře vystihují typologii daného pacienta a komplexnost potřebných intervencí. Oproti běžným internistickým syndromům (jedna příčina typického souboru příznaků), jde v případě tzv. „geriatrických syndromů“ naopak o kombinaci příčin, které vyvolávají typickou symptomatologii (někdy soubor příznaků, někdy jen jeden projev – např. pády, inkontinenci, zmatenost apod). Pojetí a vymezení geriatrických syndromů je předmětem diskuse, jíž by měla věnovat pozornost i internistická veřejnost. K hlavním syndromům patří např. syndrom instability, syndrom imobility, syndrom dekonidice a hypomobility, syndrom inkontinence, syndrom kognitivního deficitu, syndrom maladaptace apod.

78. Hra jako součást ošetrovatelské péče o pacienty léčené peritoneální dialýzou (přednáška)

N. Štefková, J. Bednaříková

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Na HDS ve FN u sv. Anny v Brně poskytujeme ošetrovatelskou péči 20 pacientům léčeným pravidelnou peritoneální dialýzou. Léčba peritoneální dialýzou má své výhody i nevýhody. Každý jedinec se s nemocí a nutností léčby náhradou funkce ledvin vyrovnává a směřuje různými způsoby. V ošetrovatelské péči o tyto chronicky nemocné velmi záleží na psychologickém přístupu sestry. Kromě odborného a pedagogického vedení pacienta k soběstačnosti v provádění léčebných procedur se musí sestra snažit o získání důvěry nejen pacienta, ale i rodinných příslušníků. Do vlastní ošetrovatelské péče jsme zahrnuly vedení pacientů k projevům hraní a hodnocení jejich snažení v podobě malování a rozdávání obrázkových razítek. Nyní můžeme hodnotit, jak rozdílné byly jejich reakce a často odpovídaly povaze jedince. Náš přístup byl u většiny pacientů přijímán a oceněn milým úsměvem. Věříme, že tato snaha nám pomohla získat jejich důvěru, přispěla k navázání lepšího kontaktu a komunikace a v nemalé míře snížila pocity stresu z nemoci a léčby, která je nezbytná pro jejich přežití.

79. Dokumentace hojení ran na Klinice interní, geriatrické a praktického lékařství aneb „co je psáno, to je dáno“ (poster)

M. Tkáčová, K. Vavřínová

Klinika interní, geriatrické a praktického lékařství LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

V současné době je k dispozici řada doporučení pro efektivní hojení chronických ran. V rámci FN Brno pracuje skupina pro hojení ran, do které je naše pracoviště aktivně zapojeno. Podle aktuální dostupnosti se snažíme zavádět do praktického použití nové techniky a materiály. V této souvislosti považujeme za nutné vést důsledně dokumentaci každé takové rány a přiřadit se tak k řadě pracovišť, která již dokumentaci hojení ran vedou. Důvodů k tomuto kroku je několik a nejdůležitější jsou dva následující:

1. Po celou dobu hojení je nutno mít možnost porovnávat, v jakém stavu byla rána na počátku a v průběhu celého procesu hojení.
2. Je nutno sledovat a plánovat způsob péče, frekvenci intervencí a výsledný efekt.

Dokumentace hojení ran není standardizována ani z pohledu jednotlivých nemocnic, ani z pohledu dílčích pracovišť v nemocnicích. Pro podmínky našich geriatrických nemocných sestává dokumentace ze 3 oddílů. První oddíl zachycuje vstupní údaje, detailně popisuje ránu z mnoha hledisek a na nákrese určuje přesnou lokalizaci rány. Druhý oddíl dokumentuje jednotlivé intervence v časovém sledu spolu s popisem průběhu hojení a výčtu použitých materiálů. Třetí oddíl slouží k zachycení výstupních údajů a je nedílnou součástí překladové zprávy. Tuto dokumentaci jsme vytvořily na základě porovnání a úprav několika typů dokumentace a osvědčila se nám. Péče o nemocné s chronickými ranami se zavedením této dokumentace zkvalitnila a zprůhlednila.

80. Použití endoloopu při endoskopické polypektomii – asistence sestry (přednáška)

E. Tomanová, H. Junová, B. Kolbábková

Gastroenterologické oddělení FN u sv. Anny, Brno

V práci je představena technika endoskopické polypektomie s použitím endoloopu. V úvodu jsou zmíněny indikace a druhy jednotlivých endoloopů. V další části práce je ukázán praktický postup použití endoloopu z pohledu sestry, dezinfekce a nejčastější problémy při aplikaci endoloopu.

81. Syndrom stařecké křehkosti („frailty“) – nová geriatrická diagnóza (přednáška)

E. Topinková, I. Doleželová

Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha a Subkatedra geriatric IPVZ, Praha

Přestože v současnosti není jediná obecně přijímaná definice „stařecké křehkosti“ (frailty), jde o častý klinický obraz. Stařecká křehkost se manifestuje jako stav celkově snížených fyziologických rezerv postihující více orgánových systémů. Klinickým korelátem je vyšší zranitelnost seniora, jeho zhoršená schopnost čelit vnitřním i environmentálním stresorům a limitovaná kapacita udržet fyziologickou a psychosociální homeostázu organismu. Stařecká křehkost postihuje 20–30 % osob v populaci nad 75 let a je spojena s dlouhodobě nepříznivým zdravotním vývojem ve smyslu zvýšeného rizika rozvoje geriatrických syndromů, ztráty soběstačnosti a disability, úmrtnosti a hospitalizací. Klinickým fenotypem křehkosti je multisystémové postižení projevující se nízkou fyzickou aktivitou, celkovou slabostí s nízkou svalovou silou, vyčerpaností/únavností, celkovou pomalostí (především chůze), úbytkem hmotnosti a u žen snížením výšky ale i dalšími symptomy. Tyto komplexní klinické projevy lze vztahovat k některým „preklinickým“ diagnózám, jako např. sarkopenie, osteopenie, nespecifické poruchy rovnováhy, výživy a celková dekonkondicionace. Novější studie potvrzují, že klinický fenotyp křehkosti je spojen s patologickými hodnotami řady biologických markerů (IL-6, CRP, faktor VIII, IGF-1, DHEA, kortizol), které svědčí pro souvislost s prokoagulačním a proinflamačním stavem, glukózovou intolerancí atd. Ve sdělení bude podrobněji prezentován současný pohled na diagnostiku a vztah stařecké křehkosti k dalším ne zcela přesně definovaným geriatrickým syndromům a symptomům (disabilita, vulnerabilita, inflam-aging, sarkopenie). Stařecká křehkost je tak chápána jako nový samostatný geriatrický syndrom, jehož včasné rozpoznání a léčba umožní zabránit nepříznivým zdravotním dopadům. Je však třeba dalšího výzkumu v této oblasti a důkazů o efektivitě preventivních a léčebných opatření.

82. B-chronická lymfatická leukemie – infekční, nádorové a autoimunitní komplikace (poster)

R. Urbanová, J. Vondráková, T. Papajík, K. Indrák

Hemato-onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cílem studie bylo u B-chronické lymfatické leukemie (B-CLL), onemocnění, které je spojeno s významnou poruchou imunity, vyhodnotit metodou retrospektivní analýzy výskyt závažných infekčních, maligních a autoimunitních komplikací. Sledován byl soubor 350 pacientů, podrobně byly analyzovány závažné infekční epizody, které si v letech 1998–2005 vynutily hospitalizaci. Infekční komplikace byla důvodem 75 hospitalizací u 41 nemocných, nejčastěji byl postižen respirační trakt, 26krát byla diagnostikována pneumonie, 25krát sepse a 11krát febrilní neutropenie. Nejčastější byly infekce bakteriální, s mírnou převahou infekcí gramnegativních. Jako rizikové pro vývoj infekce se jeví nemocní s klinicky aktivní B-CLL, v pokročilém stadiu a předlčení. U podskupiny 215 pacientů byl sledován výskyt solidních tumorů. 19 pacientů mělo maligní onemocnění před diagnózou B-CLL (nejčastěji melanom 4krát), u 15 pacientů se vyvinul sekundární solidní nádor v průběhu onemocnění (bazaliom 3krát, kolorektální karcinom 2krát, karcinom plic 2krát, karcinom ledvin 2krát, karcinom štítné žlázy 2krát, ostatní 4krát). Jako autoimunitní komplikace pozorujeme nejčastěji autoimunitní hemolytickou anémii a autoimunitní trombocytopenii.

83. Sekundární hypertenze v ordinaci internisty (poster)

J. Václavík

Interní oddělení Nemocnice Šternberk

Sekundární hypertenze se vyskytuje u 5–10 % pacientů s hypertenzí. Abnormální klinický průběh hypertenze (rezistentní na terapii, náhle zhoršená, nově vzniklá ve věku pod 20 nebo nad 50 let, těžká nad 180/110 mm Hg, s významným poškozením cílových orgánů) by měl vést klinika k provedení podrobnější anamnézy, základních klinických a laboratorních vyšetření. Určité klinické či laboratorní příznaky potom mohou naznačit možnou specifickou příčinu hypertenze, např. hyperaldosteronismus, renoparenchymatózní či renovaskulární onemocnění, obstrukční spánkovou apnoe, feochromocytom, onemocnění štítné žlázy, hyperkortizolismus nebo i nežádoucí účinky léčiv. Po zjištění specifické příčiny bývá často možná kauzální léčba, která vede k výraznému zlepšení kompenzace hypertenze.

84. Ošetřování pacienta s trvalou tracheostomií – kazuistika (přednáška)

M. Vachalcová

III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) patří celosvětově mezi nejčastější příčiny morbiditu a mortality. Postihuje více než 5 % dospělé populace. Ročně této nemoci podlehnou až 4,7 milionu osob. Diagnóza CHOPN je založena na anamnéze rizikových faktorů a průkazu průduškové obstrukce, příznacích – chronický kašel, tvorba sputa a dušnost. Na našem oddělení jsou často hospitalizováni pacienti s různými stadii CHOPN. Trvalá tracheostomie představuje variantu k zajištění kvalitní léčby. Při zhoršení stavu je možné v krátkém čase podat účinnou oxygnoterapii přes kyslíkový nos, nebo umělou plicní ventilaci. K závažným problémům patří i psychická závislost na dýchacím přístroji.

Kazuistika: 67letá pacientka s dlouholetou diagnózou CHOPN měla od roku 2002 zavedenou trvalou tracheostomii. Zhoršující se respirační insuficience byla důvodem opakovaných hospitalizací s nutností umělé plicní ventilace. Spolu s inhalací bronchodilatancií přispěla ke zlepšení ventilace a stabilizaci celkového zdravotního stavu. Stabilní zdravotní stav po kardiologické i plicní stránce umožnil odpojení pacientky od UPV a přeložení na plicní JIP.

85. Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s „peep“ helmou (přednáška)

L. Vápeníková

III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cílem přednášky je předání zkušeností s používáním „peep“ helmy. Seznámení s druhy umělé plicní ventilace: invazivní a neinvazivní. V kazuistice jsme se zaměřili na potřeby pacienta s „peep“ helmou. Popisujeme monitorování pacienta a uvádíme výhody a nevýhody používání „peep“ helmy.

86. Cushingův paraneoplastický syndrom u bronchogenního karcinomu (poster)

I. Vašutová

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno, pracoviště Bobunice

Úvod: V ČR je bronchogenní karcinom (BRCA) na 1. místě mezi zhoubnými nádory u mužů, paraneoplastické projevy u BRCA jsou velice časté, Cushingův syndrom provází BRCA až ve 22 %. V diagnostice Cushingova syndromu se používá stanovení hladiny volného kortizolu v moči a hladiny ACTH v séru, silnější a slabší dexametazonový test. V **kazuistice** je prezentován 46letý muž s malobuněčným bronchogenním karcinomem v extenzivním stadiu, u kterého byl diagnostikován paraneoplastický Cushingův syndrom. K léčbě základního onemocnění byla použita chemoterapie a k léčebnému ovlivnění výrazné hypokalemie byla podávána parenterální substituce KCl a spironolakton s neuspokojivým efektem. Pacient po 2. sérii systémové chemoterapie zemřel na febrilní neutropenii vzniklé jako nežádoucí účinek podané chemoterapie.

Závěr: Kazuistika chce ukázat, že přítomnost intenzivně vyjádřeného paraneoplastického příznaku je špatným prognostickým faktorem.

87. Sledování vztahu četnosti trombóz AV fistulí u hemodialyzovaných pacientů k léčbě erythropoetinem (poster)

P. Vězda¹, K. Ševela², F. Havlát¹

¹ INNEF – HDC Mendlovy nadace, Brno

² II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Stav uremie při chronickém selhání ledvin byl dosud v klinické praxi často provázen nejrůznějšími projevy hemoragické diatézy. Etiologie tohoto stavu není dosud přesně vyjasněna. Často bývá vysvětlován sníženým kontaktem trombocytů s povrchem endotelu cévní stěny při současné renální anémii. Podílet se může i zvýšená syntéza oxidu dusnatého v cévní stěně pacientů s uremií s následnou cévní vazodilatací. V posledních několika letech však zaznamenáváme v každodenní klinické praxi u hemodialyzovaných pacientů vedle projevů hemoragických i čtenější projevy trombotické, zvláště pak trombózy AV fistulí, trombózy cév postižených aterosklerózou a trombózy renálních žil. Jako možné příčiny trombofilie u hemodialyzovaných pacientů se uvádí často zjišťovaná zvýšená četnost přítomnosti antifosfolipidových protilátek, snížení plazmatické hladiny antitrombinu III, snížení aktivity proteinu C a S, snížení tkáňového aktivátoru plazminogenu, hyperhomocysteinemie a léčba erythropoetinem. Zatímco podíl dříve uvedených faktorů na trombofilii lze považovat po desetiletí za přibližně stále stejný, léčba erythropoetinem zaznamenala obrovský rozmach a procentuelní podíl léčených pacientů a výše dávky se během let neustále zvyšovala. Cílem této práce bylo proto stanovit vztah mezi zaváděním erythropoetinu do standardní léčby hemodialyzovaných pacientů a četností vzniku trombóz AV fistulí. Sledování byli pacienti léčení hemodialýzou na HD středisku INNEF Brno v období let 1995–2003. Zatímco v roce 1995 jsme zaregistrovali pouze 0,55 případů trombózy AV fistule na 1 000 provedených hemodialýz, v roce 2003 to již bylo 1,5 případů trombózy na 1 000 provedených hemodialýz. Data z ostatních roků sledování potvrzují prakticky lineární nárůst sledovaného ukazatele. Uvedená zjištění by měla znamenat výzvu pro lékaře hemodialyzačních středisek ke stanovování individuálního rizikového profilu každého pacienta ve vztahu k trombofilii (jehož součástí musí být vedle hereditárních a získaných faktorů i intenzita léčby erythropoetinem) a podle něj individualizování intenzity antiagregační a antikoagulační léčby každého pacienta.

88. Zhodnocení včasnosti předávání pacientů do specializované nefrologické péče (poster)

P. Vězda¹, K. Ševela², F. Havlát¹

¹ INNEF – HDC Mendlovy nadace, Brno

² II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Pozdní vyšetření pacienta s nefropatií nefrologem má četné nepříznivé dopady na jeho prognózu a léčbu z hlediska zdravotního, sociálního a ekonomického. Sledování nefrologem v predialyzačním období umožňuje časně intervence k oddálení chronického renálního selhání, ke zvládnutí uremických komplikací, umožňuje vhodné načasování zajištění cévního přístupu pro hemodialýzu a zahájení edukačních programů. Dle dostupných informací je v zemích Evropy a USA pozdě vyšetřeno nefrologem 30–64 % pacientů zahajujících hemodialyzační léčbu. Za ideální je označován stav, kdy je každý nález nefropatie u pacienta konzultován s nefrologem, což však není vždy proveditelné. Podle sledování mortality a morbidit dialyzovaných pacientů doporučil v roce 1993 americký National Institute of Health, aby se tak stalo při vzestupu sérového kreatininu u žen na hodnotu 133 $\mu\text{mol/l}$ a u mužů na hodnotu 177 $\mu\text{mol/l}$. Cílem práce bylo zhodnotit včasnost předávání pacientů s nefrologickým onemocněním praktickými lékaři, resp. lékaři specialisty do specializované nefrologické péče v městě Brně a okolí. Zdrojem informací byla retrospektivní analýza zdravotnické dokumentace pacientů odeslaných k první konzultaci na nefrologickou ambulanci INNEF Brno v období od ledna do června roku 2005. Data pacientů, kteří byli odesláni k prvnímu vyšetření na našem pracovišti jinými lékaři–nefrology, nebyla použita. Jako hodnocené veličiny byly sledovány vstupní hodnoty urey a kreatininu jako ukazatele poklesu renální funkce, hodnota hemoglobinu v séru jako ukazatel rozvoje sekundárních komplikací nefropatie a hodnota proteinurie do jisté míry také hodnotící pokročilost renálního onemocnění, i když zde je souvislost volněji. Byla provedena subanalýza pacientů, kteří měli diagnostikovaný diabetes mellitus, a bylo zjišťováno poměrné zastoupení pacientů, jejichž hodnota kreatininemie překračovala doporučení National Institute of Health. Za sledované období bylo odesláno k první nefrologické konzultaci 90 pacientů (z toho bylo 20 pacientů s diabetes mellitus, tj. 22,2 %). Z celkového počtu 90 pacientů bylo 35 mužů, tj. 39 %, a 55 žen, tj. 61 %. Průměrný věk pacientů byl 55,8 roku (věkové rozmezí 20–91 let). Průměrná hodnota plazmatické hladiny urey všech pacientů byla 7,3 mmol/l, průměrná hodnota kreatininemie všech pacientů byla 131,4 $\mu\text{mol/l}$, průměrná proteinurie 692,3 mg/24 hod, průměrná hod-

nota koncentrace hemoglobinu v séru byla 13,8 g/dl. V podskupině pacientů s diabetes mellitus byla průměrná hodnota plazmatické hladiny urey 7,9 mmol/l a kreatininemie 143 μ mol/l, průměrná proteinurie 1 624 mg/24 hod, průměrná hodnota hemoglobinemie 13,6 g/dl. Pouze 1 z vyšetřených pacientů (1,1 % celkového počtu pacientů) za sledované období vykazoval klinické či laboratorní známky uremie a vyžadoval provedení akutní hemodialýzy. Při hodnocení splnění kritérií dle National Institute of Health (první vyšetření nefrologem u mužů s kreatinemií do 177 μ mol/l a u žen do 133 μ mol/l) tato kritéria nesplnili 4 muži z celkového počtu 35, tj. 11,4 %, a 15 žen z celkového počtu 55, tj. 27,3 %, celkově průměrně 19,35 %. Znamená to tedy, že 88,6 % mužů a 72,7 % žen bylo odesláno k vyšetření včas a v souladu s platnými doporučeními. Tyto výsledky ukazují, že velká většina pacientů byla odeslána k nefrologickému vyšetření včas a v souladu s platnými doporučeními. Dle našeho názoru je toto příznivé zjištění výsledkem úzké spolupráce našeho střediska s odesílajícími lékaři (středisko pořádá pravidelná setkání s praktickými lékaři za účelem zlepšení vzájemné spolupráce) a jejich dobré spolupráce při sledování pacientů s nefropatiemi.

89. Hypertenze u nemocných v pravidelném hemodialyzačním programu (přednáška)

L. Vítovcová

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Cíl: Zjistit výskyt a způsoby farmakologické léčby u nemocných v hemodialyzačním programu na II. interní klinice LF MU a FN u sv. Anny v Brně.

Metoda a nemocní: 84 nemocných, věk $62,2 \pm 15,4$ let, HD $59,5 \pm 57,8$ měsíců, NYHA I/II/III 49/44/6, z toho 61 má diagnózu HT (TK nad 140/90 mm Hg) na farmakologické léčbě.

Výsledky: Na monoterapii je 12 (19,7 %), na dvojkombinaci 17 (27,9 %), trojkombinaci 21 (34,4 %) a na čtyřkombinaci 11 (18 %) nemocných. Nejčastější kombinací jsou ACEI nebo sartany s blokátory vápníkového kanálu.

Závěr: Výskyt hypertenze u nemocných v HD programu je vysoký a většina nemocných je léčena kombinací terapií, nejvíce 3 antihypertenzivy.

90. Mezioborová spolupráce a doléčovací a rehabilitační oddělení (přednáška)

J. Vošterová

Doléčovací a rehabilitační oddělení FN u sv. Anny, Brno

Mezioborová spolupráce je v péči o pacienta pozitivním jevem. Díky spolupracujícím týmům zdravotnických pracovníků, kteří přijdou do styku s pacientem v průběhu jeho hospitalizace na akutním lůžku, je potom poskytování péče v Doléčovacím a rehabilitačním oddělení (DRO) kvalitnější. Klienti, kteří jsou hospitalizováni v DRO, většinou přicházejí z akutních lůžek z fakultní nemocnice. Složení klientů jak co do onemocnění, tak i do věku je různorodé, a proto je pro nás spolupráce s jinými odděleními v dalším ošetrovatelském procesu velmi důležitá. DRO je v podstatě mladé oddělení. Jeho trvání je pouze 6leté, a proto chci poukázat tímto, že nejsme LDN, jak stále přetrvává v mysli veřejnosti i většiny zdravotnických pracovníků, ale že se můžeme vyrovnat oddělením ve FN u sv. Anny v Brně.

91. Akutní pankreatitida: hodnocení souboru nemocných hospitalizovaných na JIP II. interní kliniky LF UP v Olomouci v letech 2003–2005 (poster)

D. Vrzalová, J. Gregar, V. Procházka

II. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

Akutní pankreatitida (AP) je závažné onemocnění se stále vysokou letalitou (5–20 %), s množstvím život ohrožujících komplikací, ekonomicky náročnou léčbou a dlouhou dobou hospitalizace. Od roku 2003 soustřeďujeme na JIP II. interní kliniky LF UP a FN v Olomouci pacienty s akutními stavy v gastroenterologii. Zhodnotili jsme soubor 218 pacientů hospitalizovaných na JIP v letech 2003–2005, u kterých jsme sledovali etiologii AP, závažnost nemoci, délku hospitalizace a hodnoty CRP a leukocytů. Dle našich poznatků byla biliární etiologie příčinou AP u 40,8 % nemocných, nebiliární etiologie u 59,2 % pacientů. Závažnost AP jsme hodnotili ukazatelem maximální hodnoty CRP během hospitalizace, za těžkou formu AP jsme považovali dosaženou hodnotu CRP nad 150 mg/l. Těžkých AP v celém souboru bylo 57,8 %, lehkých AP 42,2 %. Jako nezbytné se nám jeví rutinní užití osvědčených skórovacích a klasifikačních systémů hodnotících tíži AP (Ranson, Baltazar, CTSI).

92. Disabilita a stařecká křehkost: příčiny, vzájemné souvislosti a možnosti prevence (přednáška)

P. Weber, H. Meluzínová, H. Kubešová, V. Polcarová, J. Hrubanová

Klinika interní, geriatrie a praktického lékařství LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Disabilita představuje omezení nebo ztrátu schopnosti provádět určitou každodenní činnost v běžném rozsahu (stoj, sed, chůze atp). Vyjádřením sociálního důsledku této poruchy je **handicap** (v mobilitě, v zaměstnání atd). **Stařecká křehkost (frailty)** je termín popisující problematiku podskupiny osob nad 80 nebo 85 roků – často polymorbidních s různě vyjádřeným stupněm disability. Frailty může způsobovat disability, kdežto polymorbidita a disability může zhoršit a vyvolat i samotnou frailty. Jde tedy o dva rozdílné klinické pojmy a stavy, které si jsou etiologicky blízké, ale odlišné. Vyšší věk a chronické choroby mohou být etiologicky rizikovým faktorem frailty, zatímco ta sama o sobě může vést k dysabilitě, a to jak ve zhoršení lokomoce, tak poklesu tolerance zátěže. Pro kvalitu života seniora není rozhodující přítomnost samotné choroby (nebo více nemocí), ale stupeň disability, tj. funkčního postižení, ke kterému ve svém důsledku vede.

93. Dyslipidemie u dialyzovaných pacientů (přednáška)

A. Zharfbin

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Dyslipidemie je rizikovým faktorem pro vznik aterosklerózy a rozvoj kardiovaskulárních komplikací a může být příčinou předčasného vzniku ICHS. Nemocní léčení jakoukoliv formou dialýzy mají zvýšené riziko vzniku aterosklerózy. Pacienti s chronickou renální insuficiencí (CHRT) mají signifikantně kratší přežívání než běžná populace bez renálního postižení. Nižší přežívání těchto pacientů je převážně na vrub excesivní kardiovaskulární mortality. Kardiovaskulární mortalita je 10–20krát vyšší u pacientů s uremií než u běžné populace.

Cílem naší práce bylo: zjistit vliv peritoneální dialýzy (PD) na koncentraci krevních lipidů a lipoproteinů v průběhu 30 měsíců léčby a porovnat tyto výsledky se souborem pacientů na hemodialýze (HD).

Soubor pacientů a metodika: Celkem bylo vyšetřeno 44 nemocných ve stabilizovaném klinickém stavu, z toho 24 léčených PD a 20 pacientů léčených HD. Průměrná doba dialýzy byla 30 měsíců, průměrný věk byl ve skupině HD vyšší o 3,5 roku. Celkem bylo 34,1 % pacientů léčeno statiny. Po dobu sledování nebyla dávka hypolipidemik měněna a ostatním nebyla hypolipidemika podávána. Byla měřena koncentrace celkového cholesterolu (T-C), LDL-C, HDL-C, NonHDL-C, triglyceridů (TG), lipoproteinu(a) [Lp(a)], Apo A1 a B, albuminu, glukózy, HbA_{1c} a CRP. Pro srovnání hodnotených parametrů mezi skupinami PD a HD byl použit neparametrický párový Mann-Whitney U test. Po srovnání parametrů před vstupem do PD a HD, po 6 měsících a 30 měsících sledování, byl použit neparametrický párový Wilcoxon test. Data byla hodnocena na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$.

Výsledky: U pacientů na PD se během 6 měsíců sledování statisticky významně zvýšil celkový a LDL-cholesterol, Lp(a) ($p < 0,005$), TG ($p < 0,05$) a snížil se HDL-cholesterol ($p < 0,005$). Ve skupině PD byly zjištěny vyšší hodnoty LDL-C a Lp(a) oproti HD a rozdíly dosáhly statistické významnosti ($p < 0,05$). Mezi skupinami byly zjištěny signifikantně vyšší HbA_{1c}, CRP a BMI ve skupině PD ($p < 0,05$). Albumin byl vyšší ve skupině HD, ale rozdíl nedosáhl statistické významnosti. Pacienti léčení HD měli normální hladinu T-C. Po 30 měsících PD byl zjištěn pokles T-C a TG na hodnoty, jež měli pacienti před zahájením PD, ale zůstal signifikantně vyšší NonHDL-C. U skupiny HD byly po 6 měsících signifikantně vyšší TG, Lp(a) a CRP. U skupiny HD došlo po 30 měsících k signifikantnímu snížení TC a nesignifikantnímu snížení TG. Lp(a) a CRP zůstaly signifikantně vyšší.

Závěr: Signifikantně vyšší hodnoty NonHDL-C, LDL-C a Lp(a) u pacientů na PD oproti pacientům na HD naznačují, že peritoneální dialýza má zřejmě vliv na zhoršování metabolismu lipidů a lipoproteinů. Tento nálezní přispívá ke zvyšování rizika aterosklerózy a zhoršování prognózy těchto pacientů. Konvenční glukózové roztoky mohou mimo jiné nepříznivě ovlivňovat metabolismus sacharidů a mohou vyvolat sacharidy indukovanou hypertriglyceridemii, která byla pozorována i u našich pacientů. Zvýšená hladina Lp(a) je pravděpodobným rizikovým faktorem aterosklerózy u pacientů s chronickým selháním ledvin, zejména pacientů v léčebném režimu peritoneální dialýzy. K potvrzení těchto nálezů by přispěly studie s větším počtem pacientů, které by byly statisticky silnější, zaznamenaly by i možný vztah k celkové a kardiovaskulární nemoci a úmrtnosti.