



67. konference vojenských internistů

16. – 18. října 2023

Vojenská nemocnice Brno

Programový sborník s abstrakty

Pořadatel:

Vojenská nemocnice Brno
ve spolupráci s FVZ UO
pod záštitou
Společnosti vojenské medicíny ČLS JEP

Organizátor:

Congress Prague s.r.o.



FAKULTA VOJENSKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ
UNIVERZITY OBRANY



PARTNEŘI KONGRESU

HLAVNÍ PARTNEŘI:



PARTNEŘI:



MEDIÁLNÍ PARTNER:



ZÁKLADNÍ INFORMACE

POŘADATEL:

Vojenská nemocnice Brno
ve spolupráci s
Fakultou vojenského zdravotnictví Univerzity obrany
pod záštitou
Společnosti vojenské medicíny ČLS JEP

ODBORNÝ GARANT:

plk. gšt. prof. MUDr. Jan Horáček, Ph.D.

PŘEDSEDA ORGANIZAČNÍHO VÝBORU:

prim. pplk. MUDr. Stanislav Mihola

ORGANIZÁTOR:

Congress Prague s.r.o.

Na Celné 826/8, 150 00 Praha 5,
+420 241 445 759
www.congressprague.cz
office@congressprague.cz

Odpovědný zástupce za organizační zajištění kongresu:

Petra Skalová
Tel.: 774 923 353
petra.skalova@congressprague.cz

Koordinátor pro partnery a vystavovatele

(farmaceutické společnosti):
Bohumil Sedlák
Tel.: 601 346 428
exhibitors@congressprague.cz

Koordinátor pro registrace a ubytování:

Silvie Krejsková
Tel.: 775 948 924
silvie.krejskova@congressprague.cz

CERTIFIKÁTY

Účast na akci je zařazena do systému celoživotního vzdělávání dle Stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory. Registrovaní účastníci 67. konference vojenských internistů, kteří absolvují odborný program, obdrží certifikát se **14 kredity**, s platností pro EU, na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce. Účast zdravotnických pracovníků v nelékařských profesích je hodnocena jako součást osobního vzdělávání a probíhá ve spolupráci s Profesní a odborovou unií zdravotnických pracovníků (POUZP). Registrovaní účastníci obdrží certifikát o účasti na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce.

DOPROVODNÝ PROGRAM

Společenský večer 17. října 2023

Společenský večer není součástí programu sjezdu a koná se v čase mimo program. Pro účast na společenském večeru je nezbytné si koupit vstupenku. Vstupenku si můžete koupit předem v rámci online registrace nebo na místě v registračním centru.

PRAVIDLA PRO ÚČAST

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možný výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník při vstupu na kongres.
- V pracovní době kongresu je účastníkům k dispozici šatna s obsluhou.
- V mimopracovní době jsou kongresové sály uzavřeny. Nenechávejte v prostorách kongresových sálů, doprovodné výstavy apod. osobní věci. Vojenská nemocnice Brno, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách Vojenské nemocnice Brno určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách nejsou předmětem pojištění osob.
- Ve všech prostorách vyhrazených pro kongres je přísný zákaz kouření. Prosíme, respektujte toto pravidlo.
- Bez výslovného souhlasu pořadatele nebo organizátora není v rámci prostor konání kongresu dovoleno pořizovat záznamy (zvukem, obrazem).

VOJENSKÁ NEMOCNICE BRNO – HISTORICKÉ PROSTORY

Vojenská nemocnice Brno se nachází v objektu dnes již bývalého kláštera premonstrátů, jehož dějiny sahají hluboko do středověku. Premonstrátský řád byl druhým řeholním společenstvím (po benediktinech), které u nás zapustilo kořeny ještě v první polovině 12. století (Praha – Strahov 1240). Premonstrátský klášter v Brně založil roku 1209 moravský velmož Lev z Klobouk vedle svého dvora v Zábrdovicích. Tehdy byl vystavěn románský kostel sv. Kunhuty, o dva roky později vysvěcený hnězdenským arcibiskupem Jindřichem Kietlitzem za účasti krále Přemysla Otakara I. a jeho dvora. Konventní chrám Nanebevzetí Panny Marie vznikl až později, první zprávy o něm máme až z roku 1283. Podoba areálu doznala v průběhu následujících staletí mnoha změn. V 15. století ho poničili husité a česko – uherské soupeření za vlády Jagellonců. Nynější podoba kláštera je barokní. Baroko přichází do českých zemí kolem roku 1620. Výstavbu však brzdila třicetiletá válka, jejíž události za českého stavovského povstání a v době vpádu Švédů na Moravu klášter zasáhly. Opuštěný klášter sloužil mj. jako hlavní stan generála Torstensonova, který (nakonec neúspěšně) obléhal Brno roku 1645. Vesfálský mír roku 1648 dovolil pokračovat v architektonické proměně komplexu. Původní konventní chrám byl nahrazen novým podle projektu Giovanni Pietra Tencally, vynikajícího architekta, který projektoval i další sídla premonstrátů. Stavba monumentálního dvouvěžového chrámu Nanebevzetí Panny Marie probíhala v letech 1661-69. Později byl chrám rozšířen o kapli Panny Marie Čenstochovské. Dnešní výzdoba chrámového interiéru je většinou dílem poslední opata kláštera Michala Daniela Maraveho a byla dokončena až v 80. letech 18. století. Interiér zdobí obrazy Franze Antona Maulbertsche (je autorem obrazu hlavního oltáře s tématem Nanebevzetí Panny Marie), dále Josefa Jana Winterhaltera, Josefa Pichlera z Vídně a Jana Schmidta z Kremže. Varhany pochází z let 1730-1750. Před chrámem stojí socha Panny Marie Křtinské, připomínající další premonstrátské působiště na slavném poutním místě Křtiny. Zatímco chrámová výzdoba se celistvě zachovala dodnes, v klášterních budovách jen některé její části. Nejlépe zachovalý je tzv. letní sál, jehož výmalba představuje zakladatele kláštera Lva z Klobouk z chotí, císařovnu Marii Terezii, jejího syna, spoluvládce a nástupce Josefa II. a další. Strop zdobí freska představující výjevy ze života Josefa Egyptského, s Pannou Marií uprostřed.

Roku 1784 Josef II. zábrdovický klášter zrušil, poté, co ho rok předtím navštívil. Bylo rozhodnuto, že chrám bude nadále sloužit jako farní. Tím nahradil dosavadní farní kostel sv. Kunhuty, který byl odsvěcen a začal sloužit jako skladiště a márnice. Konventní budovy byly předány k užívání c.k. vojenské nemocnici, která původně sídlila na jiných místech v Brně. Prostory sloužící předtím duchovnímu životu a reprezentaci byly mnohdy necitlivě upravovány a přestavovány pro nové využití. Zatěžkávací zkoušku zažila vojenská nemocnice v době napoleonských válek, konkrétně po bitvě tří císařů u Slavkova v prosinci 1805. Důležitou roli sehrála v době první světové války, za druhé světové války ji obsadili Němci a za jejich užívání budovy utrpěly další škody. Po osvobození Brna zde zřídila lazaret Rudá armáda. Další proměny areálu již souvisí s předáním do užívání Československé armády a s výstavbami a úpravami po roce 1950 a mladšími. Přes náročný provoz a nedostačující prostory se podařilo zachovat a opravit architektonicky zajímavé části objektu, někdejší farní kostel sv. Kunhuty byl po rekonstrukci přeměněn na lékárnu. Přes všechny stavební zásahy a rány historie jsou zde stopy působení premonstrátského řádu patrné, alespoň částečný Genius loci zůstal zachován a kostel Nanebevzetí Panny Marie patří k nejkrásnějším a nejcenějším sakrálním stavbám v Brně.

ODBORNÝ PROGRAM KONGRESU

Pondělí, 16. října 2023

| | |
|----------------------|---|
| Místo konání: | VN Brno, ambulantní trakt, 1. patro – Velký sál |
| 16:00 – 18:00 | Jednání poradního sboru hlavního odborníka Vojenské zdravotnické služby pro obor vnitřní lékařství (pozvaní hosté) |

Úterý, 17. října 2023

| | |
|----------------------|--|
| Místo konání: | VN Brno, ambulantní trakt, 1. patro – Velký sál |
| 7:30 – 8:30 | Registrace |
| 8:30 | Zahájení konference plk. MUDr. Martin Stračár (ředitel VN Brno) plk. gšt. prof. MUDr. Jan Horáček, Ph.D. (hlavní odborník VZdrSl pro obor vnitřní lékařství, vedoucí KVVLVH FVZ UO) |
| 8:35 – 9:00 | Úvodní přednáška: Vnitřní lékařství v rezortu Ministerstva obrany – přehled činnosti a možnosti dalšího rozvoje ve vojenském zdravotnictví plk. gšt. prof. MUDr. Jan Horáček, Ph.D. |
| 9:00 – 10:30 | BLOK 1 - KARDIOLOGIE Předsedající: pplk. MUDr. Stanislav Mihola MUDr. Pavel Sedloň, Ph.D. |
| | Aktuality v léčbě srdečního selhání 20 + 5 min prof. MUDr. Jan Krejčí, Ph.D. |
| | Srdeční selhání a CHOPN v ambulanci kardiologa a pneumologa, společný pohled na úskalí diagnostiky a terapie 20 + 5 min MUDr. Pavel Sedloň, Ph.D. |
| | Echokardiografické hodnocení diastolické dysfunkce – přehled 15 + 5 min MUDr. Tomáš Křivohlavý |
| | Současné přístupy k diagnostice a léčbě myokarditid, kazuistiky z klinické praxe 15 + 5 min MUDr. Vladimír Škraňka, Ph.D. |
| 10:30 – 11:00 | Coffee break |
| 11:00 – 12:30 | BLOK 2 - VŠEOBECNÁ INTERNA A DIABETOLOGIE Předsedající: plk. gšt. prof. MUDr. Jan Horáček, Ph.D. doc. MUDr. Denisa Janíčková Žďárská, Ph.D. |
| | Point of care ultrasonografie ve vnitřním lékařství 15 + 5 min pplk. doc. MUDr. Martin Jakl, Ph.D. |

| | | |
|---------------|---|------------|
| | Inicializační léčba DM 2. typu v souladu s aktuálními doporučeními | 15 + 5 min |
| | doc. MUDr. Denisa Janíčková Žďárská, Ph.D. | |
| | Perioperační a periprocedurální příprava diabetiků | 15 + 5 min |
| | MUDr. Tomáš Pelcl, Ph.D. | |
| | Záchyt komorových extrasystol v interní praxi – jak reagovat? | 10 + 5 min |
| | MUDr. Libor Kameník, Ph.D. | |
| | Program osobitnej preventívnej lekárskej prehliadky vo vzťahu k výkonu štátnej služby – lekárska prehliadka podľa veku | 10 + 5 min |
| | MUDr. Antonín Hruboň, Ph.D. | |
| 12:30 – 13:30 | Oběd | |
| 13:30 – 15:00 | BLOK 3 - GASTROENTEROLOGIE | |
| | Předsedající: prof. MUDr. Petr Urbánek, CSc. MUDr. Jozef Záh, Ph.D. | |
| | Krvácení do GIT u pacienta na antikoagulační léčbě | 15 + 5 min |
| | MUDr. Jan Csomor | |
| | Komplikace perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) | 15 + 5 min |
| | pplk. MUDr. Kateřina Košťálová | |
| | Komplikácie endoskopickej liečby pankreatických tekutinových kolekcí | 15 + 5 min |
| | MUDr. Jozef Záh, Ph.D. | |
| | Eosinofilní ezofagitida – přehled diagnostiky a léčby | 10 + 5 min |
| | kpt. MUDr. Václav Hojdeckr | |
| | Měření portální hypertenze | 10 + 5 min |
| | MUDr. Petr Hříbek | |
| 15:00 – 15:30 | Coffee break | |
| 15:30 – 17:00 | BLOK 4 - KARDIOLOGIE – VOLNÁ SDĚLENÍ | |
| | Předsedající: MUDr. Karel Navrátil MUDr. Antonín Hruboň, Ph.D. | |
| | Inclisiran – nové potentní hypolipidemikum v rukách kardiologa | 10 + 5 min |
| | MUDr. Karel Navrátil | |
| | Možnosti farmakoterapie obezity | 10 + 5 min |
| | pplk. gšt. doc. MUDr. Vladimír Pavlík, Ph.D. | |
| | Analýza zánětu a subklinické aterosklerózy u pacientů s IBD | 10 + 5 min |
| | MUDr. Ondřej Kučerka | |

| | | |
|---------------|---|------------|
| | Transkatetrová implantace aortální chlopně u pacienta s vysokým rizikem rozvoje TAVI-IE kpt. MUDr. Eliška Kupcová | 10 + 5 min |
| | Riziká cievnych prístupov u dialyzovaných pacientov – kazuistika MUDr. Antonín Hruboň, Ph.D. | 10 + 5 min |
| | EKG kazuistika z EMERGENCY aneb je invazivní řešení opravdu tak invazivní MUDr. Tomáš Hnátek, Ph.D. | 10 + 5 min |
| 17:10 – 17:40 | Komentovaná prohlídka areálu VNB | |
| 19:00 | Slavnostní večeře ve Velkém sále VN Brno | |

Středa, 18. října 2023

| | | |
|----------------------|--|------------|
| Místo konání: | VN Brno, ambulantní trakt, 1 patro – Velký sál | |
| 9:00 – 10:30 | BLOK 5 - HEMATOLOGIE Předsedající: prof. MUDr. Ladislav Jebavý, CSc. MUDr. Pavel Polák, Ph.D. | |
| | Pokroky v diagnostice a léčbě akutní lymfoblastické leukemie plk. gšt. prof. MUDr. Jan Horáček, Ph.D. | 10 + 5 min |
| | Nové možnosti léčby akutní lymfoblastické leukemie – kazuistika npor. MUDr. Martin Štajer | 10 + 5 min |
| | Nástrahy pancytopenie a možnosti hematologické podpůrné péče v mezních situacích mjr. MUDr. Tomáš Kupsa, Ph.D. | 10 + 5 min |
| | Nadstavbové parametry krevního obrazu RNDr. Soňa Vytisková, Ph.D. | 10 + 5 min |
| | Využití antifibrinolytik v klinické praxi MUDr. Pavel Polák, Ph.D. | 10 + 5 min |
| | Teploty jako paraneoplastický projev MUDr. Tomáš Drobil | 10 + 5 min |
| 10:30 – 11:00 | Coffee break | |
| 11:00 – 12:45 | BLOK 6 - VARIA Předsedající: pplk. doc. MUDr. Martin Jakl, Ph.D. MUDr. Mikuláš Kosák | |

| | |
|--|------------|
| Aktuální dilemata a kontroverze v diagnostice a léčbě plicní embolie pplk. MUDr. Stanislav Mihola | 10 + 5 min |
| Hyponatremie, diferenciální diagnostika a terapie MUDr. Mikuláš Kosák | 10 + 5 min |
| Náhodný nález nemoci z povolání na RTG plic kpt. MUDr. Blanka Kupsová, Ph.D. | 10 + 5 min |
| GLP1 v léčbě diabetu a obezity MUDr. Zuzana Kvapilová | 10 + 5 min |
| Pericoronary fat attenuation index (pFAI) v kontextu systémového zánětu MUDr. Martina Hrnčířová | 10 + 5 min |
| Malárie – septický stav u mladého cestovatele MUDr. Eva Vojtková | 10 + 5 min |
| Specifika EKG vyšetření jako součást vstupního interního vyšetření u uchazečů o vstup do AČR kpt. MUDr. Přemysl Domkář | 10 + 5 min |

12:45

Zakončení konference

12:50

Oběd

Úterý, 17. října 2023 – SESTERSKÁ SEKCE

Místo konání: Budova B, Interna C – místnost pro hlášení (vchod B1, 2. dveře vlevo)

9:30 – 11:00

BLOK 1

Předsedající: Petra Rusňáková

Akutní krvácení do horní části gastrointestinálního traktu – nevariceální krvácení

Ludmila Bártová

Opatření ke zvýšení kvality endoskopie horní části GIT

Monika Setničková

Dopad pandemie Covid -19 na zdravotný systém

Miroslava Kováčiková, Bc.

Práce na zmeny a jej vplyv na zdravie zdravotníckých pracovníkov

Veronika Demková, Bc.

11:00 – 11:30

Coffee break

11:30 – 13:00

BLOK 2

Předsedající: Petra Rusňáková

Problematika intoxikací na interní JIP VN Brno

Jitka Princová, Dis.

Péče o pacienta s masivní plicní embolizací na jednotce intenzivní péče z pohledu zdravotní sestry

Milena Poláková, Bc.

Moje pracovní zkušenost se Saudskou Arábií

Markéta Rosíková, Bc.

Péče o spirituální potřeby nemocných

kpt. Mgr. Gabriela Horáková

Vnitřní lékařství v rezortu Ministerstva obrany – přehled činnosti a možnosti dalšího rozvoje ve vojenském zdravotnictví

Horáček J.M.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové

Vnitřní lékařství patří mezi klíčové klinické obory pro rezort Ministerstva obrany (MO) a vojenskou zdravotnickou službu. Práce přináší přehled činnosti oboru vnitřního lékařství v rezortu MO za předcházející období (2019-2022) a možnosti dalšího rozvoje v oblasti léčebně preventivní, pedagogicko-výchovné a vědecko-výzkumné. Vnitřní lékařství ve vojenském zdravotnictví plní úkoly na území ČR i v zahraničních operacích (v rámci nasaditelných zdravotnických schopností Role 2E a Role 3 – polní nemocnice). Jsou uvedeny aktuální počty vojenských internistů v jednotlivých segmentech vojenského zdravotnictví a hlavní úkoly do budoucna.

Srdeční selhání a CHOPN v ambulanci kardiologa a pneumologa, společný pohled na úskalí diagnostiky a terapie

Sedloň P.

Ústřední vojenská nemocnice, Vojenská fakultní nemocnice Praha, Česko

Srdeční selhání a CHOPN mají mnoho společných rizikových faktorů, často se vyskytují společně.

Diagnóza srdečního selhání u nemocného s CHOPN (především HFrEF) má zásadní negativní prognostický dopad.

Dodatečná diagnóza CHOPN u nemocného se srdečním selháním mění prognózu zřejmě méně významně.

Rozlišení obou diagnóz může u některých nemocných představovat velký klinický problém i s využitím dostupných vyšetřovacích metod, časná a správná diagnóza pak může mít zásadní vliv na ovlivnění obtíží, kvality života a v případě HFrEF i dlouhodobé prognózy.

Pokud je stanovena diagnóza HFrEF, časně zavedení optimální farmakoterapie má zásadní vliv na zlepšení prognózy nemocného.

Opatrnost při použití betablokátorů u pacientů s CHOPN je namístě, současný výskyt CHOPN by ale neměl být důvodem k nenasazení terapie. Beta1 selektivní preparáty jako bisoprolol jsou zřejmě léky volby.

Většina léků užívaných pro terapii HF včetně klíčkových diuretik má pozitivní vliv i na symptomy a možná i progresi CHOPN.

Data o prospěchu či škodlivosti léků na CHOPN pro nemocné s kardiovaskulárními chorobami jsou nejednoznačná, zdá se, že inhalační kortikoidy v kombinaci mohou mít příznivý vliv na celkovou mortalitu. Terapie betamimetiky ani anticholinergiky nemá prokázaný negativní prognostický efekt, nicméně u vybraných nemocných může být na místě zvážení snížení dávek či vynechání této terapie.

Echokardiografické hodnocení diastolické dysfunkce – přehled

Křivohlavý T.

ÚVN – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Diastolická funkce srdečního svalu představuje zásadní aspekt kardiovaskulárního zdraví, na který je třeba se zaměřit. Tato prezentace poskytne hloubkový pohled na problematiku diastolické dysfunkce s důrazem na echokardiografické metody hodnocení v kontextu patofyziologických změn při jejím rozvoji. Změny v diastolické funkci mohou mít značný dopad na celkovou srdeční funkci a prognózu pacientů. V přehledovém sdělení budou nastíněny echokardiografické parametry, které poskytují důležité informace o diastolické funkci. Mezi ně patří E/A poměr, decelerace a E/e' poměr. Tyto parametry nám umožňují získat vhled do relaxace srdečních komor během normální diastolické funkce a jejich změny při určitých patologických stavech. Kromě toho bude prezentován význam těchto parametrů pro klinickou praxi. Echokardiografické hodnocení diastolické dysfunkce může pomoci identifikovat pacienty s rizikem srdečních komplikací a včasným zásahem maximalizovat účinnost léčby. Důkladná interpretace echokardiografických dat může přispět k lepšímu porozumění stavu pacienta a na základě těchto informací se lépe rozhodovat stran léčebného plánu. Celkově lze říci, že echokardiografie hraje klíčovou roli při diagnostice a monitorování diastolické dysfunkce. Tato prezentace má za cíl zdůraznit význam těchto metod pro komplexní pochopení patofyziologie srdečního selhání.

Současné přístupy k diagnostice a léčbě myokarditid, kazuistiky z klinické praxe

Škraňka V., Třeštík P., Francek L., Nádeníčková P., Valentíková R., Junášková V., Červenka P.
Interní oddělení, Kroměřížská nemocnice, a.s., Kroměříž

Myokarditidy z etiopatogenetického hlediska představují rozsáhlou heterogenní skupinu onemocnění jejíž společnou charakteristikou je zánětlivé poškození myokardu navozené virem, bakteriemi, plísněmi, prvky, hlísty, toxiny a imunitními mechanismy včetně autoimunních a alergických reakcí. Etiologicky se nejčastěji uplatňují virová onemocnění jako enteroviry a adenoviry, v poslední době parvovirus B19 (PVB19) a herpetický virus HHV6. Korelace sérologických vyšetření s nálezy z EMB s využitím imunohistochemických metod a PCR je malá, proto se sérologická vyšetření nedoporučují.

Diagnóza myokarditidy je obtížná, lze konstatovat, že dodnes neexistuje exaktní metoda, která by byla schopná jednoznačně myokarditidu potvrdit a nebo vyloučit (EKG, echokardiografie, MRI, EMB). Jako hlavní neinvazivní metoda je považováno MRI vyšetření se senzitivitou 67% a specificitou 91%. Jedinou metodou, která prokazuje zánětlivé změny myokardu je EMB, i když se Dallaská kritéria ve světle moderních imunohistochemických metod a PCR ukázala jako málo senzitivní.

Z uvedených důvodů ve světovém písemnictví nelze dohledat údaje o incidenci a prevalenci myokarditid (dle hlášení WHO ve světě ročně na myokarditidu onemocní 1,5 milionu obyvatel, odhaduje se, že na myokarditidu onemocní přibližně 10-22 osob na 100 000 obyvatel).

Klinický průběh myokarditidy je extrémně variabilní od inaparentních forem s úplným zhojením až po fulminantní formy ohrožující nemocného na životě akutním srdečním selháním s kardiogenním šokem a výskytem maligních arytmií až po stacionární nebo pomalu progredující formy s možným rozvojem zánětlivé kardiomyopatie a nebo dilatační kardiomyopatie. Závažnost vstupních projevů nekoreluje s rizikem přechodu do nepříznivých forem, takže nemocní s počátečním těžkým průběhem se mohou zhojit až integrum a naopak.

Významnou pomůckou pro diagnostiku myokarditid se stalo doporučení ESC pod názvem Position statement, které vytvořila v roce 2013 Pracovní skupina pro onemocnění myokardu a perikardu podle kterého je diagnóza myokarditidy pravděpodobná při přítomnosti jednoho klinického příznaku a jednoho diagnostického kritéria a nebo při přítomnosti dvou diagnostických kritérií u asymptomatického jedince. Definitivní diagnostickou metodou podle tohoto dokumentu zůstává EMB.

V kazuistice bychom chtěli prezentovat případy často komplikovaných cest ke správné diagnóze a léčbě u pacienta s myokarditidou navozenou Lymfskou borreliózou a u pacientky s myokarditidou navozenou Chlamydia pneumoniae.

Zkratky:

EMB-edomyokardiální biopsie, MRI-magnetická rezonance srdce, PCR-polymerázová řetězová reakce, ZKMP-zánětlivá kardiomyopatie, DKMP-dilatační kardiomyopatie

Point of care ultrasonografie ve vnitřním lékařství

Jakl M., Grenar P., Horáček J.M.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, FVZ UO, Hradec Králové

V nedávné minulosti došlo k prudkému rozšíření přenosných ultrazvukových přístrojů umožňujících kvalitní provedení běžného vyšetření většiny relevantních orgánů. Často živelné zavádění technologie s sebou nese potřebu standardizace provádění, archivace a dokumentace vyšetření.

O point of care ultrasonografickém vyšetření (POCUS) zpravidla hovoříme, pokud je prováděno v místě péče o pacienta, a to lékařem, který je za péči o pacienta zodpovědný. Dle rozsahu vyšetření můžeme POCUS dělit na ultrazvukem asistované fyzikální vyšetření; cílené ultrazvukové vyšetření; základní expertní POCUS; vysoce specializovaný POCUS.

V reakci na rozvoj POCUS ve vnitřním lékařství byla Ministerstvem zdravotnictví stanovena povinnost absolvovat kurz POCUS před atestací z vnitřního lékařství. Stanovený rozsah zhruba odpovídá ultrazvukem asistovanému fyzikálnímu vyšetření srdce, břicha, plic a cév, dále je doplněn o základy UZ navigace kanylací a punkcí dutých orgánů. Sdělení shrnuje nejčastější využití, zásady provádění a možná úskalí POCUS. Dále jsou shrnuty zkušenosti autorů s komplexním vzděláváním v POCUS srdce, zahrnujícím teoretickou přípravu, nácvik na modelech, lektorem kontrolované vyšetření pacientů, přezkušování a průběžné kontroly kvality prováděných vyšetření. Takto prováděné vyšetření prokazatelně zrychluje management pacientů a vede k zpřesnění prvotní pracovní diagnózy.

Perioperační a periprocedurální příprava diabetiků

Pelcl T.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Praha

Diabetes mellitus je velmi časté onemocnění, které je asociované s vyšší morbiditou a mortalitou oproti zdravé populaci.

Důležitost udržování bezpečných hodnot glykémie a zvláštnosti farmakoterapie pacientů s diabetem vyžaduje specifickou perioperační a periprocedurální přípravu. I přes to, že diabetes není nové onemocnění a ještě lépe jej chápeme díky stále většímu rozšíření senzorů na kontinuální monitoraci

glukózy, stále ještě často dochází k neoptimálnímu předoperačnímu a periprocedurálnímu managementu. Je to jistě dáno dynamikou oboru se stále se objevujícími novými farmaky, ale je to také dáno stále málo častým zohledňováním, zda jde o inzulindependentní pacienty s diabetem nebo ne. Navíc, doporučené postupy perioperační péče o pacienty s diabetem zahraničních odborných společností nejsou jednotné, Česká diabetologická společnost komplexní doporučení zatím nevydala.

V současné době je konsensus metformin vysazovat v den operace při normálních renálních funkcích, při zhoršených o 24 - 48 hodin dříve, glifloziny vysadit 3-4 dny před zákrokem, ostatní perorální antidiabetika v den operace. Prandiální inzulin je doporučeno nepodávat od začátku lačnění, bazální inzulin podat v redukované dávce o 10 - 30 % původní dávky.

Periprocedurální infúzní podávání glukózy s inzulinem a s kaliem má význam především u inzulindependentních pacientů a u déle trvajících výkonů, u ostatních to bývá zbytečné až potenciálně rizikové, avšak ve snaze o maximální zjednodušení předoperačních postupů pro neinterní obory jde toto rozlišování často do pozadí.

Záchyt komorových extrasystol v interní praxi – jak reagovat?

Kameník L., Kotík I., Burger T.

1. LK UK a ÚVN Praha

Komorové extrasystoly jsou častým nálezem ve všeobecné interní praxi u dosud kardiologicky neléčených pacientů. Klinická významnost je rozdílná, benigní průběh u většiny pacientů kontrastuje s možnými závažnými komplikacemi v podobě vývoje kardiomyopatie se srdečním selháním nebo vzniku maligní tachyarytmie s možnou prezentací v podobě náhlé smrti. Klíčem k volbě adekvátního terapeutického postupu je řádně provedená stratifikace rizika, která postavena na zhodnocení anamnézy, 12-ti svodového záznamu EKG s posouzením morfoloogických charakteristik komorových extrasystol, dále na detekci jejich četnosti většinou na Holterovské záznamu a též na dnes opomíjeném vyšetření zátěžového EKG. Nezbytné je doplnění echokardiografie a při podezření na přítomnosti strukturálního srdečního onemocnění SKG, MRI. Dle stanovení pravděpodobnosti závažnosti výskytu komorových extrasystol a s přihlédnutím k symptomům pacienta a jeho preferencím se odvíjí odlišný léčebný přístup od uklidnění pacienta s eventuální edukací změny životního stylu, přes farmakoterapii ke kateaterové ablacii.

Krvácení do GIT u pacienta na antikoagulační léčbě

Csomor J.

Interní klinika 1.LFUK a ÚVN Praha

Úvod: V posledních letech je zaznamenán vzestup počtu pacientů užívajících antiagregační a antikoagulační léčbu. Jedná se zejména o starší a polymorbidní pacienty. Jejich medikace zároveň zvyšuje riziko krvácení do GIT.

Objektivně: Antiagregační a antikoagulační léčba je pod drobnohledem z hlediska rizika krvácení do gastrointestinálního traktu. Nové antikoagulační preparáty mají dle recentních studií zvýšené riziko krvácení do GIT proti warfarinu. Evropská společnost pro Gastrointestinální endoskopii (ESGE) vydala v roce 2022 doporučené postupy u pacientů s akutním krvácením do GIT, medikovaných jak

antiagregační, tak antikoagulační léčbou. Doporučení přehledně ukazuje, které léky u krvácení lze ponechat a které a na jak dlouhé období z medikace vysadit.

Závěr: Doporučení společnosti ESGE z roku 2022 přehledně doporučuje postup u krvácejících pacientů na antitrombotické terapii.

Komplikace perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG)

Košťálová K.

Interní klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

Úvod: Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je široce používanou metodou zajištění výživy u pacientů, které nelze dlouhodobě dostatečně živit perorálně. Pokud zvažujeme potřebu podávání enterální výživy delší než 4-6 týdnů je pro pacienta samotného, ale i ekonomicky výhodnější zavést PEG než nasogastrickou sondu. Je prokázáno, že tato metoda je v porovnání se zavedenou nasogastrickou sondou účinnější v nutriční podpoře a s lepší kvalitou života.

PEG je definována jako umělý vstup do žaludku přes břišní stěnu, který je realizován pomocí endoskopického instrumentária. Nejčastěji se používá tzv. „pull“ technika, která byla poprvé popsána již v roce 1980.

Indikace a kontraindikace: Indikací jsou obecně všechny stavy dlouhodobé enterální výživy spojené se závažnými poruchami až nemožností příjmu per os nebo pasáže jícnem. Mezi nejčastější indikace řadíme neurogenní poruchy polykání, polytraumata, nádorové obstrukce v oblasti hlavy, krku a jícnu a další. Absolutními kontraindikacemi je odmítnutí nebo neudělení informovaného souhlasu, mechanická obstrukce GIT (pokud není gastrostomie používána k dekompresi), nekorigovatelná koagulopatie, střevní ischemie, peritonitida, transpozice orgánů či neovlivnitelný ascites.

Komplikace: PEG je rutinně prováděná endoskopická intervence s vysokou úspěšností zavedení, letalita po zavedení PEG je však významná, zejména z důvodu závažných komorbidit a celkové křehkosti pacientů. Komplikace jsou relativně časté, většina z nich je lehkých, některé však mohou být i život ohrožující. Samotné komplikace dělíme na peri a postprocedurální a časné nebo pozdní dle vyzrálosti stomického kanálu. K prevenci kardiopulmonálních komplikací je doporučena asistence ARO u výkonu a intubace u rizikového pacienta. Běžným postupem je podání ATB 30 minut před výkonem jako profylaxe ranných infekcí. Mezi vzácné ale vážné komplikace řadíme syndrom zanořeného disku, při kterém dochází k migraci vnitřního fixačního zařízení kanyly směrem ze žaludku ven podél stomického traktu. I při dodržování preventivních opatření, mezi které patří především přiměřená poloha zevního fixačního zařízení, se této komplikaci nelze zcela vyhnout. Syndrom zanořeného disku je možné řešit chirurgicky nebo v mnoha modifikacích endoskopicky. Základem endoskopické léčby je discize přerůstající tkáně a zatlačení vnitřního disku dovnitř do žaludku. Klíčové pro volbu léčby je určení hloubky zanoření disku do žaludeční a břišní stěny. Kritickou hranicí pro endoskopickou léčbu je lamina muscularis propria žaludku, což lze verifikovat pomocí ultrasonografie nebo CT.

Závěr: Perkutánní endoskopická gastrostomie je rutinně zavedenou metodou enterální nutrice a používanou u velkého množství pacientů. Komplikace je nutné včas správně rozpoznat, určit jejich závažnost, zvolit správnou léčebnou modalitu a zajistit jejich prevenci. K určení správné indikace PEG a snížení morbidit a letality pacientů je důležitá spolupráce multidisciplinárního týmu. Vždy bychom měli mít na mysli etické hledisko – u nemocných s pokročilým onemocněním s nezvratným a

nepříznivým vývojem upřednostňovat vždy kvalitu života a komfort pacienta před objektivními parametry a výsledky.

Eosinofilní ezofagitida – přehled diagnostiky a léčby

Hojdekr V.

Interní oddělení, Vojenská nemocnice Brno

Eosinofilní ezofagitida (EoE) je imunologicky podmíněné chronické zánětlivé onemocnění jícnu, postihující především dětskou populaci a mladé muže. První popis nemoci se datuje do první poloviny 90. let, v čase prodělala definice nemoci a jejích podjednotek několik změn. Od doby první definice je patrný setrvalý nárůst prevalence a incidence onemocnění věrně kopírující zvyšující se výskyt atopických a alergických onemocnění v populaci. S ohledem na tyto skutečnosti se EoE stává vedoucí diagnózou u pacientů s dysfagií a vážnutím sousta v ambulancích dětských lékařů a gastroenterologů, s předpokladem dalšího růstu prevalence a „zevšednění“ choroby pro běžnou praxi.

Přednáška si dává za cíl poskytnout aktuální pohled na současnou definici, diagnostiku a léčbu EoE z pohledu ambulantní gastroenterologa.

Měření portální hypertenze

Hříbek P.^{1,2}, Urbánek P.¹

¹*Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha*

²*Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Hradec Králové*

Portální hypertenze je definována nárůstem rozdílu tlaku mezi portální žilou a centrálním žilním tlakem na hodnoty >5 mmHg. Nejčastější příčinou, která vede k rozvoji syndromu portální hypertenze, je jaterní cirhóza. Přítomnost portální hypertenze, ale i její míra, je prognostickým faktorem cirhózy. Z toho vyplývá potřeba ji nějakým způsobem diagnostikovat a kvantifikovat. Zlatým standardem diagnostiky portální hypertenze a jejího vyčíslení je katetrizace jaterních žil a měření gradientu mezi tlakem ve volné jaterní žíle a tlakem v zaklínění (HVPG). Jedná se o invazivní vyšetření, při kterém je po kanylaci vena jugularis interna l. dx. katétrem měřen tlak v oblasti kmene střední nebo pravé jaterní žíly a následně v jejím zaklínění. Nadstavbou této procedury je provedení transjugulární jaterní biopsie v případech, kdy perkutánní přístup není možný (nejčastěji koagulopatie a přítomnost ascitu). V současnosti mezi vedoucí indikace invazivního měření HVPG patří vyloučení klinicky významné portální hypertenze před resekcemi jater u pacientů s jaterní cirhózou a stanovení efektu léčby neselektivními betablokátory na pokles HVPG. Nicméně metoda může sehrát zásadní úlohu v diferenciální diagnostice příčin ascitu, predikovat riziko rebleedingu po krvácení z jícnových varixů a v řadě dalších indikacích. Předmětem sdělení je teoretický úvod do problematiky portální hypertenze, popis katetrizace jaterních žil s měřením HVPG a představení indikací k vyšetření.

Inclisiran – nové potentní hypolipidemikum v rukách kardiologa

Navrátil K.

Interní oddělení, Vojenská nemocnice Olomouc

Inclisiran je dvouvláknová, malá interferující RNA (siRNA) snižující cholesterol, konjugovaná na sense vlákně s triantenárním N-acetylgalaktosaminem (GalNAc) pro usnadnění absorpce hepatocyty. subkutánně podávaný inclisiran snížil LDL-C o 50 % a 55 % již v den 90, maximálního snížení LDL-C bylo dosaženo 150 den po podání. Ve VN máme soubor 13 pacientů u kterých byla indikována terapie inclisiranem s výborným efektem.

Možnosti farmakoterapie obezity

Pavlík V., Kupsová B., Šafka V.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Vojenská lékařská fakulta, Univerzita obrany, Hradec Králové

Obezita je závažné chronické onemocnění postihující metabolismus a přímo či nepřímo celou řadu orgánových systémů, zejména kardiovaskulární a pohybový. V léčbě obezity se v současnosti razí trend komplexního a multidisciplinárního přístupu, který zahrnuje diferencované léčebné postupy, které závisí na stupni obezity a četnosti komorbidit. Režimová a léčebná opatření, která zásadně ovlivní dosavadní životní styl obézního pacienta, se skládají z dietoterapie, terapie pravidelnou fyzickou aktivitou a případnou psychologickou podporou, z farmakoterapie a z chirurgických řešení cestou různých bariatrických výkonů. Cílem moderní farmakologické léčby obezity je zajistit snížení a dlouhodobé udržení dosaženého hmotnostního úbytku, popř. pozitivně ovlivňovat metabolické poruchy, které podmiňují rozvoj obezity. V souladu s doporučeními České obezitologické společnosti se doporučuje začít s farmakoterapií u obézního pacienta v následujících případech:

- U pacientů s indexem tělesné hmotnosti (BMI) vyšším než 30, pokud selhala komplexní nefarmakologická léčba obezity.
- U pacientů s indexem tělesné hmotnosti 27 a vyšším, pokud jsou přítomna kardiovaskulární a metabolická rizika (například arteriální hypertenze, dyslipidémie, diabetes mellitus II. typu, syndrom spánkové apnoe), která jsou v přímé souvislosti s obezitou.

Do současné doby (srpen 2023) jsou v České republice k dispozici čtyři úspěšné principy medikamentózní léčby obezity:

1. tlumení chuti k jídlu (anorektika) a ovlivnění pocitu nasycení centrálně působícími látkami,
2. blokáda vstřebávání tuku v trávicím traktu,
3. ovlivnění, respektive působení hormonů trávicího traktu – inkretinů,
4. blokáda zpětné absorpce glukózy v ledvinách.

Mnoho dalších možností bylo testováno dlouhodobě, ale bez úspěchu, např. tzv. termogenní farmaka. Žádná sloučenina z této skupiny nebyla přesvědčivě účinná.

Současné moderní lékové formy musí splňovat poměrně přísná kritéria, aby byly v souladu s doporučeními odborné obezitologické společnosti. Léčba by měla vyvolávat redukcí tukové tkáně, příznivě ovlivňovat rizikové faktory kardiovaskulárních a metabolických chorob a měla by vést po

tříměsíčním podáváním léku a při dodržování základních dietních a režimových opatření k poklesu tělesné hmotnosti alespoň o 5 % výchozí váhy.

Analýza zánětu a subklinické aterosklerózy u pacientů s IBD

Kučerka O., Mináriková P., Horáček J.M., Malý M.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové

Práce vychází z předpokladu, že chronický systémový zánět potencuje rozvoj aterosklerotických změn. Cílem práce je u pacientů s těžkou formou Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy potvrdit a kvantifikovat přítomnost systémového zánětu, přestože jsou tito pacienti léčeni intenzivní protizánětlivou léčbou (biologická léčba). Dále pak studovat vliv zánětu na předčasný rozvoj aterosklerózou podmíněných kardiovaskulárních komplikací.

Metodika: Celkem 100 pacientům s těžkou formou Crohnovy choroby či ulcerózní kolitidy (zkoumaná skupina) a 50 pacientům bez zánětlivého onemocnění (kontrolní skupina) byla odebrána žilní krev. Kombinací několika parametrů (fibrinogen, leukocyty, CRP, hsCRP, prokalcitonin, interleukin 6, GDF 15, Systemic immune-inflammation index) stanovujeme tíži chronicky aktivovaného zánětu a korelací s markery endoteliální dysfunkce a preklinické aterosklerózy budeme pacienty stratifikovat dle jejich kardiovaskulárního rizika a následně časovat farmakologickou intervenci.

Transkatetrová implantace aortální chlopně u pacienta s vysokým rizikem rozvoje TAVI-IE

Kupcová E.

Kardiologické oddělení Interní kliniky ÚVN-VFN a 1.LF UK, Praha

Aortální stenóza je nejčastější získanou chlopenní vadou v dospělosti a se stárnutím populace se prevalence tohoto onemocnění stále zvyšuje. Od r. 2002 se stala transkatetrová implantace aortální chlopně (TAVI) uznávanou alternativou k chirurgické náhradě aortální chlopně (SAVR). Zpočátku pro inoperabilní pacienty či pacienty s vysokým operačním rizikem, později i pro pacienty se středním a nízkým rizikem, což souvisí s technologickým rozvojem metody a zkušenostmi kardiocenter. Jakožto invazivní metoda má však i své komplikace, včetně protézové infekční endokarditidy (TAVI-IE) s incidencí 0,2-3,4% a mortalitou až 67% do dvou let od stanovení diagnózy. Z tohoto důvodu je zcela zásadní sanace aktivních infekčních fokusů v rámci předoperační přípravy. Naše kazuistika pacienta se symptomatickou významnou aortální stenózou a současně přítomnými infikovanými bérčovými defekty, jakožto zdroje bakteriémie s potenciálem rozvoje TAVI-IE, ukazuje na nutnost multioborové spolupráce, individualizovaného rozhodnutí o léčebné strategii a dalšího pečlivého sledování nemocných po výkonu.

EKG kazuistika z EMERGENCY aneb je invazivní řešení opravdu tak invazivní?

Hnátek T.¹, Voška M.¹, Jarkovský P.¹, Daněk J.¹, Hašková J.², Kautzner J.²

¹Interní klinika 1.LF UK a ÚVN Praha

²Klinika kardiologie, IKEM, Praha

Předkládáme kazuistiku 30-leté nemocné v 18. týdnu gravidity přicházející se supraventrikulární tachykardií, rezistentní na obvyklé postupy, která se komplikovala srdečním selháním a musela být nakonec urgentně invazivně intervenována, došlo k reparaci EF a nemocná v termínu porodila zdravého novorozence.

Pokroky v diagnostice a léčbě akutní lymfoblastické leukemie

Horáček J.M., Štajer M., Kupsa T., Jebavý L., Žák P.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové

IV. interní hematologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Akutní lymfoblastická leukemie (ALL) je onemocněním převážně dětského věku, u dospělých patří mezi vzácné choroby. Prognóza a léčebné výsledky u dospělých pacientů (na rozdíl od dětí) jsou zatím neuspokojivé, ale v posledních letech dochází k množství nových objevů.

Tato edukační přednáška obsahuje stručný přehled aktuálních témat v oblasti diagnostiky a léčby ALL dospělých. Zaměřuje se na minimální zbytkovou nemoc a její prognostický význam, nové poznatky v oblasti genetiky onemocnění a nové prognostické kategorie. Dále je uveden přehled nových léčebných možností, převážně imunoterapeutické přístupy pro B-ALL (monoklonální protilátky, CAR-T lymfocyty).

Nové možnosti léčby akutní lymfoblastické leukemie – kazuistika

Štajer M.^{1,3}, Horáček J.M.^{2,3}, Kupsa T.^{2,3}

¹ Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové

² Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové

³ IV. interní hematologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Cílem sdělení je na kazuistice ukázat úspěchy i rizika moderní léčby akutní lymfoblastické leukemie (ALL).

Prezentovaný pacient je v době první diagnózy 33letý muž s opakovaně relabující B-ALL, který byl léčen standardní chemoimunoterapií, alogenní transplantací krvetvorných buněk, bispecifickou monoklonální protilátkou blinatumomabem, konjugátem protilátka-cytostatikum inotuzumab ozogamicinem i produktem buněčné terapie (CAR-T lymfocyty) a následně znovu alogenně transplantován od jiného dárce. Na tomto pacientovi prezentujeme případ agresivního onemocnění, které by bez nových přístupů a možností léčby bylo pro pacienta fatální již po dvou liniích léčby, avšak efektivita a případný další management této nové léčby je stále předmětem diskuzí a klinických studií. Mezi akutní nežádoucí účinky léčby blinatumomabem a CAR-T lymfocyty patří syndrom z uvolnění cytokinů (CRS, cytokine release syndrome) a neurotoxicita, které se u pacienta vyskytly v omezeném rozsahu. U pacienta se také po první transplantaci projevila oční forma reakce štěpu proti hostiteli

(GvHD, graft versus host disease) v podobě syndromu suchého oka, která vyžaduje lokální léčbu a trvalou dispenzarizaci očním lékařem.

Nástrahy pancytopenie a možnosti hematologické podpůrné péče v mezních situacích

Kupsa T. Horáček J.M., Jebavý L.

Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové

IV. interní hematologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Pokrok v léčbě hematologických malignit, rozvoj transplantační medicíny a zlepšené výsledky této léčby jsou do značné míry závislé na aplikaci intenzivní chemoterapie a možnostech podpůrné péče. Intenzivní chemoterapie má zajistit eradikaci maligního klonu i za cenu rozvoje protrahované hluboké pancytopenie, mukositidy a rizika infekčních komplikací. V souvislosti s neutropenií může docházet k atypické manifestaci infekcí, jejichž dynamika může být až překvapivě prudká.

Úkolem podpůrné péče je pacienta bezpečně provést kritickým obdobím po léčbě. Jedná se o soubor opatření k minimalizaci rizik pancytopenie, porušené slizniční bariéry a katabolismu. Předpokladem úspěchu je stratifikace rizika s ohledem na podanou léčbu. Správný odhad doby do regenerace krvetvorby a obnovení funkce kostní dřeně je pak důležitou součástí adekvátního vedení léčby.

Cílem přednášky je demonstrovat rozsah možností podpůrné péče v hematologii. Zvláštní pozornost je věnována odlišné manifestaci infekcí neutropenií a zvládnutí trombocytopenie. Modelovým případem je nemocný se zánětlivou náhlou příhodou břišní, která se manifestovala krátce po převedení alogenního štěpu. Stav vyžadoval neodkladný chirurgický výkon v období neutropenie a trombocytopenie.

Nadstavbové parametry krevního obrazu

Vytisková S.

Vojenská nemocnice Brno, Brno

V současné době nám moderní hematologické analyzátoři umožňují vyhodnocovat nadstavbové parametry krevního obrazu, z nichž některé zpřesňují diagnostiku hematologických onemocnění, některé mají dokonce i významný přesah mimo obor hematologie.

Cílem mé prezentace bude představit tyto „nové“ parametry krevního obrazu včetně jejich klinické interpretace.

Prvním z parametrů je retikulocytární hemoglobin (RET-He). Ten mj. vypovídá o množství funkčního železa dostupného v dané chvíli pro tvorbu erytrocytů v kostní dřeni. Na rozdíl od vyšetření erytrocytů, jejichž parametry mají vypovídající hodnotu o celé populaci (až 120 dní starých) erytrocytů, retikulocytární parametry nás informují o současném stavu erythropoézy (počet retikulocytů o kvantitě a nadstavbový parametr RET-He o kvalitě aktuální erythropoézy). Velký význam má v rámci diagnostiky sideropenické anémie, anémie chronických chorob a při hodnocení efektivity léčby EPO u pacientů ve finálním stádiu chronického selhání ledvin.

Dalším nadstavbovým parametrem retikulocytů je parametr IRF (nezralé retikulocyty), který nás informuje o zastoupení nejmladší populace retikulocytů (o stimulaci či útlumu erythropoézy v řádu

hodin), je vhodný pro monitoraci terapie EPO, má vysokou výpovědní hodnotu při sledování obnovy erythropoézy po chemoterapii nebo transplantaci kostní dřeně a může být použit při rozhodování, zda podat či nepodat erytrocytární koncentrát.

Dalším parametrem je počet normoblastů, tedy jaderných červených krvinek, které se za určitých okolností mohou vyskytovat v periferní krvi. Normoblasty jsou obtížně detekovatelné, protože svou velikostí simulují jiné elementy, především lymfocyty, a bývají tak zahrnuty v celkovém počtu leukocytů. Nové analyzátory dokáží tyto prekuzory erytrocytů analyzovat správně a vyčlenit je z populace leukocytů. V hematologii se využívá u závažných hemolytických anémií včetně hemoglobinopatií typu talasémie či srpkovité anémie. U pacientů na JIP hodnota normoblastů vypovídá o závažnosti celkového stavu, její nárůst koreluje s celkovou mortalitou. Čím déle se normoblasty vyskytují v periferní krvi, tím je úmrtnost vyšší.

Z nových trombocytárních parametrů představím parametr IPF (nezralá destičková frakce). IPF nás informuje o aktuální megakaryopoéze a představuje jednoduchou a rychlou orientační metodu v diferenciální diagnostice trombocytopenií. Z ekonomického pohledu je zajímavé, že v mnoha aspektech může nahradit podstatně nákladnější postupy. Tento parametr má klinický význam především u trombocytopenií, jejichž příčinou je zvýšený rozpad destiček v periferní krvi – jde např. o autoimunní trombocytopenickou purpuru (AITP).

Dalším z parametrů jsou nezralé granulocyty (IG – Immature Granulocytes). Do této kategorie patří promyelocyty, myelocyty a metamyelocyty. V diferenciálu nás jejich součet informuje o výraznějším posunu doleva, v oboru hematooonkologie je to přínosné například u myeloproliferativních onemocnění, např. u primární myelofibrózy nám toto vyšetření dává relevantní informace o progresi onemocnění. Obecně má stanovení IG své místo v posouzení a monitoringu závažných sepsí. Jeho jednoznačnou výhodou je rychlost stanovení.

Posledním z parametrů, které v prezentaci představím, je parametr ICIS (Intensive Care Infection Score). Ten je vypočten kombinací pěti parametrů, které se běžně získávají v rámci standardního vyšetření krevního obrazu, včetně diferenciálního rozpočtu leukocytů a retikulocytů. ICIS skóre je považováno za časný biomarker sepse s výbornou laboratorní časovou odezvou a s minimálními náklady na vyšetření, navíc v porovnání se současně využívanými parametry se pro diagnostiku sepse jeví ICIS skóre jako více senzitivní a specifické vyšetření.

Velkou výhodou těchto nadstavbových parametrů krevního obrazu je jejich velmi rychlá časová odezva a dostupnost bez dodatečných nákladů na analýzu krevního obrazu (KO/DIFF/RET).

Využití antifibrinolytik v klinické praxi

Polák P., Štorková T.

Interní oddělení, Vojenská nemocnice Brno

Autoři předkládají přehled stávajících důkazů o přínosu a potenciálních rizicích použití antifibrinolytik (konkrétně kyseliny tranexamové, TXA), a diskutují možnosti jejich využití při léčbě krvácivých komplikací. Použití kyseliny tranexamové má pevné ukotvení v léčbě koagulopatie indukované traumatem (trauma-induced coagulopathy, TIC) a v léčbě masivního postpartálního krvácení (postpartal haemorrhage, PPH). Jednoznačný protrombogenní potenciál tohoto léčiva dosud potvrzen nebyl, ve sporných případech je však vždy třeba postupovat individuálně.

Febrilie jako prvotní projev nádoru jater – kazuistika

Drobil T., Hříbek P., Koula M., Urbánek P.¹, Menclová K.²

¹Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, ²Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN, Praha

Nádorová onemocnění patří mezi druhou nejčastější příčinu úmrtí v České republice. I přes nové možnosti systémové léčby je stále časná diagnostika a potencionální chirurgická resektabilita základem kurativního řešení. Hlavní úskalí brzkého zachytu spočívá v tom, že řada malignit v incipientním stádiu nejeví typické příznaky, probíhá nespecificky a může jevit tzv. paraneoplastickou aktivitu. Tím je myšlen soubor klinických projevů, které jsou přítomností nádoru podmíněné, nicméně se řadou patofyziologických mechanismů manifestují v jiné tkáni nebo orgánové soustavě.

V prezentaci je jako příklad uvedena kazuistika ženy s primárním hepatocelulárním karcinomem, který vznikl ve zcela zdravých cirhózou nepostižených játrech, a byl tedy indikován k chirurgické resekcii. Svou paraneoplastickou aktivitou však imitoval chronický septický stav (horečky, elevace zánětlivých parametrů), který by v případě koincidence na podkladě infekční etiologie mohl negativně ovlivnit další terapeutický postup a celkovou prognózu pacientky. Proto bylo nutno nejprve přítomnost infekčního agens vyloučit, stejně tak jako provést důkladné dovyšetření a staging stran samotného ložiskového procesu jater.

Závěrem tohoto sdělení je poukázat na možnost vzácné nebo atypické klinické manifestace nádorových onemocnění při diferenciální diagnostice jednotlivých symptomů.

Aktuální dilemata a kontroverze v diagnostice a léčbě plicní embolie

Mihola S.

Interní oddělení, Vojenská nemocnice Brno

Plicní embolizace je charakterizovaná nejčastěji uvolněním trombotických hmot a jejich zaklíněním v plicním řečišti s rozličnými hemodynamickými důsledky. Klinické projevy i jejich tíže jsou pestré od nevýrazných až po hemodynamicky závažné a závisí na mnoha faktorech. Komplexní vyhodnocení včetně stratifikace rizika časně mortality je tak zásadním výchozím krokem ke správné diagnostice i terapii. V klinické praxi se setkáváme s hraničními případy, kdy nelze správný postup navzdory platným guidelines ESC pro diagnostiku a léčbu plicní embolie, jednoznačně definovat a jsme nuceni postupovat přísně individuálně. Cílem prezentace je předložit na podkladě několika kazuistik možné difference přístupu k diagnostice a léčebné strategii tromboembolické nemoci manifestované plicní embolizací.

Hyponatremie, diferenciální diagnostika a terapie

Kosák M.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Odhadovaná prevalence hyponatremie u hospitalizovaných pacientů je cca 15 %. Nicméně těžká hyponatremie pod 125 mmol/l s rizikem akutních komplikací se vyskytuje významně méně často (odhadovaný výskyt 0,14 %). Přesto i mírná hyponatremie je spojena se zdravotními riziky (zvýšené riziko pádů, osteoporóza) a protože je častým nálezem u obyvatelů domovů pro seniory vyplývá z toho, že jde o významný zdravotní problém.

Při zjištění hyponatremie je zásadní kromě tíže dle laboratorního nálezu (mírná 135 – 130 mmol/l, středně těžká 130 -125 mmol/l a těžká pod 125 mmol/l) zhodnotit zda má pacient klinické projevy hyponatremie. Dále je zásadní zjistit zda jde o hyponatremii akutně vzniklou (trvání kratší než 24 hodin) či chronickou (trvání více než 24 hod). V klinické praxi se tak obvykle setkáváme s anemií chronickou. Údaj o rychlosti vzniku dysbalance je zásadní pro volbu léčebné strategie. U akutně vzniklé hyponatremie se není třeba obávat komplikace spojené s rychlou korekcí, kterou je osmotický demyelinizační syndrom. Ten naopak hrozí u příliš rychlé korekce chronické hyponatremie. Rizikovými faktory pro vznik osmotického demyelinizačního syndromu jsou: velmi těžká, symptomatická hyponatremie (cca pod 115 mmol/l), anamnéza abusu alkoholu, malnutrice a současně přítomná hypokalemie. U těchto jedinců se je proto postupovat zvláště opatrně abychom se vyhnuli příliš rychlé korekci. Při zjištění hyponatremie je dále zásadní provést základní dif. dg. rozvahu o možných vyvolávajících příčinách a dle toho spolu se zohledněním tíže a symptomatičnosti hyponatremii adekvátní léčebný postup ideálně cílí na odstranění vyvolávající příčiny. Přestože často nelze jednoznačnou příčinu zjistit (resp. jde multifaktoriální příčinu) nelze, minimálně při primomanifestaci poruchy, opomenout provedení příslušných vyšetření k odhalení možné příčiny, neboť při pouhé korekci mineralogramu bez léčby příčiny poruchy hrozí riziko recidivy.

Náhodný náleznemoci z povolání na RTG plic

Kupsová B., Horáček J.M., Pavlík V.

*Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Fakulta vojenského zdravotnictví
Univerzity obrany, Hradec Králové*

Kazuistika popisuje náhodný záchyt tuberkulózy (TBC), který byl zjištěn při vstupní pracovnělékařské prohlídce k práci lékařky na oddělení urgentní medicíny. Tato práce byla vedena jako riziková pro faktor biologický činitel – TBC a hepatitidy. V rámci prohlídky byl proveden RTG plic, kde byl zastižen infiltrát v pravém horním laloku. K určení definitivní diagnózy bylo zapotřebí provedení endobronchiální biopsie plic v celkové anestezii, neboť vyšetření vzorku získaného při bronchoalveolární laváži během bronchoskopie bylo nejednoznačné k průkazu etiologie. Následovala půlroční léčba kombinací antituberkulotik, po které se pacientka opět navrátila do pracovního procesu. Tato choroba byla uznána jako nemoc z povolání vzhledem ke zvýšenému riziku přenosu této infekce při práci lékařky na interním oddělení. Dále je zmíněn screening TBC u rizikových pracovníků, profesní zastoupení nemocných s TBC uznanou jako nemoc z povolání a vývoj počtu tohoto onemocnění dle registru Nemocí z povolání. Podává informaci o existenci on-line Registru tuberkulózy a možnosti využití dat o epidemiologické situaci odbornou i laickou veřejností.

Perorální semaglutid – kazuistika

Kvapilová Z.

Interní oddělení, Vojenská nemocnice Olomouc

GLP-1 agonisté působí na glukagon like peptid-1 receptor a společně s gliptiny tvoří skupinu inkretinových antidiabetik. Jejich užívání je spojeno se zlepšenou kompenzací diabetu, snížením postprandiální lipémie, minimálním rizikem hypoglykemie a narozdíl od gliptinů mají i významný vliv na redukci hmotnosti. Nevýhodou této moderní léčby diabetu 2. typu bylo donedávna pouze subkutánní podání, ale od 2021 máme v České republice dostupný perorální semaglutid, u kterého byly navíc prokázány i protektivní účinky na kardiovaskulární systém.

Formou stručné kazuistiky přinášíme sdělení o praktických zkušenostech s využitím perorálního semaglutidu v naší diabetologické ambulanci. Cílem je na příkladu ukázat všechny důležité informace o přípravku využitelné v běžné klinické praxi - indikace využití, pravidla pro užívání a zásady postupné titrace. Do komplexního sdělení jsou zahrnuty informace o preskripčním omezení, možné nežádoucí účinky a další praktické poznámky z naší praxe.

Pericoronary fat attenuation index (pFAI) v kontextu systémového zánětu

Hrnčířová M., Malý M.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

I přes stále nové diagnostické a terapeutické možnosti zůstává ischemická choroba srdeční (ICHS) nejčastější příčinou úmrtí u nás i na světě. Roli zánětu v teorii rozvoje aterosklerózy podpořilo v předchozích letech již několik nezávisle na sobě probíhajících studií, podobně jako vliv protizánětlivé léčby na kardiovaskulární prognózu a významně zvýšené kardiovaskulární riziko u pacientů s chronickými zánětlivými onemocněními. V posledních letech se do popředí dostává nová neinvazivní metoda kvantifikace zánětu v bezprostřední blízkosti koronární cévy, která prostřednictvím CT koronarografie a nového slibného biomarkeru - pFAI (pericoronary fat attenuation index) - hodnotí lokální změny v perikoronární tukové tkáni. V klinické praxi by tato metoda měla pomoci v přesnější stratifikaci kardiovaskulárního rizika a včasnému zahájení preventivních opatření.

Malárie – septický stav u mladého cestovatele

Vojtková E.

Interní oddělení, Vojenská nemocnice Olomouc

35letý pacient přijat na jednotku intenzivní péče v septickém stavu - febrilní (40 °C), hypotenzní (100/60 mmHg), tachykardický (140/min), somnolentní (nepřítomný pohled, jednoslovné odpovědi) - dle dokumentace RZP bolest zubu po návratu z Afriky, doporučená ATB nebere, další anamnestická data nelze vzhledem ke klinickému stavu pacienta odebrat.

Okamžitě zajištěn hydratací, antipyretiky, fyzikálním chlazením a empiricky zvolenými ATB (Piperacillin/tazobaktam). Odebrána laboratoř a kultivace, RTG S+P a CT mozku k provedení po stabilizaci. V diferenciální diagnostice původně infekce odontogenního původu, po prohledání osobních věcí a nalezení pasu s vízem z Kamerunu i infekce cestovatelů. V laboratoři těžká anémie Hb 34 g/l, mírná trombocytopenie $130 \times 10^9/l$, hyperbilirubinémie 39 $\mu\text{mol/l}$, vysoká LDH 11 kat/l, CRP 130 mg/l. Okamžitě vysloveno podezření na malárii, akutně PCR a vyšetřena tlustá kapka, potvrzeno *Plasmodium falciparum*, původce maligní tropické malárie. Pacient přeložen k specifické léčbě antimalariky na infekční kliniku.

Specifika EKG vyšetření jako součást vstupního interního vyšetření u uchazečů o vstup do AČR

Domkář P.

Interní oddělení, Vojenská nemocnice Brno

Hodnocení EKG křivky představuje vedle klinického vyšetření základní vyšetřovací metodu v rámci lékařské prohlídky žadatelů o vstup do AČR. Smyslem provedeného EKG je identifikace abnormality od normy, která může být indikací k dalšímu došetření, případně může vést k odložení či zamítnutí podané žádosti. Žadatelé o vstup do AČR jsou převážně mladí jedinci s negativní anamnézou a bez předpokladu kardiálně rizikových onemocnění. Rozpoznání varianty normy od patologického nálezu je kritickým místem a nejistota v interpretaci EKG nálezu může být zdrojem pochybení. Sdělení předkládá na několika kazuistikách možná úskalí spojená s běžným popisem EKG křivky.

SESTERSKÁ SEKCE

Akutní krvácení do horní části gastrointestinálního traktu – nevariceální krvácení

Bártová L.

*Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha Interní klinika 1. LF UK a ÚVN
Oddělení gastrointestinální endoskopie*

Akutní krvácení do trávicího traktu je často život ohrožující stav. Cílem je nalezení zdroje krvácení a následné provedení endoskopické terapie (hemostázy). Krvácení do GIT lze rozdělit dle lokality: jícen, žaludek, duodenum. Nejčastější příčinou krvácení bývá: peptický vřed, erozivní ezofagitida, gastritida, duodenitida. Dále Mallory-Weissův syndrom, vaskulární ektázie, nádory, Dieulafoy léze, aortoenterální píštěl a hemobilie. Krvácení je hodnoceno dle Forrestovy klasifikace: Fla = stříkající céva, Flb = sáknoucí krev, Fla = viditelná céva, Flb = adhezující koagulum, Flc = hematinová spodina a Fll = čistá spodina. Mezi hlavní příznaky krvácení patří: hemateméza (zvracení krve) a meléna (černá dehtovitá stolice). Před urgentní endoskopií je hodnocen celkový stav pacienta (klinický obraz, anamnéza, laboratorní vyšetření). Jsou zohledněny komorbidity a medikace. K určení diagnózy a managementu nevarikózního krvácení by měly být dodržovány doporučené postupy ESGE (Evropská společnost pro gastrointestinální endoskopii). Mezi tyto postupy patří např.: načasování endoskopie, endoskopická terapie, následná péče po endoskopické hemostáze. Urgentní endoskopie je prováděna pouze u hemodynamicky stabilizovaného pacienta. Oběhová stabilizace je zajištěna: dostatečným žilním vstupem (CŽK, PŽK-2X), volumovou resuscitací, aplikací krevních derivátů, monitorací fyziologických funkcí. Endotracheální intubaci je vhodné provést u pacientů s aktivní hematemézou, agitací a encefalopatií. Mezi metody endoskopické hemostázy patří: injekční terapie (aplikace ředěného Adrenalinu), dále termální terapie (použití bipolární sondy) a použití hemoklipů.

Při perzistujícím krvácení je možné použít Hemospray, OVESCO klip, pokud nelze krvácení těmito metodami zastavit, lze provést angiografickou embolizaci nebo chirurgický výkon. Observace pacienta po urgentní endoskopii je určena dle klinického stavu a endoskopického nálezu. Pacient je hospitalizován na standardním oddělení, ev. na JIP, ARO. Je sledována oběhová stabilita a podávána farmakologická léčba (aplikace PPI-blokátory protonové pumpy).

Závěrem lze říci, že urgentní endoskopie je ve většině případech život zachraňující výkon. Důležitá a zásadní je dobrá mezioborová spolupráce (endoskopický tým, ARO tým, chirurgický tým).

Opatření ke zvýšení kvality endoskopie horní části GIT

Setničková M., Bártová L.

Interní klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice, Praha

Gastroskopie (endoskopické vyšetření horní části trávicího traktu) je v současné době široce používanou diagnostickou a terapeutickou metodou. Ve snaze definovat parametry kvality endoskopického vyšetření horní části gastrointestinálního traktu došlo k vytvoření evropských standardů gastroskopického vyšetření. Z těchto standardů následně vychází endoskopická sekce České gastroenterologické společnosti, která definuje doporučení vedoucí ke zvýšení kvality horní endoskopie. Doporučení je rozděleno na preprocedurální, procedurální, specifická pro postižení a postprocedurální.

Preprocedurální doporučení zahrnují přípravu pacienta k vyšetření, vstupní kontrolní seznam, který obsahuje rutinní kontrolu základních bezpečnostních podmínek. Zásadní je vyhodnocení správné indikace vyšetření. Součástí procedurálního doporučení je rozsah a délka gastroscopického vyšetření, kvalita zobrazení sliznice s následnou fotodokumentací.

Procedurální doporučení zahrnuje také aplikaci analgosedace, lokální anestezie a použití standardizované terminologie pro gastrointestinální endoskopii, která lékaře vybavuje základními termíny pro popis endoskopických nálezů (Forrestova klasifikace, Pařížská klasifikace, Losangeleská klasifikace, Savaryho-Millerova klasifikace, Pražská klasifikace, Baveho klasifikace, Sarinova klasifikace, EREFS klasifikace, Zargarova klasifikace, Spigelmanova klasifikace). Posledním doporučením v procedurální oblasti je výstupní kontrolní seznam.

Doporučení specifická dle postižení se zaměřují na prekancerózní léze v žaludku, Barrettův jícen, dále na pacienty se zvýšeným rizikem spinocelulárního karcinomu, na pacienty s eozinofilní ezofagitidou, sideropenickou anémií, celiakií a na pacienty s vředy, stenózami jícnu, žaludku a dvanáctníku.

Postprocedurální doporučení upozorňují endoskopická pracoviště na sledování výskytu karcinomu jícnu a žaludku u pacientů, kteří podstoupili gastroscopické vyšetření v posledních 3 letech s negativním výsledkem. Součástí doporučení je také sledování, dokumentování a analyzování komplikací gastroscopie.

Cílem všech uvedených doporučení je definování kvality horní endoskopie, zajištění vyšší bezpečnosti a komfortu pacienta, dále také zvýšení efektivity diagnostiky, a to především ve směru časně detekce neoplazií a redukce výskytu intervalových karcinomů.

Doporučená literatura:

CYRANY, Jiří, Karel BALIHAR, Přemysl FALT, et al. Gastroscopy – quality standards of the Czech Society of Gastroenterology. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2022, 2022-6-20, 76(3), 194-211 [cit. 2023-09-11]. ISSN 18047874. Dostupné z: doi:10.48095/ccgh2022194

Péče o pacienta s masivní plicní embolizací na jednotce intenzivní péče z pohledu zdravotní sestry

Poláková M.

Vojenská nemocnice Brno, Interní oddělení

Autoři prezentují aspekty ošetrovatelské péče o pacienty s masivní plicní embolizací na jednotce intenzivní péče. Zaměřují se na akutní vyhodnocení hemodynamických ukazatelů a na možnost jejich ovlivnění bezprostředně aplikovanou medikací. Diskutovány jsou i možnosti a rizika antitrombotické a fibrinolytické terapie z pohledu zdravotní sestry.

Moje pracovní zkušenost se Saudskou Arábií

Rosíková M.

Vojenská nemocnice Brno, Urgentní příjem

Sdělení obsahuje poznatky a osobní zkušenosti získané během pracovního pobytu na pozici zdravotní sestry v zahraniční nemocnici v Medině, Saudská Arábie. Zahrnuje představení nemocnice King Faisal, odlišnosti v režimu práce, pracovní náplně a kompetence zdravotní sestry. Okrajově jsou zmíněny kulturní odlišnosti běžného života v Saudské Arábii.

Péče o spirituální potřeby nemocných

kpt. Mgr. Gabriela Horáková
Vojenská nemocnice Brno

Jaké potřeby nemocných patří mezi spirituální a jak o ně mohou zdravotníci pečovat samostatně i ve spolupráci s nemocničním kaplanem.