

XXV. dñi mladých internistův, Martin, Slovenská republika, 25.–26. 5. 2006

Abstrakta

Atrézie a hypoplazie dolní duté žíly – relativně častá příčina ileofemorální trombózy u mladých jedinců

Beran S.¹, Vařejka P.¹, Chochola M.¹, Heller S.¹, Mrázek V.¹, Komárková J.², Linhart A.¹

¹ II. interní klinika kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN, Praha

² Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Formace dolní duté žíly (DDŽ) je složitý proces v průběhu embryogeneze jedince a v případě nesprávného vývoje dochází k anomálnímu žilnímu systému drénujícímu krev z dolní poloviny těla. Anomálie DDŽ se odhadují v běžné populaci v širokém rozmezí 0,07 % až 8,7 %. Dostupná data naznačují, že u mladých pacientů do 30 let věku s ileofemorální trombózou je výskyt atrézie či hypoplazie DDŽ častější oproti ostatní populaci s hlubokou žilní trombózou a jejich riziko recidivy trombózy je zvýšené. Na našem oddělení Angiologické jednotky intenzivní péče VFN jsme od roku 2000 intervenčně léčili lokální trombolýzou celkově 145 pacientů s ileofemorální trombózou, z toho u devíti pacientů (6,2 %) byl přítomen také uzávěr dolní žíly. Ve dvou případech se jednalo o trombózu DDŽ a u jednoho nemocného byl uzávěr způsoben retroperitoneální fibrózou. U šesti pacientů (4,2 %) se po rozpuštění trombotických hmot v pánevní oblasti demaskovala atrézie či hypoplazie DDŽ s náhradním kolaterálním oběhem. Průměrný věk těchto pacientů byl 27,7 let (13–46).

Perkutánní endoskopická gastrostomie – dobře zavedený standard?

Bílský M., Víték P., Chalupa J., Platoš J., Kuchař J., Řeha P., Mrózek V.

Interní oddělení, Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

Úvod: Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je u nemocných s poruchami polykání v současnosti považována za méně rizikový a nutričně efektivnější přístup než nazogastrická sonda. Autoři se rozhodli analyzovat výsledky PEG na svém pracovišti v letech 2002–2005.

Metodika a soubor nemocných: Soubor tvoří 218 nemocných, 124 mužů a 94 žen, průměrného věku 63 let, u kterých bylo provedeno celkem 219 PEG. Nejčastější indikací byla u 75 nemocných (34 %) akutní cévní mozkové příhoda (CMP), ve 36 případech stavy po recidivujících CMP. Dalšími indikace: nádory hlavy a krku 48krát, ostatní tumory 12krát, kraniotraumata 11krát, jiná indikace 36krát.

Výsledky: Zaznamenali jsme celkem 22 komplikací (10 %). Nejčastější komplikací byla extrakce katétru pacientem (6krát), syndrom zanořeného disku (4krát), infekce v okolí katétru (3krát), vznik dekubitálního vředu s krvácením (3krát). Další komplikace: obtékání katétru (3krát), prasklý katétr (2krát), aspirační bronchopneumonie (1krát). Katétr byl extrahován po zlepšení stavu u 31 nemocných (14 %). V podskupině nemocných s akutní CMP byla průměrná latence zavedení PEG od vzniku onemocnění 17,6 dne. Katétr mohl být extrahován po zlepšení stavu u 19 nemocných (25 %).

Závěry: 1. PEG je na našem pracovišti rutinní metodou s nízkým výskytem komplikací. 2. Nejčastější indikací provedení PEG jsou poruchy polykání vzniklé při cévních mozkových příhodách. 3. Jeví se nezbytné zkrátit poměrně dlouhou časovou prodlevu k provedení PEG u nemocných s akutní cévní mozkovou příhodou a současnou poruchou polykání.

Vliv PPAR- α agonistů na inzulinovou senzitivitu

Božanská L., Anderlová K., Doležalová R., Housová J., Jahodová J., Pavlovičová R., Škrha J., Haluzík M.

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

Podávání fibrátů v experimentálních studiích zlepšilo inzulinovou senzitivitu, u lidí jednoznačný efekt nebyl prokázán. Cílem studie bylo objasnit vliv 3měsíčního užívání agonisty PPAR- α – fenofibrátu (200 mg/den) na inzulinovou

senzitivitu měřenou pomocí hyperinzulinemického-izoglykemického clampu u obézních pacientek s diabetes mellitus (DM) 2. typu. Sledován byl také vztah adipocytárních hormonů adiponektinu a rezistinu k metabolickým účinkům fenofibrátu. Obézní ženy s DM 2. typu léčené dietetickým režimem nebo perorálními antidiabetiky měly před i po léčbě fenofibrátem ve srovnání s kontrolní skupinou významně vyšší BMI, hladiny glykemie, triglyceridů, glykovaného hemoglobinu a aterogenní index, ale nižší HDL-cholesterol a koncentrace adiponektinu. Podávání fenofibrátu vedlo k významnému poklesu hladin triglyceridů; ostatní parametry včetně sérových koncentrací adiponektinu a rezistinu zůstaly nezměněny. Inzulinová senzitivita u pacientek s DM byla před začátkem léčby nižší než u kontrolní skupiny zdravých žen. Po 3měsíčním podávání fenofibrátu byla zaznamenána u obézních pacientek s diabetem tendence ke zvýšení inzulinové senzitivity měřené hyperinzulinemickým clampem. Z vypočítaných parametrů inzulinové senzitivity došlo k signifikantnímu zvýšení indexu M (spotřeba glukózy) a $M_{\text{kor}}^{\text{g}}$ (spotřeba glukózy korigovaná ztrátami inzulinu) ($3,43 \pm 0,68$ vs $4,20 \pm 0,70$ mg.kg⁻¹.min⁻¹, $p < 0,05$; $3,43 \pm 0,62$ vs $4,20 \pm 0,77$ mg.kg⁻¹.min⁻¹, $p < 0,05$). Ostatní parametry (MCR, M/I a MCR/I) se významně nezměnily. V naší studii tedy 3měsíční podávání fenofibrátu u pacientek s DM 2. typu a obezitou nevedlo k přesvědčivému zlepšení inzulinové senzitivity ani k významnému ovlivnění endokrinní funkce tukové tkáně.

Podporováno grantem IGA 8302-5 a VZ MŠM 0021620814.

Hladiny sCD30 a sCD40L ve skupině nemocných se systémovým lupus erythematoses a jejich potencionální význam pro sledování aktivity onemocnění

Ciferská H.¹, Horák P.¹, Heřmanová Z.², Ordeltová M.², Zadražil J.¹

¹ III. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

² Oddělení klinické imunologie FN, Olomouc

Úvod: V patogenezi systémového lupus erythematoses (SLE) bylo již prokázáno imunologických abnormalit, které postihují různé složky imunitního systému, ať už se jedná o aktivaci komplementového systému nebo interakce na úrovni B a T lymfocytů. Interakce mezi T a B lymfocyty zprostředkována skrze cytokinové mediátory, jako jsou CD30/sCD30 a CD40/sCD40L patřící do rodiny proteinů blízkých tumor nekrotizujícímu faktoru (TNF), jak solubilní ligandy, tak jejich receptory hrají stěžejní roli v aktivaci B lymfocytů a indukci apoptózy.

Cíl: Porovnání rozdílů hladin sCD30 a sCD40L odebraných 23 pacientům se SLE, z toho u 9 pacientů byla prokázána lupusová nefritida, s 10 zdravými kontrolami. Zjistit jejich vztah ke klinickým a laboratorním ukazatelům SLE.

Metody: Hladiny sCD30, sCD40L, anti-C1q a anti-dsDNA byly měřeny komerčními ELISA sety. Složky komplementu C3 a C4 nefelometricky. Aktivita onemocnění byla hodnocena pomocí skórovacích systému ECLAM a SLEDAI, míra poškození systémem SLICC.

Výsledky: Hladiny sCD30 u všech nemocných se SLE byly $44,24 \pm 34,65$ IU/ml, ve skupině s lupusovou nefritidou $58,15 \pm 39,46$ IU/ml a bez přítomnosti ledvinního poškození $33 \pm 19,83$ IU/ml, konečně u zdravých kontrol $16 \pm 8,77$ IU/ml. Statisticky významný rozdíl byl prokázán mezi nemocnými se SLE a zdravými kontrolami ($p = 0,0004$), rovněž mezi kontrolami a skupinou s lupusovou nefritidou ($p = 0,001$). Hladiny sCD30 statisticky významně korelovaly ($p \leq 0,05$) s hladinami anti-C1q-protilátek ($r = 0,42$) a C3 složkou komplementu ($r = -0,56$). Hladiny sCD40 L byly u skupiny se $3,47 \pm 1,00$ ng/ml, s ledvinním postižením $3,42 \pm 1,47$ ng/ml, bez jeho přítomnosti $3,58 \pm 1,40$ ng/ml a u zdravých kontrol $2,96 \pm 1,39$ ng/ml. Mezi jednotlivými skupinami a dalšími sledovanými parametry SLE nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.

Diskuse: Byly prokázány statisticky významná elevace hladin sCD30 u nemocných se SLE, což je možno dle literatury dávat do souvislosti se snahou organismu regulovat buněčnou odpověď na probíhající zánět. Nebyly prokázány statisticky významné rozdíly v hladinách sCD40L mezi zdravými kontrolami a pacienty se SLE.

Podpora grantu IGA NR8406.

Poruchy funkce štítné žlázy při léčbě interferonem

Cubinková K., Moravčíková V., Mokáň M., Krkoška D.

¹ I. interní klinika JLF UK a Martinskej fakultnej nemocnice, Martin, Slovenská republika

² Infekčná klinika JLF UK a Martinskej fakultnej nemocnice, Martin, Slovenská republika

Iatrogénne faktory sa stále častejšie uplatňujú v patogeneze tyroidálnych ochorení. Medzi medikamenty ovplyvňujúce funkciu štítnej žľazy radíme aj interferón, ktorý sa čoraz výraznejšie uplatňuje v liečbe viacerých ochorení. Účinok

na funkciu tyreoidy je zatiaľ jednoznačne potvrdený pri liečbe α -interferónom, podľa posledných štúdií sa dokazuje aj efekt na tyreoidu pri liečbe β -interferónom. Efekt γ -interferónu na funkciu tyreoidy nie je zatiaľ jednoznačne preukázaný, je zatiaľ predmetom štúdií. Priemerne u 9 % pacientov liečených interferónom sa vyvinie tyreoidálna dysfunkcia. Najčastejšie sa vyskytuje hypotyreóza – až u 50 % pacientov s dysfunkciou, hypertyreóza u 25 % pacientov a bifázická tyreoidálna dysfunkcia u 21 % pacientov (začína ako prechodná hypertyreóza s prechodom do hypotyreózy). Priemerná doba nástupu tyreoidálnej dysfunkcie je okolo 9 mesiacov od zahájenia liečby, kratšia je v prípade hypertyreózy či bifázickej tyreoidálnej dysfunkcie, pri hypotyreóze je táto doba dlhšia. Tyreoidálna dysfunkcia môže byť pozorovaná po niekoľkých podaniach interferónu, ale aj po ukončení interferónovej liečby. Počas liečby interferónom je hypotyreóza vždy perzistentná a zvyčajne vždy vyžaduje hormonálnu substitúciu. Hypertyreóza a bifázická tyreoidálna dysfunkcia môžu spontánne ustúpiť, ale v niektorých prípadoch potrebujú špecifickú liečbu. Všetky typy tyreoidálnej dysfunkcie sú zvyčajne reverzibilné po ukončení interferónovej liečby, ale boli popísané aj prípady perzistencie tyreoidálneho ochorenia aj po ukončení liečby. Súčasťou práce je súbor pacientov sledovaných a liečených interferónom α pre chronickú aktívnu hepatitídu na infektologickej ambulancii MFN a liečených pre tyreoidálnu dysfunkciu v endokrinologickej ambulancii MFN.

Patologický kyslý gastroezofageálny reflux a chronický kašeľ

Demeter M., Sulitka J., Hyrdel R.

II. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Cieľ: Sledovať súvislosť chronického kašľa, pH-metrického nálezu, zápalových zmien distálneho pažeráka (RE), komplikácií refluxnej choroby pažeráka (GERD) a hiátovej hernie I. typu (HH).

Metodika: Ambulantné 24-hodinové pH-metrické vyšetrenie a ezofagoskopiu sme vykonali u 66 dospelých pacientov s GERD. U pacientov s chronickým kašľom sme vylúčili jeho najbežnejšie príčiny (alergiu, patológiu na RTG hrudníka, „postnasal drip“ syndróm, chronický nikotinizmus a liečbu ACE-I). Pri hodnotení pH-metrie sme vychádzali z normálnych hodnôt, tak ako ich definoval DeMeester a Johnson. Stupeň RE sme hodnotili podľa LA (Los Angeles) klasifikácie. Získané údaje sme štatisticky vyhodnotili.

Výsledky: V našom súbore sa chronický kašeľ vyskytoval u 11 pacientov (16,7 %). Kruskal-Wallisovou jednocestnou analýzou variácie sme zistili, že kašeľ je menej častý u pacientov s vyššími stupňami RE ($p < 0,001$), ale nesúvisí so žiadnym pH-metrickým parametrom kyslej expozície distálneho pažeráka ($p > 0,05$). Barrettov pažerák alebo stenóza sa v našom súbore vyskytovali u 8 pacientov (12,1 %). Analýzou (Fisherov test) vzťahu kašľa a uvedených pažerákových komplikácií GERD sme nedokázali ich štatisticky významnú súvislosť. Hiátová hernia I. typu bola prítomná v našom súbore u 33 pacientov (50 %). Výpočtom Pearsonovho χ^2 sme nedokázali štatisticky významnú súvislosť výskytu hiátovej hernie a chronického kašľa ($p > 0,05$).

Záver: Chronický kašeľ je menej častý u pacientov s vyššími stupňami RE ($p < 0,001$), nesúvisí s aktuálnymi pH-metrickým nálezom, ani s prítomnosťou hiátovej hernie I. typu ($p > 0,05$).

Komorová fibrilácia ako prvý prejav akútneho infarktu myokardu u mladej ženy

Dragula M., Jačmeníková M., Belicová M., Mokáň M.

I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Popisujeme prípad 28-ročnej ženy, fajčiarky, s negatívnou rodinnou anamnézou na KVCH, prijatej do nemocnice po protrahovanej kardiopulmonálnej resuscitácii mimo nemocnice pre fibriláciu komôr. Na vstupnom EKG po resuscitácii bol prítomný akútny anteroseptolaterálny STEMI, čomu odpovedala aj biochemická aktivita a porucha kinetiky septa pri vstupnom echokardiografickom vyšetrení. Vzhľadom na protrahovaný postresuscitačný stav (kóma) sme neindikovali trombolytickú liečbu ani primárnu PCI. Napriek tomu došlo k spontánnej reperfúzi. Po stabilizácii stavu a ústupe postresuscitačného syndrómu dopĺňame koronarografiu, kde zisťujeme prítomnosť arteriálnej fistuly z RCx do artérie pulmonalis, inak je nález na koronárnych tepnách normálny. Pre úvodnú fibriláciu komôr u pacientky bolo doplnená PES s negatívnym nálezom. V práci rozvádzame diferenciálnu diagnózu a liečbu infarktu mladých osôb.

Adrenální incidentální nádory a metabolický syndróm – rozdíly mezi adenómy a hyperpláziami

Dudášová D., Lazúrová I., Wagnerová H., Dravecká I.

I. interná klinika LF UPJŠ a FN, Košice, Slovenská republika

Adrenální incidentální nádory sú náhodne zistené adrenálne tumory zistené pri CT alebo MRI vyšetrení vykonanom z inej príčiny ako podozrenie na nadobličkovú patológiu. Kortikálne adenómy sú najčastejšími tumormi spomedzi adrenálnych incidentálnych nádorov, menej časté sú unilaterálne alebo bilaterálne hyperplázie. Množstvo pacientov s adrenálnymi adenómami vykazuje symptómy metabolického syndrómu. Cieľom štúdie bolo vyšetriť glukózový metabolizmus a iné symptómy metabolického syndrómu u pacientov s adrenálnymi incidentálnymi adenómami a porovnať výsledky medzi adrenálnymi adenómami a hyperpláziami. Súbor pacientov: 25 pacientov (10 mužov, 15 žien) s adrenálnymi incidentálnymi adenómami (15 s typickými CT charakteristikami adenómu, 10 s unilaterálnou alebo bilaterálnou hyperpláziou).

Výsledky: Prevalencia obezity bola 72 %, hypertenzie 60 %, diabetes mellitus 28 %, hyperlipidémia 56 %. Pacienti s adrenálnymi adenómami mali signifikantne vyššie BMI a signifikantne vyššiu inzulinovú rezistenciu (podľa indexu HOMA a FIRI) v porovnaní s hyperpláziami. Hodnoty plazmatického kortizolu boli mierne ale nesignifikantne zvýšené u pacientov s adenómami. Takisto sme zistili signifikantne vyššie hladiny feritínu u pacientov s adrenálnymi adenómami v porovnaní s hyperpláziami. Adrenálne adenómy majú pravdepodobne väčší vzťah k metabolickému syndrómu ako adrenálne hyperplázie.

Pleiotropné účinky antihypertenzív

Dudová D.¹, Kalist P.², Pella D.¹

¹ Interná klinika LF UPJŠ a FNLP, Košice, Slovenská republika

² III. interná klinika LF UPJŠ a FNLP, Košice, Slovenská republika

Arteriálna hypertenzia predstavuje jedno z najčastejších ochorení súčasného človeka a patrí k najzávažnejším rizikovým faktorom aterosklerózy. Na fortifikácii aterogénneho procesu sa hypertenzia podieľa najmä tým, že zhoršuje endotelovú dysfunkciu, stimuluje tvorbu cytokínov, rastových faktorov, migráciu zápalových buniek do endotelu a vaskulárny oxidačný stres. Podľa autorov štúdie ELSA takmer 99 % pacientov s arteriálnou hypertenziou má zároveň aj aterosklerózu. Pri liečbe hypertenzie je preto nevyhnutné mať na pamäti, že okrem hodnot tlaku je potrebné liečiť súčasne aj aterosklerózu. Antihypertenzívum by okrem hypotenzívneho účinku malo mať aj vedľajšie, pleiotropné účinky. Pleiotropné účinky (z gréc. „pleion“ – viac, mnoho, „tropos“ – smer, účinok) sú vlastnosti, ktoré u viacerých liekov boli objavené a posteriori. Tieto účinky sprevádzajú základný efekt lieku, kvôli ktorému bol uvedený do medicínskej praxe. Môžu byť pozitívne, neutrálné, prípadne i škodlivé – vedľajšie účinky liekov. Súčasný prístup v liečbe hypertenzie je komplexný a individuálny. Neliečime iba hodnoty tlaku, ale snažíme sa aj o regresiu všetkých kardiovaskulárnych rizikových faktorov s prihliadnutím na prítomnosť pridružených ochorení (ICHS, CMP, diabetes mellitus). Pri voľbe antihypertenzíva je potrebné brať do úvahy aj jeho pleiotropné účinky. Autori sa v práci zaoberajú prehľadom najdôležitejších pleiotropných účinkov základných skupín antihypertenzív so zameraním na pozitívne pleiotropné účinky.

Akutní pankreatitida – retrospektivní sledování

Gregar J., Procházka V., Vrzalová D.

II. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

Úvod: Akutní pankreatitida je zákeřné onemocnění s relativně vysokou letalitou a množstvím závažných, život ohrožujících komplikací. Ekonomická náročnost léčby a dlouhá hospitalizace pacientů s těžkým průběhem nás nutí zpřesnit diagnostiku a zefektivnit terapeutické postupy. Interdisciplinární přístup v terapii komplikací vyžaduje spolupráci s intervenčním radiologem, anesteziologem a chirurgem.

Cíl: Cílem retrospektivní studie bylo zhodnocení tíže onemocnění, letality a etiologie na souboru nemocných, kteří byli hospitalizováni s akutní pankreatitidou na II. interní klinice LF UP a FN Olomouc v letech 2003–2005. Dalším cílem bylo posouzení potřeby chirurgické intervence a nutnost překladi na anesteziologicko-resuscitační kliniku.

Charakteristika souboru a výsledky: Vlastní soubor zahrnuje 226 pacientů s akutní pankreatitidou. V průběhu let 2003–2005 jsme zaznamenali nárůst hospitalizovaných s diagnózou akutní pankreatitidy na II. interní klinice, ze 71 pacientů v roce 2003 na 85 nemocných v roce 2005. Tento trend je dán zvyšující se profilací pracoviště. Počet pacien-

tů s biliární etiologií akutní pankreatitidy se zvýšil ze 38 % v roce 2003 na 46 % v roce 2005. Jako hodnotící parametr těžké formy onemocnění jsme použili laboratorní parametr – CRP vyšší než 150 mg/l. V jednotlivých letech se podíl těžké formy pankreatitidy neliší a nedosahuje 50 %. Překlad k chirurgické intervenci, stejně jako potřebu anesteziologicko-resuscitační jich vyžadovalo 5 % nemocných. Letalita pacientů bez chirurgické intervence a nutnosti anesteziologicko-resuscitační péče nepřesáhla 5 %.

Závěr: V retrospektivní studii jsme v souvislosti s profilací interní kliniky zaznamenali v průběhu 3 let vzestup hospitalizovaných pacientů s akutní pankreatitidou a zvýšení podílu biliární etiologie na tomto onemocnění. Za nezbytné k posouzení tíže onemocnění považujeme vedle hodnocení CRP zavést do běžné praxe Ransonova kritéria, morfologické hodnocení dle Balthazara (nativní CT) a hodnocení CTSI (computer tomography severity index z kontrastního CT), u velmi závažných pacientů stanovení APACHE II skóre.

Akutná vaskulitida ako prvý prejav hairy cell leukémie

Halčín A., Remková A., Šteňová E., Kasperová V., Ďurina J., Babál P.

I. interná klinika FNŠPB a LF UK, Bratislava, Slovenská republika

Hairy cell leukemia (HCL) je lymfoproliferatívne malígne ochorenie charakterizované infiltráciou kostnej drene, sleziny a niekedy aj kostnej drene hairy cell bunkami. Hairy cell bunky sú klonom zreých pamäťových B-buniek s „vláskovitými“ cytoplazmatickými výbežkami. Pre HCL sú obvyklé hematologické komplikácie ako granulocytopenia až pancytopenia, ktoré sú čiastočne spôsobené splenomegáliou a čiastočne pravdepodobne infiltráciou kostnej drene hairy cell bunkami skrze cytokínmi indukovanú supresiu hematopoézy. Postihnutie pečene je časté, ale k poruche pečenejších funkcií vedie len zriedka. Hlavnou príčinou morbiditu a mortality u pacientov s HCL sú časté infekcie, ktorých príčinou je pravdepodobne neutropénia. Medzi zriedkavé komplikácie HCL možno zaradiť autoimunitné ochorenia ako je polyartritída alebo vaskulitída. V tejto kazuistike popisujeme prípad 53-ročnej ženy, u ktorej sa objavil rozsiahly kožný výsev na podklade vaskulitídy, spolu s bolestivými opuchmi kĺbov, popri leukopénii a horúčke neznámeho pôvodu. Kožný výsev bol makulopapulárneho charakteru a postihoval skoro celý povrch tela. U pacientky nebola prítomná splenomegália. HbsAg, reumatoidný faktor, autoprotilátky a hemokultúra boli negatívne. Popísané symptómy nedostatočne reagovali na terapiu, ktorá zahrňovala nesteroidné antireumatiká, antihistaminiká, kortikosteroidy a antibiotiká. V odobranej kožnej biopsii bola nájdená perivaskulárna lymfocytárna infiltrácia a infiltrácia cievnej steny. Pri komplexnom vyšetrení pacientky bola objavená HCL ako príčina kožnej vaskulitídy. Diagnóza bola stanovená ako na základe biopsie kostnej drene, tak i pomocou prietokovej cytometrie. Pacientka podstúpila kúru kladribínom, čo je chemoterapeutikum prvej voľby u HCL. Bola konštatovaná dobrá a rýchla odpoveď na túto liečbu, ktorá sa okrem iného prejavila výrazným ústupom kožných zmien. Popísali sme zriedkavý klinický syndróm HCL, prejavujúcej sa artritídou a vaskulitídou postihujúcou malé cievy. Vaskulitída je syndróm, ktorý môže komplikovať niektoré infekčné, reumatické, alergické a niekedy aj nádorové ochorenia. Prítomnosť malignity u pacientov s vaskulitídou je odhadovaná na 4,5–8 %, pričom najviac zastúpené sú hematologické malignity. Paraneoplastická vaskulitída môže predchádzať diagnóze lymfoproliferatívneho ochorenia. Poznatok, že vaskulitída a niektoré reumatické príznaky môžu včasne odrážať prítomnosť malignity, môže viesť ku skorému stanoveniu diagnózy a k agresívnej liečbe.

Nové pohľady na prvú pomoc a indikáciu podania hadieho antiséra pri uhryznutí hadom

Haško J.¹, Mráz M.¹, Krivuš J.¹, Polko J.¹, Sániová B.², Mokáň M.¹

¹I. interná klinika MFN a JLF UK, Martin, Slovenská republika

²Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny MFN a JLF UK, Martin, Slovenská republika

Vretenica severná, Vipera berus, náš jediný jedovatý had, nemá agresívnu povahu a na človeka útočí len v prípade priameho ohrozenia. Jej uhryznutie môže spôsobiť smrť asi u 1 % postihnutých, najčastejšie u detí, starých a chorých ľudí, príp. pri uhryznutí do značne prekrvených častí tela. Jed vretenice obsahuje neurotoxín vipoxín, ktorého hlavnou zložkou je fosfolipáza A₂. Tá väzbu na postsynaptické acetylcholinové receptory inhibuje prenos vzruchu na nervosvalovej platničke a zároveň svojím katalytickým účinkom odštiepuje z membránových fosfolipidov kyselinu arachidónovú, ktorá slúži ako prekursor početných zápalových mediátorov – prostaglandínov, leukotriénov, tromboxánov. Miesto uhryznutia vretenicou indikujú 2 symetrické krvácajúce ranky vzdialené od seba cca 1 cm, najčastejšie lokalizované na horných alebo dolných

končatinách. Příznaky intoxikácie možno rozdeliť na 2 skupiny: 1. skoré, vznikajúce už niekoľko minút po uhryznutí, ako sú bolesť, edém, regionálna lymfadenopatia, gastrointestinálne ťažkosti, až šok, 2. neskoré, rozvíjajúce sa v priebehu hodín až dní, kam patria poruchy krvotvorby či hemokoagulácie. V rámci prvej pomoci pri uhryznutí jedovatým hadom treba v prvom rade ustúpiť do bezpečnej vzdialenosti od útočiaceho plazy, následne imobilizovať postihnuté miesto a postihnutú osobu čo najskôr odtransportovať do najbližšieho zdravotníckeho zariadenia. Treba sa vyhnúť v minulosti používaným postupom ako excízia, príp. vypaľovanie rany či aplikácia škrtidla, ktoré môžu zväčšiť pôvodnú traumu a zvýšiť absorpciu jedu. Tú môže podporiť aj následná konzumácia alkoholických nápojov. V rámci nemocničnej starostlivosti je základom liečby symptomatická terapia – zabezpečenie základných vitálnych funkcií, dostatočný prívod tekutín, terapia šoku, tíšenie bolesti, lokálne ošetrenie miesta uhryznutia, liečba prípadných neskorých symptómov. Podanie antiséra (Immunoserum contra venena viperarum) je indikované iba v mimoriadne závažných prípadoch, ako je progredujúci šokový stav, závažné tráviace, neurologické príznaky, pretrvávajúce poruchy hemokoagulácie, či extrémne lokálne príznaky. Pri jeho aplikácii hrozí vysoké riziko vzniku alergickej reakcie, ktorá môže byť pre pacienta nebezpečnejšia ako samotné uhryznutie, preto sa môže podávať len v zariadení s kompletnou možnosťou antialergickej liečby. Podanie antiséra je účinné do 2 dní od uhryznutia.

Kazuistika: v júni roku 2005 bol na oddelenie pohotovostného príjmu privezený 58-ročný pacient pre viacpočetné uhryznutie vretenicou do prstov oboch rúk. Tam mu bolo aplikované immunoserum contra venena viperarum (10 ml). Pre následný rozvoj distribučného šoku bol pacient hospitalizovaný na KAIM. Šok bol zvládnutý podaním volumexpanderov s následnou stabilizáciou obehu a vitálnych funkcií. Pacient bol preložený na jednotku intermediárnej starostlivosti I. internej kliniky. Hospitalizácia bola komplikovaná rozvojom delírium tremens (na etylickom podklade) s odznením do 3 dní. Po ďalšej liečbe bol pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti v stabilizovanom stave.

Revmatický pacient – kazuistiky z praxe

Havrlant D.¹, Mrózek V.¹, Havlínová V.², Vitek P.¹, Čuřík R.³

¹ Interní oddělení Nemocnice, Frýdek-Místek

² Plicní oddělení Nemocnice, Frýdek-Místek

³ Klinika patologie FNsP, Ostrava-Poruba

Úvod: Cílem našeho sdělení je upozornit na obtížnost diagnostiky revmatických pacientů v současném období pokročilé specializace podoborů interního lékařství. Autoři prezentují celkem tři případy nemocných.

Soubor nemocných a výsledky: 1. žena ve věku 56 let byla operována pro podezření na plicní tumor, tento byl zhodnocen jako benigní, s odstupem byla stanovena diagnóza séropozitivní revmatoidní artritidy s revmatickým uzlem v plicích. 2. muž ve věku 53 let byl přes chirurgické a urologické oddělení odeslán do angiologické ambulance pro diagnózu aortitidy abdominální aorty. Na základě ANCA pozitivitu předán revmatologovi pro podezření na vaskulitidu velké cévy. Před nasazením vysokodávkované kortikoterapie či jiné imunosuprese bylo doplněno plicní vyšetření a vyslovena suspence na specifický proces plic, který byl následně potvrzen. Kortikoterapie podána současně při kombinaci terapií antituberkulotik a s odstupem perioperačně potvrzena i specifická aortitida. 3. muž ve věku 69 let se střevním zánětem a podezřením na Crohnovu chorobu byl pro výrazné polymyalgie následně vyšetřen revmatologem, který stanovil diagnózu polymyalgia rheumatica při vaskulitickém postižení střeva.

Závěry: U všech nemocných došlo během vyšetřování k radikálním změnám původních diagnóz i následného terapeutického postupu. Úzká mezioborová spolupráce mezi jednotlivými podobory interního lékařství je dle našeho názoru jednoznačně v zájmu nemocných i lékařů.

Sledování efektu optimální adherence k léčbě chronické hepatitidy C na celkovém efektu terapie vyjádřené SVR

Hejda V. jr

I. interní klinika, odd. gastroenterologie a hepatologie LF UK a FN, Plzeň

Standardem léčby chronické hepatitidy C je v současné době kombinace pegylovaných interferonů a ribavirinu. Účinnost této léčby (SVR) se v referenčních studiích (Manns, Fried) pohybuje kolem 50 %. Účinnost terapie je možné dále optimalizovat pouze dodržením optimální adherence k léčbě definované pravidlem 80/80/80 (McHutchinson). Toto pravidlo vynikne ještě více u pacientů s genotypem 1, který je v ČR nejčastější (64 % vs 34 % SVR). Léčba HCV uvedenou kombinací léků je zatížena řadou laboratorních a klinických nežádoucích účinků. Právě jejich ovlivnění může vést ke zlepšení adherence k léčbě, a tím zvýšení její účinnosti.

Cílem prospektivní studie bylo buď ovlivnit nežádoucí účinky léčby nebo pacienta těsně klinicky sledovat a laboratorní změny tolerovat, a tím dosáhnout optimální adherence k léčbě. Sledovali jsme, zda lepší adherence povede ke zvýšení účinnosti léčby a výsledky jsme srovnali s velkými provedenými studiemi (viz výše).

Metodika: Do studie bylo zařazeno celkem 64 pacientů, 34 žen a 30 mužů o průměrném věku 38 roků (18–50 let), kteří dokončili léčbu za dodržení pravidla 80/80/80. Všichni zařazení pacienti měli genotyp 1. Předčasně byla léčba z důvodů nežádoucích účinků ukončena jen u 2 pacientů (3 %). Dávkování nebylo u žádného pacienta, který dokončil léčbu, upraveno mimo interval 80/80/80. SVR byla v této skupině pacientů dosažena u 72 % (46 pacientů, 24 žen a 12 mužů).

Výsledky: EOT odpověď byla dosažena u 14 % pacientů (10 pacientů), kteří po léčbě relabovali a 14 % pacientů bylo primárně na léčbu rezistentních. Psychické nežádoucí účinky léčby se vyskytly v různé intenzitě u 90 % pacientů a pečlivým sledováním pacientů a individualizovanou léčbou SSRI je bylo možno zmírnit a adekvátně ovlivnit. Průměrná hodnota Hb byla 112 g/l (80–142 g/l). Při edukaci pacienta byly i nízké hodnoty Hb tolerovány bez nutnosti redukce dávky ribavirinu. Průměrná hodnota neutrofilů byla $2,9 \times 10^9/\text{ml}$ ($0,65\text{--}6,5 \times 10^9/\text{ml}$). Pacienti byli pečlivě sledováni, dávka interferonu nebyla korigována. Ani velmi nízké hodnoty neutrofilů nebyly provázeny infekčními komplikacemi. V souboru se vyskytla 1krát pyelonefritida u ženy, hladina neutrofilů v té době byla $3,5 \times 10^9/\text{ml}$.

Závěr: Naše práce potvrzuje předpoklad, že dodržení optimálního dávkování léků zvyšuje účinnost léčby a ta je vyšší, než u pacientů léčených v protokolárně vedených studiích (SVR 50 %). Většinu nežádoucích účinků léčby lze buď adekvátně ovlivnit (SSRI), nebo tolerovat (anémie, neutropenie) za předpokladu adekvátního klinického sledování a dobré spolupráce pacienta (dosažené přesnou edukací).

Hodnocení mikrozomální jaterní funkce pomocí dechového testu s ^{13}C -methacetinem u pacientů s akutní dekompenzací srdečního selhání a nemocných s chronickým srdečním selháním

Hendrichová M., Krátká K., Horák J., Málek F., Sedláková M., Vránová J.

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

Úvod: Poškození jaterní funkce je významným nepříznivým prognostickým ukazatelem u pacientů s chronickým, zejména pokročilým srdečním selháním. Dosud není známo, zda lze pomocí hodnocení mikrozomální jaterní funkce odlišit nemocné s akutní dekompenzací srdečního selhání od pacientů se stabilním chronickým srdečním selháním (CHSS). Pro hodnocení metabolické jaterní funkce byla na našem pracovišti zavedena metoda dechového testu s methacetinem s využitím neradioaktivního izotopu ^{13}C . Metoda umožňuje neinvazivní, pro pacienty nenáročnou a velmi přesnou analýzu metabolické jaterní funkce.

Cíle práce: Zjistit, zda je u pacientů s akutní dekompenzací srdečního selhání narušena metabolická jaterní funkce a zda se liší mikrozomální jaterní funkce této skupiny nemocných od pacientů se stabilním chronickým srdečním selháním, kontrolní skupiny bez srdečního selhání a pacientů s jaterní cirhózou.

Soubor nemocných a metodika: Vyšetřili jsme metabolismus methacetinu značeného izotopem ^{13}C a perorálně podaného v množství 75 mg u: 1. skupiny 10 pacientů s akutní dekompenzací srdečního selhání s ejekční frakcí levé komory (EF LK) $\leq 40\%$ a funkční třídou NYHA IV – skupina A; 2. u 10 pacientů s chronickým stabilním srdečním selháním (EF LK $\leq 40\%$, NYHA II – III) – skupina B; 3. u 10 nemocných s jaterní cirhózou bez kardiovaskulárního onemocnění ve třídě Child-Pugh B a C (skupina C); 4. kontrolní skupinu tvořilo 10 jedinců odpovídajícího věku a BMI bez jaterního poškození či známek srdeční insuficience (skupina D). Stanovení bylo provedeno na infračerveném analyzátoru IRIS II firmy Wagner Analysen Technik (Brémy, Německo). Statistická významnost rozdílů mezi skupinami byla testována pomocí párového Studentova t-testu.

Výsledky: Byla stanovena kumulativní množství (CD) vydechovaného $^{13}\text{CO}_2$ v jednotlivých časech měření (10–120 minut). U nemocných s akutní dekompenzací srdečního selhání (skupina A) byly hodnoty kumulativního množství vydechovaného $^{13}\text{CO}_2$ významně nižší než u nemocných s chronickým stabilním srdečním selháním a kontrol (p < 0,001). U pacientů s akutní dekompenzací CHSS se tato hodnota nelišila od skupiny nemocných s jaterní cirhózou. Hodnota kumulativního množství vydechovaného $^{13}\text{CO}_2$ u nemocných se stabilním CHSS byla však vyšší než u kontrol. U obou skupin se srdečním selháním nebyla nalezena korelace mezi ejekční frakcí levé komory a kumulativním množstvím vydechovaného $^{13}\text{CO}_2$.

Závěr: u pacientů s akutní dekompenzací srdečního selhání je výrazně narušena metabolická jaterní funkce. Oproti tomu velmi dobrá mikrozomální jaterní funkce u pacientů s chronickým stabilním srdečním selháním je překvapující a neočekávaná vzhledem k tomu, že metabolismus methacetinu je částečně ovlivňován průtokem krve játry. Hod-

nocení mikrozomální jaterní funkce pomocí ^{13}C -methacetinového dechového testu představuje novou možnost posouzení stupně a tíže srdeční insuficience u pacientů se srdečním selháním.

Studie vznikla s podporou Výzkumného záměru 3. LF UK Praha MSM 0021620814.

Diagnostika poruchy glomerulární filtrace u pacientů před plánovanou ortopedickou operací

Hrašková M., Forejt J., Horáčková M., Jahoda D., Kvapil M.

Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Pacienti plánovaní k ortopedické operaci jsou často starší polymorbidní jedinci trpící vaskulární nefropatií, kteří jsou rizikovou populací pro uplatnění lékové nefrotoxicity a akutní zhoršení renálních funkcí v důsledku dehydratace a hypotenze.

Cílem studie bylo vyhodnocení závěrů předoperačního vyšetření provedeného praktickým lékařem nebo internistou, s ohledem na poruchu glomerulární filtrace (GFR), u pacientů přijímaných k plánovanému ortopedickému operačnímu výkonu.

Pacienti a metody: V období 3 měsíců jsme analyzovali závěry předoperačních vyšetření u 113 pacientů konsekutivně přijímaných na Kliniku ortopedie Fakultní nemocnice v Motole v Praze. Průměrný věk nemocných byl 63 let (29 – 86 let). V době přijetí bylo 37 % pacientů léčeno pro hypertenzi, (1,8 % mělo v anamnéze CMP), 10,5 % pro ICHS, 10 % pro diabetes mellitus, 17 % pro hyperlipidii, 5,3 % pacientů pro revmatoidní artritidu a 2,7 % splňovalo kritéria metabolického syndromu. U 9 pacientů (8 %) byla v diagnostickém závěru předoperačního vyšetření uvedena diagnóza nefropatie, onemocnění močových cest nebo prostaty. K hodnocení GFR byla užita klasifikace poruchy ledvinové funkce podle Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI). GFR byla stanovena na podkladě MDRD (Modification of Diet of Kidney Diseases) s využitím rovnice modifikované podle Leveye.

Výsledek: Ze 113 plánovaně přijatých pacientů mělo 30 pacientů (26,5 %) poruchu GFR 3. stupně (0,50–0,99 ml/s/1,73 m²), 65 (57,5 %) nemocných mělo poruchu GFR 2. stupně (1,0–1,49 ml/s/1,73 m²), pouze 18 pacientů (16 %) nemělo podle klasifikace KDOQI poruchu GFR. Porucha GFR byla v závěrech předoperačního vyšetření uvedena pouze u 3 nemocných (2,6 %).

Závěr: U 81 % pacientů přicházející k plánovaným ortopedickým výkonům nebyla v předoperačním vyšetření správně vyhodnocena nefropatie spojená s mírnou až středně závažnou poruchou glomerulární filtrace.

Špecifický diabetes mellitus, periférny hypogonadizmus a hyposomatropizmus u pacienta s myotonickou dystrofiou typu Curschmann-Batten-Steinert na podklade amplifikácie CTG trinukleotidov génu DMPK

Imreová H.¹, Čulák J.¹, Pura M.², Bittner R. E.³

¹ Diabetologické oddelenie, Národný endokrinologický a diabetologický ústav, Lubochňa, Slovenská republika

² Endokrinologické oddelenie, Národný endokrinologický a diabetologický ústav, Lubochňa, Slovenská republika

³ Neuromuscular Research Department, Centre for Anatomy & Cell Biology, Medical University of Vienna, Austria

Na naše pracovisko bol prijatý 30-ročný pacient s 5-ročnou anamnézou diabetes mellitus (DM) na liečbe inzulínom v konvenčnom režime s cieľom zlepšenia metabolickej kompenzácie (hodnota HbA_{1c} pri prijatí 12,2 %) a vyšetrenia orgánových komplikácií DM. Negatívne titre pankreatických autoprotílátok proti inzulínu, dekarboxyláze a tyrozínfosfatáze (AII 0,07 U/ml, AGAD 0,10 U/ml, AIA2 0,12 U/ml, norma < 1 U/ml) etiopatogeneticky vylučovali DM 1. typu. Klinicky prítomný typický syndromologický obraz, t. j. mentálnu retardáciu ľahkého stupňa, dyzartriú, svalovú hypotrofiu pletencového svalstva, generalizovanú polyneuropatiu, oftalmoplégiu s ptózou a anamnézu operácie tortikolis, cholecystolitíazy s následnou cholecystektómiou dopĺňali aj výsledky laboratórnych, komplementárnych a konziliárnych vyšetrení – závažná hyperlipidémia kombinovaného typu (TAG 14,5 mmol/l, celkový cholesterol 7,65 mmol/l), zvýšená hladina kreatínkinázy (CK 4,21 µkat/l, norma < 2,92 µkat/l), pri normálnej hladine CK-MB 0,35 µkat/l (norma < 0,4 µkat/l), masívny výskyt myotonických výbojov pri EMG vyšetrení a obojstranná zadná subkapsulárna katarakta, AV blok I. stupňa na EKG, konštelácia periférneho hypogonadizmu (LH 17,6 IU/l, FSH 13,5 IU/l, celkový testosterón 5,8 nmol/l), bazálna hodnota IGF-1 118,2 ng/ml a hodnoty somatotropinémie v stimulačnom glukagónovom teste (0,03...0,19...0,07 mU/l) svedčiacie pre deficit rastového hormónu. Na základe vyššie uvedených nálezov a pozitívnej rodinnej anamnézy (anamnestický údaj typického fenotypu u otca pacienta) sme vyslovi-

li podozrenie na myotonickú dystrofiu 1. typu (Curschmann-Batten-Steinertova choroba) s autozomálne dominantným typom dedičnosti a indikovali sme genetické vyšetrenie – analýzu (CTG)_n repetícií génu DMPK lokalizovanom na chromozóme 19q13.3. V súlade s predpokladom, metódou PCR-amplifikácie CTG-opakovaní 3'-UTR bola potvrdená kauzálna mutácia – expanzia CTG tripletov v počte 770 CTG-opakovaní (patognomickým pre myotonickú dystrofiu je nález > 50 CTG-opakovaní). Prípád dokumentuje chýbanie a zároveň potrebu komplexného pohľadu na pacienta, keď napriek typickému klinickému obrazu a vysokej prevalencii ochorenia (1 : 8 000) bola definitívna diagnóza u pacienta stanovená až v dospelosti.

Význam inzulinové rezistencie u familiárnej kombinovanej hyperlipidémie

Jackuliaková D.^{1,2}, Vaverková H.^{1,2}, Karásek D.^{1,2}, Novotný D.³, Slavík L.⁴, Lukeš J.⁴

^{1,2} III. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

³ Biochemická laboratoř FN, Olomouc

⁴ Laboratoř KNM, Olomouc

Úvod: Jak u pacientů s familiární kombinovanou hyperlipidemií (FKH), tak u inzulinové rezistence nacházíme zvýšené hladiny triglyceridů, nízký HDL-cholesterol, větší zastoupení malých denzních LDL-částic a zvýšený apoB. FKH je charakterizována výskytem různých dyslipidemických fenotypů v jedné rodině. Proto jsme zkoumali vliv inzulinové rezistence na fenotypické vyjádření FKH.

Metodika: Soubor vyšetřených jedinců jsme rozdělili na 3 skupiny: I (probandi a jejich hyperlipidemičtí příbuzní, n = 57), II (normolipidemičtí příbuzní, n = 48) a III (kontrolní skupina zdravých osob, n = 38). U všech vyšetřených byly stanoveny hladiny plazmatických lipidů (celkový cholesterol, LDLc, HDLc, TG, apoB, výpočet nonHDLc) a parametry vztahující se k inzulinové rezistenci (glykémie na lačno, inzulin, proinzulin, C-peptid, HOMA-index, tPA, PAI-1). Hyperlipidemická skupina I byla dále rozdělena na dvě podskupiny – s TG ≥ a < 1,5 mmol/l (Ia a Ib resp.). Po adjustaci na věk a pohlaví (resp. věk, pohlaví a BMI) byla určena statistická významnost rozdílů uvedených parametrů mezi jednotlivými skupinami.

Výsledky: Po adjustaci sledovaných parametrů k věku a pohlaví vykazovali hyperlipidemičtí jedinci s FKH a TG ≥ 1,5 mmol 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), tPA (Ia vs III p = 0,0000, Ia vs Ib p = 0,0358, Ia vs II p = 0,0002), PAI-1 (Ia vs III p = 0,0000, Ia vs II p = 0,0174)]. Tyto rozdíly přetrvávaly vesměs i po adjustaci na BMI.

Závěr: Familiární kombinovaná hyperlipidemie je spjata s vyšším výskytem inzulinorezistence. Inzulinorezistence byla nalezena pouze u hypertriglyceridemických členů těchto rodin s TG ≥ 1,5 mmol.

Podpořeno IGA MZ NR/9068-3

C-reaktivný protein u pacientů s fibrilacíou predsiení

Jačmeníková M., Dragula, M., Funiak, S., Mokáň, M.

I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Fibrilácia predsiení patrí medzi najčastejšie poruchy rytmu v bežnej klinickej praxi. Na jej vzniku a udržaní sa podieľajú viaceré hemodynamické, metabolické a zápalové faktory. Hodnotili sme súvislosť medzi C-reaktívnym proteínom a fibriláciou predsiení u pacientov s ischemickou chorobou srdca.

Materiál a metodika: Súbor tvorilo 168 pacientov prijatých na plánovanú koronarografiu. Sledovali sme prítomnosť a typ fibrilácie predsiení, vybrané echokardiografické, laboratórne a iné parametre, koronarografický nález a vysoko-senzitívny C-reaktívny proteín.

Výsledky: Výskyt fibrilácie predsiení bol vyšší ako v bežnej populácii a stúpala s vekom. Pacienti s fibriláciou predsiení mali významne vyšší vek, nižší body mass index (BMI), menej priaznivé všetky sledované echokardiografické parametre, významne vyššiu hladinu kreatinínu a CRP (medián pacienti s fibriláciou predsiení 3,05 mg/l CI 95 % 0,5–6,85 vs pacienti so sínusovým rytmom 2,08 mg/l, CI 95% 1,43 – 2,73; p < 0,002) ako pacienti so sínusovým rytmom. Aj po korekcii na vek, echokardiografické parametre, kreatinín a BMI boli prítomné významne vyššie hladiny CRP u pacientov s fibriláciou predsiení v porovnaní s pacientmi so sínusovým rytmom (medián 2,58 mg/l vs 1,68 mg/l; p < 0,03). Tieto

rozdiely boli výraznejšie u pacientov s permanentnou fibriláciou predsiení, pacienti s paroxyzmálnou fibriláciou mali hodnoty podobné ako pacienti so sínusovým rytmom.

Záver: Uvedené výsledky potvrdili predpoklad, že CRP je nezávislým ukazovateľom permanentnej fibrilácie predsiení, nepotvrdili sme však jeho vplyv na jej vznik.

Podporené grantom VEGA 1/1189/04

Akútny infarkt myokardu ako prvý prejav diabetes mellitus

Kantárová D., Belicová M., Prídavková D., Dvorský J., Mokáň M.

I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Úvod: Diabetes mellitus (DM) je metabolická porucha, charakterizovaná predovšetkým chronickou hyperglykémiou. Prevalencia tohto ochorenia sa v súčasnosti odhaduje na 5,1 %. U 85–95 % pacientov ide o diabetes mellitus 2. typu, ktorého podkladom je najčastejšie inzulínová rezistencia spojená s nadmernou sekréciou inzulínu. Viac ako 55 % diabetikov má súčasne koronárnu chorobu srdca (KCHS), ktorá je najčastejšou príčinou smrti. Omnoho častejšie sa u tejto skupiny pacientov pri akútnom koronárnom syndróme vyskytuje srdcové zlyhanie alebo kardiogénny šok, na čom sa spolupodieľa okrem KCHS aj diabetická kardiomyopatia a nedostatočný vývoj kolaterálneho obehu v koronárnom riečisku.

Kazuistika: Prezentujeme mladú 40-ročnú pacientku s nepoznanou a neliečenou cukrovkou 2. typu, ktorá bola prijatá v januári tohto roku s akútnym predným infarktom myokardu s eleváciami ST. Nakoľko pacientka prišla do jednej hodiny od nástupu bolesti, bola podaná trombolýza (Actilyse) s úspešnou reperfúziou. Napriek tomu priebeh bol priebeh hospitalizácie komplikovaný zlyháváním srdca ako pumpy (Killip-Kimbal III). Po infarkte pretrvávala systolická dysfunkcia ľavej komory (ĽK bez dilatácie so zníženou systolickou funkciou cca 40 %). Doplnená SKG odhaľuje gracilnú RCx a rovnako cievu postihnutú infarktom – RIA s hemodynamicky nevýznamnou stenózou. Od prepustenia je pacientka napriek vyťaženej liečbe a dobre kompenzovanej cukrovke u nás opakovane hospitalizovaná pre známky srdcového zlyhania.

Záver: Na základe uvedeného možno predpokladať, že na priebeh ochorenia u mladej pacientky má rozhodujúci vplyv dlhodobo nepoznaná a neliečená cukrovka (pri prijatí už prítomná diabetická retinopatia, vysoké hodnoty glykovaného hemoglobínu) s veľmi pravdepodobne prítomnou diabetickou kardiomyopatiou, ktorá potencuje srdcové zlyhanie u našej pacientky.

Fabryho choroba – ochorenie, na ktoré treba myslieť

Kantárová D.¹, Klimentová A.¹, Makovický P.¹, Ježíková A.¹, Machálek K.², Mokáň M.¹, Mišovicová N.³

¹ *I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika*

² *Ústav patologickej anatómie JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika*

³ *Oddelenie lekárskej genetiky MFN, Martin, Slovenská republika*

Úvod: Fabryho choroba je vrodené, recesívne dedičné ochorenie zo skupiny lysosomal storage disorders, charakterizované multiorgánovým poškodením pri metabolickom deficite aktivity enzýmu α -D-galaktozidázy v lyzozómoch. Choroba je spôsobená mutáciou génu pre tento enzým na dlhom ramienku chromozómu X (Xq 22.1). Pri deficite enzýmu dochádza k ukladaniu glykosfingolipidov s terminálnou α -galaktózou vo viacerých tkanivách, najmä však v obličkách, srdci, CNS a rohovke.

Kazuistika: 24-ročný pacient opakovane vyšetrený na viacerých pracoviskách bol prijatý pre záchvatovité bolesti svalov a kĺbov celého tela, zväčšujúce sa po požití niektorých jedál, podľa anamnézy trvajúce asi od 3 rokov veku. Pôvodne začali ako parestézie prstov na rukách aj nohách, neskôr sa pridružili záchvaty prudkých bolestí svalov a kĺbov najvýraznejšie na dolných končatinách. V úvode suponovaná potravinová alergia, kožnými prick testami však nepotvrdená. Vzhľadom k záchvatovitému charakteru bolestí ďalej uvažujeme o možnom karcinoide, laboratórnymi vyšetreniami však túto diagnózu nepotvrdzujeme. Pacient vyšetrený neurológom, ktorý vylučuje neuromuskulárne ochorenie. V laboratórnom obraze zachytávame okrem proteinúrie a hraničnej erytrocytúrie aj pozitivitu ANA-proti látok (zrnitý typ). Vzhľadom k uvedenému realizujeme biopsiu obličky. Patológom vyslovené podozrenie na Fabryho chorobu, pri vyšetrení očného pozadia popisované depozity v rohovke typické pre toto ochorenie. Doplníme biochemické vyšetrenie aktivity enzýmu α -D-galaktozidázy v leukocytoch a v plazme – aktivita enzýmu redukovaná na 5 % referenčných hodnôt. Pacient vyšetrený na pracovisku lekárskej genetiky – v súčasnosti priebehu chromozómová analýza.

za, která by mala potvrdit mutáciu na dlhom ramienku chromozómu X. Po skompletizovaní výsledkov vyšetrení plánujeme u pacienta začať substituční enzyimovú liečbu rekombinantnou α -D-galaktozidázou.

Záver: Fabryho choroba je ochorenie s incidenciou 1 : 40 000. Podľa toho by sa v slovenskej populácii malo nachádzať približne 120 pacientov s týmto ochorením, avšak podľa našich zistení sú v súčasnosti diagnostikovaní a liečení len traja pacienti s touto diagnózou.

Dlhodobá kompliance pacientův s nCPAP liečbou

Kocan I., Vyšehradský R., Rozborilová E.

Klinika TaRCH MFN a JLF UK, Martin, Slovenská republika

Autori v tejto práci predkladajú vlastné skúsenosti s dlhodobým sledovaním 151 pacientův so syndrómom spánkového apnoe obštrukčného typu na liečbe nCPAP (nazálny kontinuálny pozitívny tlak v dýchacích cestách). Táto liečba je na ich pracovisku indikovaná od roku 1998. Po pridelení prístroja nás pacient do 3 dní telefonicky informuje o prvých skúsenostiach s liečbou a konzultuje niektoré nejasnosti a komplikácie. O 3–4 týždne nasleduje prvá ambulantná kontrola s prístrojom, ďalšie ambulantné kontroly v prípade nekomplikovaného priebehu liečby sú realizované každých 6 mesiacův v súlade požiadavkami zdravotných poisťovní. Súbor sledovaných pacientův sme rozdelili na dve skupiny. Prvá skupina (A) pozostáva z 95 pacientův, ktorí dodržiavali predpísané intervaly kontrol (maximálny čas od poslednej kontroly 9 mesiacův). Druhá skupina (B) pozostávala z 56 pacientův. V tejto skupine je 43 pacientův, ktorí nechoďili pravidelne na kontroly, 6 pacientův, ktorým bol odobratý prístroj nCPAP a 9 pacientův, ktorým bol prístroj odovzdaný a nikdy neprišli na kontrolu. V skupine B iba 27,7 % pacientův nemalo ťažkosti s používaním liečby nCPAP, ostatní sa sťažovali na rôzne komplikácie tejto liečby: lokálne komplikácie z celonočnej aplikácie nosnej masky (40,4 %), problémy so zaspávaním s prístrojom (25,5 %), ťažkosti s ovládaním prístroja (7 %). Ich priemerné nočné použitie prístroja nCPAP bolo signifikantne nižšie ako v skupine A (4,38 verzus 5,52 hodiny/noc, Wilcoxonov test párový variant, $p < 0,001$). Vysoký počet komplikácií liečby nCPAP v skupine B ako aj naše vlastné skúsenosti poukazujú na nevyhnutnosť dôkladnej komunikácie s pacientom za účelom riešenia problémův liečby a ich prevencie, čo je jedným zo spôsobův ako zabezpečiť lepšiu adhérenciu k nCPAP liečbe.

Kvantifikace jaterní funkce pomocí dechového testu s ^{13}C -methacetinem u nemocného intoxikovaného Muchomůrkou zelenou

Krátká K., Hendrichová M., Kalinová K., Háša J., Sedláková M., Vránová J., Málek F., Horák J.

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

Úvod: Muchomůrka zelená (*Amanita phalloides*) je považována za nejedovatější a nejnebezpečnější houbu Evropy a Severní Ameriky. Otravy touto houbou končí ve velkém procentu letálně. Ke smrtelné otravě obvykle dochází po požití cca 50 gramů houby, tj. méně než dvou plodnic.

Kazuistika: U 38letého pacienta hospitalizovaného na naší klinice byla potvrzena otrava muchomůrkou zelenou anamnesticky a průkazem toxinu ve stolici s následnou hepatocelulární lézí. Požití množství vysoce překračovalo letální dávku (20–30 plodnic). Postupně se vyvinulo akutní jaterní selhání, při konzervativní terapii však došlo k úpravě jaterních funkcí. Kromě laboratorních vyšetření jsme ke kvantifikaci jaterní funkce použili dechový test s perorálně podaným ^{13}C -methacetinem. Testování bylo prováděno 3. a 8. den hospitalizace.

Závěr: S použitím dechového testu s ^{13}C -methacetinem lze odhalit časnou jaterní dysfunkci i kontrolovat efekt léčby při akutním jaterním selhání.

Retrospektivní sledování osudů pacientův se syndromem diabetické nohy ischemické etiologie

Křehnáčová L., Lacigová S., Čechurová D., Haladová I., Rušavý Z.

Diabetologické centrum, I. interní klinika LF UK a FN, Plzeň

Cíl: Zhodnotit osudy pacientův se syndromem diabetické nohy (SDN) ischemické etiologie dle zvolené léčby.

Metodika: Studie retrospektivně hodnotí osudy 60 diabetiků (11 žen, 49 mužů; průměrný věk $65,97 \pm 10,28$; 11 kuřáků, 30 nekuřáků a 19 exkuřáků), kteří v letech 2003–2005 podstoupili angiografické vyšetření (DSA) tepen DK z in-

dikace SDN ischemické etiologie (celkem 69 defektů). U těchto pacientů bylo provedeno 62 DSA, dle nálezu pak byli ošetřováni radiointervenčně, cévně chirurgicky, kombinací obou metod nebo zůstali bez jakéhokoli výkonu. Celkem bylo provedeno 51 perkutánních transluminálních angioplastik (PTA), z toho 41,2 % na bérkových tepnách, a 12 chirurgických výkonů. Technický efekt, dle angiograficky zobrazeného průtoku, byl u všech angioplastik výborný. Klinický efekt jsme hodnotili podle výsledného stavu končetiny. Za úspěch byly považovány defekty zhojené bez nutnosti amputace nebo po nízké amputaci. Antiagregační léčba byla následně podávána u 44 pacientů, antikoagulace u 7, u 2 sulodexid, u 7 nenásledovala žádná antitrombotická medikace.

Výsledky: viz tab.

Způsob řešení	Počet defektů n (%)	Zhojeno	Nezhojeno	Amputace nízká zhojeno	Amputace nízká nezhojeno	Amputace vysoká zhojeno	Amputace vysoká nezhojeno	Zemřeli	?
PTA	43 (62,3)	8	5	13	3	3	1	5	5
Cévně chirurgicky	9 (13,0)	2	1	1	1	2	0	1	1
PTA + chirurgie	3 (4,4)	0	0	0	0	0	0	1	2
Neřešitelný nález	14 (20,3)	2	2	1	1	1	1	2	4
Celkem (%)	69 (100)	12 (17,4)	8 (11,6)	15 (21,7)	5 (7,2)	6 (8,7)	2 (2,9)	9 (13,1)	12 (17,4)

Závěr: Nejčastěji použitou metodou řešení SDN ischemické etiologie se u našich pacientů stal PTA, u které byla zároveň i největší úspěšnost zhojení defektů (21 z celkových 43 řešených, 48,8 %). Pro prognózu pacientů je nejdůležitější včasná radiologická intervence. Otázkou zůstává, zda by se možného dalšího zlepšení v hojení ischemických defektů po PTA dalo dosáhnout posílením antiagregační medikace.

Podporováno výzkumným záměrem MSM 00216 208 14

Hypotermia

Krivuš J., Olos R., Haško J., Mokán M.

I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Hypotermia predstavuje závažný medicínsky problém. Medzi rokmi 1979 a 1998 zomrelo v USA na hypotermiu 13 970 osôb s nárastom cca 700 osôb každým rokom. V poslednom období sa aj na Slovensku stretávame čoraz častejšie s pacientmi, ktorých diagnóza je hypotermia. Hypotermia je častá hlavne u pacientov, ktorí sú vystavení chladnému počasiu, môže však vzniknúť aj sekundárne pri toxickom poškodení organizmu, metabolických poruchách, infekciách či poškodení centrálného nervového systému. Klinická prezentácia hypotermie zahŕňa celý rad symptómov v závislosti od jej hĺbky. Poznanie patofyziológie a prejavov hypotermie vedie ku zníženiu mortality a morbidita spojenej s touto diagnózou. Liečebné postupy pri hypotermii môžeme rozdeliť na neinvazívne pasívne externé ohrievanie, aktívne externé ohrievanie a postupy na aktívne ohrievanie teplotného jadra v kombinácii s doplnujúcou podpornou terapiou. Managment pacientov s hypotermiou vyžaduje skúsenosti lekára a príslušné technické vybavenie pracovišťa. Našou prednáškou by sme chceli podať ucelenú informáciu o danej problematike.

Etiologie bezvědomí na kardiologicky profilovaném pracovišti

Křivánková M., Doupal V., Lukl J.

I. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

Cílem studie je analýza příčin bezvědomí u pacientů přijatých na I. interní kliniku LF UP a FN v Olomouci. Druhým úkolem je srovnání možností léčby, zejména vazovagální synkopy ve smyslu podávání betalytik a placebo a dále pak porovnání vlastních výsledků se zahraničními pracovišti. V roce 2005 bylo přijato na uvedenou kliniku 3 332 pacientů. Poruchami vědomí trpělo 247 pacientů, tj. 7,5 %. Z nich šlo o nemoci kardiální v 70 % případech. U 25 nemocných se nepodařilo důvod potíží objasnit. V 19 případech se jednalo o synkopu (8 %). Výskyt onemocnění je u žen i mužů stejný s vrcholy ve 30. a 50. roce života. Léčba je nespecifická a neliší se při použití placebo s betalytiky. Incidence synkop na I. interní klinice LF UP a FN v Olomouci, stejně jako i výsledky léčby s použitím betalytik a placebo, se neshodují s literárními údaji. Vysvětlení lze hledat v profilizaci kliniky.

Má použití monoklonální protilátky rituximab vliv na outcome pacientů s difuzním velkobuněčným B-lymfomem?

Kubová Z., Papajík T., Indrák K.

Hemato-onkologická klinika LF UP a FN, Olomouc

CD 20 je antigenní struktura charakterizující lymfocyty B řady. Je exprimována ve stadiu pre-B buněk a mizí v konečném stadiu diferenciaci – plazmatické buňce. Rituximab je anti-CD20 chimérická monoklonální protilátka. Retrospektivně jsme analyzovali soubor 108 pacientů s difuzním velkobuněčným B lymfomem léčených v letech 2000–2005 konvenční antracyklin-based chemoterapií. Medián věku byl 66 let. Tyto pacienty jsme stratifikovali dle jednotlivých prognostických rizik na základě IPI – International Prognostic Index (věk > 60 let, LDH > normu, performans status > 1, klinické stadium 3 nebo 4, extranodální postižení 2 a více oblastí) a na základě přídatných rizikových faktorů. Třiceti pacientům byla přidána do primární léčby monoklonální protilátka rituximab. Naši snahou bylo odhalit jednotlivé skupiny s vyšším rizikem a zjistit, zda přidání monoklonální protilátky rituximab má vliv na přežití pacientů s DLBCL.

Jaká je prognóza nemocných s cholangiokarcinomem bez adjuvantní protinádorové terapie?

Kuchař J.¹, Vítek P.¹, Chalupa J.¹, Bolek K.², Kulík I.², Pastrňák J.², Mrózek V.¹

¹ Interní oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

² Radiodiagnostické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

Cíl práce: Zhodnotit výsledky diagnostiky a léčby nemocných s nádory žlučových cest léčených v Nemocnici ve Frýdku-Místku v období 1/2002–2/2006.

Metodika a soubor nemocných: Soubor tvoří 19 nemocných, z toho 13 mužů a 6 žen, průměrného věku 69 let. Byly hodnoceny symptomy při diagnóze, rizikové faktory, pozitivita onkomarkerů, histologický průkaz, výskyt metastáz, způsoby drenáže žlučových cest a indikace k chirurgické a onkologické léčbě.

Výsledky: Dominujícím symptomem byl ikterus u 15 pacientů, cholelitiázu mělo 13 pacientů, kuřáků bylo 5. Hladina CA 19-9 byla stanovena u 15 nemocných a elevována u 9 z nich (60 %). Histologicky byl nádor potvrzen ve 4 případech (21 %). Metastázy byly ve 3 případech. Endoskopická retrográdní drenáž byla provedena u 17 pacientů celkem 35krát, průměrná hladina bilirubinu před drenáží byla 152 $\mu\text{mol/l}$, po drenáži 102 $\mu\text{mol/l}$, perkutánní drenáž proběhla u 8 pacientů celkem 13krát, hladina bilirubinu před drenáží byla 162 $\mu\text{mol/l}$, po drenáži 124 $\mu\text{mol/l}$. Jedna pacientka byla indikována k resekci, chemoterapie ani radioterapie nebyly indikovány u žádného nemocného. Zemřelo 13 pacientů, 6 doposud žije. Průměrné přežití od diagnózy bylo 233 dnů.

Závěry: 1. Přežití nemocných s prostou drenáží žlučových cest se v našem souboru významně nelišilo od literárních údajů o přežití nemocných léčených brachyterapií. 2. Paliativní drenáž endoskopická a perkutánní se v terapii těchto nemocných vzájemně doplňují. 3. Možná indikace k protinádorové terapii je limitována malým podílem histologicky potvrzených onemocnění.

Vzácná příčina bezvědomí – kazuistika

Lazárová M., Václavík J., Chlup O., Lačňák B.

Interní oddělení Nemocnice, Šternberk

Kazuistika: 85letý pacient byl přijat pro nově vzniklou poruchu vědomí nejasné příčiny. Při přijetí byly zaznamenány febrilie, hypohydratace, tachypnoe, ostatní fyzikální nálezy byly bez pozoruhodností. Neurologické vyšetření včetně CT mozku a lumbální punkce nevysvětlilo příčinu bezvědomí. Základní laboratorní hodnoty vyjma vysoké sedimentace a zvýšené celkové bílkoviny bez významnější patologie, taktéž paraklinická vyšetření. V rámci širší diferenciální diagnostiky bylo provedeno vyšetření amonemie s hodnotou 226 $\mu\text{mol/l}$. Řešena diferenciální diagnostika hyperamonemie se zaměřením na nonhepatální etiologii, jelikož pacient nejevil známky jaterního selhání. Vysoká sedimentace a hyperproteinemie nutila myslet na možnost mnohočetného myelomu. Během hospitalizace došlo k postupnému zhoršování stavu s vývojem kómatu. Byla plánována hemodialýza, 4. den hospitalizace byly nasazeny kortikoidy v rámci prevence edému mozku, 6. den došlo ke klinickému zlepšení, pacient byl plně kontaktní, laboratorně pokles amonemie na 163 $\mu\text{mol/l}$, od dialýzy bylo zatím upuštěno. 9. den hospitalizace došlo k náhlému zhoršení stavu, hypotenzi,

zástavě dechu a oběhu, KPCR byla neúspěšná. Sekční nález – příčina úmrtí: kardiopulmonální selhání, nalezen rozměrný retroperitoneální hematoma, difúzní osteoporóza a rozsáhlá nádorová infiltrace kostní dřevě. Klinická diagnóza: mnohočetný myelom s difúzním postižením kostní dřevě, stadium II B dle Durieho a Salmona. Jako příčina bezvědomí pacienta byla stanovena patologická nadprodukce amoniaku monoklonálními plazmocytami. Sdělení upozorňuje na význam stanovení amoniaku v rámci diferenciální diagnostiky poruchy vědomí, což dokládá citací nečetných kazuistik popisujících podobné případy.

Závěr: Vyšetření amoniemie u pacientů s poruchou vědomí nejasné příčiny je nedílnou součástí širší diferenciální diagnostiky i v případě nepřítomnosti známek jaterní dysfunkce.

Výskyt hypertenze a hypertrofie levé komory srdeční u vrcholových sportovců

Ludka O., Musil V., Pozdíšek Z., Špínar J., Pařenica J.

Interní kardiologická klinika LF MU a FN, Brno, pracoviště Bobovice

Cíl: Zjistit výskyt hypertenze u vrcholových sportovců, jeho srovnání s průměrně trénovanými jedinci a dále zjistit výskyt hypertrofie levé komory srdeční u těchto sportovců.

Soubor: 40 vrcholově sportujících mužů (vytrvalostní sporty), kontrolní skupina – 40 neobézních mužů.

Metodika: Anamnéza, klinické vyšetření, 24 AMTK – všichni, sportovci navíc echokardiografie, spiroergometrie, Nt-proBNP a big endotelin.

Výsledky: (sportovci vs kontrolní skupina): Průměrný věk (27 ± 7 let vs 27 ± 6 let, ns), BMI ($22,3 \pm 2$ vs 23 ± 2 , $p = 0,02$). Sportovci – normální systolická funkce levé komory (EF LK 67 ± 3 %), bez známek narušeného diastolického plnění (E 81 ± 14 m/s, A 49 ± 11 m/s), LVM indexovaná BSA průměrně $117,7 \pm 24,8$ g/m², hypertrofie LK u 37,5 % těchto jedinců. Průměrná plazmatická hladina big endotelinu $2,13 \pm 1,22$ pmol/l (norma do 0,7 pmol/l) a Nt-proBNP 659 ± 240 pmol/l (norma do 350 pmol/l). Sportovci – anaerobní práh $44 \pm 8,3$ ml/kg/min., VO₂ max. $60 \pm 7,5$ ml/kg/min a zátěž dosažená při TF 170/min $5,0 \pm 0,7$ W/kg. Průměrná TF při 24 AMTK (59 ± 12 vs 65 ± 9 , $p = 0,02$), při jednorázovém měření (60 ± 90 vs 72 ± 14 , $p < 0,01$). TK při kauzálním měření (127 ± 11 mm Hg vs 132 ± 12 mm Hg, $p = 0,04$), při 24 AMTK (120 ± 9 mm Hg vs 124 ± 8 mm Hg, $p = 0,06$ – ns). Sportovci – dle 24 AMTK 27,5 % jedinců s hodnotami TK vyššími než je norma, kontrolní skupina – 42,5 % jedinců. Sportovci – dle kauzálního TK 27,5 % jedinců s hodnotami TK nad normou, kontrolní skupina – 32,5 % jedinců.

Závěr: Vrcholoví sportovci mají téměř v 38 % hypertrofii LK spojenou s normální systolickou i diastolickou funkcí, ve srovnání s běžnou populací mají sklon k nižší TF a nižšímu TKs, což pravděpodobně odráží změny vegetativního tonu. Výskyt hypertenze u vrcholových mladých sportovců je menší než v kontrolní skupině, v obou skupinách však byl > 25 %.

Podiel genetických a environmentálnych faktorov na riziku karcinogenézy

Lukáčiková-Gálová L.

I. interná klinika FN, Nitra, Slovenská republika

Podľa údajov z dostupnej literatúry, rovnako ako i vychádzajúc z klinickej praxe zaznamenávame v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi výrazné zvýšenie počtu onkologických ochorení. Doposiaľ neboli presne objasnené niektoré základné otázky týkajúce sa vzniku nádorov. V podstate ide o chybný prenos genetickej informácie v jadre bunky, v molekule DNA. Tento informačný omyl môže vyplývať jednak z dedične prenášanej poruchy, ale aj z nespočetného množstva faktorov, daných výživou, životným prostredím a štýlom. Nádorové ochorenie sa vyvinie, ak sú v organizme narušené mechanizmy kontrolujúce a riadiace normálny rast bunky. Narušená DNA spôsobí tzv. informačný chaos, ktorý môže viesť aj k zániku organizmu. Karcinogenéza je karikatúrou normálnej histogenézy od vývoja embrya až do štádia zrelosti. Určité charakteristiky nádorových buniek sú akoby reminiscenciou na bunky v embryonálnom štádiu vývoja. V humánnej onkogenéze nestačí na malígnu konverziu bunky jedna alterácia v cieľových génoch. Pravdepodobnosť malígnej premeny bunky bude tým vyššia, čím dlhšie budú faktory vonkajšieho prostredia na bunku pôsobiť. Samotný vek predlžuje čas expozície organizmu karcinogénnym vplyvom, a preto sa výskyt malignít zvyšuje s vekom. Na neselektovanom súbore pacientov hospitalizovaných na I. internej klinike FN Nitra v rokoch 2001–2005 s rájonom 100 000 obyvateľom sme hodnotili percentuálny výskyt nádorových ochorení, ich súvis s ischemickou chorobou srdca a súčasným užívaním resp. neužívaním nitrátov, súčasne sa kládol dôraz na ev. de-

dičnú formu onkologických ochorení a prítomnosť environmentálnych rizikových faktorov (fajčenie, alkohol, profesionálna expozícia, hladina cholesterolu v krvi prípade ochorenia v počiatočnom štádiu a v prípade pokročilého ochorenia atď).

Proliferace a apoptóza u mnohočetného myelomu a MGUS

Minařík J.¹, Ščudla V.¹, Ordeltová M.², Bačovský J.¹, Zemanová M.¹, Pika T.¹, za Českou myelomovou skupinu

¹ III. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

² Oddělení klinické imunologie FN, Olomouc

Cíle: Propidium-jodidový a annexin-V index mají úzký vztah k prognóze mnohočetného myelomu (MM) a současně jsou nezávislými prognostickými faktory. Cílem studie je hodnocení těchto parametrů rovněž u monoklonální gamapatie nejistého významu (MGUS) v korelaci s mnohočetným myelomem a jeho podstadii k určení jejich významu jako časných prediktorů transformace z benigní do symptomatické fáze onemocnění.

Metody: Analyzována byla skupina 257 nemocných – 70 s MGUS a 187 s MM – 21 stadia I (DS), 78 stadia II a 88 stadia III. Pacienti s MM byli hodnoceni v době diagnózy, bez vlivu předchozí léčby, 20 nemocných s MGUS rovněž v pravidelných 6–12měsíčních intervalech. Proliferační aktivita byla určována pomocí propidium-jodidového indexu (PC-PI/CD₁₃₈), apoptóza s využitím indexu annexin-V (PC-AI/CD₁₃₈) za pomoci průtokové cytometrie (DNA – Prep Reagents Kit, Coulter, Software Multicycle fy. Phoenix). Pro statistické hodnocení bylo užito Studentova t-testu, testu ANOVA a neparametrického testu dle Manna-Whitneyho na hladině statistické významnosti $p < 0,05$.

Výsledky: V rámci hodnocení PC-PI a PC-AI u MM a MGUS byly zjištěny statisticky významné rozdíly u obou indexů – u MGUS byly nižší hodnoty proliferace (M: 1,9 % vs 2,6 %, $p < 0,0001$) a současně vyšší apoptóza (M: 7,45 % vs 4,6 %, $p < 0,0001$). Při srovnávání MGUS s MM stadia I (DS) byl rovněž statisticky významný rozdíl v proliferaci (M: 1,9 % vs 2,3 %, $p = 0,016$), apoptóza však i přes vyšší hodnotu u MGUS neprokázala statistickou významnost (M: 7,45 % vs 6,2 %, $p = 0,121$). Při srovnání PC-PI a PC-AI v rámci jednotlivých stadií MM navzájem byly odpovídající hodnoty PC-PI pro stadia I, II a III 2,3 %, 2,6 % a 2,75 %, avšak bez statistické významnosti ($p = 0,539$). Obdobně tomu bylo u apoptózy – hodnoty PC-AI byly 6,2 %, 4,9 % a 4,3 % při $p = 0,196$. Rovněž při hodnocení indexů u dlouhodobě stabilní MGUS nebyly shledány statisticky významné rozdíly.

Závěr: Z uvedených výsledků vyplývá, že PC-PI a PC-AI jsou nezávislými prognostickými faktory MM a současně prediktory časně transformace MGUS. Při přechodu MGUS do MM dochází k významnému vzestupu proliferace spolu s poklesem apoptózy, zatímco stabilní fáze je beze změn v uvedených indexech. Současně bylo zjištěno, že stěžejní roli hraje v procesu transformace právě proliferace myelomových buněk – existovaly statisticky významné rozdíly i v rámci MGUS a MM stadia I, na druhou stranu apoptóza signifikantní rozdíly nevykazovala.

Za podpory MSM 6198959205

Metabolický syndróm a hormóny tukového tkaniva

Mráz M., Kružliak P., Dulíková L., Galajda P., Mokáň M.

I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Úvod: Metabolický syndróm (MS) výrazne zvyšuje riziko vzniku ochorení kardiovaskulárneho systému či diabetes mellitus 2. typu (DM2). Inzulínová rezistencia predstavuje jeden z ústredných mechanizmov vývoja MS, no dôležitú úlohu v jeho patogenéze hrajú tiež biele tukové tkanivo a látky ním produkované – tzv. adipokíny.

Cieľ práce: Posúdiť vplyv vybraných faktorov MS na hladiny adipokínov leptínu a adiponektínu a hormónu gastrointestinálneho traktu grelínu.

Súbor a metodika: Vyšetřili sme 154 pacientov, z toho 87 mužov, priemerný vek $57,8 \pm 10,9$ rokov. U každého pacienta bola stanovená prítomnosť jednotlivých komponentov MS na základe modifikovaných ATP III (Adult Treatment Panel III) kritérií, zahrňujúcich prítomnosť hraničnej glykémie nalačno alebo DM2, obezity, hypertriacylglycerolémie a hypertenzie. Hladiny sledovaných hormónov (leptín, adiponektín, grelín) sa vyšetřovali s využitím RIA metód. Štatisticky sa analyzovala závislosť hladín skúmaných hormónov od prítomnosti niektorých komponentov MS.

Výsledky: V skúmanom súbore bol trend k nižším hladinám adiponektínu asociovaný s prítomnosťou DM a vyšším BMI, i keď tieto rozdiely nedosahovali štatistickú významnosť. U mužov mali jeho hodnoty trend k poklesu skôr so vzrastom BMI (25,6 vs 22,5 µg/ml, ns), zatiaľ čo u žien záviseli primárne od DM2 (16,4 vs 34,3 µg/ml, $p < 0,05$). Hla-

diny leptínu boli významne zvýšené u pacientov s DM2 (11,9 vs 8,6 ng/ml, $p < 0,05$), pričom tento vzťah bol významnejší u mužov (10,3 vs 5,8 ng/ml, $p < 0,05$). Hladiny grelínu mali iba trend k zvýšeným hodnotám v závislosti od BMI u nediabetikov oboch pohlaví (611,4 vs 939,8 pg/ml, ns u mužov, resp 763,8 vs 1 099,3 pg/ml, ns u žien).

Záver: Hladiny sledovaných hormónov majú vzťah k celkovej obezite a poruchám metabolizmu sacharidov súvisiacim s inzulínovou rezistenciou, pričom jeho štatistická významnosť bola ovplyvnená veľkou interindividuálnou variabilitou. Intersexuálne rozdiely sú najskôr podmienené rozdielnou distribúciou tukového tkaniva (gluteofemorálny vs abdominálny tuk).

Podporené grantom VEGA 1/1189/04

Tříletá mortalita nemocných s hypertenzí propuštěných z hospitalizace na interní klinice FN u sv. Anny v Brně v roce 2002

Musil V., Pozdíšek Z., Ludka O., Špinar J.

Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Cíl: Zjistit tříletou mortalitu a sestavit profil pacienta s hypertenzí hospitalizovaného na interní klinice.

Metodika: Retrospektivní analýza dat z chorobopisů nemocných hospitalizovaných na II. interní klinice LF MU a FN u sv. Anny v Brně v roce 2002.

Soubor: Celkem 2 371 primohospitalizovaných nemocných v roce 2002, z toho 1 314 propuštěných s diagnózou hypertenze.

Výsledky: Za tři roky zemřelo z 2 371 primohospitalizovaných 1 011 (43 %) nemocných, z toho 177 (7 %) za hospitalizace. Ve skupině nemocných s diagnózou HT to bylo 614 (43,6 %), z toho 94 (6,7 %) za hospitalizace. Dále zjištěná data pro zemřelé hypertoniky (data pro žijící uvádíme v závorkách): průměrný věk $75,2 \pm 11,6$ ($67,3 \pm 13,0$) let ($p < 0,0001$), průměrná délka hospitalizace $12,55 \pm 8,6$ ($10,3 \pm 8,2$) dne ($p < 0,0001$). Výstupní systolický i diastolický tlak $136 \pm 18,7$ ($138 \pm 16,8$) mm Hg, resp. $77,6 \pm 9,9$ ($80,8 \pm 13,7$) mm Hg. Z laboratorních hodnot byly následující statisticky významné rozdíly: kreatinin $161,4 \pm 150,8$ ($120,9 \pm 85,8$) $\mu\text{mol/l}$ ($p < 0,0001$), urea $10,9 \pm 7,2$ ($7,8 \pm 4,1$) mmol/l ($p < 0,0001$), cholesterol $4,8 \pm 1,4$ ($5,3 \pm 1,29$) mmol/l ($p < 0,0001$), HDL-cholesterol $1,178 \pm 0,37$ ($1,27 \pm 0,378$) mmol/l ($p = 0,0042$), LDL-cholesterol $3,05 \pm 1,09$ ($3,28 \pm 1,05$) mmol/l ($p = 0,0128$) a kyselina močová $337,8 \pm 98,7$ ($313,8 \pm 109,7$) $\mu\text{mol/l}$ ($p = 0,0016$). V terapii byly při propuštění zavedeny u zemřelých (žijících) pacientů statiny 10 % (26,6 %) ($p = 0,003$), beta-blokátory 34,2 % (52,1 %) ($p < 0,0001$) i ACE-I 53,5 % (60,7 %) ($p = 0,0102$). Z přidružených onemocnění byl následující výskyt přidružených onemocnění ICHS 74,2 % (55,4 %) ($p < 0,0001$), fibrilace síní 23,8 % (15,5 %) ($p = 0,0002$), diabetes mellitus 48,5 % (41,3 %) ($p = 0,0124$) a také CMP 37,3 % (26,5 %) ($p < 0,0001$).

Závěr: Během tří let od propuštění z primohospitalizace zemřelo 520 nemocných s hypertenzí. Tito nemocní byli starší, měli nižší krevní tlak při propuštění, nižší hladiny cholesterolu a horší renální funkce. V terapii měli signifikantně méně ordinována diuretika, beta-blokátory, ACE inhibitory a statiny.

Tumor hlavy pankreasu

Ochodnický B., Kuliha E., Tesař K., Palčík J.

Interní oddělení Nemocnice, Šumperk

Autori prezentují případ 50ročné pacientky, která byla přijatá na naše oddělení pre asi týždeň trvající ikterus, zvracanie, bolesti brucha. Pri podrobnej anamnéze zistený váhový úbytok 30 kg za posledný rok, tmavé zafarbenie moču, riedke bledohnedé stolice. V laboratorných výsledkoch zvýšené hodnoty celkového a konjugovaného bilirubínu, ALP, GMT, zvýšená hodnota CA 19-9, hyperglykémia. V osobnej anamnéze stav po opakovaných tromboflebitidach, ICHS, DM 2. typu na PAD. Na základe týchto údajov v diferenciálnej diagnóze sme uvažovali o prekážke v žľčových cestách (choledocholitíáza? tumor?). Preto indikovaná ERCP – tesná stenóza ductus choledochus nad Vaterskou papilou. Doplnené CT brucha – dilatácia žľcových ciest, pankreatická časť žľčovodu horšie diferencovateľná. Litiáza nepotvrdená. S podozrením na tumor pankreasu alebo žľcových ciest bola pacientka odoslaná na vyššie pracovisko, kde pri ERCP bola vykonaná papilotómia, dilatácia stenózy choledochu a zavedená plastová endoprotéza. Na základe týchto vyšetrení bolo vyslovené podozrenie na tumor pankreasu. Preto sa vo FN Olomouc vykonalo endosonografické vyšetrenie, ktoré potvrdilo tumor hlavy pankreasu s prerastaním do Vaterskej papily. Pacientka ihneď odoslaná do FN Olomouc na chirurgické riešenie a následnú liečbu. Touto kazuistikou pomerne zriedkavého ochorenia chceli autori

upozorniť aj na dôležitosť interdisciplinárnej spolupráce rôznych typov nemocníc v záujme efektívnej a pokiaľ možno čo najrýchlejšej diagnostiky a liečby závažných onkologických ochorení.

Vzťah medzi glykovaným hemoglobínom a apnoe-hypopnoe indexom u pacientov s diabetes mellitus

Olos R.¹, Hanáček J.², Vyšehradský R.³, Krivuš J.¹, Mokáň M.¹, E. Rozborilová³

¹I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

²Ústav patofyziológie JLF UK Martin, Slovenská republika

³Klinika TaRCH JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Spánkové poruchy dýchania (SPD) sú prítomné u diabetikov až v 33 %, zatiaľ čo v bežnej populácii je ich výskyt „len“ 2–4 %.

Cieľom našej práce bolo objasniť či zlá dlhodobá diabetická kontrola hrá rolu pri vysokom výskyte SPD.

Súbor: Súbor pacientov tvorilo 20 žien, diabetičiek, hospitalizovaných na I. internej klinike JLF UK a MFN počas rokov 2004–2005. Priemerný vek bol $56,3 \pm 8,5$ roka, priemerný BMI $27,2 \pm 3,0$, priemerné trvanie diabetu $9,4 \pm 5,3$ roka. Uskutočnili smer celonočný monitoring dýchania pomocou Stardust monitorovacieho systému.

Výsledky: Zistili sme veľmi vysoký výskyt spánkových porúch dýchania, a to až u 9 z 20 diabetičiek (45 %). Potom sme skupinu rozdelili na dve podskupiny podľa toho či bola (SPD+, $n = 9$) alebo nebola (SPD–, $n = 11$) diagnostikovaná spánková porucha dýchania (kritérium AHI > 5). Tieto dve skupiny sa štatisticky významne nelíšili ($p > 0,05$) vo veku ($56,0 \pm 9,4$ vs $56,5 \pm 7,2$ roka) a trvaní diabetu ($11,9 \pm 6,2$ vs $7,4 \pm 3,3$), zistili sme však štatisticky významné rozdiely v hodnotách BMI ($28,7 \pm 2,3$ vs $26,0 \pm 2,8$, $p < 0,05$), glykovaného hemoglobínu ($8,2 \pm 1,7$ vs $6,6 \pm 0,5$, $p < 0,01$) a výskytu hypertenzie ($77,7$ vs $27,3$ %, $p < 0,01$). Zaujímal nás vzťah medzi glykovaným hemoglobínom a veľkosťou AHI u pacientiek s SPD, zistili sme relatívne silnú koreláciu ($r = 0,79$).

Záver: Na základe našich výsledkov diabetičky s dlhodobou zlou metabolickou kompenzáciou trpia vo významne vyššej miere na spánkové poruchy dýchania.

Masivní plicní embolie s šokovým stavem, zkušenosti z okresní nemocnice

Pavlas I., Zeman K., Gistingner T., Kološová R., Talafa V., Mrázek V.

Interní oddělení Nemocnice, Frýdek-Místek

Plicní embolie má závažnou prognózu, i léčená má mortalitu kolem 20 %. Pokud ovšem je pacient hemodynamicky nestabilní, má dle studie ICOPER mortalitu až 58,3 %. Za období let 2000–2004 bylo v naší nemocnici hospitalizováno 541 pacientů s plicní embolií a 62 z nich bylo hemodynamicky nestabilních. Důležité u těchto pacientů je provedení echokardiografie. Dle literatury je 3měsíční mortalita nemocných vykazující hypokinezi pravé komory na echokardiografii 3krát větší. Echokardiografie u těžkých pacientů napomáhá i z diferenciálně diagnostických důvodů. V práci hodnotíme léčebné postupy u hemodynamicky nestabilních pacientů, včasnosti podání trombolýzy, její indikace. Mortalita našeho souboru hemodynamicky nestabilních pacientů byla 53%.

Tyreoidný stav u pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom

Penz P.¹, Bukovinová P.¹, Teren A.¹, Čaprnda M.¹, Blažíček P.², Atalay M.³, Hänninen O.³, Lietava J.¹

¹II. interná klinika LF UK a FN, Bratislava, Slovenská republika

²Oddelenie klinickej biochémie, Nemocnica Ministerstva obrany, Bratislava, Slovenská republika

³Department of Physiology of University of Kuopio, Kuopio, Finland

Úvod: Hypotyreoidný stav je asociovaný so zvýšeným rizikom kardiovaskulárneho rizika najmä cestou klasických rizikových faktorov ako hypertenzia a dyslipoproteínémia. Súvis hypotyreoidného stavu s novými rizikovými faktormi aterosklerózy je nedostatočne sledovaný u pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom.

Metódy: Z náhodne vybraných pacientov zaradených do štúdie Homocysteín Slovensko ($n = 445$) bolo identifikovaných 21 pacientov s hypotyreózou (HT) definovanou ako voľný tyroxín (fT4) < 12,0 pmol/l. Normotyreoidní pacienti (NT; $n = 100$) (fT4 12,0 – 22,0 pmol/l) boli vyšetrení ako kontroly. Analyzovali sme vzťah medzi fT4 a tyreostimulačného hormónu (TSH) ku klasickým kardiovaskulárnym rizikovým faktorom (systolický a diastolický tlak – STK, DTK, lipidové spektrum, glykémia), ako aj k novým rizikovým faktorom (celkový homocysteín – tHcy a celkový gluta-

tión – tGHS). Absolutné riziko kardiovaskulárnej príhody do 10 rokov (AR) bolo vypočítané podľa Wooda et al (Atherosclerosis 1998).

Výsledky: Sledovaná skupina pacientov bola vysoko riziková (vek $60,5 \pm 9,269$ roka; celkový cholesterol $6,27 \pm 1,22$ mmol/l, TG $1,93 \pm 0,89$ mmol/l; HDL-CH $1,23 \pm 0,28$ mmol/l; LDL-CH $4,18 \pm 1,06$ mmol/l; STK $160,56 \pm 24,41$ mm Hg; DTK $96,11 \pm 10,780$ mm Hg) a AR bol $23,62 \pm 12,95$ %. Medzi skupinami HT a NT nebol pozorovaný signifikantný rozdiel v AR ($23,50 \pm 13,8$ % vs $28,51 \pm 11,5$ %; NS). HT podskupina vykazovala nižšiu STK ($145,8 \pm 23,07$ vs $161,2 \pm 23,9$ mm Hg; $p = 0,01$), ale nie diastolický a mala hranične nižšiu glykémiu ($5,8 \pm 1,36$ vs $7,14 \pm 2,9$ mmol/l, $p = 0,06$). Korelačnými analýzami medzi fT4 a klasickými rizikovými faktormi sme našli priamu koreláciu s glykémiou ($r = 0,27$; $p = 0,003$), STK ($r = 0,32$; $p = 0,007$), DTK ($r = 0,28$; $p = 0,002$). Korelácia medzi TK zostala signifikantná aj u skupiny pacientov s liečenou hypertenziou (STK $r = 0,28$; $p = 0,010$; DTK $r = 0,25$; $p = 0,020$). Po kontrole pre hypolipidemickú terapiu sme nepozorovali signifikantné rozdiely pre HDL/LDL-cholesterol, ApoA1, ApoB medzi normo- a hypotyreoidnou skupinou. Iba pacienti so subklinickou hypotyreózou (normálny fT4 a zvýšený TSH) mali zvýšený ApoA1 ($0,99 \pm 0,04$ g/l vs $1,10 \pm 0,14$ g/l; $p = 0,04$). Medzi novými rizikovými faktormi sme nenašli rozdiel v hladinách tHcy ($11,63 \pm 6,17$ v. $12,0 \pm 4,48$ μ mol/l; NS) alebo tGSH ($947,8 \pm 454,8$ vs $1026,09 \pm 531,85$ μ mol/l; NS) medzi skupinami NT a HT, ale tHcy pozitívne koreloval s fT4 ($r = 0,180$, $p = 0,049$) v celej skupine. Analogicky sme zistili pozitívnu koreláciu medzi TSH a hladinou celkového glutatiónu ($r = 0,493$; $p = 0,008$) a negatívnu koreláciu s oxidovanou formou glutatiónu ($r = -0,481$; $p = 0,01$). Na potvrdenie asociácie tyroidného stavu a absolutného rizika sme zrealizovali ROC analýzu fT4, resp. TSH s AR. Analýza nepreukázala schopnosť tyroidálnych hormónov identifikovať pacientov s vysokým rizikom s AR > 20 %: fT4 (AUC: $0,566 \pm 0,057$; NS) TSH (AUC: $0,515 \pm$ S.E. $0,056$; NS).

Záver: Tyroidné hormóny korelovali s homocysteínom a celkovým glutatiónom ako novými rizikovými faktormi. V protiklade s publikovaným výsledkami sme nenašli zhoršený lipidový profil u pacientov s hypotyreózou.

Hodnotenie perioperačného (ne)kardiovaskulárneho rizika u pacientov s kolorektálnym karcinómom

Pernický M.¹, Murín J.², Labaš P.³

¹ 5. ročník LF UK, Bratislava, Slovenská republika

² I. interná klinika FNŠP a LF UK, Bratislava, Slovenská republika

³ I. chirurgická klinika FNŠP a LF UK, Bratislava, Slovenská republika

Úspech operačnej liečby kolorektálneho karcinómu závisí i od dobrej stratifikácie perioperačného rizika.

Cieľ: Zhodnotiť perioperačné riziko u prežívajúcich/neprežívajúcich.

Pacienti: 60 pacientov (m: 30, ž: 30), priemerný vek 73 rokov, prežívajúci (38) a neprežívajúci (22).

Metodika: Perioperačné riziko sme vyjadrili číselne v tzv. SCORE [dané súčtom bodov (b) priradených rizikovým parametrom, uvádzame len hlavné parametre]: (ne)kardiovaskulárne ochorenia: bronchopneumónia, renálna insuficiencia, stav po infarkte myokardu – 1,5 b, hepatopatia, perineálna hemorágia, stav po cievnej mozgovej príhode – 1 b. Zvlášť sme analyzovali skóre globálne a skóre pre rizikové faktory, komorbidity, komplikácie a laboratórne hodnoty. Pri štatistickom spracovaní sme porovnávali podiely binomického rozdelenia na hladine významnosti 0,05 (a nižšej).

Výsledky: Z analyzovaných parametrov boli najdôležitejšie nasledovné (výskyt u neprežívajúcich/prežívajúcich): bronchopneumónia (36 %/4 %), perineálna hemorágia (36 %/4 %), hepatopatia (28 %/4 %), renálna insuficiencia (50 %/16 %), hypoalbuminémia (50 %/16 %), stav po infarkte myokardu (21 %/12,5 %), stav po cievnej mozgovej príhode (12,5 %/7 %). Globálne skóre: neprežívajúci pacient 19 b, prežívajúci 11 b.

Záver: Najdôležitejšími rizikovými faktormi mortality pri operačnej liečbe pacientov s kolorektálnym karcinómom sú bronchopneumónia, perineálna hemorágia, hepatopatia, renálna insuficiencia a hypoalbuminémia. Kardiálne markery (prekonaný infarkt myokardu a cievna mozgová príhoda) hrajú menšiu úlohu.

Je recentní DM u pacientů nad 50 let důvodem k podezření na karcinom pankreatu?

Peterková V., Vítěk P., Chalupa J., Kretková R., Mrózek V.

Interní oddělení Nemocnice, Frýdek-Místek, p.o.

Úvod: Vztah mezi karcinomem pankreatu a diabetes mellitus (DM) je velice komplexní a DM je uznávaným rizikovým faktorem karcinomu pankreatu. Autoři se rozhodli retrospektivně analyzovat přítomnost diabetu a délku jeho trvání u pacientů s nově diagnostikovaným karcinomem pankreatu v letech 2003–2005.

Soubor nemocných a metodika: Soubor tvoří 65 pacientů, z toho 27 mužů a 38 žen, průměrného věku 68,4 roku. Nemocní byli hospitalizováni s diagnózou nově zjištěného karcinomu pankreatu na interním a chirurgickém oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku. Byla zjišťována přítomnost diabetu v době diagnózy, délka jeho trvání a způsob terapie.

Výsledky: DM byl v době diagnózy přítomen u 37 pacientů (57 %), dalších 6 pacientů (9 %) mělo hyperglykemii bez diagnózy DM. Doba trvání diabetu byla v průměru 3,3 roku, 20 pacientů mělo dobu trvání DM kratší než 2 roky (31 %). 16 pacientů bylo kompenzováno dietou, 12 perorálními antidiabetiky, 9 inzulinem. Chronická pankreatitida byla v předchorobí přítomna pouze u tří nemocných.

Závěry: Recentní DM ve věku nad 50 let často předchází diagnóze karcinomu pankreatu. Krátká doba trvání DM v předchorobí naznačuje, že se u části nemocných může jednat spíše o paraneoplastický projev než o pouze o jeden z etiologických faktorů nádorového onemocnění. U nemocných s recentním DM ve vyšším věku je vhodné na diagnózu karcinomu pankreatu myslet a indikovat příslušné zobrazovací metody.

Vztah sérových hladin volných lehkých řetězců ke stupni pokročilosti mnohočetného myelomu

Pika T., Zemanová M., Minařík J., Ščudla V.

III. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

Úvod: Mnohočetný myelom je zhoubné onemocnění, vyznačující se klonální proliferací a akumulací neoplasticky transformovaných elementů B-línie, produkující monoklonální imunoglobulin (MIG) prokazatelný v séru a/nebo v moči. Plazmatické buňky produkují rovněž volné lehké řetězce (VLŘ) κ a λ , které nejsou vázány v molekule MIG.

Cílem studie bylo porovnání vztahu sérových hladin VLŘ a jejich poměru (K/L index) k jednotlivým stádiím stážovací systémů dle Durieho-Salmona (D-S), International Prognostic Index (IPI) a South-West Oncology Group (SWOG) u 147 nemocných s mnohočetným myelomem.

Výsledky: Při srovnání jednotlivých stádií dle D-S systému byly nalezeny významné rozdíly v hladinách dominantního řetězce a K/L indexu mezi stádii II a III pouze ve skupině λ . Při srovnání podstadií A a B byly nalezeny významné rozdíly v dominantním i alternativním řetězci ve skupině κ i λ , nebyl však nalezen rozdíl v hodnotách K/L indexu. Při použití systému IPI byly ve skupině κ nalezeny rozdíly mezi stádii I a II v dominantním řetězci κ , mezi stádii I a III v hodnotách řetězce κ i K/L indexu. Ve skupině λ byly rovněž nalezeny významné rozdíly v hodnotách dominantního řetězce λ a K/L indexu mezi stádii I a II a také mezi stádii I a III. Rozdíly v hodnotách VLŘ u stádií II a III nebyly v obou skupinách významné. Při užití systému SWOG byly ve skupině λ nalezeny rozdíly v dominantním řetězci mezi stádii I a II a I a III + IV. Ve skupině λ byly nalezeny rozdíly v řetězci λ a K/L indexu mezi stádii I a II i I a III + IV. Mezi stádii II a III + IV byl nalezen významný rozdíl pouze v hodnotách dominantního řetězce ve skupině λ .

Závěr: Stupeň pokročilosti nemoci (stadium I–III), hodnocený s pomocí dynamických ukazatelů, tj. sérového albuminu a β_2 -mikroglobulinu (IPI a SWOG systém) koreluje s hladinami sérových volných lehkých řetězců výrazněji nežli tradiční D-S systém.

Tříletá mortalita pacientů s ICHS propuštěných z interní kliniky a její prediktory

Pozdíšek Z., Musil V., Ludka O., Špínar J.

Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Cíl: Zjistit tříletou mortalitu a její nejvýznamnější prediktory u pacientů s ICHS propuštěných z interní kliniky v roce 2002.

Soubor: 1 190 pacientů s ICHS hospitalizovaných z jakékoliv příčiny na II. interní klinice LF MU a FN u sv. Anny v roce 2002.

Metodika: Retrospektivní analýza chorobopisů z první hospitalizace v roce 2002.

Výsledky: Z 1 190 hodnocených pacientů s ICHS zemřelo do 3 let od propuštění 583 (49 %). Zemřelí pacienti byli ve srovnání s žijícími (údaj v závorce) starší ($p < 0,01$) [$77,4 \pm 10,1$ vs ($71,7 \pm 10,4$) let], déle hospitalizovaní ($p < 0,01$) [$12,5 \pm 8,9$ vs ($10,5 \pm 7,4$) dne] a častěji rehospitalizovaní v roce propuštění ($p < 0,01$) [$0,41 \pm 0,8$ vs ($0,25 \pm 0,6$) rehospitalizace]. Z laboratorních hodnot měli vyšší ($p < 0,01$) kreatinin [143 ± 111 vs (115 ± 64) $\mu\text{mol/l}$], GMT [$1,16 \pm 1,8$ vs ($0,9 \pm 1,3$) $\mu\text{kat/l}$], KM [347 ± 119 vs (318 ± 93) $\mu\text{mol/l}$], nižší ($p < 0,01$) hemoglobin [$119,7 \pm 1,99$ vs ($126,8 \pm 1,7$) g/l] a celkový cholesterol [$4,7 \pm 1,4$ vs ($5,1 \pm 1,2$) mmol/l], v zastoupení pohlaví a BMI se nelišili. Ve skupině zemřelých by-

ly z komorbidit více zastoupeny ($p < 0,01$) CHSS [24,4 % vs (18 %)], CMP [38,3 % vs (28,8 %)], DM [47,9 % vs (37,9 %)] a fibrilace síní [30 % vs 22,6 %]. Zemřelí měli v terapii při propuštění nižší ($p < 0,01$) užívání ASA [44 % vs (53 %)], statinů [10 % vs (35 %)], ACEI [45 % vs (57 %)] a BB [29 % vs (55 %)].

Závěr: Nejvýznamnějšími prediktory úmrtí během tří let od propuštění byly v našem souboru pacientů s ICHS kromě věku přítomnost renální insuficience, nízká hodnota hemoglobinu, absence beta-blokátoru a statinu v terapii a přítomnost diabetes mellitus.

Perikarditída – ochorenie alebo symptóm?

Prídavková D.¹, Dvorský J.¹, Kantárová D.¹, Lišková R.¹, Mokán M.¹, Machálek K.²

¹ I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

² Ústav patologickej anatómie JLF UK, Martin, Slovenská republika

Úvod: Perikarditída, či už akútna alebo chronická, nepatrí medzi často sa vyskytujúce ochorenia. Jej prevalencia sa udáva okolo 1,3 % a podľa sekčných materiálov je prítomná u 2–5 % pitvaných tiel. Najčastejšie postihuje mužov vo vekovej skupine 20–50 rokov. V etiológii sa najčastejšie uplatňuje vírusová infekcia (Coxsackie), systémové ochorenie spojiva (systémový lupus erythematosus), urémia, infarkt myokardu, postperikardiotomický syndróm, TBC-infekcia, metastatické postihnutie (hlavne pri karcinóme pľúc, prsníka, lymfómoch), pričom sa v klinickej praxi často stretávame aj s idiopatickou formou. Zriedkavejšie v etiológii dominuje bakteriálna infekcia, primárne nádory perikardu, polievkové prejavy, imunologické ochorenia a iné príčiny. Klinické formy sa prezentujú ako akútna, chronická perikarditída alebo ako tamponáda perikardu, do ktorej progreduje cca 25–30 % prípadov veľkých perikardiálnych efúzií. Klasické prejavy akútnej perikarditídy zahŕňajú ostrú bolesť za sternom zhoršujúcu sa pohybom alebo respiráciou s fyzikálnym nálezom perikardiálneho trecieho šelestu a charakteristickými zmenami na EKG zázname. O čo jednoduchšia je diagnostika samotnej perikarditídy, o to náročnejšie býva odhalenie jej etiológie. Po vyčerpaní bežných diagnostických metód neraz prichádza do úvahy histologizácia parietálneho perikardu, často spojená aj s terapeutickým zásahom – fenestráciou perikardiálnej dutiny. Liečba je závislá od etiológie a stáva sa klinickým problémom obzvlášť pri rekurentných formách. Rekurencia perikarditíd sa udáva v rozmedzí do 15–32 % prípadov. Práve to tejto skupiny patrí aj mladá pacientka, o ktorej bude nasledovná kazuistika.

Cieľ: V práci sme sa zamerali na klinický vývoj perikarditídy od akútneho štádia po chronické, pričom chceme zdôrazniť liečebnú stratégiu v jednotlivých fázach ochorenia.

Kazuistika: V júni roku 2005 sme na I. internú kliniku Martinskej fakultnej nemocnice prijali 29-ročnú pacientku s bolesťami na hrudníku, palpitáciami a febríliami. Na základe fyzikálneho nálezu bola stanovená diagnóza akútnej perikarditídy s echokardiograficky potvrdeným stredne veľkým výpotkom a obrazom tzv. „swinging heart“. Po antiflogistickej a antibiotickej liečbe sa stav upravil a výpotok sa zrezorboval. Pacientka bola defokizovaná. V krátkych časových odstupoch v priebehu pol roka dochádza k postupným recidívam ochorenia, kedy sme vyčerpali konzervatívne liečebné možnosti. Pre torpídnošť ochorenia sa rozhodujeme pre fenestráciu perikardiálnej dutiny s histologizáciou perikardu, ktorá svedčí pre chronický zápal. Iná príčina (lymfoproliferatívna alebo systémová) bola definitívna vylúčená. Pacientka je t.č. na liečbe kolchicínom v dávke 2krát 0,5 mg, akútne ataky nie sú prítomné. Aj keď sa chirurgickým zákrokom (fenestrácia perikardu) vyriešil problém hromadenia výpotku, prognóza chronickej perikarditídy je neistá a nedá sa vylúčiť, že bude po rokoch progredovať do konstriktnej formy, preto vyžaduje dispenzár kardiológa.

Prevalencia diabetes mellitus na Slovensku

Prídavková D., Galajda P., Tomášková V., Mokán M., Kručínská E., Rusnáková G., Bukovská A.

Národné koordinačné centrum – I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Úvod: Prevalencia diabetes mellitus (DM) na celom svete neustále rastie. WHO odhady udávajú, že počet diabetikov vzrastie v roku 2025 až na 330 miliónov prípadov. Všeobecné štatistické a epidemiologické dáta možno zhruba s 10% chybou vzťahovať na diabetes mellitus typu 2 (DM2), ktorý takmer vo všetkých krajinách predstavuje okolo 90 % všetkých registrovaných diabetikov. Všeobecné odhady však pripúšťajú, že takmer polovica diabetikov zostáva ne-diagnostikovaná a neliečená, čo prispieva k zhoršovaniu kardiovaskulárneho rizikového profilu našej populácie.

Cieľ: Primárnym cieľom bolo zistiť reálny počet diabetikov v dospelom veku na Slovensku, identifikovať jedincov s „prediabetom“ a zmapovať prevalenciu vybraných zložiek metabolického syndrómu (MS).

Súbor a metodika: V projekte bolo zhodnotených 1 517 respondentov v dospelom veku, zodpovedajúcich demografickej štruktúre obyvateľstva Slovenska podľa veku, pohlavia a kraja. Prítomnosť rizikových faktorov sa zisťovala dotazníkom SZO STEPS Instrument for NCD Risk Factors. U každého respondenta sa zmeral obvod pásu, výška a telesná hmotnosť s výpočtom BMI, tlak krvi a bola odobratá krv za účelom vyšetrenia glykémie na lačno, hladiny triacylglycerolov, celkového a HDL cholesterolu. Hodnotila sa prevalencia známeho a novozisteného DM, poruchy glukózovej tolerancie (IGT) podľa ADA kritérií a hraničnej glykémie nalačno (IGF) podľa IDF kritérií. Závislosť prevalencie rizikových faktorov bola štatisticky zhodnotená Pearsonovým χ^2 testom.

Výsledky: Celková prevalencia DM bola 6,5 %, z toho známy DM tvoril 5,3 % a novozistený DM 1,2 %, prevalencia IFG bola 12,5 %. Prevalencia DM bola vyššia u žien (7,2 % vs 5,9 % u mužov), kým prevalencia IFG bola vyššia u mužov (14,8 % vs 10,4 % u žien). Prevalencia MS podľa ATP III bola 20,1 % (15,9 % u mužov, 23,9 % u žien). Zavedenie prísnejších IDF kritérií pre hraničnú glykémiu na lačno a centrálnu obezitu zvýšilo prevalenciu MS na 28,1 % (25,9 % u mužov, 30,1 % u žien). Z komponentov MS malo najvyššiu prevalenciu nízke HDL – 55,7 % (muži 44,6 %, ženy 65,9 %) a zvýšené hodnoty TK – 43,8 % (muži 48,2 %, ženy 39,9 %). Hypertriacylglycerolémia sa potvrdila u 25,4 % (30,1 % u mužov, 21,2 % u žien). Sprísnenie kritérií zvýšilo prevalenciu centrálnej obezity z 29,7 % (muži 22,0 %, ženy 36,8 %) podľa ATP III na 50,5 % (muži 47,2 %, ženy 53,6 %) podľa IDF a hyperglykémiu z 10,4 % (muži 10,3 %, ženy 10,6 %) podľa ATP III na 19,0 % (muži 20,7 %, ženy 17,6 %).

Záver: Slovensko má porovnateľnú prevalenciu MS, hyperglykémie, centrálnej obezity a hypertriacylglycerolémie so západoeurópskou anglosaskou populáciou, ale vyššiu prevalenciu hypertenzie a nízkeho HDL, ktorá patrí medzi najvyššie v Európe.

Vliv *Escherichia coli* Nissle na střevní mikroflóru, hladinu endotoxinu, jaterní funkci a minimální jaterní encefalopatii u pacientů s jaterní cirhózou

Příbramská V., Lata J.

Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bobunice

Probiotika jsou živé mikroorganizmy lidského původu, které jsou užívány v léčbě řady interních chorob a příznivě ovlivňují zdraví člověka. Cílem naší práce je prokázat jejich příznivý efekt u nemocných s jaterní cirhózou, ovlivnění střevní mikroflóry, zabránění bakteriální translokace, a tak omezení rizika infekčních komplikací, vzniku spontánní bakteriální peritonitidy a krvácení z jícnových varixů. Studie je randomizovaná, dvojitě zaslepená a placebem kontrolovaná, soubor zahrnuje nemocné s jaterní cirhózou, většinou toxonutritivní etiologie, muže i ženy. Pacientům byl podáván preparát Mutaflor, obsahující živou bakterii *E. coli* Nissle. Prokázali jsme zlepšení mikrobiálního osídlení střeva, vymizení potenciálních patogenů a nárůst *E. coli*. Hladina endotoxinu klesá při podávání probiotika, stejně tak se zlepšila minimální jaterní encefalopatie. Při podávání probiotika dochází ke zlepšení funkčních schopností jater, počet bodů v rámci CHILD-PUGH klasifikace se snižuje. Probiotika se stávají důležitou součástí léčby řady interních a také jaterních onemocnění. *E. Coli* Nissle se zdá být efektivní v navození fyziologické střevní flóry u cirhotiků, mohou zlepšit minimální jaterní encefalopatii, jaterní funkci snížit hladinu endotoxinu a riziko infekce.

Práce byla podpořena Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR (NR 9116–3)

Serotonin – nový marker kardiovaskulárneho rizika?

Pytliak M., Tajtáková M., Mechírová V., Vargová V., Moščiň P.

Ústav pre bakalárske a magisterské štúdiá a I. interná klinika LF UJPIŠ a FN LP, Košice, Slovenská republika

Serotonin je ubikvitárny monoamín, ktorý sa spolupodieľa na neurotransmisii a agregácii trombocytov. Serotonin má za fyziologických podmienok vazodilatačný efekt, pôsobením na endotelové bunky cestou svojich receptorov. Pri endotelovej dysfunkcii a zvlášť pri ruptúre aterosklerotického plátu dochádza k jeho prieniku cez stenu cievy, kde potom iniciuje kontrakciu hladkosvalových buniek média. Navyše zvyšuje agregabilitu trombocytov. Týmto mechanizmami pravdepodobne ovplyvňuje mikrocirkuláciu v koronárnych artériách a podieľa sa na vzniku a rozvoji infarktu myokardu. Na druhej strane je už pomerne dlho známa korelácia medzi nízkymi sérovými koncentráciami serotonínu a výskytom depresie a zvýšený výskyt kardiovaskulárnych ochorení u pacientov s depresiou. Vo svetle týchto poznatkov bolo cieľom našej práce porovnať koncentrácie serotonínu v skupine pacientov s infarktom myokardu pre-

konaným v skorom dospelom veku (do 45 rokov) so sérovými koncentráciami serotonínu pacientov s depresiou a s kontrolnou skupinou.

Metódy: Sérové koncentrácie serotonínu boli stanovované metódou RIA (DRG Instruments GmbH).

Výsledky: Pacienti s prekonaným infarktom mali signifikantne vyššie koncentrácie serotonínu ako pacienti v kontrolnej skupine ($p < 0,01$). Naopak, pacienti s depresiou mali koncentrácie serotonínu signifikantne nižšie ako v kontrolnej skupine ($p < 0,01$).

Záver: Zmenené koncentrácie serotonínu sú jedným z rizikových faktorov skorého vzniku a rozvoja aterosklerózy a mohli by sa použiť v diagnostike skorej restenózy po PCI.

Chronická myeloidná leukémia – výhody a úskalia monitorovania pomocou kvantitatívnej RT-PCR

Rohoň P., Rožmanová Š., Faber E.

Hemato-onkologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Chronická myeloidná leukémia (CML) je zaradená medzi myeloproliferatívne ochorenie charakterizované prítomnosťou Ph chromozómu, ktorý vzniká recipročnou translokáciou $t(9;22)(q34;q11)$. Dôsledkom tejto cytogenetickej zmeny je prítomnosť fúzneho génu BCR-ABL, ten kóduje chimérický proteín s konštitutívne zvýšenou tyrozínkinázovou aktivitou. Jeho podiel na patogenéze CML a výslednom leukemickom fenotype buniek je v súčasnosti považovaný za kľúčový. Najcitlivejšou detekčnou metódou, ktorá odhaľuje prítomnosť génovej aberácie, je reverzná transkriptázová PCR (RT-PCR). Nárast a vysoká hladina BCR-ABL transkriptov signalizuje zlú odpoveď na liečbu, pokles a nízka hladina ukazujú dobrú odpoveď. Metóda kvantitatívnej RT-PCR umožňuje posudzovať množstvo transkriptu presnejšie a klinikovi poskytuje lepšiu orientáciu vo vývoji CML. Zachytáva tiež pacientov, ktorí sa pri liečbe inhibítormi tyrozínkináz (imatinib mesylát) stávajú rezistentnými k tejto modalite a smeruje vyšetrovanie k odhaľovaniu jej príčin – v súčasnosti najmä detekcia fosforylačného stavu proteínu CRKL, príp. expresný profil génu WT1.

Diagnostika invazívnych mykotických infekcií u imunosuprimovaných pacientov

Rusiňáková Z., Rohoň P., Faber E., Kohnová I., Papajík T., Indrák K.

Hemato-onkologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Invazívne mykotické infekcie postihujú predovšetkým pacientov s alteráciou imunitných mechanizmov. Ich priebeh je spojený s veľmi vysokou mortalitou, preto je nevyhnutná včasná a rýchla diagnostika. Súčasná paleta diagnostických postupov je široká, žiaľ, s výnimkou priameho kultivačného potvrdenia mykotického agens nie je dostupný všeobecnejší diagnostický test. Na našom pracovisku sa z oblasti mykóz zaujíma predovšetkým o invazívnu aspergilózu (IA). Novým pohľadom na jej určovanie je detekcia sérového galaktomannanu. Je to tepelné stabilný heteropolysacharid bunkovej steny *Aspergillus* a *Penicillium species*. Imunoreaktívne časti molekuly sú bočné reťazce galaktofuranozylových podjednotiek. Detekcia tejto molekuly v sére by mohla predstavovať spresnenie a zrýchlenie diagnostiky IA. Cieľom prezentácie je ukázať naše skúsenosti s touto metódou, využíva sa komerčná súprava Platelia ELISA (BioRad), ale taktiež poukázať na interpretačné úskalia danej metodiky.

Je naša prepúšťacia správa kvalitná?

Salmáš J., Belan P., Murín J.

I. interná klinika LF UK a FNŠP, Bratislava, Slovenská republika

Cieľ: Prepúšťacia správa (PS) je nástroj v zabezpečení kontinuity starostlivosti o pacienta. Analýza kvality PS prostredníctvom dotazníka pre praktických lekárov a interného auditu našich PS.

Súbor: Kongres praktických lekárov roku 2005, 50 dotazníkov s otázkami o kvalite PS, obdržali sme 11 vyplnených dotazníkov (22 %). Interný audit našich PS (spolu 42, ženy: 24, muži: 18), obdobie XI/04–II/05.

Výsledky: Praktickí lekári: informačná hodnota PS klesá v poradí interná klinika – interné oddelenie – geriatria – chirurgia. Chýbajúce údaje v PS: meno odborníka a jeho číselný kód (73 %), výška, telesná hmotnosť, BMI a posledné laboratorne vyšetrenia (zhodne 36 %), geriatrické zhodnotenie pacienta (27 %), nedostatočné poučenie o liečbe (18 %). S chybami v preskripcii a odporúčaníach liečby sa stretáva až 64 % opýtaných. Nereálne či neuskutočniteľné požia-

davky ústavných lekárov udával každý praktický lekár. Nedostatky podľa interného auditu: chýbanie číselného vyjadrenia fyziologických hodnôt laboratórnych vyšetrení (71 %), chyby v demografických údajoch (67 %), časových údajoch ohľadne pobytu pacienta v nemocnici (57 %), chýbanie gynekologickej anamnézy (46 %), nekvalitné informácie o abúzoch (36 %) a rodinnej anamnéze (33 %).

Záver: Dnešné zdravotníctvo charakterizuje presun zdravotnej starostlivosti do ambulantnej sféry a starnúca populácia. V nemocnici diagnostikujeme ochorenie/komplikáciu a započneme s liečbou. Prepúšťacia správa je potom dôležitým pasportom pre prepojenie ústavnej a ambulantnej starostlivosti. Jej obsah a odporúčanie výrazne ovplyvňujú kvalitu zdravotnej starostlivosti.

Primární hyperparatyreóza – léčba a její úskalí

Starý K.¹, Linhartová M.², Prášek J.³

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

² Chirurgická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

³ Klinika nukleární medicíny LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Primární hyperparatyreóza je relativně vzácné onemocnění s incidencí 42/100 000 obyvatel. Výrazně častěji postihuje ženy a věk pacientů bývá většinou přes 50 roků. K diagnóze nás vedou klinické příznaky pacienta stejně jako biochemická a zobrazovací vyšetření. Nalezneme-li adenom příštítného tělíska jako zdroj pro primární hyperparatyreózu, získáme pro operátora rámcovou představu o požadované resekcii. V části případů jsme si však jisti diagnózou natolik, že je třeba indikovat explorační i před operací nenalezeného adenomu. Takové výkony patří jen těm nejzkušenějším operátorům a centralizace výkonů je jistě nezbytná. Na třech komplikovaných pacientech budu prezentovat výsledky využití γ -navigace při resekcii adenomu příštítného tělíska.

Využitie pozitronovej emisnej tomografie (PET) pre hodnotenie viability myokardu

Straka J., Lacko A., Bestvina D., Urban M.

Interná klinika ÚVN, Ružomberok, Slovenská republika

Cieľ: K hlavným zobrazovacím technikám na určenie energetického metabolizmu okrem magnetickej rezonancie patria radionuklidové metódy. Pomocou pozitronových žiaričov biogénnych prvkov možno vyšetriť metabolizmus myokardu (glukóza, mastné kyseliny atď) a kvantifikovať regionálny prietok krvi myokardom. Najvýznamnejšie postavenie pri posudzovaní viability myokardu má pozitronové radiofarmakum ^{18}F FDG, ktoré sa selektívne vychytáva v ischemickom tkanive myokardu. Cieľom je overiť prínos uvedenej metódy.

Súbor: Naš súbor tvorí 50 chorých (priemerný vek 60 rokov) vyšetrených jednak perfúznou scintigrafiou SPECT s $^{99\text{m}}\text{Tc}$ tetrofosmínom (záťažová a pokojová scintigrafia) súčasne s vyšetrením viability ^{18}F FDG (fluorodeoxyglukózou). išlo o chorých na ICHS, stav po prekonanom IM, bola vykonaná koronarografia. Kombináciu vyšetrenia prietoku a metabolickej aktivity (SPECT/PET) sme využili na posúdenie viability myokardu. Pri perfúznej poruche a potvrdení viability je významná nezhoda („mismatch“) u týchto dvoch vyšetrení (znížená perfúzia, zachovanie metabolizmu). Zhoda vo vymiznutí metabolickej aktivity a zároveň perfúzie svedčí pre neviabilný myokard.

Výsledky: U 34 pacientov bola zistená zhoda SPECT/PET svedčiaca pre neviabilný myokard. U 16 pacientov nezhoda SPECT/PET svedčiaca pre viabilný myokard. U 15 pacientov bolo súčasne vykonané i ^{201}Tl chlorid scintigrafické vyšetrenie s podobným nálezom ako pri SPECT vyšetrení s $^{99\text{m}}\text{Tc}$ tetrofosmínom. Tu tiež bolo treba na vyšetrenie viability myokardu využiť ^{18}F FDG.

Záver: Rozpoznanie viabilného myokardu umožní klinickému kardiológovi určenie ďalšieho postupu a optimálnej liečby. Pri zistení viabilného myokardu by sa nemalo váhať s revaskularizačným zákrokom.

Febrilný stav – závažný diagnostický problém

Strmeňová S., Tomášková V., Mokán M.

I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Febrilné stavy nie sú zriedkavými javmi súčasnej klinickej praxe. Uvádzame kazuistiku zložitého diagnostického procesu febrilit nejasnej etiológie. V našej kazuistike prezentujeme 57-ročného pacienta s dlhotrvajúcimi teplotami ne-

jasnej etiologie, s anamnézou diabetes mellitus na diete, s komorovou extrasystoliou v liečbe betablokátorom, prijatého na kliniku koncom 6/05 pre takmer denné subfebrilie až febrilie nejasnej etiologie bez triašky, trvajúce približne od polovice 4/05, dobre reagujúce na antipyretickú liečbu. Za toto obdobie schudol približne 10 kg, pritom dyspeptické ťažkosti nemal. V apríli 2005 dvíhal v práci ťažký motor (350 kg) a odvtedy 2 dni nemohol chodiť, udával pobolievanie v krížovej oblasti s prevahou vľavo, bolestivosť v oboch bedrových kĺboch, vo vnútorných abduktoroch a intermitentne podbruška. Ťažkosti s močením nemal, stolica bola bez patologických prímies so sklonom k obštipácií. Počas hospitalizácie pacient kompletne vyšetrený, na dlhodobej kombinovanej ATB liečbe s postupným ústupom febrilit, poklesom zápalovej aktivity. Realizované CT a NMR vyšetrenie potvrdilo známky kostnej deštrukcie v oblasti symfýzy a pubických kostí komplikovanej abscesmi a flegmónou priľahlých štruktúr s následkami v zmysle osteolýzy a fibrotizácie priľahlých mäkkých štruktúr. Po prepustení pacient v sledovaní ortopéda s postupnou regresiou nálezu, s normálnymi hodnotami zápalovej aktivity v rehabilitačnej starostlivosti. Cieľom našej prednášky je poukázať na jednu z možných, aj keď menej častých príčin febrilného stavu.

Indukce mírné hypotermie u nemocných po srdeční zástavě: nová naděje

Škulec R., Bělohávek J., Kovárník T., Dytrych V., Pšenička M., Horák J., Aschermann M., Linhart A.

II. interní klinika kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN, Praha

Srdeční zástava je katastrofa spojená s vysokou mortalitou (70–98 %) a špatnou prognózou. Příznivý neurologický výsledek bývá dosažen pouze u 10–15 % pacientů. Průlomem je léčba indukci mírné hypotermie (MH). Přesto jde o doposud zřídka používanou proceduru a použití MH bylo hodnoceno pouze u relativně stabilních nemocných.

Cíl: Zhodnotit účinnost indukce MH u nemocných po srdeční zástavě hospitalizovaných na II. interní klinice kardiologie a angiologie VFN Praha.

Metodika: Provedli jsme retrospektivní analýzu všech pacientů indikovaných k indukci MH po srdeční zástavě a hospitalizovaných na naší klinice od listopadu roku 2002 do prosince roku 2005. MH byla indukována co nejdříve po obnovení spontánní cirkulace na cílovou teplotu pod 34 °C a udržována v rozmezí 23–34 °C po dobu 12 hodin.

Výsledky: K léčbě MH bylo indikováno 46 pacientů, cílové teploty < 34 °C bylo dosaženo u 40 nemocných (tato skupina je dále analyzována). Průměrný věk byl 66,7 ± 12,1 let, 64 % byli muži. Nejčastější příčinou srdeční zástavy byl akutní infarkt myokardu (55 %). Iniciální rytmus byla v 59 % fibrilace komor, méně často asystolie (19 %), elektromechanická disociace (17 %) či neznámý rytmus (5 %). 23 pacientů splňovalo před zahájením MH kritéria kardiogenního šoku, 17 dalších bylo relativně stabilních. Celková hospitalizační mortalita všech nemocných byla 38 %. Příznivý neurologický výsledek byl dosažen u 74,5 % pacientů. Hospitalizační mortalita nemocných s kardiogenním šokem byla 52 %, zatímco pacientů bez šoku 24 % ($p = 0,063$). Příznivý neurologický výsledek byl pozorován u 70 % nemocných s kardiogenním šokem a u 76 % pacientů bez šoku ($p = 0,627$). Nejčastější komplikací bylo navození relativní hypovolémie, hypotenze, bradykardie a snížení srdečního výdeje.

Závěr: Indukce MH u nemocných po srdeční zástavě je bezpečná, jednoduchá a účinná metoda, která vede k výrazné redukci rizika neurologického deficitu a pravděpodobně i mortality. U pacientů s kardiogenním šokem přítomným před zahájením MH byla mortalita očekávaně vyšší než u nemocných bez kardiogenního šoku, příznivý neurologický výsledek však byl dosažen s vysokou četností a srovnatelně v obou skupinách. MH lze tedy použít i u takto kriticky nemocných.

Racionální diagnostika karcinomu pankreatu

Špáníková A.¹, Procházka V.², Havlík R.³

¹ Lékařská fakulta UP, Olomouc

² II. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

³ I. chirurgická klinika LF UP a FN, Olomouc

Úvod: Karcinom pankreatu je jedním z nejagresivnějších maligních onemocnění se stále stoupající incidencí a extrémně špatnou prognózou. Představuje více než 10 % malignit trávicího ústrojí a více než 3 % všech zhoubných onemocnění. Vysoká agresivita, pozdní diagnostika a málo účinná léčba řadí karcinom pankreatu mezi nádory s nejhorší prognózou. Pro resekabilitu i pro prognózu je rozhodující včasné určení diagnózy a stanovení stagingu, které se opí-

raji o výsledky zobrazovacích metod. I přes použití nejmodernějších technologií je předoperační diagnostika tohoto nádoru někdy obtížná.

Cíl: Cílem projektu bylo zhodnocení racionality a účinnosti diagnostiky, a její vliv na léčbu karcinomu pankreatu a s ní související prognózou pacientů s karcinomem pankreatu.

Metodika: Po vyhledání pacientů s diagnózou karcinom pankreatu, hospitalizovaných v období od 1. 10. 2004 do 30. 9. 2005 na II. interní klinice LF UP a FN a I. chirurgické klinice LF UP a FN Olomouc, byla zpracována jejich dokumentace se zaměřením na diagnostický postup a léčbu. Do studie bylo zahrnuto celkem 71 pacientů.

Výsledky: První diagnostické kroky obvykle směřují k objasnění symptomatologie přivádějící nemocného k lékaři. Při abdominálním diskomfortu a bolestech v epigastriu spojených s hubnutím, je prvním vyšetřením ultrasonografie, která může prokázat karcinom jako nehomogenní hypoechogenní masu. Při ikteru následuje po orientační ultrasonografii metoda ERCP, která byla provedena u 46 pacientů s nálezem stenózy nebo obstrukce pankreatického vývodu se stop v náplni. ERCP umožní aspiraci pankreatického sekretu k cytologickému vyšetření. Zavedení drenáže žlučových cest při jejich stenóze umožní v průběhu ERCP řešit ikterus a případně cholangitidu. Velký význam v diagnostice chorob pankreatu má endoskopická ultrasonografie (EUS). Pokud je EUS doplněna odběrem tkáně k cytologickému nebo histopatologickému vyšetření metodou tenkojehlové aspirace, je předoperační diferenciální diagnostika nej přesnější. Bylo jí vyšetřeno 9 pacientů. CT vyšetření, kterým bylo vyšetřeno 61 pacientů, stanoví rozsah tumoru, odhalí jaterní metastázy a důkladně popíše subhepatální krajinu včetně uzlin a vztahu k velkým cévám. Lepší zobrazení měkkých tkání i bez podání kontrastní látky i. v. nabízí metoda MRI. Touto metodou bylo vyšetřeno 22 pacientů. MRCP je neinvazivní metoda, která je indikována u pacientů, u kterých nemůže být ERCP provedeno, využívá zobrazení s potlačením signálu tuku, které zvyšuje kontrast mezi vysokým signálem stacionární tekutiny a okolních tkání. Využitím zobrazení 3D můžeme získat pohled na biliární a pankreatický systém z různých uhlů. Tato metoda byla použita v 5 případech. Metoda PET, použitá celkem 4krát, hodnotí metabolickou aktivitu nádorové tkáně. Je nejcitlivější metodou k detekci metastáz, které nejsou diagnostikovatelné jinými zobrazovacími technologiemi. Karcinom pankreatu byl histologicky verifikován u 48 pacientů, resekce byla provedena u 10 pacientů, paliativní operace byly provedeny u 17 pacientů. Ve 24 případech byl karcinom diagnostikován již ve stadiu generalizace a nebyla provedena ani laparoskopie.

Závěr: Včasná diagnostika karcinomu pankreatu má rozhodující význam pro prognózu pacienta. K určení diagnózy přispívá nejčastěji ERCP a EUS, nejlépe doplněná o aspirační biopsii. O rozsahu postižení potom CT, EUS. Jinak nedetekovatelné metastázy odhalí PET-CT. Většina karcinomů pankreatu je však diagnostikována až v pokročilém stadiu, kdy přichází do úvahy v léčebné strategii jen paliace. V našem souboru byl resekabilní karcinom u 10 ze 71 pacientů při využití nejmodernějších diagnostických postupů.

Manažment akútneho infarktu myokardu s eleváciou ST v NsP Zvolen od roku 1999

Šramková O.

Interné oddelenie, Nemocnica s poliklinikou Vaše zdravie n.o., Zvolen, Slovenská republika

Akútne koronárne syndrómy patria medzi najzávažnejšie ochorenia. Zvlášť významný je manažment akútneho infarktu myokardu s eleváciou ST segmentu (STEMI). Včasné stanovenie diagnózy a následná liečba „lege artis“ môžu pozitívne ovplyvniť nielen prognózu, ale aj mortalitu pacienta. V patogenéze STEMI zohráva kľúčovú úlohu trombóza. Prioritným cieľom liečby je dosiahnuť čo najkvalitnejšiu reperfúziu myokardu v čo najkratšom možnom časovom okne. V praxi sa rozhodujeme o podaní systémovej trombolýzy alebo o rýchlom a bezpečnom transporte pacienta do kardiocentra na realizáciu direktnéj perkutánnej koronárnej intervencie (PCI). Pri rýchlej dosažitelnosti katetrizačného sálu je priama PCI s implantáciou stentu metódou voľby. V našej práci prezentujeme manažment STEMI na Internom oddelení NsP Zvolen od roku 1999. Činnosť SÚSCCH v Banskej Bystrici umožnila efektívnejší manažment STEMI aj v podmienkach NsP Zvolen. Z analýzy nášho súboru pacientov vyplýva, že muži boli častejšie postihnutí ako ženy, a to aj v mladšom veku, pričom pacienti liečení primárnou PCI (prevezení do kardiocentra) boli v mladšom veku ako pacienti hospitalizovaní na našom oddelení, najčastejšie bol AIM spodnej steny, pričom recidívu AIM malo viac ako 20 % pacientov. Najčastejšími rizikovými faktormi boli arteriálna hypertenzia, fajčenie, hyperlipoproteinémia, diabetes mellitus, obezita. Zistili sme, že až 42 % z hospitalizovaných pacientov na našom oddelení malo v čase stanovenia diagnózy dlhé časové okno a už neboli indikovaní na reperfúznú terapiu a transport do kardiocentra. Cieľom našej práce je nielen stratifikácia rizikových pacientov, ale aj zlepšenie edukácie pacientov všeobecne tak, aby mohli byť využité všetky dostupné moderné liečebné postupy.

Stenóza tepny štěpu a hypertenze po transplantaci ledviny

Štrebl P., Zadrazil J., Horčíčka V., Al Jabry S., Krejčí K., Hrubý M., Žamboch K.

Nefrologické oddělení III. interní kliniky LF UP a FN, Olomouc

Potransplantační hypertenze je spojena se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění a je rovněž nezávislým rizikovým faktorem selhání funkce štěpu. Arteriální hypertenze po transplantaci ledviny má multifaktoriální patogenezi a je přítomna až u 90 % nemocných. V časném období po transplantaci je nejčastější příčinou vzestupu TK akutní tubulární nefropatie, rejekční epizoda nebo toxicita kalcineurinových inhibitorů. V pozdním období po transplantaci se hypertenze může manifestovat v rámci chronické potransplantační nefropatie, rekurence základního onemocnění nebo stenózy tepny štěpu. Prohypertenzní účinek kalcineurinových inhibitorů souvisí s ovlivňováním receptorů angiotenzinu II, Ca kanálů a zvýšením aktivity sympatického nervového systému. Cyklosporin A zvyšuje zpětnou resorpci sodíku v ledvinách a zásahem do tvorby vazoaktivních látek (výdej endotelinu 1, snížení tvorby NO) zvyšuje také cévní rezistenci. Stenóza tepny štěpu je přítomna u 3–10 % nemocných. Na jejím vzniku se podílí ateroskleróza a imunitní rejekční procesy. Ke klinické manifestaci dochází nejčastěji do 3 let po transplantaci. Diagnostika vychází ze správného vyhodnocení klinického obrazu a opírá se o vyšetření pomocí zobrazovacích metod, zejména duplexní ultrasonografií, renální arteriografií a případně i MRI angiografií. U 50letého nemocného byla provedena úspěšná transplantace kadaverózní ledviny. Po půl roce došlo k náhlému zhoršení funkce štěpu a ke vzestupu krevního tlaku (TK). Angiograficky byla diagnostikována stenóza renální tepny s obrazem vlasového zúžení při odstupu tepny štěpu. Stav byl řešen technicky úspěšnou PTA s následnou implantací stentu pro komplikující disekci. Po výkonu došlo k signifikantnímu poklesu kreatininemie, vzestupu diurézy a zlepšení aktuálních hodnot TK.

Tele EKG

Talafa V., Mrózek V.

Interní oddělení Nemocnice, Frýdek-Místek

Úvod: Tele EKG je metoda ambulantního monitorování srdečního rytmu ideální pro pacienty s intermitentními symptomy, kterých příčinou mohou být různé typy arytmií. Nejčastějšími indikacemi sú tieto symptómy: palpitácie, vertigo a slabosť, prekolapsové stavy, hrudný diskomfort a krátke epizódy dušnosti. Výhodou je dlhodobé ambulantné použitie k dokumentácii málo často vyskytujúcich sa symptómov, ďalej možnosť nahrávania a uchovávanía EKG záznamov a veľmi jednoduché použitie, ktoré zvládne aj starší pacient.

Súbor pacientov: Súbor tvorí 183 pacientov vyšetrených touto metódou na našom oddelení v rokoch 2002–2005, z toho 62 % žien a 38 % mužov. Priemerný vek žien bol 55 rokov a mužov 51 rokov. Najstarším pacientom bol 80-ročný muž, a naopak najmladším pacientom zase 10-ročný chlapec.

Závery: 1. Výhodné použitie u pacientov s intermitentne sa vyskytujúcimi vyššie uvedenými symptómami, ktorých príčinou môžu byť poruchy srdečného rytmu. 2. Zlepšenie diagnostiky supraventrikulárnych arytmií s možnosťou cieľenej farmakologickej, alebo invazívnej liečby. 3. Výborná kompliance pri jednoduchom použití.

Rádionuklidové metódy v diagnostike ischemickej choroby srdca

Urban M.¹, Lacko A.¹, Straka J.¹, Hruboš A.¹, Stranovská M.¹, Funiak S.², Mečiar P.³

¹ Interná klinika ÚVN, Ružomberok, Slovenská republika

² Oddelenie invazívnej kardiológie MFN, Martin, Slovenská republika

³ SÚSCCH, Banská Bystrica, Slovenská republika

Úvod: Rádionuklidové vyšetrenia kardiovaskulárneho aparátu – predovšetkým hodnotenie perfúzie a viability myokardu – patria vo svete medzi základné vyšetrovacie metódy v diagnostike ICHS. Umožňujú diagnostiku ICHS s vyššou senzitivitou i špecifitou ako samotné záťažové EKG vyšetrenie, sú vhodné predovšetkým u pacientov s neinterpretovateľným EKG – ako sú pacienti s LBBB, kludovými EKG zmenami ST segmentu, syndrómom preexcitácie, hypertrofiou LK ako i u pacientov s kardiostimulátormi, výhodné sú i u pacientov neschopných fyzickej záťaže, u ktorých možno použiť farmakologickú záťaž. Scintigrafické metódy možno použiť i v stratifikácii pacientov s už známou ICHS, prínosné je predovšetkým hodnotenie viability myokardu pred zvažovanou revaskularizáciou.

Metodika: Základným fyzikálnym princípom scintigrafie je premena fotónov žiarenia na žiarenie svetelné (scintilácia) a potom na elektrický impulz. Pomocou detektoru scintilačnej kamery môžeme presne lokalizovať miesto vzniku

absorbovaného fotónu žiarenia. Pri SPECT (single photon emission computed tomography – jednofotónová emisná počítačová tomografia) vyšetrení sa pootáčajú detekčné hlavy kamery okolo vyšetrovanej oblasti, z projekcií uložených v pamäti počítača sa rekonštruje trojrozmerný obraz zvolenej vrstvy. Hradlový SPECT (gated SPECT) je metóda, pri ktorej sa súčasne zaznamenáva EKG signál, srdcový cyklus tak možno rozdeliť na systolu a diastolu, určiť ejekčnú frakciu ľavej komory a posúdiť prípadnú poruchu kinetiky stený LK. Súčasne tak možno hodnotiť perfúziu i funkciu ľavej komory. Pri vyšetrení perfúzie myokardu boli použité technécium značené rádiofarmaká [^{99m}Tc -MIBI (metoxyizobutylizonitil) a ^{99m}Tc -TF (tetrofosmin)], uvedené látky prenikajú do myocytov a viažu sa na mitochondrie v závislosti od perfúzie myokardu. Úvodom sa vykonala záťažová scintigrafia a podľa výsledku ev. i kľudová scintigrafia za účelom posúdenie reverzibility poruchy perfúzie.

Vlastná práca: Vo vlastnom súbore 64 pacientov sme použili scintigrafiu myokardu ako metódu voľby v primodiagnostike ICHS, poruchu perfúzie sme hodnotili pomocou skórovacieho systému – tzv. summed stress score (SSS), následne boli pacienti na základe scintigrafického nálezu odoslaní na koronarografické vyšetrenie. Hodnotili sme senzitivitu a špecificitu SPECT vyšetrenia v porovnaní so samotným záťažovým EKG vyšetrením v diagnostike ICHS, ako „zlatý štandard“ bola použitá koronarografia realizovaná na intervenčných kardiologických pracoviskách (zúženie lúmenu artérie o 50 a viac % bolo hodnotené ako signifikantné pre ICHS). Záťažová scintigrafia sa ukázala ako citlivejšia metóda v diagnostike ICHS v porovnaní s klasickým záťažovým EKG testovaním. Umožňuje tak diagnostiku ICHS s vyššou senzitivitou i špecificitou. Senzitivita scintigrafie v primodiagnostike ICHS v našom súbore bola 92 % a špecificita 80 %. Senzitivita bola ovplyvnená predovšetkým nižšou toleranciou fyzickej záťaže a špecificita zase atenuačnými artefaktami (defekty perfúzie vplyvom oslabenia žiarenia v tkanivách). Senzitivita vyšetrenia závisí i od počtu postihnutých koronárnych ciev. Záťažové skóre (SSS) napomáha v posúdení veľkosti perfúzneho defektu. SPECT vyšetrenie je výhodné predovšetkým u pacientov so strednou predtestovou pravdepodobnosťou ICHS. Scintigrafia má vysokú negatívnu prediktívnu hodnotu v diagnostike ICHS, širšie využitie scintigrafických metód v bežnej klinickej praxi tak môže ušetriť pacienta zbytočnej koronarografie.

Aspirinová rezistencia mēřená agregometrií s kationickým propylgalátem a rekurence kardiovaskulárních příhod během čtyřletého sledování

Václavík J.¹, Stejskal D.^{1,2}, Lačňák B.¹, Prošková J.², Lázarová M.¹

¹ Interní oddělení Nemocnice, Šternberk

² Oddělení laboratorní medicíny Nemocnice, Šternberk

Úvod: Aspirinová rezistencia je zřejmě důležitým prognostickým faktorem u pacientů s kardiovaskulárními onemocněními, ale zatím chybí standardizovaná metoda jejího měření a existují jen omezená data o jejích klinických důsledcích.

Metodika: Prospektivně bylo sledováno 103 pacientů (medián věku 64 let) po akutním koronárním syndromu (AKS) bez ST elevací, kteří užívali 100 mg kyseliny acetylsalicylové (ASA) denně. 7–10 dní po začátku AKS a po 3, 12, 24, 36 a 48 měsících byla optickým agregometrem stanovena spontánní agregabilita trombocytů a agregabilita po indukci kationickým propylgalátem (CPG). Dostatečná odpověď na ASA byla definována jako spontánní agregabilita < 5 % a slope agregační křivky po indukci < 53 %/min.

Výsledky: Mezi pacienty s AKS byla prevalence aspirinové rezistence významně vyšší (55 %) než v kontrolní skupině zdravých dobrovolníků (4 %) ($p < 0,01$), byla rovněž čtenější u pacientů s hypertriacylglycerolemií, se sníženým HDL, kuřáků a diabetiků 2. typu. Jediné vyšetření destičkové agregometrie bylo dostačující k detekci ASA rezistentních pacientů. Během čtyřletého sledování došlo u 88 % pacientů s ASA-rezistencí a 46 % pacientů bez ASA rezistence k recidivě kardiovaskulární příhody ($p < 0,01$). Výskyt ASA rezistence byl významně vyšší u pacientů s rekurencí KV příhody ve srovnání s pacienty bez rekurentních KV příhod (72 % vs 8 %, $p < 0,01$).

Závěr: Výskyt aspirinové rezistence je častější u pacientů s akutními koronárními syndromy a některými metabolickými rizikovými faktory. Pacienti s aspirinovou rezistencí mají významně větší tendenci k recidivám kardiovaskulárních příhod.

Pracovní skupina mladých internistů (Young Internists Group) Evropské federace interní medicíny (EFIM) se představuje

Václavík J.

Interní oddělení Nemocnice, Šternberk

Dne 1. 9. 2005 byla v průběhu 5. sjezdu Evropské federace interní medicíny (EFIM-5) v Paříži založena Pracovní skupina mladých internistů. Cílem této skupiny je vytvořit a postupně zvětšovat síť mladých internistů napříč Evropou,

která by usnadnila vzájemnou kooperaci, výměnu myšlenek a zkušeností. Bude se snažit napomoci snahám EFIM v „revitalizaci interní medicíny“ jako oboru, který i přes zaměření na jednotlivé medicínské problémy dokáže vnímat pacienta jako celek, snahám o obnovení role internisty jako manažera, koordinátora a konzultanta probíhajícího diagnostického a léčebného procesu. Chtěla by se spolupodílet na organizaci postgraduálního vzdělávání, pomoci sjednotit nebo alespoň přiblížit vzdělávací programy a požadavky na nutné znalosti internistů v Evropě, stejně jako rozšířit možnosti uskutečňování výměnných vzdělávacích pobytů mladých lékařů a podporovat mezinárodní klinický výzkum. Přípravuje se vytvoření internetového fóra této pracovní skupiny, které by usnadnilo navazování kontaktů a další spolupráci. Velmi rádi bychom rovněž pokračovali a prohloubili tradici Letních škol interní medicíny (ESIM), které by se mohly stát místem každoročního setkávání členů pracovní skupiny.

Poztrátová anémie jako vzácný projev sklerotizující mezenteritidy

Varga M., Kojecský V., Roubalík J.

Interní klinika IPVZ, Baťova krajská nemocnice, Zlín

Sklerotizující mezenteritida je vzácné zánětlivé onemocnění mezenteria, jehož etiologie je nejasná. Nejčastěji se projevuje bolestmi břicha nebo bývá zjištěno náhodně při nálezů břišní masy. Prvním projevem mohou být rovněž komplikace, jako např. obstrukce zažívacího traktu. Anémie nepatří mezi typické projevy. Popisujeme případ 61letého pacienta se sklerotizující mezenteritidou, jejíž hlavním projevem byla sideropenická anémie. Pacient byl původně vyšetřován pro abdominální diskomfort a pro suspiciem na tumor céka byla provedena laparotomie s následnou histologickou verifikací mezenteritidy. Během jednoho roku od stanovení diagnózy se rozvinula sideropenická poztrátová anémie s extrémně nízkými zásobami železa přes jeho intenzivní substituci. Podrobným vyšetřením byl jako jediný zdroj krevních ztrát identifikován zažívací trakt – prosáknutí stěny s četnými angiodysplaziemi a varixy v tračníku. K jejich vzniku došlo během posledního roku následkem fibrotizujícího zánětu mezenteria se sekundárními změnami mezenterických cév. Krevní ztráty přes perorální substituci železa převyšovaly erytropoetické rezervy organismu a progredující anémie si vyžádala opakované transfuze. Onemocnění má při sledování progredující průběh, proto byla zahájena léčba kortikosteroidy a imunosupresivy. I když je sklerotizující mezenteritida uváděna obecně jako benigní nemoc, při progredujícím průběhu její komplikace významně mění jinak příznivou prognózu a zhoršují kvalitu života.

Farmakoterapia akútne dekompenzovaného srdcového zlyhávania na KJ MFN

Záborská J.¹, Kňazej M.²

¹ Farmaceutická fakulta, Katedra farmakológie a toxikológie UK, Bratislava, Slovenská republika

² I. interná klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Úvod: Akútne dekompenzované srdcové zlyhávanie je jedným z najčastejších syndrómov v urgentnej medicíne s veľmi zlou prognózou. Pre tento syndróm je charakteristická polyfarmakoterapia.

Cieľ: Zhodnotiť farmakoterapiu u pacientov hospitalizovaných pre akútne dekompenzované srdcové zlyhávanie.

Súbor a metodika: Retrospektívne sme analyzovali liečbu pacientov hospitalizovaných na I. internej klinike MFN pre akútne dekompenzované srdcové zlyhávanie v období od januára roku 2004 do marca roku 2006. Súbor tvorilo 45 (27 žien) pacientov s mediánom veku 75 (51 – 90) rokov, EF LK $35,6 \pm 9,6$ %. Všetci pacienti boli pri hospitalizácii v triede NYHA IV. Priemerná dĺžka hospitalizácie bola $13,6 \pm 8$ dní. Základnou diagnózou bola ischemická choroba srdca u 37 (82,2 %), dilatačná kardiomyopatia u 6 (13,3 %) a choroba chlopní u 2 (4,4 %) pacientov.

Výsledky: Počas akútnej terapie bol použitý morfin u 42,2 %, hydrokortizón u 66,6 %, aminofylín u 66,6 %, urapidil u 28,9 % a nitroglycerín u 22,2 % pacientov. Intravenózne bol podaný furosemid v bolusovej dávke u 91 % pacientov. Priemerná denná dávka furosemidu bola $357 \pm 249,5$ mg. Až u 82,2 % pacientov bola bolusová dávka vyššia ako odporúčaná. Kanreoát draselný bol podaný u 20 % pacientov, u týchto pacientov sa prejavil štatisticky významný ($p < 0,05$) pokles priemernej dávky súčasne podaného furosemidu. Infúzia izosorbiddinitrátu sa použila u 40 % pacientov v priemernej dávke 3 mg/hod. Kaptopril sublingválne užilo 13,3 % pacientov v priemernej dávke $29,2 \pm 9,3$ mg. Antikoagulačnými boli podané u 75,5 % pacientov. Inotropnú podporu vyžadovalo 28,8 % pacientov (dobutamín 8,8 % v priemernej dávke $9,3 \pm 2,6$ µg/kg/min, dopamín 22,2 % v priemernej dávke $4,0 \pm 1,3$ µg/kg/min, levosimendan 4,4 % v dávke 0,1 µg/kg/min a u jedného pacienta – 2,2 % – s predchádzajúcim bolusom 12 µg/kg/min počas 10 minút a noradrenalin – 2,2 %). Dopamín u 13,3 % pacientov bol použitý v nízkej renálnej dávke. Digoxín bol pri prijíme podaný

u 68,8 %, při prepustení ho užívalo 62,2 % pacientů v průměrné denní dávce $0,123 \pm 0,04$ mg. Všichni pacienti při prepustení užívali perorálně furosemid. Počas prvých 24 hodin hospitalizácie alebo pri prepustení užívalo spironolaktón 48,8 % vs 58,7 %, betablokátory 62,2 % vs 91,1 %, ACEI 66,6 % vs 84,4 % a blokátory receptorů angiotenzínu II (sartany) 8,8 % vs 4,4 % pacientů. Použité betablokátory boli neretardovaný metoprolol, bisoprolol a karvedilol. Při prepustení průměrné dávky boli u metoprololu $66,7 \pm 50,9$, bisoprololu $2,7 \pm 1,3$ a karvedilolu $20,8 \pm 5,9$ mg. Na metoprololu bolo 13,3 %, na bisoprololu 71,1 % a na karvedilolu 6,7 % pacientů. ACEI užívalo při prepustení v maximálních odporůčaných dávkach 22,2 % pacientů. Až 64,4 % bolo na perindoprilu, ktorého průměrná denní dávka bola $4,6 \pm 2,3$ mg. Z týchto pacientů len 27,6 % užívalo maximálnu odporůcanú dávku perindoprilu. Ani u jedného pacienta nebola použitá kombinácia ACEI a sartan. Na kombinácii diuretikum, betablokátor a ACEI/sartan bolo při prepustení 77,7 % pacientů. Počas prvých 24 hodin hospitalizácie alebo pri prepustení na liečbu základných sprievodných ochorení užívalo warfarín 11,1 % vs 22,2 %, antiagreganciá 57,7 % vs 68,8 %, amiodaron 13,3 % vs 20 %, statíny 31,1 % vs 51,1 %, nitráty 22,2 % vs 28,9 %, molsidomín 33,3 % vs 24,4 %, trimetazidín 35,5 % vs 42,2 %, dihydropyridínové kalciové blokátory 13,3 % vs 26,6 %.

Záver: V súlade o odporůčaniami EKS konštatujeme nedostatky v používaní a dávkovaní intravenózneho furosemidu a vazodilatancií. Používanie ACEI/sartanov a betablokátorů při prepustení je vysoko nadprůměrné, ich používané dávky sú nízke, ale vzhľadom na stav pacientů sú väčšinou opodstatnené. Preskripcia spironolaktónu by mala byť u týchto pacientů vyššia.

Léčba thalidomidem (režim CTD) u refrakterního/relabujícího mnohočetného myelomu

Zemanová M.¹, Minařík J.¹, Pour L.², Hájek R.², Bačovský J.¹, Ščudla V.¹ za Českou myelomovou skupinu

¹ III. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

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

Úvod: Mnohočetný myelom (MM) patří dosud mezi nevléčitelná maligní onemocnění kostní dřeně. V terapii MM je v současné době k dispozici několik nových preparátů, mezi nimi i thalidomid, který je využíván jednak pro své antiangiogenní působení, jednak byly prokázány i jeho účinky imunomodulační a „antimyelomové“, přisuzované zejména schopnosti indukovat apoptózu. V mnohých zahraničních studiích byla popisována účinnost thalidomidu jak v monoterapii, tak i v kombinaci s jinými léky, nejčastěji s dexametazonem. Velmi dobré výsledky přinesla i kombinace s cyklofosfamidem (San Miguel, 2001). Česká myelomová skupina proto vypracovala schémata „CTD-junior“ (pro nemocné do 65 let) a „CTD-senior“ (nad 65 let).

Soubor nemocných: Režimem CTD bylo v době od roku 2004 léčeno 55 pacientů (27 mužů, 28 žen) s relapsem či refrakterní formou MM, věkový průměr činil 62 let (38–82). Schéma režimu „CTD-junior“: thalidomid 100–200 mg denně, cyklofosfamid 800 mg i. v. 1. den, dexametazon 40 mg 1.–4., 12.–15. den, cyklus à 21 dní. Schéma režimu „CTD-senior“: thalidomid 50–100 mg denně, cyklofosfamid 50 mg p. o. denně, dexametazon 20 mg 1.–4., 15.–18. den p. o., à 28 dní.

Výsledky: Léčebná odpověď (CR, PR a MR) byla dosažena u 80 % (45/55) pacientů (15krát MR – 27 %, 24krát PR – 42 %, 6krát nCR – 11 %). Stabilní nemoc zaznamenána u 7 pacientů (12 %) a progresu u 3 pacientů (7 %). Z nežádoucích účinků byla nejčastěji zaznamenána neuropatie DKK, ospalost, zácpa, suchost kůže a exantém, ostatní NÚ se vyskytovaly méně často. Pro vedlejší účinky bylo nutno léčbu předčasně ukončit u 5 nemocných.

Závěr: Režim CTD je nemocnými velmi dobře tolerován, případné nežádoucí účinky jsou poměrně snadno ovlivnitelné, některým lze cíleně předcházet přidruženou profylaktickou terapií. Nástup účinku je u thalidomidu pozvolný, jeho efekt přetrvává až několik měsíců po vysazení. Jednou z největších předností režimu CTD je možnost plně ambulantní léčby.

Diferenciální diagnostika nefrotického syndromu u diabetiků

Žamboch K., Zdražil J., Tichý T., Al-Jabry S., Štrébl P.

Nefrologické oddělení III. interní kliniky LF UP a FN, Olomouc

Nemocní trpící diabetem mohou být postiženi celou řadou komplikací postihujících ledviny. I když nejčastější příčinou proteinurie a renální insuficience u diabetiků je diabetická nefropatie, prevalence diabetu v populaci je vysoká, a proto se i u diabetiků můžeme setkat se stejnými nefropatiemi jako u nediabetické populace. V rozvinutých zemích

představuje diabetická nefropatie nejčastější příčinu chronického selhání ledvin. Na možnost nediabetická nefropatie musíme pomyslet u jedinců s diabetem, který trvá méně než 5 let, při rychlé progresi proteinurie, a zejména tehdy, nejsou-li při imunofluorescenčním vyšetření očního pozadí přítomny projevy diabetické retinopatie. Diabetik bývá častěji postižen také infekcemi močových cest, neurogenním močovým měchýřem, hydronefrózou a zvýšeným sklonem k nefrotoickým projevům léků nebo kontrastních látek. Nejčastější příčinou nefrotického syndromu u diabetiků je diabetická glomeruloskleróza (syndrom Kimmelstiel-Wilson). Mnohem vzácněji může být příčinou nefrotického syndromu u diabetiků membranózní nefropatie, minimální glomerulopatie, fokálně segmentální glomeruloskleróza nebo proliferativní glomerulonefritida. Membranózní nefropatie je nejčastější příčinou primárního nefrotického syndromu u dospělých nediabetiků (20–40 %). U 61leté pacientky s 6letou anamnézou DM 2. typu se manifestoval nefrotický syndrom. Rozbor moči a močového sedimentu prokázal proteinurii 6,25 g/l a mikroskopickou hematurii. Plazmatická koncentrace močoviny byla 4,6 mmol/l, kreatininemie 71 μ mol/l a clearance endogenního kreatininu 1,71 ml/s. Sekundární arteriální hypertenze byla léčena losartanem. Vzhledem ke krátké anamnéze diabetu a nepřítomnosti známek diabetické retinopatie na očním pozadí byla indikována biopsie ledviny. Histologickým vyšetřením byla prokázána membranózní nefropatie s fokálně segmentální sklerotizací a aktivní intersticiální nefritidou.