

Blok mladých internistů

Během bloku mladých internistů zazněla vyčerpávající přednáška prof. MUDr. Jana Václavíka, Ph.D., FESC, shrnující novinky a studie z mnoha oblastí vnitřního lékařství. Právě prof. MUDr. Jan Václavík, Ph.D., FESC, byl spolu s MUDr. Janem Škrhou jr., Ph.D., předsedajícím tohoto bloku. Jednu z dalších přednášek odprezentoval doc. MUDr. Milan Sova, Ph.D., který upozornil na nejčastější chyby při hodnocení RTG hrudníku.

Novinky ve vnitřním lékařství

prof. MUDr. Jan Václavík, Ph.D., FESC

Interní a kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařská fakulta Ostravské univerzity

Kardiologie

Studie EMPEROR-Preserved s empagliflozinem prokázala efekt léčby u pacientů se zachovalou ejekční frakcí nad 40 %. Primárním cílem bylo snížení počtu kardiovaskulárních úmrtí a hospitalizací pro srdeční selhání. Výsledkem studie byla redukce výskytu těchto dvou modalit o 21 %. Účinek léku byl konzistentní u všech podskupin bez ohledu na diabetes, ejekční frakci nebo věk a pohlaví. V rámci nežádoucích účinků došlo k lehkému zvýšení výskytu močových infekcí a o něco častější hypotenzi, nejednalo se však o zásadní rozdíly v bezpečnosti léčby oproti placebu. Ukazuje se, že empagliflozin má i protektivní účinek na ledviny.

Studie EAST-AFNET 4 hodnotila, zda má smysl u pacientů s recentně vzniklou fibrilací síní vertovat a udržovat u nich sinusový rytmus. Primární cíl složený z kardiovaskulárních příhod (CMP, hospitalizace pro srdeční selhání nebo akutní koronární syndrom) byl u takto léčených pacientů snížen o 21 %. Strategie časně kontroly rytmu je proto lepší než obvyklá péče (většinou kontrola frekvence) a nemá žádné zásadní nežádoucí účinky.

Vyšla také nová doporučení pro měření tlaku. I v ordinacích se doporučuje měření tlaku validovanými elektronickými tonometry. Dále také konstatují, že pokud má pacient v ordinaci vysoký normální tlak, může se jednat o maskovanou hypertenzi, a naopak u mírné hypertenze může jít o syndrom bílého pláště. V obou těchto případech je doporučeno buď ambulantní, nebo domácí monitorování tlaku.

Nefrologie

Studie STARRT-AKI hodnotící časně zahájení dialýzy u akutního renálního poškození. Ukázalo se, že časně zahájení dialýzy smysl nemá, protože úmrtnost a délka hospitalizace zůstaly u obou skupin stejné a zároveň závislost na dialýze byla častější u časně dialyzovaných.

Gastroenterologie

V diagnostice celiakie výsledky ukazují, že titry protilátek IgA proti tkáňové transglutamináze >10x ULN mají silnou prediktivní hodnotu pro identifikaci dospělých s celiakií. Pokud má pacient takto vysoké protilátky, zřejmě nebudeme muset provádět biopsii.

Při léčbě divertikulitidy perorálními antibiotiky je používán buď metronidazol s chinolonem, nebo amoxicilin-klavulanát. Analýza dvou

velkých amerických pojišťoven ukázala, že menšina (11 %) pacientů léčených amoxicilinem s klavulanátem měla stejně dobré výsledky léčby, ale nižší riziko komplikací a klostridiové infekce.

Studie ATTIRE řešila, zda podávat albumin u všech pacientů s dekompenzovanou cirhózou. Intenzivní substituce albuminu však nevedla ke zlepšení klinických výsledků (infekce, renální dysfunkce, úmrtí), naopak byl v této skupině vyšší výskyt plicního edému.

Hepatologie/diabetologie

Ve studii 2. fáze došlo u pacientů s NASH při podávání semaglutidu k častější regresi NASH a výraznějšímu poklesu jaterních testů. Zaznamenán byl i výrazný pokles hmotnosti oproti skupině s placebem. Nežádoucích účinků bylo více u pacientů léčených semaglutidem, tyto byly hlavně gastrointestinální – nauzea, zvracení, nechutenství, snížení chuti k jídlu, případně zácpa. Zdá se, že semaglutid by mohl fungovat i jako antiobezitikum, protože u pacientů s BMI > 30 (bez DM) vedl k výraznému poklesu hmotnosti.

Další novinkou je bazální inzulin icodec určený k podávání jednou týdně, který je nyní ve vývoji. Ve srovnání s glarginem je jeho účinnost srovnatelná jak v poklesu glykovaného hemoglobinu, tak i glykemických profilech.

Pneumologie

Metaanalýza provedená expertní skupinou ESICM zjistila, že použití HFNO u pacientů s parciální respirační insuficiencí (hypoxie, bez hyperkapnie) významně snižuje riziko intubace i další eskalace respirační podpory. Další doporučení použití HFNO je u pacientů po extubaci a u oběžných po operacích srdce nebo hrudníku.

Optimální cílovou oxygenaci pacientů na JIP s parciální respirační insuficiencí zkoumala studie HOT-ICU. První skupina měla cílový parciální tlak 12 kPa, druhá 8 kPa. Obě skupiny měly srovnatelnou mortalitu, nelišil se ani počet dní bez ventilátoru, počet ischemických příhod a nežádoucích účinků. U pacientů s akutním hypoxemickým selháním je vhodné zamezit hyperoxii, a pokud je to proveditelné, udržovat cílovou periferní arteriální saturaci mezi 90 a 96 procenty.

Hematologie

Znovuzahájení antikoagulace po závažné krvácivé příhodě (GIT, intrakraniální) při podávání warfarinu nebo NOAC je u 75 % pacientů do jednoho roku od této příhody (v průměru 26 dní). Opětovné zahájení léčby je spojeno se snížením celkové mortality (46 %) a trombotických

komplikací (40 %), ale podle očekávání se zvyšuje riziko opětovného krvácení (1,9×). Tento klad je hlavně u krvácení do GIT, čistý klinický přínos po intrakraniálním krvácení je méně jistý.

Nejčastější chyby při hodnocení RTG hrudníku

doc. MUDr. Milan Sova, Ph.D.

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, FN Brno

Rentgen je levné a rychlé vyšetření s nízkou radiační zátěží. Z praktických aspektů je důležité zaměřit se na identifikaci pacienta, o jaký typ snímku se jedná a kdy byl pořízen.

V hodnocení kvality snímku používáme tzv. RIPE kritéria – rotation, inspiration, picture, exposure. Rotaci posuzujeme podle postavení klíčních kostí, které by se měly setkávat uprostřed v oblasti sternu a páteře. Expozice není v dnešní době až takový problém, často se dá upravit digitálně.

Při RTG plic popisujeme u pravé plíce horní, střední a dolní plicní pole, nesnažíme se určit jednotlivé laloky, protože ty se vzájemně překrývají. Podobně je tomu i u levé plíce.

Na prostém snímku můžeme najít noduly, ložiska, konsolidace, atelektázu, nebo intersticiální změny. U atelektázy nacházíme sníženou transparenční část plíce, posun bránice, „nahuštění“ cév a bronchů, případně i posun nitrohruďných struktur směrem k postižení. Při konsolidaci (infiltraci) jde o vyplnění alveolů tekutinou, krví nebo hnisem a dochází ke snížení transparence parenchymu, ať už lokální, difúzní, nebo multifokální. Popisujeme i tzv. příznak siluety, kdy dochází k vymizení normální hranice mezi anatomickými strukturami způsobenému patologickou lézí, která na tyto struktury naléhá a sumuje se s nimi. Při difúzní infiltraci dochází k redistribuci cévní kresby, tvorbě Kerleyho B linie a fluidotoraxu. U solitárního ložiska myslíme nejčastěji na nádor, riziko tuberkulózy je u nás velmi nízké, zvažujeme ji spíše u pacientů s rizikovými faktory.

Připravila MUDr. Eva Gavendová