

8) Použití systému rotační aterektomie Silver Hawk

M. Pycliková, M. Chowanioková

Centrum vaskulárních intervencí, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

Aterektomie je odstranění aterosklerotických usazenin na vnitřních stěnách artérií, které způsobují omezení krevního průtoku. V přednášce budou zmíněny způsoby mechanické rekanalizace a především zde bude prezentován systém Silver Hawk. Tento systém se používá při léčbě aterosklerotických lézí a restenóz v periferních tepnách, dále k excizi ateromu. Nelze jej použít při nadměrné kalcifikaci tepen. Prezentován bude princip fungování systému, rovněž specifikace používaných katetrů. Důležitou součástí je příprava pacienta. Závěrem budou prezentovány ukázky intervenovaných tepen.

9) Transradiální přístup – naše zkušenosti

D. Kantorová

Intervenční a invazivní kardiologie, Nemocnice Podlesí a.s., Třinec

Cílem této přednášky je přiblížit Vám jednu z hlavních přístupových cest do koronárního řečiště – transradiální přístup, který nám umožňuje provést koronarografii či PCI.

Transradiální přístup obecně minimalizuje nároky na ošetrovatelskou péči, monitoring a má velmi nízký výskyt krvácivých komplikací.

Je preferován pacienty, jelikož zvyšuje jejich komfort během hospitalizace, umožňuje časnou dimisi a rychlé navrácení zpět do běžného života.

Rádi bychom touto cestou prezentovali zkušenosti našeho Kardiocentra s použitím tohoto přístupu.

10) Psychohygienu zdravotnických pracovníků

J. Haluzíková

Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě, Opava

III. Ostravské angiodyny



8. - 9. září 2009

Clarion Congress Hotel Ostrava

www.angiologie.cz

Abstrakta neprošla jazykovou úpravou ani autorskými korekturami.

Tisk: ARDEA grafické studio, spol. s r.o., Podkovářská 6, 190 00 Praha 9

Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí přátelé,

rok se s rokem sešel a my Vás vítáme na III. Ostravských angiodnech. Obdobně jako minulý rok jsme pro Vás připravili odborné setkání na téma ischemické choroby dolních končetin ve stádiu intermitentních klaudikací, akutní a kritické končetinové ischémie a komplexní problematiky diabetické nohy s důrazem na mezioborový přístup k diagnostice a léčbě. Oproti minulému roku jsme rozšířili počet katetrizačních sálů, ze kterých budou přenášeny živé přenosy přímo k účastníkům konference, z předešlých dvou na čtyři (Vítkovická nemocnice, Nemocnice Třinec Podlesí, FN Ostrava a VFN Praha) s možností interaktivní diskuze s intervenčním týmem. Jako vyzvaní přednášející byli osloveni špičkoví odborníci v oborech angiologie, endovaskulární terapie, cévní chirurgie a podologie, doplněné o přednášky specialistů Vaskulárního centra Vítkovické nemocnice s důrazem na vlastní praktické zkušenosti. Doufáme, že naše společné setkání naplní Vaše představy a že si z Ostravy odnesete mnoho nových poznatků pro svoji lékařskou praxi.

S pozdravem a přáním příjemně a plodně strávených kongresových dnů,

za organizační výbor

MUDr. Dušan Kučera
primář Vaskulárního centra Vítkovické nemocnice a.s.

MUDr. Petr Uhlig
ředitel Vítkovické nemocnice a.s.

Princip metody spočívá v nasazení přesného počtu sterilních laviček na povrch rany. Larvy zabezpečují dokonalé vyčištění rany od nekrotického tkániva, indukují proces hojení.

V.A.C terapie je neinvazivní, aktivní systém, který umožňuje rychle a efektivně léčbu rán. Založený je na kontrolovaném lokalizovaném podtlaku vyvíjaném přímo na ranu. Pomocou speciálního odsávacího zařízení z něj odsává prebytočný exudát a tím sa znižuje množstvo baktérii v rane. Vytváraným podtlakom sa rana uzatvára, zlepšuje sa prekrvenie pokožky a podporuje sa rast granulačného tkaniva. V.A.C. terapia je účinnou terapiou aj pri pohybe pacienta.

Súčasťou prednášky je niekoľko kazuistík.

BLOK B

7) Zdravě a přesto chutně v boji s cholesterolem

D. Kovářů

SZS a VOSZ Ostrava

V úvodu mého sdělení mi dovoluji krátké opakování základních informací, týkajících se tuků a jednotlivých tukových složek. Tuky jako jedna ze tří základních živin mají ve výživě každého z nás své nezastupitelné místo a rozhodně do jídelního lístku patří. Důležité je však vědět jak a které používat, aby měly maximální přínos pro naše zdraví. Kromě dodání energie plní v rámci fyziologie výživy celou řadu funkcí. Jednotlivé tukové složky bývají nutričně vyhodnocovány. Negativně bývají hodnoceny především nasycené mastné kyseliny a cholesterol. Ten však lidské tělo potřebuje, proto jej nelze považovat za toxickou látku. Důležité je sledovat také příjem pozitivně hodnocených tukových složek, především nenasycených mastných kyselin.

Základním rozdělením tuků z výživového hlediska je rozdělení na tuky rostlinné a živočišné, dále pak na tuky volné a vázané. U posledně jmenovaných se jedná o tuky obsažené v jiných potravinách, především v bílkovinách živočišného původu. Jsou nepřitelem číslo jedna a ne nadarmo se jim říká též tuky skryté, neboť mnoho strávníků si vůbec nevšimne, jak vysoké mohou být rozdíly mezi obsahem tuků v jednotlivých potravinách stejné kategorie. V České republice je stále většina populace ohrožena nadměrnou konzumací tuků, především živočišných, což se odráží ve statistikách kardiovaskulárních onemocnění. Potravinářský průmysl zahrnuje trh energeticky koncentrovanými potravinami s malou sytící schopností. Rovněž sortiment jednotlivých potravinových skupin je nadměrný, což přes smysly ovlivňuje naše jídelní chování. Ani jednotlivé technologické úpravy pokrmů nejsou v české kuchyni optimálně zastoupeny. Stále nadměrně smažíme a pečeme, protože máme zafixováno, že se jedná o chuťově nejpřitažlivější technologické úpravy.

Naproti tomu potraviny, které dobře zasytí při optimální energetické koncentraci stojí v pozadí, některé patří dokonce stále mezi méně známé a tudíž také nedoceňované. Zpravidla bývají doporučovány až při indikaci nízkocholesterolové diety. Tato doporučení by však měla být v rámci prevence kardiovaskulárních onemocnění výchozím standardem i pro zdravou populaci. Jedná se především o obiloviny, luštěniny, olejniny, zeleninu a ovoce. Prospěšnými látkami v nich jsou především vláknina, antioxidanty, fytoosteroly a flavonoidy.

před navazující chirurgickou intervencí jsou hospitalizováni na JIP a je u nich provedena předoperační příprava.

V den zákroku se pacient zacévkuje, je zavedena periferní žilní kanyla, vyholí se operační pole, provede se psychická profylaxe a nasadí antibiotická clona. Po výkonu pacient přijíždí zpět na JIP, kde se monitorují jeho vitální funkce, stav vědomí, operační rány, odpad z drénů, příjem a výdej tekutin, subjektivní pocity, nauzea a zvracení. Kontroluje se možný pokles v hemogramu. Operační rány se převazují každý den. Kontrolují se DKK, jejich prokrvení, případné parestézie, kontrola pulzace. Pacientovi se podávají kontinuálně vasoaktivní léky a analgetika. Součástí přednášky bude ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta.

5) Rekanalizace systémem Frontrunner®, Outback®

M. Chowanioková, S. Bašistová

ARK, Vaskulární centrum, Vítkovická nemocnice a.s., FN Ostrava

Chronické uzávěry postihují nejčastěji povrchovou stehenní tepnu. Mezi možnosti jejich léčby patří změna životního stylu, konzervativní terapie, bypass, endarterektomie, PTA, stenting, amputace.

Existují různé technologie pro endovaskulární řešení chronických totálních okluzí. V přednášce bude prezentováno použití systému Frontrunner® a Outback®. Při selhání pokusu o rekanalizaci pravého lumen vodičem je možno použít systém Frontrunner®, který svými „čelistmi“ rozruší aterosklerotický plát a vytvoří tak prostor pro zavedení klasického vodiče.

Tento vodič je zaveden pomocí mikrokatetru a pokračuje se ve standardním PTA. Mezi další možnosti patří užití systému Outback® pro subintimální rekanalizaci při selhání pokusu o intraluminální rekanalizaci vodičem/Frontrunnerem. Oba systémy jsou vysvětleny na kazuistice.

Součástí přednášky bude i příprava nemocného před výkonem a ošetření po výkonu včetně možných komplikací.

6) Nové trendy ošetrovania chronických rán u cievných pacientov

I. Dršková

Oddelenie cievnej chirurgie, FNsP Bratislava

Ošetrovanie rán u pacientov s ICHDK, alebo CHVI, je veľmi problematické a zdĺhavé. Je potrebné liečiť pacienta komplexne, teda v prvom rade odstrániť príčinu a súčasne ošetrovať ranu.

Rany sa môžu ošetrovať:

Tradičným spôsobom,

Vlhkkou terapiou,

Larvovou terapiou,

V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) terapiou

Vlhká liečba je v súčasnosti štandardným prístupom k rane so sekundárnym hojením, s potrebou vytvárania tkaniva. Táto liečba je účinná pri ošetrovaní chronických rán s problematickým hojením. K dispozícii je spektrum prípravkov na vlhkú terapiu, ktoré tvoria systém ošetrovania rán. Rana zostáva stále vlhká.

V posledných rokoch môžeme pozorovať prudký rozmach rozvoja bio-terapeutických metód a ich zavádzania do klinickej praxe. K takýmto metódam patrí i terapia sterilnými larvami.

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

7. 9. 2009: Pre-kongresový workshop, Golfový turnaj

8. - 9. 9. 2009: Hlavní program III. Ostravských angiodyn

Clarion Congress Hotel Ostrava (dříve Hotel ATOM)

Zkrácená 2703, Ostrava - Zábřeh

POŘADATEL

Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

pod záštitou České angiologické společnosti ČLS JEP

PŘEDSEDA ORGANIZAČNÍHO VÝBORU

MUDr. Dušan Kučera

primář Vaskulárního centra Vítkovické nemocnice a.s.

ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR

V. Čížek

D. Maděrič

J. Chmelo

M. Pyclíková

M. Chowanioková

K. Roztočil

D. Kučera

P. Uhlig

P. Liškář

M. Válka

HLAVNÍ TÉMATA

- Ischemická choroba dolních končetin ve stadiu intermitentních klaudikací.
- Diagnostika akutní (ALI) a kritické (CLI) končetinové ischemie. Možnosti chirurgické a endovaskulární intervence ALI a CLI.
- Kombinovaný chirurgicko-endovaskulární přístup. Lokální trombolytická terapie.
- Možnosti mechanické rekanalizace. Intervence na bérkových tepnách.

Témata sesterské sekce

- Ošetrovatelský proces před a po chirurgické cévní rekonstrukci.
- Nové trendy v ošetrování chronických ran u cévních pacientů.
- Použití systému rotační aterektomie Silver Hawk.
- Psychohygienu zdravotnických pracovníků.
- Dietní opatření u aterosklerotického postižení cév aneb i dieta může chutnat.
- Role sestry v ambulanci neinvazivních angiologických metodik.

PREZENTACE FIREM

Součástí kongresu bude výstava odborných firem.

OHODNOCENÍ (ROZSAH AKCE 19 HODIN)

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory (ev. č. akce 19890, č. akreditace: 0004/16/2006).

Pasivní účast: 19 kreditů, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 7 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů.

Česká asociace sester souhlasí s přiznáním kreditních bodů dle vyhlášky č. 321/2008 Sb. (registrační číslo: ČAS/KK/2297/2009).

Pasivní účast: 8 kreditů, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 10 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů.

KONTAKTY

Sekretariát kongresu:
AMCA, spol. s r.o.
Academic and Medical Conference Agency
Újezd 40, 118 01 Praha 1
tel.: 257 007 629, 731 496 060, fax: 257 007 622
e-mail: amca@amca.cz
www.angiologie.cz

Výstava firem:
PaedDr. Ivana Novosadová
e-mail: ivana.novosadova@nemvitkovice.cz
tel.: 606 677 960, 595 633 071

DOPROVODNÝ PROGRAM

7. 9. 2009, 14.30 hod.
Golfový turnaj, Golf Course Ropice
8. 9. 2009, 20.00 hod.
Afterparty, Garage Restaurant & Music Club (Martinovská 3262/50, Ostrava-Martinov)
Během večera Vám bude hrát Rock & Roll Band Marcela Woodmana.
Odjezd autobusem od Clarion Congress Hotelu Ostrava v 19.30 hod.
další možnosti: CITY TAXI OSTRAVA, tel.: 800 290 000



V PŘÍPADĚ NESNÁZÍ NEVÁHEJTE VOLAT NA 606 677 960

GENERÁLNÍ PARTNEŘI

AGEL
Lékárna Repharm
Martek Medical
Pfizer

HLAVNÍ PARTNEŘI

Bard Medical Division
Boston Scientific
Johnson & Johnson (Cordis)

PARTNEŘI

A care, Arid, Biomedica ČS, Biotronik, Boehringer Ingelheim, Cardion, Comesa, EspoMed, GE Healthcare, Medicom International, Medtronic, Nycomed, Servier, UCB, Vamex

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Informace pro lékařské praxe, Interní medicína pro praxi, Medical Tribune, Nakladatelské středisko ČLS JEP, Postgraduální medicína, Remedia, Sanquis, we make media, AMBIT MEDIA, a.s. / Zdravotnické noviny, MLADÁ FRONTA, a.s. / Zdravotnické noviny

SESTERSKÁ SEKCE

BLOK A

1) Společnost s pacientem v centru pozornosti

K. Kantor
Ředitel pro obchod & rozvoj, AGEL a.s., Prostějov

Zdravotnictví je oborem s celou řadou zažitých pravidel a zvyků. Zdá se však, že přicházíme do doby, kdy se některé z nich mohou změnit. Jeden z nejstarších vztahů, vztah pacienta a lékaře, doznává významných změn. Z pacienta se stává klient a z lékaře poskytovatel služby. Na první pohled je to možná změna kosmetická, na pohled druhý však znamená revoluci. Ponese s sebou odstranění všech mýtů, polopravd a neopodstatněných dogmat. Pacient se změní z aktivního člena vztahu na člena aktivního a začne vyžadovat příslušnou kvalitu péče. A právě v této chvíli je třeba si uvědomit, že se poskytovatelé péče musí tomuto trendu přizpůsobit. Z lékařské péče se stane nakupovaná služba. Zůstane ji vysoká etická a morální hodnota, ale bude to služba. A pokud zde hovoříme o službě, tak hovoříme také o produktu a obchodě. A v tom vždy platilo a platí „Náš zákazník, náš pán“. Kdo tedy bude chtít zákazníky, klienty, pacienty, bude muset o ně pečovat. A to znamená je mít v centru pozornosti. Je zvláštní, že prostřednictvím jednoduchých pravd a selského rozumu se vracíme k podstatě celé věci. Zdravotnictví vzniklo, aby naplnilo jednu z nejzákladnějších potřeb člověka. Potřebu být zdravý. Ve všech našich činnostech a plánech bychom na to neměli zapomínat. Pak budeme společností s pacientem v centru pozornosti.

2) Role sestry v ambulanci neinvazivních angiologických metodik

R. Myšáková
Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

3) Péče o pacienta s flebotrombózou

K. Heinzová
Kardiologicko-angiologická JIP, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

Flebotrombóza je zánět hlubokých žil, spojený se vznikem krevní sraženiny trombózy, nejčastěji se vyskytuje na dolních končetinách nebo v oblasti pánve. Rudolf Virchow roku 1856 popsal tři hlavní mechanismy (alterace krevního toku, změna koagulability, poškození krevní stěny), které se podílí samostatně nebo v kombinaci na vzniku trombu. Mezi časté příznaky flebotrombózy patří tíha a napětí v končetině, bolesti chodidla při chůzi, otok, cyanóza, zvýšená teplota končetiny, organismu. Přednáška se zaměřuje na léčbu flebotrombózy trombolýzou včetně ošetrovatelské péče u těchto nemocných. Léčba je názorně demonstrována na kazuistikách.

4) Péče o pacienta léčeného LKT s navazující chirurgickou intervencí

E. Lesková, P. Vejčíková
Kardiologicko-angiologická JIP, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

Při neúspěšné léčbě LKT je možné provést navazující chirurgickou intervenci. Jedná se většinou o nemocné, kteří léčbu LKT podstoupili opakovaně s neúspěšným výsledkem. Nemocní

Termínem „angiogeneze“ je označována tvorba cév větvením již existujícího řečiště. Tento proces je stimulován především tkáňovou hypoxií, která vede k aktivaci řady růstových faktorů a jejich receptorů, především pak vaskulárního endoteliálního růstového faktoru (VEGF), placentového růstového faktoru (PIGF), angiopoetinů a inducibilní formy syntázy oxidu dusnatého (iNOS). Zdá se, že se na angiogenezi významně uplatňují i zánětlivé mediátory (MCP-1, monocyte chemotactic protein-1).

Termínem „arteriogeneze“ označujeme proces tvoření kolaterálních spojek de novo ze stávajícího tepenného řečiště při stenóze nebo po uzávěru. Vznik kolaterál je dle experimentu způsoben aktivací endotelu stimulovanému třením při zvýšeném průtoku vedoucím sekundárně ke kumulaci monocytů/makrofágů, což vede ke zvýšení aktivity uvolněných růstových faktorů. Růstové faktory FibroblastGF a Platelet DerivedGF, výrazně potencují aktivaci pericytů, proliferaci fibroblastů, tvorbu kolagenu, což souhrnou apoptózy tkáně a novotvorby částí cévní stěny s druhotným otevřením lumen v cévním „pupenu“ vede k neovaskularizaci. Termínem „vaskulogeneze“ je označována diferenciací mezodermálních prekursorů směrem k angioblastům a následně ke zralým endotelovým buňkám. Jde o proces tvorby krevních cév in situ z cirkulujících endoteliálních progenitorových buněk (EPC).

Cílem terapeutické angiogeneze (neovaskularizace) je posílení spontánně probíhajícího procesu tvorby kolaterál u chronické ischemie. Aplikován je buď přímo rekombinantní protein, nebo gen kódující tento protein. Jde například o VEGF, růstový faktor působící na fibroblasty (FGF) nebo faktor stimulující granulocyty – monocyty (GM-CSF).

V současnosti probíhá na řadě angiologických pracovišt v ČR mezinárodní studie TAMARIS. Cílem je ověřit, zda intramuskulární sériová aplikace NV1FGF (systém transportu genu pro lokální expresi růstového faktoru pro fibroblasty 1 – FGF1) u nemocných s kritickou končetinovou ischemií, bez možnosti revaskularizace, povede k odvrácení nutnosti amputace a poklesu mortality během 12 měsíčního sledování.

16) Přehled vasodilatačních preparátů užívaných u pacientů s ICHDK a evidence jejich účinnosti

K. Roztočil

IKEM, Praha

Periferní vasodilatancia představují nejdéle používanou skupinu přípravků v léčbě periferních tepenných onemocnění. Na rozdíl od dřívějších čistě vasodilatačních látek, moderní preparáty mají mnohem širší spektrum farmakologických vlastností a jejich klinický efekt není na vasodilataci přímo závislý. Jejich mechanismus účinku souvisí spíše se změnami na úrovni mikrocirkulace, poměru pre – a post-kapilární resistance, zlepšení tokových vlastností krve, výměny látek mezi krví a tkáněmi, distribuce krevního toku a dalšími účinky. V současnosti hlavní vasodilatační látku v našich podmínkách představuje naftidrofuryl. Lze očekávat, že bude v blízkém budoucnu nahrazen podáváním cilostazolu, který je již nyní v řadě zemí distribuován jako preparát první volby.

ODBOBNÝ PROGRAM

PRE-KONGRESOVÝ WORKSHOP

PONDĚLÍ, 7. 9. 2009, Vítkovická nemocnice a.s., katetrizační sál (maximální počet 15 účastníků)

8.00 Registrace

9.00 - 12.30

1. Aterektomie systémem Silver Hawk a Rock Hawk – indikace, vlastní výsledky, klinická demonstrace s IVUS kontrolou
2. Proximální karotická protekce Moma a jeho klinická demonstrace

ÚTERÝ, 8. 9. 2009, Clarion Congress Hotel Ostrava

8.00 Registrace

9.00 Slavnostní zahájení

9.05 Prezentace nemocnice

MUDr. Petr Uhlig, ředitel Vítkovické nemocnice a.s.

9.10 - 11.00 BLOK I (Moderování: D. Kučera, V. Čížek)

1. Klinický follow up pacientů intervenovaných v roce 2008
D. Kučera, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava
2. Spolupráce ambulantního specialisty s Vaskulárním centrem – kterého pacienta, kdy a kam odeslat?
V. Čížek, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

Živý přenos - Vítkovická nemocnice a.s., VFN Praha, Nemocnice Podlesí a.s.

11.00 – 11.15 Přestávka

11.15 – 12.30 BLOK II (Moderování: M. Válka, M. Chochola, J. Chmelo)

3. Multidisciplinární indikační komise – na základě jakých principů se rozhodujeme o způsobu léčby pacienta
D. Kučera, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

Živý přenos - FN Ostrava

12.30 – 13.30 Oběd

13.30 – 16.00 BLOK III (Moderování: M. Wierzgoň, J. Marušiak, V. Procházka)

Živý přenos - Vítkovická nemocnice a.s., VFN Praha

4. Multidetektorová CT angiografie - je v dnešní době ještě místo pro diagnostickou digitální substrakční angiografii?
M. Wierzgoň, Nemocnice Podlesí a.s., Třinec
5. Postižení femoro-popliteální oblasti, možnosti endovaskulární léčby – indikace, výsledky, nové trendy
M. Lojík, FN Hradec Králové
6. Výsledky multicentrické studie Zilver PTX Drug Eluting Stent ve femorální oblasti
V. Procházka, FN Ostrava Poruba

7. Postižení femoro-popliteální oblasti, možnosti chirurgické léčby – indikace, výsledky, nové trendy
J. Marušiak, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

16.00 – 16.10 Přestávka

16.10 – 17.50 BLOK IV (*Moderování: M. Lojík, D. Říha, P. Baláz*)

Živý přenos - Nemocnice Podlesí a.s., Vítkovická nemocnice a.s.

8. Hybridní výkony v léčbě obliterující choroby tepen dolních končetin
J. Bulejčík, Nemocnice Podlesí a.s., Třinec
9. Endovaskulární výkony na pracovišti cévní chirurgie. Projekt hybridního operačního sálu – náš cíl
P. Baláz, IKEM, Praha

STŘEDA, 9. 9. 2009, Clarion Congress Hotel Ostrava

9.00 – 11.00 BLOK V (*Moderování: B. Kožnar, R. Staffa, A. Jirkovská*)

Živý přenos - Vítkovická nemocnice a.s., Nemocnice Podlesí a.s.

10. Screening pacientů ohrožených syndromem diabetické nohy
D. Maděříč, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava
11. Komplexní multidisciplinární přístup podiatrické ambulance k problematice diabetické nohy
A. Jirkovská, IKEM, Praha
12. Nejčastěji prováděné endovaskulární výkony v rámci programu diabetické nohy
B. Kožnar, IKEM, Praha
13. Cévně chirurgická rekonstrukce a lokální ošetřování u diabetika s defektem
R. Staffa, FN U svaté Anny, Brno

11.00 – 11.15 Přestávka

11.15 – 13.10 BLOK VI (*Moderování: V. Procházka, K. Roztočil, D. Karetová*)

14. Buněčná terapie u chronické kritické končetinové ischemie a diabetické nohy
V. Procházka, FN Ostrava
15. Terapeutická angiogeneze růstovými faktory
D. Karetová, VFN, Praha
16. Přehled vasodilatačních preparátů užívaných u pacientů s ICHDK a evidence base jejich účinnosti
K. Roztočil, IKEM, Praha

Živý přenos - Nemocnice Podlesí a.s., Vítkovická nemocnice a.s.

13.10 Závěrečné slovo a zakončení kongresu

13.20 Oběd

progression. Five patients in Group I died from other causes unrelated to the limb disease, 8 patients died in the control cohort of patients (Group II) during a 6 months follow up, while we have no information about other 7 patients of Group II.

In the ABMSC treatment group, significant difference ($p=0.016$) in SPP-skin perfusion pressure at baseline was detected between healing and non-healing group of patients, as well as in ABI-ankle brachial index ($p=0.022$). During 90-days follow-up significant ($p=0.049$) change in SPP was measured in the healing group firstly, between Day 90 and Day 0 significant ($p=0.025$) change of LDP baseline perfusion was registered and significant ($p=0.001$) change in heat LDP perfusion test in 90 days follow-up which might confirm inflammatory reaction reduction during healing period and tissue regeneration stabilization. In the healing group of patients initial **Toe pressure** 22,66 (SEM $\pm 5,32$) increased in 90 days follow-up to 25,63 (SEM $\pm 4,75$) [mmHg], **Toe brachial index** increased from 0,14 (SEM $\pm 0,03$) to 0,17 (SEM $\pm 0,03$).

In peripheral blood of non-healing patients, C-reactive protein levels were significantly higher (D3, $p=0.029$; D7, $p=0.009$; D30, $p=0.010$) while lymphocytes significantly lower (D1, $p=0.018$; D3, $p=0.036$; D14, $p=0.021$; D30, $p=0.002$) in the early stages of treatment, reflecting pro-inflammatory state. In BMC significant (Spearman's $\rho=-0.348$, $p=0.024$) correlation between Age and CD34+ count was observed that corresponds to the stem cells aging, but no difference in CD34+ stem cell count ($p=0.873$) was seen between healing and non-healing group of patients. Interestingly a **relative lymphopenia** was evident in the BMC of patients that healed poorly and that difference was statistically significant at **$p=0.040$** . The low lymphocyte counts represented a distinct immune defect.

By EQ-50 QOL- questionnaire for healing group of patients significant ($p=0.000$) pain reduction between D0 and D90 was registered and also remains between D0 and D180 at the level ($p=0.003$).

Conclusions: ABMSC therapy is very effective in the treatment of CLI with foot ulcers when compared to standard therapy. However, this new therapeutic modality does not work only in patients with significant lymphopenia in BMC at the time of procedure leading to limb infection and progression of gangrene and ultimately limb amputation. Out of 42 patients suffering from end-stage Fontaine-IV/CLI and diabetic foot ulcer, 33 responded to ABMSCs therapy resulting in limb salvage and its functional improvement with pain reduction. However, in 9 patients with depressed bone marrow lymphocytes count (significant lymphopenia), ABMSCs therapy failed, leading to progression of infection and gangrene resulting in limb amputation. We speculate that significant bone marrow lymphopenia (possible immunodeficiency) may be a cause of the failure. This theory is presently further investigated in our laboratories.

KEY WORDS:

Critical Limb Ischemia – Diabetic Foot Ulcer– Autologous Bone Marrow Stem Cells – Lymphopenia of bone marrow.

15) Terapeutická angiogeneze růstovými faktory

D. Karetová, M. Chochola, S. Heller

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

Prognóza nemocných s kritickou končetinovou ischemií, u nichž nelze provést revaskularizaci, je vážná. Nadějí je pokrok v molekulární biologii, který vede k možnosti bioneovaskularizace a terapeutické angiogeneze.

zachování končetiny ohrožené amputací. Kumulativní pravděpodobnost primární a sekundární průchodnosti bypassů a kumulativní pravděpodobnost zachování končetiny bude předložena při prezentaci. Kompletní výsledky statistického zpracování dat souboru nejsou v době odevzdání abstraktu k dispozici.

BLOK VI

14) Cell Therapy a New Standard in Management of Chronical Critical Limb Ischemia and Foot Ulcers

¹V. Procházka, ²J. Gumulec, ³F. Jalůvka, ⁴D. Šalounová, ¹J. Chmelová, ¹T. Jonszta, ¹D. Czerný, ¹J. Krajča, ³L. Pleva, ⁵P. Klement, ⁶G.L. Klement, ^{5,7}J. Rak

¹Radiodiagnostic Institute, University Hospital Ostrava, Czech Republic

²Hemato-Oncological Centre, University Hospital Ostrava, Czech Republic

³Surgery Clinic and Traumatology Centre, University Hospital Ostrava, Czech Republic

⁴Department of Mathematical Methods in Economy, VŠB-Technical University Ostrava, Czech Republic

⁵Henderson Research Centre – McMaster University Hamilton, Ontario, Canada

⁶Children's Hospital, Dana-Farber Cancer Institute, Harvard MU, Boston, USA

⁷Montreal Children's Hospital Research Institute, McGill University, Quebec, Canada

Background: Treatment of chronic wounds in peripheral arterial occlusive disease is highly prevalent in diabetics, who represent about 7% of general population. About half of these patients suffer from peripheral arterial occlusive disease (PAOD) which progress to critical limb ischemia (CLI) leading to amputation (up to 67% of all nontraumatic amputations). Alarming fifty-two per cent of diabetics with CLI die during the 4.5-year follow up. The aim of our study was to prevent amputation and associated morbidity and mortality with a local application of autologous bone marrow stem cells (ABMSC). **Methods:** A total of 99 patients with CLI and foot ulcer were recruited into this study. Forty two patients Group I (36 males, 6 females, mean age of 66.2±10.6) underwent local treatment with ABMSC and the rest 56 patients Group II (42 males, 12 females, mean age 64.1±8.6) served as controls in whom a standard therapy was administered. Major amputation during 120 post-op days was used as a primary endpoint. All patients underwent clinical exams where wound diameter and its character, as well as pain and limb claudication were assessed using photography and EQ-50 quality of life questionnaire prior to (day 0-baseline) and after the treatment (either ABMSC transplantation or standard therapy) at follow-up intervals 7, 14, 30, 60, 90, 120 days. In addition, laser Doppler flowmetry measurements of transcutaneous oxygen (TcPO₂) and CO₂ (TcPCO₂) levels with challenge test (O₂- inhalation 5l/min/10min), ABI - Ankle-Brachial Index, TP-Toe Pressure [mmHg], Toe Brachial index and SPP-Skin Perfusion Pressure [mmHg] were performed prior to (day 0) and 90 days after the treatment. At the time of treatment a sample of peripheral blood, bone marrow aspirate (BMA) and concentrate (BMC) were analysed for the presence of CD 34+ progenitor cells [x10⁹/l] and other cellular components.

Results: Limb salvage at a 120 day follow-up was achieved in 79% of patients in Group I (33/42 pts) and 57% in Group II (32/56 pts), while major limb amputation in patients reached 21% in Group I and 44% in Group II as a reason of complications by infection and gangrene

SESTERSKÁ SEKCE

ÚTERÝ, 8. 9. 2009, Clarion Congress Hotel Ostrava

9.30 – 11.00 BLOK A (Moderování: V. Čížek, M. Chowanioková, I. Dršková)

Slavnostní zahájení

X. Gašparová, M. Chowanioková, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

1. Společnost s pacientem v centru pozornosti
K. Kantor, AGEL a.s., Prostějov
2. Role sestry v ambulanci neinvazivních angiologických metodik
R. Myšáková, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava
3. Péče o pacienta s flebotrombózou
K. Heinzová, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava
4. Péče o pacienta léčeného LKT s navazující chirurgickou intervencí
E. Lesková, P. Vejčíková, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava
5. Rekanalizace systémem Frontrunner, Outback
M. Chowanioková, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava
6. Nové trendy ošetrovania chronických rán u cievnych pacientov
I. Dršková, FNŠP Bratislava

11.00 – 11.35 Přestávka

Živý přenos - FN Ostrava

12.30 – 13.30 Oběd

13.30 – 16.00 BLOK B (Moderování: J. Chmelo, M. Pycliková, J. Haluzíková)

Živý přenos - Vítkovická nemocnice a.s.

7. Zdravě a přesto chutně v boji s cholesterolem
D. Kovářů, SZS a VOSZ Ostrava
8. Použití systému rotační aterektomie Silver Hawk
M. Pycliková, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava
9. Transradiální přístup – naše zkušenosti
D. Kantorová, Nemocnice Podlesí a.s., Třinec
10. Psychohygienu zdravotnických pracovníků
J. Haluzíková, SLU Opava

Překvapení

16.00 – 16.10 Přestávka

ABSTRAKTA

BLOK II

3) Multidisciplinární indikační komise – na základě jakých principů se rozhodujeme o způsobu léčby pacienta

D. Kučera

Vaskulární centrum, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

Vzhledem k povšechnému a multiorgánovému působení aterosklerotického procesu by se měla multidisciplinární indikační komise stát nedílnou součástí konce diagnostického procesu všech pacientů s vaskulárním postižením. Podle místa postižení se na rozhodování o způsobu léčby spolupodílí specialisté různých medicínských oborů – internista, angiolog, cévní chirurg, kardiolog, anesteziolog, neurolog ev. další specialisté. Ve Vaskulárním centru Vítkovické nemocnice a.s. je indikace k léčbě pacientů s vaskulárním nekardiálním onemocněním systematicky prováděna na základě rozhodnutí multioborové indikační komise již několik let. U každého pacienta je kromě anatomického nálezu na tepenném či žilním systému, před rozhodnutím o způsobu léčby, vyšetřeno celkové kardiovaskulární riziko ev. další přidružená onemocnění mající zásadní vliv na prognózu pacienta a taktéž na rozhodnutí o způsobu užití léčby. Zhodnocení kardiálního rizika – anamnéza, ECHO, ev. zátěžové vyšetření či selektivní koronarografie, neurovaskulárního rizika – duplexní vyšetření karotid ev. komplexní neurovaskulární vyšetření při pozitivním nálezu, respirační funkce, ledvinové funkce. Každý pacient je na základě těchto vyšetření podroben v rámci multidisciplinární indikační komise podrobné analýze operačního rizika, které hraje významnou roli ve výběru užití metody léčby. Následně jsou diskutovány jednotlivé možnosti léčby vaskulárního postižení, co se týče jejich technické náročnosti, rizikovitosti a jejich dlouhodobé účinnosti. Na základě komplexního zhodnocení rizika a možností léčby je vytipována optimální metoda léčby a to buď léčba endovaskulární, cévně chirurgická, hybridní způsob léčby či léčba konzervativní. Výsledky indikační komise jsou pacientovi podrobně vysvětleny a pacient stvrzuje podepsáním informovaného souhlasu námi navržený způsob léčby či způsob léčby odmítne. Jedině multioborový přístup k vaskulárnímu postižení a možnost užití komplexního spektra léčby vaskulárních onemocnění na základě multidisciplinárního konsensu, může pacientovi nabídnout léčbu maximálně bezpečnou s vysokou pravděpodobností úspěšnosti a dlouhodobě účinnou. Tento princip léčby by se měl stát standardem u všech pacientů s vaskulárním onemocněním ve všech zdravotnických zařízeních řešících vaskulární problematiku.

BLOK III

4) Multidetektorová CT angiografie – je v dnešní době ještě místo pro diagnostickou DSA?

M. Wierzgoń, S. Holesz, M. Kamarád, G. Langnerová, M. Murárová

Nemocnice Podlesí a.s., Třinec

Jednou z exkluzivních možností využití moderních MDCT přístrojů je možnost provedení CT angiografie tepen dolních končetin. Autoři prezentují základní technické aspekty a možná úskalí tohoto typu vyšetření. Hlavní část přednášky tvoří úvaha o indikacích CT angiografie a postavení této vyšetřovací modalitě spolu s dopplerovskou sonografií a DSA v morfologické diagnostice akutní a chronické ICHDK.

Celkem 131krát (5,7%) jsme infrapopliteální tepny stentovali (maximum je 5 stentů na jednu intervenci).

Trombolýzu bérce tepen jsme provedli 92krát (4%), aspiraci 62krát (2,7%).

Subintimální rekanalizaci jsme za poslední 4 roky využili 106krát (9,3% výkonů v minulých 4 letech).

66krát (2,9%) jsme intervenovali na distálních bypasssech.

Nejčastěji byla intervenovaná ATA (30,4%), na výtokových tepnách, na a.plant. a na a.dorz. pedis jsme provedli již 741 výkonů (14,3%).

Pro gangrénu jsme provedli 1 129 (49,1%) výkonů na infrapopliteálním řečišti.

V našem souboru PTA bérce tepen dominuje prostá PTA. Dlouhodobá průchodnost dilatovaných bérce tepen není známa, podstatná je však téměř 84% roční sekundární záchrana funkční končetiny (max. TMT amputace).

Nové instrumentarium a další možné výkony v této oblasti mohou přinést v budoucnu ještě vyšší šanci na záchranu končetiny. Zejména léky pokryté stenty (DES) by mohly znamenat již v brzké době novou alternativu při provádění PTA bérce tepen. Zatím jsou však nově zaváděné léčebné postupy nesmírně finančně náročné, s nejasným dlouhodobým klinickým efektem.

13) Cévně chirurgická rekonstrukce u diabetika s defektem

R. Staffa, Z. Kříž

II. chirurgická klinika, FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno

Úvod:

Chronická uzávěrová choroba tepen dolních končetin postihuje u diabetiků s převahou bérce řečiště, často při zachovalé průchodnosti pedálních tepen. Po vyčerpání možností endovaskulární léčby nebo při její komplikaci je revaskularizační metodou volby pedální bypass.

Metoda:

V období 6/2000 – 7/2009 jsme implantovali 110 pedálních bypassů u 109 pacientů s chronickou kritickou ischemií dolní končetiny. V souboru bylo 82 mužů (74,5 %) a 28 žen (25,5 %) průměrného věku 67 let (rozmezí 28 – 84 let). 73 (66,4 %) pacientů souboru byli diabetici. Gangrénu nebo otevřeným defektem nohy bylo postiženo 93 končetin (84,5 %), v ostatních případech šlo o klidové bolesti - 8 (7,3 %), akutní trombózu bérce tepen - 5 (4,5 %), trauma - 4 (3,6 %). Proximální anastomóza bypassu byla založena na AFC/AFS (46,4 %) nebo na AP (53,6 %). Distální anastomóza byla našita na ADP (50,9 %) nebo na APC (49,1 %). Jako materiál jsme použili reverzní nebo in-situ žilní štěp.

Výsledky:

S výjimkou jednoho pacienta došlo u všech končetin s funkčním pedálním bypasseem ke zhojení defektu. Ve 4 případech bylo nutno defekt krýt volným svalovým lalokem, jehož artérie byla napojena na pedální bypass. V průběhu sledování souboru došlo k okluzi 21 pedálních bypassů, u 8 z nich se podařilo úspěšnou reoperací bypass dlouhodobě znovu zprůchodnit. Vysoká amputace končetiny byla provedena u 13 pacientů, časná pooperační mortalita v souboru byla 1,8 %.

Závěr:

Pedální bypass se jeví jako účinná a bezpečná metoda v léčbě chronických defektů dolních končetin včetně defektů diabetických. Vykazuje velmi dobré dlouhodobé výsledky při

11) Komplexní multidisciplinární přístup podiatrické ambulance k problematice diabetické nohy

A. Jirkovská

Centrum diabetologie, IKEM, Praha

V současné době je v České republice v provozu 29 podiatrických ambulancí pro pacienty se syndromem diabetické nohy; seznam těchto ambulancí je na webových stránkách České diabetologické společnosti. Základním předpokladem pro založení podiatrické ambulance je personální zajištění (minimálně diabetologem, podiatrickou sestrou, chirurgem a protetikem) a zajištění provozu minimálně jeden den v týdnu. Ideálně by měla podiatrická ambulance obsahovat nejen ošetřovny pro pacienty, ale i vyšetřovnu cévní a neurologickou, sádrovnu a místnost pro protetiku, místnost pro denní stacionář a pro edukaci pacientů a případně i ambulantní zákrokový sálek. Tato ambulance zajišťuje především terapii pacientů se syndromem diabetické nohy, tj. nejčastěji s ulceracemi distálně od kotníku, s gangrény prstů nohy, s flegmónami či osteomyelitidou ve zmíněné lokalizaci, se stavy po nízkých amputacích a s Charcotovou osteoartrózi. Podle své kapacity má dále podiatrická ambulance zajišťovat i dispenzarizaci pacientů s LOPS (loss of protective sensation) a známkami ICHDK nebo s deformitami, a to v intervalech po 2-3 měsících. Stratifikace pacientů podle míry rizika syndromu diabetické nohy se provádí na základě vyšetření kožní citlivosti v oblasti nohou 10g monofilamentem a 128 Hz ladičkou, případně jedním z dalších neurologických vyšetření (např. vibračního citlivostního testu nebo sudomotorických funkcí pomocí Neuropadu), z vyšetření kožní teploty a z kvalifikovaného zhodnocení obuvi vhodné pro diabetiky. Cévní vyšetření se provádí především některou z neinvazivních technik – např. pomocí dopplerovského kotníkového indexu, jehož hodnoty jsou často ovlivněny mediokalcinózou podmíněnou neuropatií. Proto má nejvyšší specifitu pro ICHDK pouze hodnocení indexu pod 0,9. Inspekce nohou je součástí obvyklého vyšetření diabetika a je zaměřena na dermatologické a muskuloskeletální abnormality. Neopomínáme ani důkladnou anamnézu – k rizikovým faktorům pro ulcerace patří především předchozí ulcerace či amputace, známky neuropatie včetně deformit, ICHDK, poruchy zrakové ostrosti, renální selhání, špatná kompenzace diabetu a kouření. Efektivní péče v podiatrických ambulancích může vést ke zhojení 70 – 80% ulcerací bez amputací, jak prokázala např. nedávná evropská studie „Eurodiale“.

12) Nejčastěji prováděné endovaskulární výkony v rámci programu diabetické nohy

B. Kožnar

Základna radiodiagnostiky a intervenční radiologie, IKEM, Praha

PTA bérkových tepen představuje první volbu při léčbě chronické kritické končetinové ischemie a při léčbě syndromu diabetické nohy s podílem ischemie.

V IKEMu bylo do konce roku 2008 provedeno celkem 2 300 intervencí, při kterých bylo léčeno celkem 5 172 jednotlivých tepen (2,25 tepny/ výkon). V roce 2008 se jednalo o 315 výkonů a léčeno bylo 714 tepen.

1 860 (80,9%) výkonů bylo provedeno u pacientů s DM.

Vždy byla prováděna PTA alespoň jedné bérkové tepny.

U 1 092 intervencí (47,5%) jsme v jedné době dilatovali i přívodnou tepnu (povrchní stehenní nebo podkolenní tepny) a 240krát (22%) jsme do této oblasti implantovali stenty.

5) Postižení femoro-popliteální oblasti, možnosti endovaskulární léčby – indikace, výsledky, nové trendy

M. Lojík, FN Hradec Králové

Femoropopliteální oblast je nejčastěji postiženým tepenným segmentem v lidském těle, téměř ve 40 % se jedná o uzavěr povrchové stehenní tepny. Postižení je buď izolované, nebo spojené s obliteračním postižením aortoiliakálního segmentu, časté je rovněž postižení výtokového, bérkového řečiště. Od lokalizace, četnosti, délky a časového faktoru vzniku stenózy nebo okluze se odvíjí stupeň a závažnost klinických potíží. Endovaskulární léčba postižení tepen femoropopliteální oblasti má optimální efekt u izolovaných stenóz dlouhých do 10 cm a uzavěrů nepřesahujících 5 cm. Dobrý efekt lze dále očekávat i mnohočetných stenóz a uzavěrů, z nichž žádná léze nepřesahuje délku 5 cm, u delších lézí nezasahujících podkolenní úsek a. poplitea, izolovaných stenóz podkolenní tepny a při snaze zlepšit přítok do distálního bypassu v situaci, kdy jsou zavřeny všechny bérkové tepny. Naopak špatný výsledek je pravděpodobný u uzavěrů dlouhých (přes 15 cm) a zahrnujících podkolenní tepnu, při uzavěru a. poplitea a trifurkace.

Nejrozšířenější endovaskulární metodou léčby v této lokalizaci je perkutánní transluminální angioplastika (intraluminální nebo subintimální), při nepříznivém výsledku pak zavedení nitinolového samoexpandibilního stentu nebo stentgraftu. U akutních trombóz nebo embolií jsou rutinními metodami rekanalizace aspirační techniky a trombolýza, s možností použití systému Aspirex nebo Angio-Jet. Novějšími, ekonomicky náročnějšími a celkově méně rozšířenými metodami jsou dilatace stenóz pomocí řezacích balónků, kryoplastiky, aterektomie pomocí laseru, rotačních nebo řezacích zařízení (Rotarex, Silver Hawk), používání léky potažených stentů nebo brachyterapie.

Technický úspěch je prokazován v 70 – 97 %, u stenóz jsou výsledky lepší. Příznivějšího efektu nežli u samotné PTA je někdy dosahováno použitím samoexpandibilních, nitinolových stentů, zvláště u dlouhých lézí a chronické kritické ischemie. Hlavní limitací PTA je restenóza způsobená časně elastickou retrakcí (recoil) nebo později neointimální hyperplazií. Výsledky dlouhodobé průchodnosti femoropopliteální oblasti jsou poměrně nehomogenní, po PTA je v 1 roce průchodnost zhruba 50 %, u stentů 20 - 70 %, kryoplastiky 30 %, subintimální angioplastiky 50 %, stentgraftů 50-80 %.

U kritické končetinové ischemie lze pomocí subintimální angioplastiky (často ve spojení s PTA bérkového řečiště) dosáhnout i při nižší primární průchodnosti klinického efektu v 50 – 70 % a záchrany končetiny až v 80 – 90 %.

6) Výsledky multicentrické studie Zilver PTX Drug Eluting Stent ve femorální oblasti

V. Procházka

Radiodiagnostický ústav, FN Ostrava

7) Postižení femoro-popliteální oblasti, možnosti chirurgické léčby – indikace, výsledky, nové trendy

J. Marušiak, J. Štríncl, Z. Rambousek, A. Škaryd

Oddělení cévní a rekonstrukční chirurgie, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Postižení femoro-popliteální oblasti tepen dolní končetiny, tzv. II. segmentu subrenální aorty, patří mezi nejčastější oblast aterosklerotického postižení při ICHDK. Chirurgická léčba je

jednou ze základních součástí komplexní terapie a infrainguinální rekonstrukce tepen tak vedle rostoucího počtu infrainguinálních angioplastik představují podstatnou část operativy pracovišť, věnujících se periferní cévní chirurgii. Indikace k terapii vycházejí z definice transatlantického konsensu z Gentu /TASC 2000/, kde jsou podrobně klasifikovány jednotlivé typy stenóz a uzávěru na tepnách dolních končetin, jejich morfologie i doporučený způsob intervence.

Základním kritériem je rozlišení stadia ICH DK v kategoriích 2a, 2b a 3 - a volba optimálního postupu od konzervativní vasodilatační terapie, přes intervenční radiologický zákrok /PTA, stent/ k některému typu periferních bypassů.

Pokrokem i trendem do budoucna je důkladné vykazování výsledků z jednotlivých pracovišť ve smyslu benefit-risk indikace a dlouhodobé sledování v čase. Tedy nikoli pouze počty zákroků, nikoli pouze počty „technických úspěchů“, ale primární roční a 5ti letá kumulovaná průchodnost, primární roční a 5ti letá asistovaná průchodnost a sekundární roční a 5ti letá asistovaná průchodnost, společně s údaji o zachování funkce- schopné končetiny a počtu malých či velkých amputací. Jedině takovéto údaje lze porovnávat mezi sebou, jak mezioborově, tak na republikové, případně světové úrovni.

Autoři ve svém sdělení porovnávají výsledky jednotlivých typů infrainguinálních rekonstrukcí z vlastní zkušenosti i z literálních údajů z velkých světových pracovišť.

Přes enormní nárůst periferních angioplastik považují autologní žilní štěp jako metodu zásadní v případně kritické končetinové ischemii, kdy „technický úspěch“ operace zajistí zásadní obrat v prokrvení končetiny a v hojení tkáně. V případě kritické končetinové ischemie považují angioplastiku za metodu pomocnou, zajišťující zlepšený přítok či odtok pro žilní bypass. Je všeobecně známou skutečností, že počty operací pro kritickou končetinovou ischemii jsou v ČR stále nízké a nedosahují dosud průměru 10ti vyspělých evropských zemí. Sdělení autorů si klade za cíl poukázat na tuto skutečnost a přispět k diskuzi na téma nutnosti zvýšení počtu těchto zákroků. Máme-li dostatek finančních prostředků na to, abychom v počtu koronárních angioplastik byly na světové špičce, nenajdeme jediný logický argument, proč bychom nemohli stejné místo zaujmát i v počtu operací pro kritickou končetinovou ischemii.

BLOK IV

8) Hybridní výkony v léčbě obliterujících chorob dolních končetin

J. Bulejčík

Oddělení cévní a miniinvasivní chirurgie, Nemocnice Podlesí a.s., Třinec

Pacienti s multietážovým cévním postižením vyžadují odlišnou terapeutickou strategii. V těchto případech si nevystačíme s jedním typem revaskularizace (chirurgické, nebo EV). Optimálním řešením jsou hybridní výkony, které poskytují kompletní revaskularizaci v jedné době, tím se snižuje riziko perioperačních i pooperačních komplikací.

Autoři za 5 leté období (r. 2004-2008) operovali hybridním způsobem 112 pacientů. 32 (26%) pac. bylo v klinickém stadiu F2. 80 (74%) pac. mělo KKI (st. F3, F4). U 80 pac. s KKI došlo k uzávěru rekonstrukce u 13 (16%) pacientů, z toho vysokou amputaci vyžadovalo 8 (10%) pacientů. U 5 pac. nebyla nutná vysoká amputace i při uzávěru rekonstrukce. V 90% dosáhli záchranu končetiny před amputací. Hybridní výkony rozšiřují terapeutické možnosti hlavně u pacientů s KKI.

V určitých případech je úspěšný EV výkon podmínkou vykonání následní chirurgické cévní

rekonstrukce, nebo primárně založená cévní rekonstrukce je doplněna EV výkonem. Základem úspěchu je spolupráce chirurga a intervenčního radiologa, nebo erudice cévního chirurga v intervenční radiologii.

9) Endovaskulární výkony na pracovišti cévní chirurgie. Projekt hybridního operačního sálu – náš cíl

P. Baláž, S. Rokošný, L. Janoušek, M. Adamec

Klinika transplantační chirurgie, IKEM, Praha

V současnosti si perkutánní endovaskulární výkony našly stabilní místo v léčbě ICHDK. I když systematické zlepšování endovaskulárních technik postupně nahrazuje klasické operační řešení, stále existuje široká skupina pacientů s multietážovým postižením tepenného řečiště, kde je nutné využití jak endovaskulárních tak chirurgických technik. I když endovaskulární výkony jsou v České republice prováděny výhradně intervenčními radiology a angiology, tento trend není pravidlem v zahraničí.

Prezentace popisuje hlavní kroky, které byly potřebné pro zahájení programu kombinovaných cévních výkonů na klinice transplantační chirurgie, IKEM, Praha. Autoři upozorňují na hlavní úskalí tohoto programu v oboru cévní chirurgie u nás, který byl v roce 2007 v IKEM zahájen a dále se vyvíjí. Autoři prezentují vlastní soubor pacientů, kteří byli řešeni kombinovaným výkonem v jedné době na operačním sále.

BLOK V

10) Screening pacientů ohrožených syndromem diabetické nohy

Maděříč D.

Vaskulární centrum, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

Již jen založení podiatrické ambulance s komplexní péčí o pacienty s diabetickou nohou v různém stadiu pokročilosti vede ke snížení počtu vysokých amputací o polovinu. Toto je z části způsobeno správným ošetřováním již rozvinutých defektů a z části také péčí o pacienty v riziku rozvoje diabetické nohy. Proto je žádoucí založení screeningového programu pro diabetiky s cílem najít rizikové pacienty, tj. s pacienty s ischemií, neuropatií a pacienty s deformitami nohou, případně jejich kombinací. Každý diabetik na našem pracovišti má vstupně proveden periferní (tužkový) doppler a vyšetření kapilární perfúze k posouzení ischemie, při patologickém nálezu je ještě odeslán na duplexní ultrazvukové vyšetření. Dále je vstupně provedeno vyšetření na vibrametru (VSA-3000, fy Medoc) k posouzení neuropatie. Následně při klinickém vyšetření jsou zhodnoceny eventuelní deformity nohou a pacient je odeslán k podometrickému vyšetření do specializované ambulance. Dle provedených vyšetření je pacient rozdělen dle rizikovosti (kategorie 0-3) a dle toho zván ke kontrolám. Navíc při případném rozvoji defektu je možno ihned rozhodnout o typu defektu (neuropatický, neuroischemický) s adekvátní léčbou.