SBORNÍK ABSTRAKT

XXII. ČESKÝ A XVII. ČESKO-SLOVENSKÝ KONGRES SPÁNKOVÉ MEDICÍNY

18. - 20. listopadu 2021

Vienna House Easy, Plzeň

Záštita:

Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu – odborný garant
EUC Klinika Plzeň s.r.o. – odborný partner
Fakultní nemocnice Plzeň – odborný partner
LF UK Plzeň

Pořadatel:

MH Consulting s.r.o.

Prezident kongresu

MUDr. Jana Vyskočilová

Organizační výbor:

PhDr. Jan Šlajs, Ph.D., LL.M.
David Škarda DiS.

Oraganizátor:

MH Consulting s.r.o.
Narcisová 2850
106 00 Praha 10
www.mhconsulting.cz

HISTORICKÉ MEZNÍKY SPÁNKOVÉ MEDICÍNY

David Slouka [1], Jana Vyskočilová [2], Tomáš Kostlivý [1], Klail Pavel [1],
[1] Otorinolaryngologická klinika FN a LF UK v Plzni
[2] EUC Klinika Plzeň

Historie spánkové medicíny je svými počátky spjata především s Velkou Británií. Už jen tím, že všechny vědce „předběhl“ Charles Dickens svým popisem tlustého sluhy Joa Sama v humoristickém románu „Kronika Pickwickova klubu“. Román poprvé vyšel v roce 1836, byl pro Charlese Dickense prvním skutečně velkým dílem a stal se jeho vstupenkou do světa úspěšné literární tvorby. Teprve o cca 100 let později se „pickwickův syndrom“ stal oficiálním lékařským termínem pro kombinaci obezity a nadměrné denní spavosti. Již skutečným londýnským lékařem a vědcem byl sir William Henry Broadbent, který v roce 1877 publikoval v časopise Lancet pacienta se symptomy syndromu spánkové apnoe (SAS). Svůj článek však končí konstatováním, že všechny teorie snažící se vysvětlit pacientův stav nejsou správné, ale ani on sám nemá žádné adekvátní vysvětlení. Neurologové a neurofyziologové tehdejší doby nepovažovali extratorakální část dýchacích cest za podstatný faktor a jeho neuromuskulární regulace byla též opomíjena. Ke všem tehdy publikovaným pacientům se vázaly humorné příběhy. Richard Caton, objevitel elektrické aktivity mozku, měl pacienta se symptomy SAS, který byl prodejcem drůbeže. Tento muž byl schopen usnout uprostřed prodeje s kachnou v ruce. Když se probudil, kachnu měl v ruce stále, ale zákazník už byl pryč. Caton se tehdy domníval, že symptomy jsou projevem narkolepsie. Alexander Morison ve své práci léčil podobného pacienta masážemi. Během terapie pacient zhubnul, jeho stav se výrazně zlepšil a Morison se domníval, že tudy by měla vést cesta k úspěšné terapii. Až americký doktor Silas Mitchell vyjádřil myšlenku, že by mohly existovat choroby dýchání, které se mohou projevovat pouze ve spánku. Zásadním krokem pro diagnostiku byl objev elektroencefalografu německým lékařem a badatelem Hansem Bergerem. První skutečné polysomnografické záznamy „pickwickovských“ pacientů se objevují kolem roku 1959. Termín spánková apnoe je spojen s francouzským vědcem jménem Henri Gastaut. Bouřlivý rozvoj spánkové medicíny jak na poli lékařském tak na poli publikačním nastal po roce 1970. Australský lékař Colin Sullivan prezentoval v roce 1981 objev přetlakové léčby, ve stejném roce Shiro Fujita uvulopalatofaryngoplastiku jako základní výkon spánkové chirurgie. Prudce stoupaly počty publikovaných prací na téma spánkové medicíny. K roku 2010 bylo vědeckými databázemi evidováno okolo 70000 prací na toto téma, v dnešní době je to téměř dvojnásobek. Vzhledem k současnému civilizačnímu trendu nepoměru energetického příjmu a výdeje lze konstatovat, že počet pacientů se syndromem spánkové apnoe bude v následujících letech více než dostatečný.

TELEMETRIE V OBDOBÍ PANDEMIE COVID 19

Marta Vránová [1],
[1] Vránová Marta, Ventilační centrum KNTB Zlín,a.s.

Telemetrie v období pandemie infekcí COVID 19. Telemetrie je technologie umožňující měření na dálku a dálkový přenos dat. Ve spánkové medicíně je využívaná k přenosům dat z přetlakových přístrojů a z přístrojů dNIV.Lze na dálku registrovat compliance pacienta, tedy jak dlouho a často používá přístroj, efekt nastavení terapeutického režimu. Za pomocí oxymodulu lze na dálku registrovat optimální SpO2 pacienta v průběhu léčby. Lze tedy na základě přenosu dat na dálku přenastavit režim v přístroji, upravit nastavení daného režimu.Velmi optimální je provádění kontrol za pomocí telemetrie z důvodu úspory času. Optimální je rovněž využití v období pandemie COVID 19 z hygienicko epidemiologických důvodů. Díky telemetrii je v období pandemie zajištěna minimalizace kontaktu pacienta se zdravotnickým zařízením a dosaženo snížení rizika přenosu infekce.Ve sdělení bude představen provoz spánkové laboratoře Zlín v období pandemie COVID 19 za pomoci telemetrie.

TELEMEDICÍNA VE SPÁNKOVÉ LABORATOŘI BENEŠOV

Tereza Haasová [1],
[1] Spánková laboratoř Benešov, Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov

Telemedicína je součástí elektronizovaného zdravotnictví a označuje poskytování medicínských služeb na velké vzdálenosti. Někdy je používáno synonymum distanční medicína. Telemedicína je brána jako souhrnné označení pro zdravotnické aktivity, služby a systémy, provozované na dálku prostřednictvím informačních a komunikačních technologií. Telemedicína může být velkým přínosem i pro poskytovatele péče v oblasti spánkové medicíny a jejich klienty. Ve Spánkové laboratoři Benešov využíváme telemedicínu od roku 2017, kdy jsme do naší praxe zavedli aplikaci AirView od společnosti Resmed, která umožnuje pohodlnou titraci pacientů na dálku. Aplikace také umožnuje kontrolu compliance pacientů a v případě nutnosti i možnost okamžitě reagovat, pokud nejsme s výsledky dosavadní léčby spokojeni. V současnosti pečujeme na dálku prostřednictvím aplikace AirView o více než 200 pacientů. I ostatní výrobci přístrojů pro přetlakovou léčbu nabízejí v současnosti možnost péče o pacienty na dálku. Jedná se o aplikaci Care Orchestrator od společnosti Philips. Napadení nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově na konci roku 2019 kryptovirem, který významně ochromil celý počítačový systém a zcela omezil poskytování péče vedlo k výraznému zpřísnění pravidel pro přístup do nemocniční počítačové sítě. Vzhledem k nutnosti vzdáleného přístupu do počítačového systému nemocnice není dnes jednoduché tyto moderní možnosti monitorace léčby pacientů zavádět do praxe a nastavení spolupráce mezi společností Philips a naší nemocnicí trvalo téměř 2 roky. Proto používáme alpikaci Care Orchestrator teprve od začátku roku 2021. Širší rozšíření zbrzdila na jaře 2021 pandemie koronaviru a následně pak i výrobcem iniciované stažení přístrojů DreamStation, pro které je aplikace Care Orchestrator využívána. Všechny tyto okolnosti zapříčinily, že v současnosti je pomocí systému CareOrechstratoru pouze 20 pacientů. Zatím poslední aplikací, kterou v naší spánkové laboratoři využíváme je Prisma Cloud. Tento systém používáme od července 2021 a v současnosti titrujeme a zavádíme na léčbu první pacienty. Cílem našeho sdělení je sdílení našich zkušeností s jednotlivými aplikacemi pro vzdálenou monitoraci a titraci pacientů s obstrukční spánkovou apnoe a zároveň poukázat na právní úskalí využívání těchto technologií ve spánkové medicíně.

TELEMETRIE V AMBULANTNÍ SPÁNKOVÉ LABORATOŘI

Jana Vyskočilová [1], Monika Honnerová [1], Hana Maťašovská [1],
[1] EUC klinika Plzeň

Abstrakt není k dispozici

SPÁNKOVÁ MEDICÍNA PŘED A PO COVIDU MEZIOBOROVĚ

JAK OVLIVNILA PANDEMIE COVID – 19 SPÁNEK PRACUJÍCÍCH VE ZDRAVOTNICTVÍ?

Tereza Haasová [1], Marta Vránová [2],
[1] Spánková laboratoř Benešov, Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov
[2] Centrum diagnostiky léčby poruch spánku a bdění při Plicním oddělení Baťovy nemocnice Zlín

Služba ve zdravotnictví je náročná a v době pandemie se její náročnost ještě zvýšila. Zdravotníci byli vystaveni novému onemocnění s vysokým rizikem nákazy, vyššímu pracovnímu nasazení a nutnosti přizpůsobit se zcela jiným podmínkám, než na jaké byli na svých pracovištích doposud zvyklí. Mnohým toto období pandemie COVID -19 negativně ovlivnilo psychiku a spánek. Kolektiv autorů ze Spánkové laboratoře Benešov a Centra diagnostiky a léčby poruch spánku a bdění ve Zlíně zmapoval dopady pandemie COVID-19 u zdravotníků z různých pracovišť v České republice pomocí dotazníkové studie. Studie se zaměřila na monitoraci spánku v době pandemie z pohledu kvalitativních či kvantitativních změn a jejich popisem. Další součástí bylo hodnocení kvality spánku zdravotníků po prodělaném onemocnění COVID-19. Dotazník byl dobrovolný a zcela anonymní. Hlavní formou byl elektronický dotazník pomocí internetové aplikace, k dispozici byl stejný dotazník v tištěné formě. Dotazník obsahoval cekem 30 otázek a sběr dat probíhal v období od 1.4.2021 do 30.5.2021, tedy krátce po nejtěžší vlně pandemie. Data byla zpracována elektronickou formou, vyplněné tištěné dotazníky byly převedeny do elektronické formy. Celkem bylo odevzdáno 639 kompletně vyplněných dotazníků. Mezi respondenty byli lékaři, zdravotní sestry, laboranti, fyzioterapeuti, pomocný personál i dobrovolníci pracující ve stanoveném období ve zdravotnictví. Ve sledované skupině jsou zastoupeni pracující na covidových i standardních odděleních, v odborných ambulancích, na odběrových místech, v očkovacích centrech a v laboratořích. Jednotlivé skupiny účastníků byly vzájemně porovnány. Zhoršení spánku zaznamenalo celkem 36,9 % všech respondentů. Více úzkostně se cítilo 45,9 % všech respondentů. Laboratorně potvrzené onemocnění COVID-19 prodělalo 41,9% dotazovaných a dalších 8,9 % uvádělo, že prodělalo onemocnění, ale nebyli testováni. 25 % dotazovaných pociťovalo po prodělaném onemocnění COVID-19 zhoršení kvality spánku. Dle našich znalostí, tato dotazníková studie je první studií, která popisuje vliv pandemie onemocnění COVID-19 na psychiku a spánek pracovníků ve zdravotnictví v České republice, včetně změny v dosavadních spánkových zvyklostech a návycích.

DOPAD PANDEMIE COVID-19 NA OBLAST SPÁNKOVÉ MEDICÍNY

Samuel Genzor [1], Milan Sova [2],
[1] Klinika plicních nemocí a TBC FN Olomouc
[2] Klinika nemocí plicních a TBC FN Brno

Cíl práce: Pandemie COVID-19 zasáhla celý systém zdravotní péče. Cílem studie bylo zjistit dopad pandemie na oblast spánkové medicíny v ČR (CZE) a na Slovensku (SVK). Materiál a metody: Data byly získaná cestou dotazníkové studie analyzující období 1.1.2020-31.12.2020. Následně byl proveden kvalifikovaný odhad poklesu výkonu pracovišť na základě extrapolace výsledků na region CZE a SVK. Výsledky: Celkem bylo osloveno 40 pracovišť, přičemž 18 spánkových laboratoří dotazník vyplnilo (15 CZE; 3 SVK), response rate dosahovala 45 %. V analyzovaném regionu nebylo provedeno celkem asi 6000 nočních monitorací spánku (4500 v CZE a 1500 v SVK), což odpovídá meziročnímu poklesu o 24 %. Na terapii přetlakovou ventilací nebylo nastaveno celkem přibližně 2400 pacientů (1800 v CZE a 800 v SVK), tj. 28 % pokles v počtu zaléčených pacientů s poruchami dýchání ve spánku. Závěry: Spánková medicína v CZE a na SVK byla těžce zasažena COVID-19 a výrazné snížení počtu diagnostických a terapeutických výkonů může být považována za jednu z „kolaterálních škod“. Pokračování pandemie v období leden až květen 2021 jistě vedlo k dalšímu prodlení a výpadku činnosti v této oblasti. V následujících letech je proto nutno udělat maximum pro navýšení kapacity spánkových laboratoří ke zmírnění dopadu této zameškané zdravotní péče.

AMBULANTNÍ SPÁNKOVÁ LABORATOŘ V DOBĚ PŘED COVIDEM A NYNÍ

Jana Vyskočilová [1], Monika Honnerová [1], Hana Maťašovská [1],
[1] EUC klinika Plzeň

Změny v provozu spánkové laboratoře v současné době: Začátek epidemie přinesl zavírání nebo omezování provozu spánkových laboratoří jednak kvůli epidemiologickým opatřením tak i kvůli nedostatku zdravotnického personálu v důsledku uzevření škol i školek. Naší spánkovou laboratoř jsme neuzavřeli, ale částečně omezili provoz: Sestra, která zajišťuje diagnostiku byla využita na zástupy a do triážové ambulance. Zavádění na terapii se úplně zastavilo, lékař prováděl konzultace ohledně terapie po telefonu a připravovali jsme pořadník indikací k terapii dle závažnosti nálezu a epidemiologické situace v místě bydliště (Domažlice). Roční kontroly zůstaly zachovány s preferencí vzdálené přístupu sester z domova (péče o děti). Tady jsme využili telemetrií a zasílání karet poštou. Ve zdravotnickém zařízení jsme zřídili dětský koutek s denním provozem. Lůžka jsme zcela vyřadili z provozu. Po opětovném otevření ambulance jsme posílili desinfekční režim, omezili počty návštěv pacientů v ordinaci , omezili práci sester v riziku aerosolu a významně snížili použití titračních přístrojů a zapůjčování masek k titraci. Titrujeme bez zvlhčovačů. Opatření včetně použití OOP aktualizujeme podle epidemiologické situace.

NOVINKY V NEUROLOGII I

LÉČBA NREM PARASOMNIÍ V DOSPĚLÉM VĚKU

Jitka Bušková [1], Eva Miletínová [1], Monika Kliková [1],
[1] Oddělení spánkové medicíny, NUDZ Klecany
[2] 3. LF UK Praha

NREM parasomnie (porucha probouzecích mechanismů) se běžně vyskytuje i v dospělém věku. Cílem přednášky je seznámit posluchače s klinickou zkušeností našeho pracoviště v oblasti léčby této spánkové poruchy. Efektivní léčba nezbytně zahrnuje dodržování pravidel spánkové hygieny a léčbu komorbidních onemocnění. Představíme možnosti farmakoterapie u dospělých pacientů s NREM parasomnií i využívané nefarmakologické přístupy, se kterými pracujeme na Oddělení spánkové medicíny NUDZ, jako je hypnóza, kognitivně-behaviorální terapie/mindfulness a další formy psychoterapie. Upozorníme na hlavní lékové skupiny, které mohou indukovat nebo akcentovat klinické projevy NREM parasomnií. Na základě vlastních zkušeností navrhneme léčebný algoritmus.

ZPOŽDĚNÁ FÁZE SPÁNKU – PŘÍNOS POLYSOMNOGRAFICKÉHO VYŠETŘENÍ

Iva Příhodová [1], Simona Dostálová [1], Karel Šonka [1], Soňa Nevšímalová [1],
[1] Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Úvod: Zpožděná fáze spánku se vyskytuje zejména v dospívání. Etiologie je multifaktoriální, zahrnující genetické faktory, odchylky v řízení cirkadiánního rytmu, ale také behaviorální a sociální složku. Pacienti a metodika: Retrospektivně byl zhodnocen soubor 31 pacientů (22 mužů), kteří byli v Centru pro poruchy spánku a bdění Neurologické kliniky 1.LF UK a VFN vyšetřováni pro podezření na zpožděnou fázi spánku. Věkové rozmezí bylo 12-19 let, průměrný věk 15,4 2,2. U všech pacientů proběhla následující vyšetření: podrobné neurologické vyšetření s anamnézou cílenou na poruchy spánku a rizikové faktory pro sleep delay, psychologické/psychiatrické vyšetření, vyplnění spánkového záznamníku, aktigrafie, noční polysomnografie. V době vyšetření 5 pacientů užívalo antidepresiva a 2 pacienti atomoxetin. Výsledky: Neurologické vyšetření bylo u všech pacientů normální. Vstupní stížností byla insomnie (52%), nadměrná denní spavost (19%) nebo kombinace obou stížností (29%). Z dalších poruch spánku dle anamnézy byla přítomna parasomnie (23%), bruxismus (16%), syndrom neklidných nohou (3%). U 45% pacientů byl diagnostikován anxiozně depresivní syndrom, porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) u 45%, specifické poruchy učení u 29%. Spánkový záznamník a aktigrafie svědčily pro zpoždění spánkové fáze ve všech případech. Noční polysomnografie prokázala zpožděné usínání vzhledem k věku ve 38%. Závěr: U pacientů diagnostikovaných jako sleep delay na základě spánkového záznamníku a aktigrafie prokazovala noční polysomnografie posun spánkové fáze u 38% vyšetřovaných. V případě nedostupnosti stanovení hladiny melatoninu přináší polysomnografie orientační odpověď, zda se na udržování spánkové poruchy podílejí spíše biologické či behaviorální faktory a může tak přispívat k lepšímu zaměření terapeutické intervence. Podpořeno Progress Q27/LF1

ZMENY VARIABILITY SRDCOVEJ FREKVENCIE V REM SPÁNKU IDENTIFIKUJÚ PACIENTOV S PRODROMÁLNOU PARKINSONOVOU CHOROBOU

Eva Feketeová [1], Joaquim Ribeiro Ventosa [1], Kristína Kulcsárová [1], Lukrécia Mertová [1], Matej Škorvánek [1], Zuzana Gdovinová [1],
[1] Neurologická klinika LF UPJŠ a UN LP Košice

Cieľ: Porovnanie autonómnych funkcií hodnotených dotazníkovými metódami a variabilitou srdcovej frekvencie (VSR) u pacientov s poruchou správania v REM spánku (PSR) a zdravých kontrol. Metódy: Do štúdie boli zaradení pacienti, ktorí podstúpili nočné videopolysomnografické vyšetrenie s porozrením na PSR. U všetkých zaradených subjektov boli následne hodnotené všetky rizikové a prodromálne markery, okrem genetického testovania, urátu v plazme a fyzickej neaktivity podľa aktualizovaných kritérií pre výskum prodromálnej PCh- p PCh (MDS, 2P19). Prahová hodnota 80% bola použitá pre pravdepodobnú pPCh. Pacientov s potvrdenou PSR sme následne rozčlenili na skupinu s pPCh a bez pPCh podľa MDS kritérií. U všetkých sme hodnotili VSF v relaxovanej bdelosti a NREM a REM štádiu spánku. Výsledky: Štyridsať päť subjektov prejavilo záujem zúčastniť sa štúdie, u 23 pacientov (51%) sme potvrdili PSR, z toho 19 pacientov s PSR spĺňalo kritériá pPCh, 4 pacienti s PSR nespĺňali kritériá pPCh. Zistili sme, že u pacientov s PSR a pPCh (83% pacientov s PSR) koreluje VSF v spektrálnom výkone nízkých aj vysokých frekvencií v REM spánku s hodnotením autonómnych funkcií dotazníkovou metódou (NMSS) (p= -0.9545 resp. -0.9052). Závery: Zmeny VSF v REM spánku a autonómna dyfunkcia v dotazníkovom šetrení zreteľne odlišujú pacientov s PSR a pPCh od pacientov s PSR bez pPCh a zdravých kontrol bez PSR. Pravdepodobne by sa mohlo jednať o skupinu PSR pacientov s vyšším rizikom fenonverzie na PCh, čo si ale vyžaduje ďalšie overenie. Projekt bol podporený grantom VEGA 1/0596/19

CENTRÁLNÍ HYPERSOMNIE A GENDEROVÉ ROZDÍLY

Soňa Nevšímalová [1], Karolina Galušková [1], Iva Příhodová [1], Jelena Skibová [2], Karel Šonka [1],
[1] Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. LF UK a VFN Praha
[2] Oddělení statistiky a výpočetní techniky IKEM Praha

Úvod: V epidemiologii centrálních hypersomnií - zejména narkolepsií - převládal vždy názor, že častěji jsou onemocněním postiženi muži. Některé současné studie (zejména provedené v USA) však ukazují větší postižení žen. V ČR dosud podobná studie provedena nebyla. Našim cílem bylo nejen porovnat rozdíly v četnosti výskytu centrálních hypersomnií u mužů a žen, ale i tíži klinických příznaků a psychiatrickou komorbiditu. Metodika: V posledních 18 měsících (2020-1) bylo vyšetřeno ambulantně či v průběhu hospitalizace 92 pacientů s diagnózou centrální hypersomnie. Nejčastěji byla zastoupena narkolepsie 1. typu (narkolepsie s kataplexií, 67 nemocných), vzácněji byla diagnostikována narkolepsie 2. typu (narkolepsie bez kataplexie, 15 nemocných) a idiopatická hypersomnie (10 nemocných). Všichni pacienti vyplnili dotazníky týkající se jejich nálady (HADS, hodnoceno skóre anxiety a deprese), tíže klinických projevů narkolepsie či hypersomnie (NSS a IHSS), stupně únavy (FSS) i tíže denní spavosti (ESS). Výsledky: V hodnocené skupině pacientů byla převaha žen (61%); v průměrném věku (34,2±13,7 roků), ani hodnotě BMI (29,2±7,45) nebyly zjištěny rozdíly mezi oběma pohlavími. Skóre deprese však bylo vyšší u žen oproti mužům (5,6±4,5 vs. 4,1±3,1; p=0,046) obdobně jako skóre anxiety (6,7±4,3 vs. 5.2±3,3; p=0,041). Ženy uvedly i lehce těžší průběh klinických projevů (narkolepsie 25,6±10,7 vs. 21,2±11,7; idiopatická hypersomnie 32,1±11,4 vs. 22,0±4,4), rozdíly však nebyly signifikantní. U žen převažoval vyšší stupeň únavy (45,0±12,7 vs. 38,6±11,9; p=0,012) i denní spavosti (16,8±4,4 vs. 13,9±5,4; p=0,017). Tíže klinických projevů narkolepsie korelovala se stupněm únavy (r=0,463; p□0.001) a sklonem k depresivní náladě (r=0,264; p□0,05). Závěry: Výsledky ukázaly ve skupině centrálních hypersomnií nejen převahu žen, ale i tendenci k těžším klinickým projevům, četnější poruchy nálady (sklon k depresi) a úzkostných projevů, vyšší míru únavy i tíže denní spavosti. U skupiny narkolepsie, která byla nejpočetněji zastoupena, bylo prokázáno vzájemné propojení tíže klinických symptomů, únavy a depresivní složky.

SAEGELING MEDIZINTECHNIK, S.R.O. - SYMPOZIUM

RESMED CZ S.R.O. - SYMPOZIUM

ČLENSKÁ SCHŮZE ČSVSSM

AKUTNÍ NEINVAZIVNÍ VENTILACE V NEUROINTENZIVNÍ PÉČI

David Kemlink [1],
[1] Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. LF UK a VFN, Praha 2

Neurointenzivní péče se zabývá převážně pacienty s postižním centrální a periferního nervového systému, ale primárně je předpoklad apriori nepostižené funkce ostatních orgánů, na prvním místě plic. Neinvazivní ventilace (NIV), je v současnosti v naprostém většině technicky zajišťována ve formě pozitivních tlakové podpory a je pacientovi dodávána různými druhy masek, nostril, náustků, či pomocí helmy. Nejčastěji používáme celo-obličejové masky, z režimů pak objemově kontrolované. Velmi užitečné jsou přístroje vyšších tříd se možností připojení externího zdroje kyslíku, který bývá v akutní péči často potřebný. Nedílnou součástí péče o pacienty se sníženou silou respiračních svalů je i podpor očišťování dýchacích cest. Kromě základních technik respirační fyzioterapie je dominantně používán mechanický insuflátor-exsuslátor (MIE), který je neurologických onemocnění bezpečný a efektivní i na základě medicíny založené na důkazech. V akutní péči však u některého typu zvláště starších pacientů či po opakovaných kanylacích velkých žil či jiných invazivních výkonech v oblasti hrudníku bezpečnost před zahájením léčby ověřujeme pomocí nízkodávkového CT hrudníku. Neinvazivní ventilace pomocí negativního tlaku ve formě celotělové („železná plíce"), korzetové či jako pončo, je využívána minoritně, přestože onemocnění převážně periferního nervového systému tento druh léčby v minulosti hojně využívaly zvláště u poliomyelitidy. V neurointenzivní péči z diagnos nejčastěji k NIV indikujeme pacienty s nervosvalovými onemocněními – myastenie gravis, sy. Guillain-Barré, míšní léze v rámci roztroušené sklerosy či neuromyelitis optica, méně často i u akutních cévních mozkových příhod. Často je NIV akutně zahajována u exacerbací chronických onemocnění jako je Duchenneova svalová dystrofie, amyotrofická laterální sklerosa, méně často u jiných dědičné nervosvalových nemocí. Z ostatních nemocí je NIV nejčastěji indikována u exacerbace chronické obstrukční plicní nemoci.

HYPOVENTILAČNÝ SYNDRÓM PRI OBEZITE A LIEČBA NEINVAZÍVNOU VENTILÁCIOU

Pavol Joppa [1], Ivana Paraničová [1], Pavol Pobeha [1], Ivana Trojová [1], Ružena Tkáčová [1],
[1] Klinika pneumológie a ftizeológie UPJŠ Lekárskej fakulty a UN L. Pasteura, Košice, Slovenská republika

Úvod. Hypoventilačný syndróm pri obezite (OHS) je ochorenie charakterizované kombináciou obezity a dennej hyperkapnie pri vylúčení iných príčin hyperkapnie. Býva spojený s obštrukčným spánkovým apnoe (OSA) až v 90% prípadov. Zlatým štandardom liečby OHS je liečba neinvazívnou ventiláciou (NIV) jednoúrovňovým (CPAP) alebo dvojúrovňovým (BiPAP) pretlakom a implementácia režimových opatrení za účelom redukcie hmotnosti. Cieľ. Prezentovať skúsenosti pracoviska s nastavovaním a efektivitou liečby neinvazívnou ventiláciou u pacientov s OHS. Metódy. Do štúdie sme zaradili pacientov hospitalizovaných na Klinike pneumológie a ftizeológie, ktorí splnili diagnostické kritériá na stanovenie diagnózy OHS a zároveň podstúpili polygrafické (PG) alebo polysomnografické (PSG) vyšetrenie. Realizovali sme funkčné vyšetrenie pľúc a opakované odbery na krvné plyny a acidobázickú rovnováhu. Následne bola indikovaná liečba NIV BiPAP alebo CPAP. Výsledky. Súbor pacientov tvorilo 35 pacientov, z toho 22 mužov, s priemerným vekom 58,1 ± 12,0 roka a indexom telesnej hmotnosti 45,5 ± 7,2 kg/m2. Funkčné vyšetrenie pľúc u všetkých vylúčilo obštrukčnú ventilačnú poruchu (FEV1/FVC 82,8 ± 6,2 %) avšak s nálezom redukcie forsírovanej vitálnej kapacity (FVC) (62,3 ± 16,8 % nál. h.). Priemerný apnoicko-hypopnoický index (AHI) bol 85,4 ± 32,2 epizód/hod., priemerná nočná saturácia 77,9 ± 8,0 %. Iniciálne na liečbu CPAP boli nastavení 4 pacienti, na liečbu BiPAP bolo nastavených 31 pacientov. Hospitalizácia trvala priemerne 8,9 ± 3,8 dní, po liečbe NIV sme pozorovali pokles PaCO2 z 7,12 ± 0,89 kPa na 6,36 ± 0,68 kPa (P < 0,001), pokles HCO3- z 31,45 ± 5,04 na 28,72 ± 3,12 (P < 0,001), a nárast PaO2 z 7,45 ± 1,12 kPa na 8,11 ± 1,49 kPa (P = 0,008). Na dlhodobú domácu liečbu NIV bolo nastavených 33 pacientov, 2 pacientky dlhodobú liečbu odmietli. U 7 pacientov bolo potrebné liečbu doplniť dlhodobou domácou oxygenoterapiou. Záver. Liečba NIV je súčasťou starostlivosti o pacientov s OHS, ktorá má potenciál k dobrej tolerancii a efektu na korekciu respiračnej insuficiencie. Podpora. VEGA 1/0220/17, APPV-16-0158.

VENTILAČNÍ TERAPIE U PACIENTŮ S AMYOTROFICKOU LATERÁLNÍ SKLERÓZOU

Simona Dostálová [1], David Kemlink [1], Iva Příhodová [1], Karel Šonka [1],
[1] Neurologická klinika a centrum klinických neurověd Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Úvod: Amyotrofická laterální skleróza (ALS) je neurodegenerativní onemocnění postihující horní a dolní motoneuron, které vede k progredující slabosti svalů. Respirační insuficience podmíněná slabostí dechových svalů je hlavní příčinou úmrtí u tohoto onemocnění. Jelikož hypoventilace se nejdříve objevuje ve spánku, a to zpočátku v REM, kdy je svalová aktivita nejnižší a respirace je výhradě zprostředkována bránicí, je vhodné monitorovat dýchání ve spánku. Cíl: Cílem práce je seznámit se specifiky diagnostiky a terapie poruchy dýchání u pacientů s ALS. Soubor a metodika: Soubor sestával z pacientů s ALS, kteří byli v naší péči v průběhu posledních 3 let. U pacientů bylo provedeno vyšetření klinické zaměřené na známky slabosti dýchacích svalů, polysomnografické či polygrafické vyšetření, vyšetření krevních plynů a fyzioterapeutické vyšetření včetně vyšetření monitorace síly respiračních svalů. Výsledky a závěr: Správně indikovaná a dobře vedená ventilační terapie zlepšuje u pacientů s ALS zdravotní stav, kvalitu i délku života. Základní léčebnou modalitou je neinvazivní ventilační terapie přes nosní nebo celoobličejovou masku umožňující nastavení dechových objemů, záložní dechové frekvence a disponující automatickou adaptací tlaků. Dostatečné vykašlávání zajišťuje přístroj k mechanické podpoře kašle (Couhg Asist). V indikovaných případech a po souhlasu pacienta připadá v úvahu umělá plicní ventilace. Poděkování – Progres Q27/LF21

NOVINKY V REGULACI ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ

Zahálka J.

NOVINKY V NEUROLOGII II

HYPOCRETIN/OREXIN A NADMĚRNÁ DENNÍ SPAVOST U PACIENTŮ S NEKONVULZÍVNÍM EPILEPTICKÝM STATEM

Jana Slonková [1], Ariunjargal Togtokhjargal [1], Ondřej Volný [1], Markéta Plochová [1],
[1] Neurologická klinika FN Ostrava
[2] Lékařská fakulta Ostravská univerzita

Prezentujeme pilotní proof-of-concept prospektivní nerandomizované monocentrické klinické studie. Úvod: Nekonvulzívní status epilepticus (NCSE) se klinicky manifestuje změnou psychického stavu bez kómatu nebo kómatem navazujícím na generalizovaný tonicko-klinický záchvat. Eletroencefalografie (EEG) prokazuje ložiskovou nebo generalizovanou epileptiformní aktivitu. Výsledky magnetické rezonance mozku (MRI) a vyšetření mozkomíšního moku (CSF) jsou u součástí léčby a stanovují prognózu. Nadměrná denní spavost(EDS) je pozorována. Bdělost a spánek jsou řízeny neuropeptidem hypocretinem-1/ orexinem-A (H/O).Epworthská škála spavosti (ESS) je subjektivní škála hodnocení EDS, zatímco polysomnografie (PSG) a test vícečetné latence usnutí (MSLT) jsou objektivními metodami hodnocení spánku a denní spavosti. NCSE může změnit denní životní aktivity (ADL) a/nebo kognici. Barthelové index a Montrealský kognitivní test-česká verze (MoCA-CZ-1) jsou běžně užívány. Chtěli bychom srovnat klinické a laboratorní nálezy hodnotící nadměrnou denní spavost, kognitivní funkce a denní aktivity s nálezem hodnoty hypokretinu-1/orexinu-A v mozkomíšním moku u pacientů s nekonvulzívním epileptickým statem. Metodika : Prospektivní sběr dat 15 konsekutivních pacientů s diagnózou NCSE splňujících vstupní a výstupní kritéria schválená lokální Etickou komisí. Soubor pacientů: Od zahájení projektu v květnu 2020 byli přijati na jednotku intenzívní péče FN Ostrava 2 pacienti splňující vstupní a výstupní kritéria k zařazení do studie. Metodika: Po diagnostikování NCSE odběr mozkomíšního moku spolu s hypocretinem/orexinem, provedení PSG a MSLT, posouzení nadměrné denní spavosti pomocí ESS. Doplnili jsme posouzení kognitivních funkcí Montrealským testem a posoudili jsme míru soběstačnosi indexem dle Barthelové. Výsledky: Prezentujeme ženu, r. nar. 1946 a muže r. nar. 1952. Předkládáme MRI, EEG a laboratorní výsledky. Polysomnografe a MSLT objektivizují nadměrnou spavost. Posuzujeme jejich kognitivní schopnosti před dimisí po NCSE a s odstupem 3 měsíců. Z nálezů je patrná klinická nadměrná denní spavost a snížený kognitivní výkon. Hladina hypocretinu /orexinu je u ženy pod dolní hranicí normy, u muže v dolní části spektra v mezích normy. Závěr: Prozatímní výsledky umožňují pouze kazuistická sdělení. Závěr : Klinická nadměrná denní spavost u pacientů po NCSE zatím nebyla s posuzována z pohledu hladiny hypocretinu/orexinu. Naší studií bychom chtěli přispět k poznání, zda akutní epileptický syndrom tuto hladinu alteruje. Projekt je rozložen do 3 let a je podporován v rámci vnitřního projektu FN Ostrava, 09/RVO-FNOs/2020. Autoři Slonková a Volný afiliace 1 a 2.

HYPOKRETÍN DEFICIENTNÁ NARKOLEPSIA, CHRÍPKA H1N1 A COVID 19 NA SLOVENSKU

Eva Feketeová [1], Mária Tormašiová [1], Peter Ďurdík [2], Katarína Klobučníková [3],
[1] Neurologická klinika LF UPJŠ a UN LP Košice
[2] Klinika detí a dorastu Univerzitná nemocnica Martin
[3] 1. neurologická klinika LF UK a UNB Bratislava

Celosvetovo bol dokumentovaný nárast incidencie narkolepsie typu 1 (NT1) po pandémii chrípky H1N1 v rokoch 2009 - 2010 (pH1N1). Zatiaľ čo niektoré európske krajiny zistili súvislosť medzi zvýšením NT1 a očkovaním proti H1N1 vakcínou Pandemrix, správy z ázijských krajín naznačujú, že s nárastom nových prípadov NT1 súvisí skôr samotný vírus H1N1 ako očkovanie. Analyzovali sme počet prípadov de novo diagnostikovaných prípadov NT1 na Slovensku v období rokov 2000 – 2017. Incidencia NT1 v rokoch 2000-2017 bola 0.49(CI95%0.31-0.67) /milión obyvateľov, prevalencia v roku 2017 9.01(CI95%6.62-11.51)/ milión obyvateľov. Na Slovensku, ako krajine s nízkou mierou preočkovanosti proti H1N1 (menej ako 5%) ako i nízkym počtom diagnostikovaných prípadov infekcie, sme nezaznamenali nárast incidencie NT1 v rokoch 2009-2010. Predpokladali sme, že by infekcia COVID 19 rovnako ako chrípka H1N1 mohla byť ďalším environmentálnym faktorom spúšťajúcim imúnne podmienený process u geneticky disponovaných jedincov vyúsťujúcim v NT1 narkolepsiu. Na Slovensku sme zatiaľ nepotvrdili vznik NT1 v súvislosti s infekciou COVID 19.

KLEINE-LEVINŮV SYNDROM – NOVÉ POZNATKY O PATOFYZIOLOGII

Soňa Nevšímalová [1], Iva Příhodová [1],
[1] Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. LF UK a VFN Praha

Úvod: Kleine-Levinův syndrom je vzácné onemocnění s předpokládaným výskytem 3-4 případy na 1 000 000 obyvatel, které se projevuje epizodicky se vyskytující extrémní spavostí o trvání několika dnů až týdnů. Tyto epizody se v mezidobí střídají s normálním rytmem spánku a bdění. Po několika desetiletích trvání nemoci stav zpravidla pozvolna odezní. Porucha může být vzácně spojena s poruchami kognitivních funkcí, chování či jinou symptomatologií. Tradičně převládal názor, že onemocnění postihuje převážně chlapce a mladé muže. Poslední výzkumy však ukazují, že rozhodující pro manifestaci poruchy je asociace polymorfismu TRANK-1 genu s porodním traumatem. Kasuistiky: Na dětském oddělení kliniky byly hospitalizovány 3 děti (1 chlapec, 2 dívky) s Kleine-Levinovým syndromem, z nichž u 2 byla v anamnéze perinatální rizika a onemocnění se manifestovalo již v kojeneckém či batolecím věku. U chlapce, který je patrně v literatuře nejmladším pacientem s popisovaným syndromem, se ataky spánku manifestovaly již v 6. měsíci života. Opakovaně byl přijímán na jednotku intenzivní péče jako koma nejasného původu a po několika dnech po úpravě vigility propuštěn. Obdobný ráz onemocnění s 1. atakou spavosti v 17 měsících byl zachycen i u dívky, kterou jsme měli možnost sledovat až do dospělosti. V průběhu puberty epizodické ataky spánku pozvolna odeznívaly a byly vázány převážně na interkurentní infekční onemocnění, mezi 17. -18. rokem vymizely zcela. Pacientka má vysokoškolské vzdělání a v současnosti je bez zdravotních obtíží. U třetí pacientky se onemocnění manifestovalo ve věku 11 let v návaznosti na virový infekt a průběh onemocnění byl komplikován poruchami kognitivních funkcí - zejména paměti i v mezidobí atak epizodické spavosti. Závěry: Současný multicentrický výzkum Kleine-Levinova syndromu přinesl zcela nový pohled na etiologii onemocnění i vysvětlení, jak zlepšení perinatální péče v posledních desetiletích přispělo ke snížení jeho incidence. V uvedených kazuistikách jsme se pokusili dokumentovat vzácný výskyt této centrální hypersomnie i souvislost s perinatálními riziky.

NOVINKY V DĚTSKÉ SPÁNKOVÉ MEDICÍNĚ

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA DĚTSKÉ SPÁNKOVÉ APNOE

Iva Příhodová [1], Simona Dostálová [1],
[1] Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Poruchy dýchání ve spánku u dětí zahrnují nejen nejčastější obstrukční spánkovou apnoe, ale také vzácněji se vyskytující centrální apnoe, která může být spojena s vrozenými vývojovými vadami v oblasti zadní jámy lební a dalšími onemocněními. V některých případech je nutno zvažovat také epileptickou etiologii spánkové apnoe. V diferenciální diagnostice je nutno odlišit benigní zvukové projevy (noční mručení, vzdychání). Problematika je ilustrována formou kazuistik. Podpořeno Progress Q27/LF1

PORUCHA DECHU VE SPÁNKU NEJASNÉ ETIOLOGIE

Martina Ondrová [1], Iva Příhodová [3],
[1] 1. Ambulance ORL pro poruchy dýchání ve spánku Brno
[2] 1.Dětská ORL s.r.o. Brno
[3] 2. Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd UK Praha, 1.LF a VFN Praha

Úvod: Poruchy dýchání u dětí ve spánku nejsou často došetřovány. Důvodem jsou jak malé kapacity laboratoří, tak občas neznalost vyšetřovacího algoritmu u těchto onemocnění. Metodika: Nyní 10-ti letý chlapec byl od roku 2018 vyšetřován pro přestávky v dýchání během spánku pozorované rodiči. Po dvou atakách bezdeší během denního usnutí, kdy se nemohl probrat, rodiče navštívili LSPP a následně ORL ambulanci pro dětské pacienty. Výraznější překážka v oblasti HCD nebyla zjištěna, proto byl odeslán na kliniku dětské neurologie k došetření . Bylo provedeno neurologické vyšetření, EEG vyšetření, spánkové EEG a MRI mozku - vše bez patologického nálezu. Kardiologické vyšetření bylo v normě. Letos byla provedena limitovaná polygrafie celkem 4 noci s nálezem AHI 1,7 – 3,3 – 4,9 – 13,4 – popsáno jako spíše lehký sleep apnoe syndrom s nálezem téměř poloviny událostí centrálního typu. Vzhledem k nejasné příčině a údaji o zvýšeném slinění po bezdeší, byli rodiče požádáni o videonahrávku ataky v domácím prostředí. Na dvou videích byla zachycena apnoe s grimasováním a sliněním. Výsledky: Pacient byl odeslán do spánkového centra, kde byla provedena noční EEG videomonitorace a noční polysomnografie. Na EEG během spánku byly patrny rolandické hroty, což spolu s anamnézou a zhodnocením domácí videonahrávky vedlo k diagnoze benigní rolandické epilepsie. Byla zahájena terapie levetiracetamem. Na noční polysomnografii byly patrny nečetné centrální apnoe v REM spánku Závěr: Ne vždy se daří spánková apnoe u dětí vyšetřit a někdy se za příznaky může skrývat jiné onemocnění. Proto je velmi důležité využít všech dostupných možností k ozřejmení vyšetřovaných stavů a zejména je nutná mezioborová spolupráce, která v tomto případě vedla k zjištění příčiny a ke kauzální léčbě dětského pacienta.

ZHODNOCENÍ RIZIKA OBSTRUKČNÍ SPÁNKOVÉ APNOE U DĚTSKÝCH PACIENTŮ

jan burian [1],
[1] ORL oddělení, Nemocnice Rudolfa a Stefanie, Benešov

ÚVOD Obstrukční spánková apnoe (OSA) u dětí je onemocnění patřící do skupiny poruch dýchání vázaných na spánek (SRBD – sleep related breath disorders). Prevalence v dětské populaci je mezi 1-4%. Neléčená OSA u dětí je zdravotní problém, který způsobuje četné komplikace, zejména poruchy chování, náladovost, zhoršení kognitivních funkcí, neprospívání. Cílem této práce je zhodnocení rizika OSA na základě ORL nálezu, BMI percentilu pacientů a výsledků AHI z měření limitované polysomnografie. Z hodnot průměrného AHI pro danou skupinu a podskupinu se snažíme prospektivně vytipovat pacienty s vysokým rizikem OSA a tyto pacienty přednostně indikovat k limitované polysomnografii. Studie je retrospektivní. METODIKA Vlastní ORL vyšetření zahrnuje zhodnocení velikosti adenoidních vegetací (AV) dle Sychry a Friedmanovu klasifikaci patrových tonsil. BMI je vypočítáno z výšky, váhy a je vztaženo k antropologickým percentilovým tabulkám pro daný věk a pohlaví. V souboru je 145 dětských pacientů ve věku od 3 do 13 let včetně. Soubor je rozdělen do 3 hlavních skupin podle BMI percentilu na: 1. pacienty s normální váhou (celkem 61), 2. pacienty s nadváhou a obezitou (celkem 47), percentil BMI je vyšší než 85 3. pacienty s podváhou (celkem 37), percentil BMI je nižší než 5. V každé z těchto skupin jsou dále pacienti děleni dle ORL nálezu do 4 podskupin: A – pacienti s AV maximálně II.st, tonsily maximálně stupeň II-III, B – pacienti s AV II-III a větší, tonsily maximálně II-III, C – pacienti s AV maximálně II, tonsily stupeň III a větší, D – pacienti s AV II-III a větší, tonsily III a větší – adenotonsilární hypertrofie Pro jednotlivé podskupiny je vypočítána průměrná AHI a výsledek zanesen do grafu včetně směrodatné odchylky. VÝSLEDKY V první skupině pacientů s normální váhou byla naměřená průměrná hodnota AHI nejnižší u podskupiny A. Průměrné AHI pro podskupiny A, B a C se však příliš neliší a spadají do pásma lehkého OSA. U podskupiny D je průměrné AHI 8,6 a z tohoto výsledku plyne, že jsou pacienti s ORL nálezem adenoidních vegetací II-III a větších a současně krčních mandlí stupně III a větších (adenotonsilární hypertrofie) považovány za nejrizikovější pro OSA (Graf 1) Ve skupině číslo 2 jsou pacienti s nadváhou a obézní, s hodnotami BMI percentilu vyšší než 85. V jednotlivých podskupinách je již patrnější výraznější rozdíl průměrného AHI. Zatímco v podskupině A a B je průměrné AHI v pásmu lehkého OSA, je zde patrný signifikantní vzestup u podskupin C a D (Graf 2). Výsledky přesvědčivě ukazují, že pacienti s výrazným ORL nálezem tonsilární hypertrofie a nadváhou, či obezitou, jsou rizikovější pro diagnózu OSA. Skupina č.3 je charakterizována pacienty s percentilem BMI nižší než 5. Dle antropologických tabulek jsou v kategorii podváhy. Čísla průměru AHI pro jednotlivé podskupiny vykazují nejhorší výsledky proti všem předešlým skupinám. Z podskupiny A a B jsou hodnoty podobné, v pásmu středního OSA. C a D patří svými AHI průměry jednoznačně do pásma těžkého OSA (Graf 3) ZÁVĚR Dle výsledků je limitovaná polysomnografie přednostně indikována pro chrápajícího pacienta s ORL nálezem tonsilární hypertrofie, či adenotonsilární hypertrofie doprovázená nadváhou/obezitou nebo s podváhou. Zde je rizikovost záchytu OSA nejvyšší. Následují pacienti s podváhou bez výraznější hypertrofie tonsil a s normální hmotností, u nichž je přítomna adenotonsilární hypertrofie v ORL nálezu. Obecně je rizikovější soubor s vyšším percentilem BMI než 85. Jako nejméně rizikoví byli vyhodnoceni pacienti s normální hmotností bez hypertrofických tonsil.

ANI DÍTĚ, ANI DOSPĚLÝ, ALE APNOIK TĚŽKÝ

Jaroslav Kraus [1], Tereza Haasová [2], Katarína Jankulová [3],
[1] Spánkové centrum FTN, ORL oddělení, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha
[2] Spánková laboratoř Benešov, Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov
[3] Otorinolaryngologická klinika 3. LF UK, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Poruchy dýchání ve spánku u dětských a dospělých pacientů se značně liší a s určitou nadsázkou můžeme tvrdit, že OSA u dospělých je úplně jinou nemocí než u dětí. Liší se totiž značně patofyziologicky, diagnostickými kritérii, hodnocením spánkové monitorace i způsobem léčby. V typických případech dítěte nebo dospělého asi nebude větší problém, jakým způsobem postupovat. Ovšem dospívání nemá ostrý předěl, kde nemůžeme okamžitě změnit přístup z dětské OSA na dospělou a tělesný i duševní vývoj je u každého jedince velmi individuální. Autoři diskutují tuto problematiku na kazuistice dospívajícího chlapce s těžkou obstrukční spánkovou apnoí.

DĚTSKÁ SPÁNKOVÉ APNOE Z POHLEDU ORTODONTISTY

Zuzana Marinčák Vranková [1], Alena Bryšová [1], Zdeněk Hofman [2], Petra Bořilová Linhartová [3],
[1] Stomatologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno
[2] Privátní ortodontická praxe ORTHODENT, Hradec Králové
[3] Stomatologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno; Ústav lékařské genetiky LF MU, Brno; Ústav patologické fyziologie LF MU, Brno; Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie LF MU a FN Brno, Brno

Úvod: V roce 1976 byla vyčleněna dětská obstrukční spánková apnoe (OSA) jako samostatná diagnóza, a to i proto, že se projevuje odlišnými symptomy než OSA u dospělých pacientů. Mezi nejčastěji uváděné rizikové faktory vzniku OSA u dětí se řadí obezita, zvětšené krční a nosní mandle, neuromuskulární onemocnění, a v neposlední radě se významně na jejím vzniku podílí kraniofaciální malformace. Kostěné části kraniofaciálního systému tvoří oporu horních dýchacích cest (HDC) a jejich důležitost pro fyziologické dýchání jedince se projevuje zejména ve spánku, kdy dochází ke změnám v kontrole svalového tonu a reflexním odpovědím. Kraniofaciální anomálie mohou přispívat k zúžení, snadnějšímu kolapsu a okluzi dýchací cest. Jelikož jsou ortodontisti specialisty, kteří se zabývají problematikou orofaciální oblasti a anomáliemi obličejového skeletu u rostoucích dětských pacientů, mohou zásadním způsobem přispět jak k včasné diagnostice, tak i k neinvazivní léčbě pacientů s dětskou OSA. Metodika: V rámci vstupního ortodontického vyšetření se standardně zhotovuje kefalometrický snímek, telerentgen, neboli snímek lebky pacienta z bočního pohledu. Na základě jeho analýzy ortodontista určuje vzájemný vztah čelistí a popisuje skeletální podklad dané ortodontické anomálie. Tento snímek zároveň dvojrozměrně zobrazuje HDC a umožnuje tak jejich základní kontrolu, a to i ve vztahu k čelistem. Výsledky: Kefalometrické studie s dětskými pacienty trpícími OSA poukazují na charakteristické znaky, které mohou ovlivňovat průchodnost dýchacích cest a podílet se tak na vzniku OSA. Časté je zúžení nasomaxilárního komplexu, viditelně úzké a klenuté tvrdé patro, mnohdy vedoucí k vzniku jedno- nebo oboustranně zkříženého skusu. U pacientů se vyskytuje retrognátní typ obličejového skeletu, hypoplasie střední obličejové etáže, mikrognácie nebo mikrogenie, tedy podvývoj čelistí. Rizikové je i zvýšení divergence čelistních bází, tzv. skeletálně otevřený skus, projevující se i nedostatečným retním uzávěrem. Správně načasovaná ortodontická léčba u dětí s dysmorfizmem, vedoucím k zúženým HDC, může stimulovat růst či změnu polohy čelistí, zlepšit tak jejich správný vývoj, a zároveň tak snížit riziko jejich kolapsu. Příkladem je v rámci ortodontické terapie poměrně často používaná maxilární expanze, případně rychlá maxilární expanze (RME). Při RME dochází k expanzi maxily a rozšíření zubního oblouku, zároveň se však expanduje i nosní spodina a zvětšuje se objem nasofaryngu, intranasální kapacita roste, čímž dochází ke snížení nosní rezistence. U pacientů trpících maxilární konstrikcí a příznaky OSA tak RME prokazatelně zlepšuje nosní ventilaci a nabízí se jako vhodná terapie. Závěr: Ortodontická léčba se jeví jako úspěšný terapeutický přístup OSA u dětských pacientů s anomáliemi orofaciálního skeletu, přičemž klíčovým aspektem při terapii tohoto onemocnění stále zůstává podrobná anamnéza, včasná diagnóza a stanovení příčinných faktorů s následným interdisciplinárním přístupem při terapii.

NOVÉ MOŽNOSTI LÉČBY NADVÁHY A OBEZITY V AMBULANCI SPÁNKOVÉ MEDICÍNY - NOVONORDISK SYMPOZIUM

Moderátor: MUDr. Jana Vyskočilová, Plicní ambulance EUC Plzeň

Diskutující:
prof. MUDr. Müllerová Dana Ph.D. - Ústav hygieny a preventivní medicíny Plzeň

MUDr. Haasová Tereza - Spánková laboratoř a Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku; Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov a.s.

MUDr. Kraus Jaroslav, MUDr., Ph.D., LL.M., MBA - Spánkové centrum a Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku; FTN Praha

VÝROBA PROTRAKTORU A NAŠE DOSAVADNÍ ZKUŠENOSTI, ODD. ÚSTNÍ, ČELISTNÍ A OBLIČEJOVÉ CHIRURGIE KNTB ZLÍN, A.S

POSTEROVÁ SEKCE

EXPANZIVNÍ SFINKTER PHARYNGOPLASTIKA: NAŠE PRVNÍ ZKUŠENOSTI S MODIFIKACÍ CHIRURGIE VELOFARYNGEÁLNÍ ÚŽINY U LÉČBY SYNDROMU OBSTRUKČNÍ SPÁNKOVÉ APNOE

Silvie Brennerová [1], Simona Maléřová [1], Jaroslav Betka [1], Jan Klozar [1], Jan Plzák [1],
[1] Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1.LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod: Chrirurgické řešení je jedním ze základních modalit léčby obstrukční spánkové apnoe (OSA). Nejčastěji je chirurgická intervence prováděna v oblasti velofaryngeální úžiny, která je považována za důležité místo kolapsu horních cest dýchacích u pacientů s OSA. Základním a stále nejpoužívanějším chirurgickým výkonem je uvulopalatopharyngoplastika (UPPP). V posledních letech se zvyšuje trend využití různých modifikací této chirurgické techniky. Jednou z nich je expanzivní sfinkter pharyngoplastika (ESP), která je indikována především u pacientů s významným kolapsem laterálních stěn. V současných studiích dosahuje velmi slibných výsledků ve zmírnění tíže OSA. Materiál a metody: Za období 2016 - 2019 bylo na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN v Motole operováno 16 pacientů technikou ESP. Všichni pacienti podstoupili před výkonem vícekanálovou polygrafii s výsledkem OSA lehkého stupně (26,7 %), středně těžkého stupně (40,0 %) nebo těžkého stupně (33,3 %). Pacienti s těžkým stupněm OSA byli indikováni k výkonu při intoleranci přetlakové ventilace. S odstupem 3 - 6 měsíců od chirurgického výkonu absolvovali kontrolní polygrafii ke zhodnocení výsledků. Výsledná efektivita výkonu byla srovnávána s výsledky 54 pacientů, kteří podstoupili základní UPPP. Hodnotili jsme redukci AHI a počet a závažnost časných komplikací po výkonu. Výsledky: Při kontrolní polygrafické monitoraci bylo zjištěno zlepšení pooperačního AHI o 36 - 87 % (medián: 74%) u techniky ESP, oproti základní UPPP, kde bylo zlepšení pooperačního AHI o 15 – 98% (medián: 48%). Porovnáním výsledků se ESP jeví jako efektivnější způsob chirurgického výkonu. Ze sledovaného souboru pacientů se po ESP objevily časné pooperační komplikace u jednoho z nich, na rozdíl od UPPP, u které byly zaznamenány komplikace u 15 pacientů. Závěr: Expanzivní sfinkter pharyngoplastika je efektivní modifikace chirurgické léčby OSA s nízkým rizikem časných pooperačních komplikací.

VLIV SOCIODEMOGRAFICKÝCH ÚDAJŮ A ŽIVOTNÍHO STYLU NA SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ PŘÍSLUŠNOSTI KE CHRONOTYPU

Denisa Manková [1], Jan Novák [2], Eva Fárková [1], Jana Kopřivová [3],
[1] Národní ústav duševního zdraví, Klecany
[2] Katedra antropologie a genetiky člověka, Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, Praha a Klinika neurologie a Centrum klinických neurověd, Univerzita Karlova, 1. LF a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha
[3] Národní ústav duševního zdraví, Klecany a 3. LF, Univerzita Karlova, Praha

ÚVOD: Ranní a večerní preference je definována jako individuální preference v načasování různých aktivit, která úzce souvisí s cyklem spánku a bdění. Cirkadiánní preference je ovlivněna celou řadou proměnných, např. genetikou, hormonálními změnami, ale také socio-psycho-enviromentálními fenomény. Cílem studie bylo definovat vybrané prediktory z oblasti sociodemografických dat a životního stylu, které se podílí na konkrétním cirkadiánním typu. ÚČASTNÍCI A METODY: Studie se zúčastnilo celkem 2068 dobrovolníků (1529 žen, 534 mužů) z ČR. Sledovali jsme tyto vybrané faktory: věk, pohlaví, místo bydliště, partnerské vztahy, děti, dosažené vzdělání, obor vzdělání, hmotné zabezpečení, tělesné a psychické zdraví, užívání budíku, BMI a zdraví škodlivé chování (užívání alkoholu a kofein obsahujících nápojů, kouření). Pro stanovení prediktorů byl vzhledem k vlastnostem sledovaných jevů a výzkumnému souboru zvolen zobecněný neparametrický Games-Howell test s korekcí na vícečetné testy. Vztah chronotypu ke kvantativním spojitým proměnným a dalším dotazníkům (MCTQ, FSS) byl hodnocen pomocí lineárních modelů. VÝSLEDKY: Většinu našich probandů představovali jedinci s nevyhraněným chronotypem (47,23 %), vyhraněné chronotypy představovaly zhruba stejně velké skupiny (noční 28,26 %, ranní 24,38 %), distribuce skóre MEQ však nebyla parametrická (W=0,99, p < 0,001). Pomocí Games-Howell testu jsme identifikovali následující významné faktory: místo bydliště, oblast vzdělání, tělesné a psychické zdraví a užívání budíku v pracovní dny. Večerní typy byly více unavené (r=-0,23, p<0,001) a více kouřily (r=-0,13, p<0,001). Lidé s večerní preferencí volili jako obor studia umění a humanitní vědy, přírodní vědy, matematiku a statistiku. Osoby mající děti inklinovaly více k rannímu typu (d=-0,28). ZÁVĚRY: Ze sledovaných jevů byl kvantitativně nejsilnější faktor používání budíku v pracovní dny. Na základě naší analýzy lze říct, že v čím větším městě bydleli, čím lépe hodnotili své hmotné zabezpečení a hůře tělesné a psychické zdraví, čím více užívali budík, byli unavení, pili alkohol a kofein nápoje a kouřili, tím více šlo o večerní typy. KLÍČOVÁ SLOVA: Dotazník ranních a večerních preferencí (MEQ), sociodemografická data, bydliště, vzdělání, tělesné zdraví, psychické zdraví, budík

---

NOVINKY V ORL

TĚŽKÁ SPÁNKOVÁ APNOE NA PODKLADĚ MASIVNÍ HYPERTROFIE KOŘENE JAZYKA

Katarína Fedorová [1], Jana Schneiderová [1], Petr Matoušek [1], Pavel Komínek [1],
[1] Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Ostrava

Úvod Autory je prezentován případ těžké spánkové apnoe na podkladě masivní hypertrofie kořene jazyka, která vedla k tracheotomii, avšak opakovanými ablacemi kořene jazyka byla dosažena redukce obstrukce a dekanylace. Kazuistika Sedmapadesátiletá morbidně obézní pacientka (BMI 52) byla došetřována pro rok trvající chrápaní s apnoe. Endoskopie hypofaryngu ukázala výraznou hypertrofii kořene jazyka, oblast hrtanu nebyla přehledná. Pro dušnost až dušení, výrazně se zhoršující ve spánku, bylo nevyhnutné pacientku zajistit tracheotomií. Magnetická rezonance krku ukázala měkkotkáňovou infiltraci kořene jazyka inkompletně vyplňující hypofarynx. K vyloučení tumoru byla provedena probatorní excize, bez známek malignity. Vzhledem k prosté hypertrofii jazykové mandle a cílu dekanylace byla provedena laserová resekce a radiofrekvenční ablace kořene jazyka. Opakované výkony vedli k významné redukci obsrukce, po druhé operaci bylo možné diferencovat epiglotis, oblast hypofaryngu a hrtanu. Pooperační průběh byl bez komplikací. Po dvou měsících byla provedena endoskopie v uměle navozeném spánku s nálezem volného vchodu hrtanu, a pacientka byla úspěšně dekanylována. V dalším průběhu bude provedena limitovaná polygrafie k eventuelní další léčbě reziduální spánkové apnoe. Závěr V případě výrazné hypertrofie kořene jazyka je nutné myslet i na možnou malignitu. Klinické projevy závisí od míry obstrukce, můžou vést i k nutnosti zajištění dýchacích cest. Chirurgické řešení je indikováno k redukci obstrukce a možnosti eventuelní další léčby apnoe.

VZTAH GLYKOPROTEINOVY□CH BIOMARKERU□ A MIRNA K OBSTRUKČNÍMU SYNDROMU SPÁNKOVÉ APNOE

Tomáš Kostlivý [1], Vojtěch Kubec [1], Jana Vyskočilová [2], David Slouka [1],
[1] Otorhinolaryngologická klinika, LF UK a FN v Plzni
[2] Spánková laboratoř, EUC Klinika Plzeň

Úvod: Biomarkerem můžeme nazývat látku nebo měřitelný jev, který odliší fyziologický a patologický stav. V klinické praxi je nejužívanější dělení biomarkerů podle původu či funkce v lidském těle. Můžeme tedy mluvit o biomarkerech asociovaných např. s regulací imunity, metabolismu či se zánětem. Diagnostika syndromu spánkové apnoe je složitý proces, podílí se na něm otorinolaryngolog, somnolog a další příbuzné lékařské obory. Je náročná na čas, technické vybavení i erudovaný personál. Z těchto důvodů zůstává řada pacientů s nediagnostikovaným onemocněním. Práce prezentuje 2 klinické studie zaměřené na identifikaci biomarkeru se vztahem k středně těžkému a těžkému syndromu spánkové apnoe ze skupiny vybraných kardiospecifických a zánětlivých glykoproteinů a ze skupiny vybraných kardiospecifických mikroRNA. Ideální biomarker pro OSAS by byl takový, podle kterého bychom mohli stanovit prostou přítomnost onemocnění, eventuálně i jeho tíži, nebo sledovat účinnost nastavené terapie. Metodika: Autoři prezentují 2 prospektivní observační studie. Do první studie bylo zařazeno 146 pacientů se středně těžkým a těžkým obstrukčním syndromem spánkové apnoe, kontrolní skupinu tvořilo 100 zdravých lidí. U obou skupin byly stanoveny a porovnány sérové hladiny 3 glykoproteinových biomarkerů asociovaných se zánětem (C-reaktivní protein, pentraxin-3 a interleukin-6) a sérové hladiny 3 biomarkerů kardiospecifických (high-sensitivity troponin I, brain natriuretic peptid a galectin-3). Do druhé studie bylo zařazeno 194 pacientů se středně těžkým a těžkým OSAS, kontrolní skupinu tvořilo 50 zdravých osob. U obou skupin byla stanovena a porovnána hladina molekul vybraných 3 typů mikroRNA, které byly identifikovány ve vztahu k srdeční svalové tkáni (miRNA 499, miRNA 133a a miRNA 1). Výsledky: V první studii byla prokázána statisticky významně vyšší sérová hladina ve skupině pacientů se středně těžkým a těžkým obstrukčním syndromem spánkové apnoe u C-reaktivního proteinu, pentraxinu-3 a high-sensitive troponinu I. ROC analýza prokázala potenciální klinickou využitelnost především pro pentraxin-3. Ve druhé studii byla prokázána statisticky významně vyšší hladina mikroRNA 499 u pacientů s OSAS ve srovnání s kontrolní skupinou, statistický význam pro mikroRNA 1 a mikroRNA 133a nebyl prokázán. Závěr: Podařilo se nám prokázat statisticky významně vyšší hladinu a možný klinický potenciál pentraxinu-3 a mikroRNA-499 u pacientů se středně těžkým a těžkým obstrukčním syndromem spánkové apnoe oproti skupině zdravých kontrol. Naše výsledky budou v obou případech ověřeny rozsáhlejší multicentrickou studií.

THYROHYOIDOPEXE, CHIRURGICKÉ ŘEŠENÍ RETROLINGVÁLNÍ OBSTRUKCE

Michal Matyášek [1], Jaroslav Betka [1], Jan Klozar [1], Simona Maléřová [1], Silvie Brennerová [1], Jan Plzák [1],
[1] Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: Thyrohyoidopexe je jeden z operačních výkonů zaměřených na léčbu pacientů s OSA středně těžkého a těžkého stupně s prokázanou retrolingvální obstrukcí. Z chirurgického hlediska se jedná o oblast problematickou pro její obtížnou dostupnost s relativně vysokou invazivitou operačních technik. S tím je pak následně spojena i vyšší pooperační morbidita. Thyrohyoidopexe patří k méně invazivním výkonům v této oblasti s dobrými funkčními výsledky. Podstatou operační techniky je ventrodorzální rozšíření retrolingvální úžiny aproximací a následnou fixací jazylky k chrupavce štítné stehy ze zevního přístupu. Výkon je téměř vždy prováděn jako součást víceúrovňové chirurgie, především spolu s operací měkkého patra. Materiál a metodika: Do retrospektivní studie bylo zařazeno 13 pacientů operovaných od 1. 1. 2017 do 1. 1. 2021 na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol s diagnózou OSA. U všech pacientů byla indikována chirurgická léčba nejčastěji na podkladě intolerance léčby přetlakem v dýchacích cestách. V úvodu výkonu bylo vždy provedeno DISE (drug induced sleep endoskopy) s průkazem retrolingvální obstrukce. Následně byla indikována víceúrovňová chirurgie v rozsahu UPPP (uvulopalatopharyngoplastika) a thyrohyoidopexe. Podmínkou zařazení do studie bylo absolvování kontrolní limitované polygrafie nebo polysomnografie s odstupem nejméně 6 měsíců po operačním výkonu. Podle předoperační spánkové monitorace mělo jedenáct pacientů středně závažnou OSA (AHI 15-30) a dva pacienti těžkou OSA (AHI nad 30). Výsledky: U devíti pacientů došlo při pooperační kontrole ke zlepšení OSA a významnému snížení naměřeného AHI, kdy došlo k poklesu o více než 50% předoperační hodnoty. U tří pacientů byl výsledek stejný nebo bylo AHI nevýznamně sníženo. V jednom případě došlo ke zhoršení. Předoperační průměrné AHI bylo 27,2, při pooperační kontrole 11,6. Celkově se pooperační hodnota AHI zlepšila o 57,4 %. K subjektivnímu zlepšení obtíží, tedy ronchopatie, případně snížení denní únavnosti došlo u 10 pacientů, u tří pacientů se stav nezměnil. Pooperačně v souvislosti s thyrohyoidopexí nebyla zaznamenána žádná život ohrožující komplikace. Nejčastěji se jednalo o dysfagické obtíže. Závěr: Thyrohyoidopexe je metoda vhodná k léčbě pacientů se středně závažnou až těžkou OSA, u kterých byla prokázána retrolingvální obstrukce. Indikována je především u pacientů s intolerancí léčby pozitivním přetlakem. Jedná se však o výkon, který je téměř vždy součástí víceúrovňové chirurgie a lze tedy jen obtížně objektivizovat efektivitu metody samotné. I přes zjevný benefit, zejména zlepšení subjektivních obtíží, však stejně jako u řady dalších chirurgických technik k léčbě OSA zůstává menší část pacientů, u které nedojde k dostatečnému zlepšení stavu a je nutné následně pacientům doporučit léčbu pomocí přetlaku v dýchacích cestách.

SPOLUPRÁCE ORL AMBULANCE SE SPÁNKOVOU LABORATOŘÍ – SOUČASNÉ MOŽNOSTI AMBULANTNÍ ORL DIAGNOSTIKY A TERAPIE

Jan Kastner [1], Zdeněk Skácel [2], Daniela Olšavová [3],
[4] ORL a spánková medicína, Perfectclinic Praha
[1] ORL Kastner s.r.o., ambulance Plzeň/Beroun
[2] Pneumo-Host, akreditovaná spánková laboratoř, Praha
[3] Spánková laboratoř Nemocnice Hořovice

Autoři shrnují možnosti moderního přístupu v rámci mezioborové spolupráce, aneb „co chtít po ambulantním ORL lékaři“. Spolupráce spánkové laboratoře s ORL ambulancí se dříve omezovala na posouzení průchodnosti horních cest dýchacích (HCD), tedy vyloučení hrubé patologie ve smyslu tumoru či těžšího chronického zánětu této oblasti, které by limitovalo použití přetlakové ventilace CPAP u pacientů s obstrukční spánkovou apnoí (OSA). V současnosti disponuje většina ORL ambulancí v České republice moderním endoskopickým vybavením. Některá pracoviště provádějí rinomanometrická vyšetření k objektivnímu posouzení nosní průchodnosti, ultrazvuková vyšetření k vyloučení ložiskové patologie či patologické lymfadenopatie měkkých tkání krku. Výjimečně i screeningovou flowmetrii, resp. polygrafické vyšetření ke screeningovému rozlišení mezi pacienty s primární ronchopatií a těmi, kteří trpí obstrukčním syndromem spánkové apnoe. Smyslem ORL vyšetření by mělo být nejenom vyloučit patologii v oblasti HCD omezující použití a toleranci přetlakové ventilace ve spánku, ale i zhodnotit možnosti případné chirurgické terapie prosté ronchopatie či lehčích forem OSA. V neposlední řadě pak přispět ke zlepšení tolerance přetlakové ventilace u těžších apnoiků indikací výkonu v oblasti HCD (nosní operativa a d.), snahou o stabilizaci chronických slizničních zánětů v oblasti nosu a VDN, ale i hltanu (mimojícnový reflux a d.). V tomto smyslu hraje jistě pomocnou roli i endoskopie ve spánku navozeným léky (DISE). Přesto je komplexní ambulantní ORL vyšetření zahrnující prostou endoskopii v oblasti HCD dostatečné k posouzení případné in-/tolerance CPAP a vyloučení hrubé patologie, zejména tumorozního postižení. Na několika kasuistikách autoři uvádějí, co je možné požadovat po ambulantním ORL lékaři a jakýsi návod, co by mohla a měla „žádanka“ ze spánkové laboratoře obsahovat. K diskuzi pak ponechávají, zda by mělo ORL vyšetření předcházet vyšetření ve spánkové laboratoři a další teoretické i praktické aspekty dobré mezioborové spolupráce.

NOVINKY V KARDIOLOGII

CO JE NOVÉHO VE SPÁNKOVÉ KARDIOLOGII OD MINULÉHO SJEZDU

Ondřej Ludka [1],
[1] Fakultní nemocnice Brno

Abstrakt není k dispozici

COVID-19, SPÁNKOVÁ APNOE A KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Tomáš Kára [1],
[1] Nemocnice Milosrdných bratří, Brno

Abstrakt není k dispozici

ENDOKRINOLOGICKÉ SÚVISLOSTI SPÁNKOVÉHO APNOE Z POHĽADU VÝSKUMNÉHO PRACOVNÍKA SPÁNKOVÉHO LABORATÓRIA

Viliam Donič [1],
[1] Ústav lekárskej fyziológie a Spánkové laboratórium, Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach. Slovenská republika

.

SPÁNKOVÁ LABORATOŘ V AMBULANTNÍ KARDIOLOGICKÉ PRAXI

Jiří Veselý [1],
[1] Edumed, Broumov

Abstrakt není k dispozici

VARIA

PRVNÍ ZKUŠENOSTI S POUŽITÍM LIRAGLUTIDU V LÉČBĚ OBEZITY U OSA

Jaroslav Kraus [1], Tereza Haasová [2], Katarína Jankulová [3],
[1] Spánkové centrum FTN, ORL oddělení, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha
[2] Spánková laboratoř Benešov, Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov
[3] Otorinolaryngologická klinika 3. LF UK, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Obezita je jedním z klíčových rizikových faktorů poruch dýchání ve spánku a podílí se významným způsobem na tíži OSA, včetně dalších komorbidit, které jsou spojovány s tzv. metabolickým syndromem. Ačkoli je redukce tělesné hmotnosti jedním z nejdůležitějších bodů léčby OSA, její realizace je zároveň jedním z nejtěžších úkolů pro pacienta, který se dlouhodobě daří obtížně splnit. Liraglutid je dlouhodobě působící analog lidského glukagon-like peptidu 1 (GLP-1). Používá se v léčbě diabetu, kdy snižuje účinně dlouhodobě glykémii i HbA1c a tím zlepšuje kompenzaci cukrovky. Zároveň však podávání látky vede ke snížení tělesné hmotnosti, čehož se využívá v léčbě těžších forem obezity, které nacházíme ve významné míře u pacientů s OSA. Autoři popisují první zkušenosti s použitím této léčivé látky u obézních nemocných s poruchou dýchání ve spánku.

SKRÍNNING CHOPN JAKO SOUČÁST VYŠETŘENÍ PACIENTŮ S OSA?

Milan Sova [1],
[1] Klinika nemocí plicních a TBC, FN Brno

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je u pacientů se syndromem obstrukční spánkové apnoe často přítomna. Koincidence těchto dvou onemocnění představuje pro pacienta významné riziko mortality a morbidity. V přehledné přednášce bude rozvedena daná problematika a navržen systém skríningu CHOPN u pacientů vyšetřovaných pro poruchu dýchání ve spánku.

MELATONÍN A SPÁNKOVÉ PORUCHY DÝCHANIA

Imrich Mucska [1], Katarína Klobučníková [2], Pavel Šiarnik [2], Branislav Kollár [2],
[1] 1 Ambulancia pre spánkové poruchy dýchania, Univerzitná nemocnica Bratislava, Slovensko
[2] I. Neurologická klinika LFUK a UNB Bratislava Slovensko

Melatonín a spánkové poruchy dýchania I.Mucska1, K. Klobučníková2, P. Šiarnik2,B . Kollár2 1Ambulancia pre spánkové poruchy dýchania, Nemocnica Staré mesto, Univerzitná nemocnica Bratislava, Slovensko 2I.Neurologická klinika LFUK a UNB, Nemocnica Staré mesto, Univerzitná nemocnica Bratislava, Slovensko Melatonín sa syntetizuje najmä v pineálnej žľaze s maximálnymi hladinami v noci a jeho hladina sa zvyšuje v reakcii na postupné zotmievanie počas dňa. Tento diárny cyklický spôsob môže byť narušený fragmentáciou spánku pri spánkových poruchách dýchania (SPD). V úvode sumarizujeme literárne údaje o melatonine u pacientov so SPD a následne prezentujeme našu štúdiu, cieľom ktorej bolo zhodnotiť rannú hladinu melatonínu u SPD, nadmernú dennú spavosť (EDS) a kvalitu spánku. Ranné sérové hladiny melatonínu boli vyhodnotené u 50 zdanlivo zdravých chrápačov o 6 hodine ráno. Diagnóza SPD bola stanovená na podklade celonočného polysomnografického vyšetrenia a nadmerná denná spavosť (EDS) bola hodnotená dotazníkmi (Epworth sleepiness scale - ESS) a kvalita spánku bola hodnotená indexom kvality Pitsburghu (PSQI) . Výsledky: SPD boli diagnostikované u 78% všetkých pacientov. Priemerná hodnota ESS bola 7,9 ± 5 a EDS bola prítomná u 31% pacientov. Medián rannej hladiny melatonínu bol 102,8 pg / ml (21,1-1819,0 pg / ml). Ranná hladina melatonínu bola významne vyššia u pacientov s SBD v porovnaní s pacientami bez SPD (medián 115,8 pg / ml vs. 90,6 pg / ml, p = 0,043). Nepodarilo sa nám nájsť akúkoľvek inú významnú koreláciu hladiny melatonínu s inými faktormi. Naše výsledky naznačujú vyššie hodnoty hladín melatonínu u pacientov so SPD, ktoré by sa mohli vysvetliť presunom fyziologickej cirkadiánnnej melatonínovej krivky kvôli základnému SPD.

POZNÁME PACIENTA SE SAS BĚHEM POBYTU NA JIP VŽDY SNADNO?

Kateřina Seltenreichová [1],
[1] Centrum pro poruchy spánku Na Homolce

Na neurologickou JIP byl pro akutní ischemickou cévní mozkovou příhodu ve vertebrobazilárním povodí přijat 65letý obézní muž, byla u něj s efektem indikována intravenózní trombolýza. Během 9-denního pobytu na JIP u něj nebyly pozorovány významné poklesy saturace či arytmie, poté byl přeložen na standardní oddělení. Především kvůli typickému "apnoickému" habitu a chrápání byla doplněna limitovaná celonoční polygrafie s nálezem těžkého SAS (AHI 64). Následovala úspěšná titrace CPAP. Většinu pacientů se SAS poznáme na JIP snadno - navzdory oxygenoterapii vykazují periodické poklesy saturace, apnoe jsou u nich pozorovány ošetřujícím personálem. Absence poklesů saturace identifikovaných na JIP však nevylučuje ani těžší SAS (může být dána jak oxygenoterapií, tak odlišnou dynamikou zprůměrování hodnot saturace v rámci intenzivní péče na jedné straně a v rámci limitované celonoční polygrafie na straně druhé).

SPÁNKOVÁ MEDICÍNA V ČESKÉ REPUBLICE A NĚMECKU

D Slouka [1], J Vyskočilová [2], C Bastl [3],
[1] FN Plzeň
[2] EUC Plzeň
[3] Sebnitz

Abstrakt není k dispozici

Platinový partner

SAEGELING MEDIZINTECHNIK
20 let s Vámi

Zlatý partner

ResMed
Changing lives with every breath

Vystavovatelé

AstraZeneca

kardio-line
ČLEN SKUPINY MEDANTE

Linde
Making our world more productive

novo nordisk®

PHILIPS
RESPIRONICS

Děkujeme všem zúčastněným firmám za podporu této akce