

Mgr. et Mgr. Andrea Menšíková



AKUTNÍ STAVY V GERIATRII



”

**Zdravý člověk má tisíce přání,
nemocný jen jediné.**

“

PORUCHY VĚDOMÍ VE STÁŘÍ

KRÁTKODOBÉ

- KOLAPS, MDLOBA, SYNKOPA

DÉLETRVAJÍCÍ

- SOMNOLENCE, SOPOR, KOMA
- AMENCE, DELIRIUM, OBNUBILACE

KRÁTKODOBÉ PORUCHY VĚDOMÍ



VAGOVAZÁLNÍ SYNKOPA

- náhlý pokles náplně síní, ↓ funkce sympatiku a aktivace parasympatiku, ↓ srdečního výdeje a ↓ TK
- větší část proběhne jen v náznaku (prekolapsový stav)
- u starších nemocných je projevují jako náhlý výpadek myšlení, náhlé usnutí, pocity horka, sfinkterová nedostatečnost, atd



KARDIÁLNÍ SYNKOPA

- ve stáří nejčastěji (5-30%)
- pátráme po kardiálních příčinách (arytmie, infarkt, dehydratace, stenózy tepen, medikace, plicní onemocnění)

KRÁTKODOBÉ PORUCHY VĚDOMÍ



DROPP ATTACKS

- náhlé pády pacientů vyššího věku (ženy) bez předchozího varování, krátce nebo zcela bez poruchy vědomí, několikrát za sebou
> riziko poranění, etiologie nejasná



MIKČNÍ SYNKOPA

- u starších mužů – náhlá ortostatická hypotenze
- diagnostika – neexistuje specifický test pro dg. synkop, dle klinického stavu – EKG, USG, Holter, kardioenzymy, zátěžové testy,
v diferenciální dg. je třeba odlišit epilepsii, TIA, kataplexii
- léčba – dle příčiny: kardiologická – péče kardiologa (pacemaker, medikace), arteriální hypotenze – pružné punčochy, hydratace, dostatek Na

DÉLETRVAJÍCÍ PORUCHY VĚDOMÍ

VE VYŠŠÍM VĚKU SVÍZELNÁ DIAGNOSTIKA
- NEDOSTATEK AMNESTICKÝCH ÚDAJŮ O
OKOLNOSTECH VZNIKU, NEZNALOST UŽÍVÁNÍ
LÉKŮ, ATD



MOZKOVÉ CÉVNÍ PŘÍHODY

- nejčastější příčina déletrvající poruchy vědomí u starých lidí – CMP příhody (Ischemické - 70%, hemorhagické 15%)



OTRAVA LÉKY

- častá záměna léku či jeho dávky – demence, polypragmázie , suicidální příčiny



MOZKOVÝ IKTUS

MOZKOVÝ IKTUS

STROKE

- IKTUS (ÚDER, NÁHLÝ TĚŽKÝ ZÁCHVAT, MRTVICE) » PRUDKÝ NÁSTUP OBTÍŽÍ PŘI PRŮTOKOVÉM SELHÁNÍ CÉV V MOZKU
- AKUTNÍ NEODKLADNÝ STAV VYŽADUJÍCÍ VYŠETŘENÍ A HOSPITALIZACI

- Ročně vzniká na celém světě 16 milionů mozkových iktů.
- V ČR 17 000 úmrtí na mozkový iktus/rok (mezi 60 – 70 lety umírá na iktus více mužů, 70 a více let až dvojnásobně více žen).

ISCHEMICKÉ IKTY: 72 – 86%

HEMORAGICKÉ IKTY:

INTRACEREBRÁLNÍ KRVÁCENÍ: 8 – 15 %

SUBARACHNOIDÁLNÍ KRVÁCENÍ: 2 – 5 %

NEDEFINOVATELNÝ TYP: 2 – 15 %

MOZKOVÝ IKTUS

RIZIKOVÉ FAKTORY

NEOVLIVNITELNÉ

- věk, pohlaví, rasa, typ osobnosti

OVLIVNITELNÉ

- hypertenze (riziko hemoragie), zátěž se zvyšuje kombinací:
hypertenze + hypercholesterolemie + kouření nebo hypertenze +
DM + ICHS

DALŠÍ FAKTORY

- obezita, stres, nedostatek pohybu, zvýšený hematokrit a fibrinogen, abnormální hladina lipidů, hormonální vlivy, infekce
- srdeční choroby jsou ukazatelem aterosklerózy (riziko poruchy i cévního zásobení mozku), hemodynamické selhávání srdce, tvorba embolů ze stagnačních trombů v levé síni
- embolická etiologie vzniká zejména v důsledku fibrilace síní, dále jsou zdrojem embolů umělé chlopně, endokarditidy
- nikotinismus, DM, ohrožují vaskulopatií (porucha cévní stěny, významná pro vznik ischemického iktu)

1. ISCHEMICKÝ MOZKOVÝ IKTUS



TROMBÓZA

- na vnitřních plochách vápenatě cholesterolových plátů se usazují trombocyty, zužují průsvit cévy, až se céva uzavře,
- postižený prožívá náhlý výpadek funkce vyživované tkáně

SPASMUS

- křeč svalových vláken hladké svaloviny cévní stěny např. při úrazu, migréně, působením drogy

EMBOLIE

- embolus zablokuje průtok v mozkové tepně

4 KLINICKÉ KATEGORIE ISCHEMICKÉHO IKTU

TIA

- tranzitorní ischemická ataka
- plný návrat funkce do 24 h

RIND

- reverzibilní ischemický neurologický deficit trvání déle než 24 h, ale návrat funkce k normálu

ES

- evolving stroke
- vyvíjející se, progresivní iktus

CS

- completed stroke
- ukončený iktus, bez dalšího vývoje

ISCHEMICKÝ MOZKOVÝ IKTUS



PŘÍZNAKY

- slabost
- ochrnutí svalů jedné poloviny těla
- ztráta citlivosti nebo brnění jedné poloviny těla
- zvýšené napětí svalů, které vede ke křečím
- náhlé zastření zraku nebo výpadek zorného pole
- ztráta chápání řeči nebo ztráta tvorby řeči
- těžká, prudká bolest hlavy
- ztráta rovnováhy
- ztráta vědomí

2. HEMORRAGICKÝ MOZKOVÝ IKTUS



IKTUS HEMORRAGICKÝ (APOPLEXIE)

- provalení krve prasklou cévní stěnou do mozkové tkáně, krevní výron utlačí funkce zdravých tkání ve svém okolí
- rozhoduje velikost hemorragie a její lokalizace

PŘÍZNAKY

- pokud není porucha vědomí:
 - silná bolest hlavy
 - výrazná slabost,
 - závrať, zvracení
 - fotofobie
 - meningeální syndrom stejně jako nálezy erytrocytů při lumbální punkci až za 6 h od vzniku krvácení

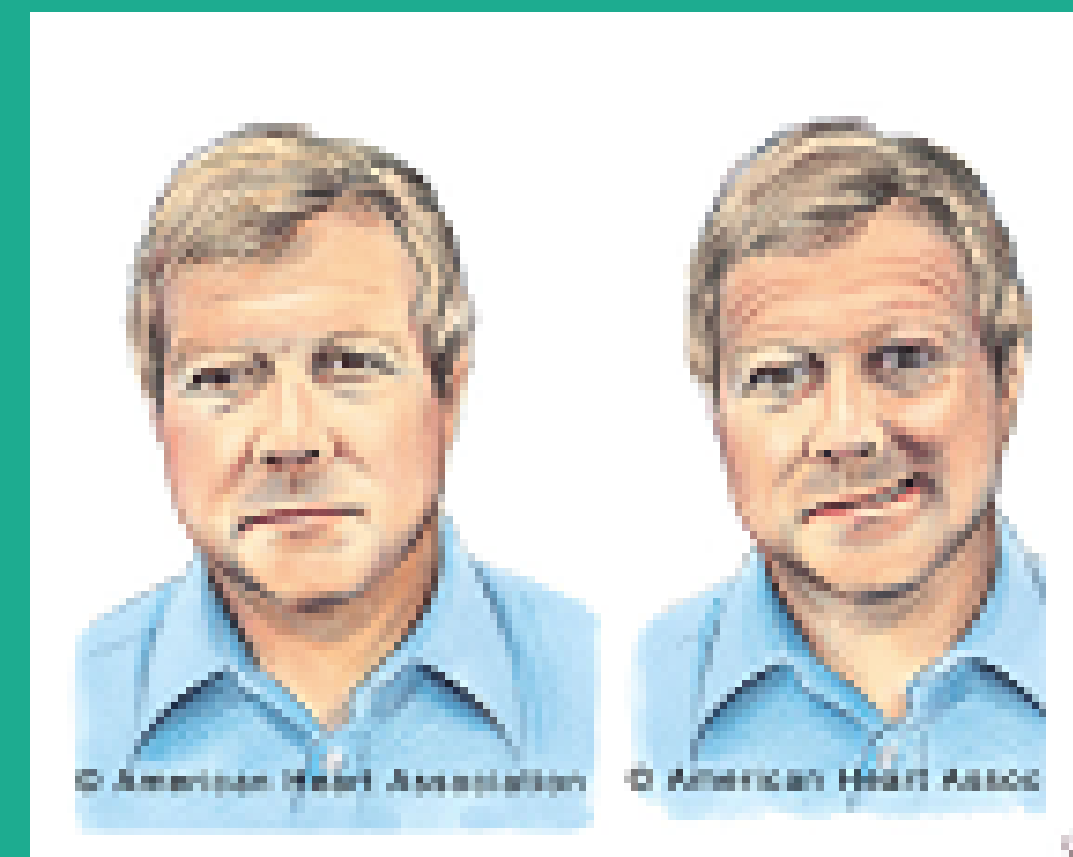
JAK ROZPOZNAT MOZKOVÝ IKTUS

TVÁŘ :

Požádejte nemocného, aby se usmál, zapískal a ukázal zuby.

U člověka s iktem dochází k poklesu ústního koutku.

Pokud se nemocný usměje, ústní koutky nebudou symetrické.



RUCE :

Požádejte nemocného, aby natáhl ruce před sebe a otočil je dlaněmi dolů. Ochrnutá ruka obvykle rychle klesá.



ŘEČ:

Požádejte nemocného, aby řekl jednoduchou větou, například:

„Starého psa novým kouskům nenaučíš.“ Nemocný s iktem

toho není schopen nebo bude slova komolit.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

- neurologické + interní
- hospitalizace na iktové jednotce
- monitorování vitálních funkcí, vývoje neurologického deficitu a komplikací

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

- mineralogram
- renální funkce
- glykémie
- jaterní testy
- ABR
- KO
- APPT, INR

INSTRUMENTÁLNÍ VYŠETŘENÍ

- CT, MRI
- moz. angiografie
- EKG
- oční pozadí
- ECHO
- doppler karotid

MOZKOVÝ IKTUS

VYŠETŘENÍ

LÉČBA AKUTNÍCH UZÁVĚROVÝCH NEBO KRVÁCIVÝCH ONEMOCNĚNÍ MOZKOVÝCH CÉV JAK V INTRAKRANIÁLNÍM, TAK EXTRAKRANIÁLNÍM ŘEČIŠTI.

NA PÉČI O PACIENTY S NEUROLOGICKÝM POSTIŽENÍM RŮZNÉHO STUPNĚ PARTICIPUJE TÝM SPECIALISTŮ KOOPERUJÍCÍCH OBORŮ (LÉKAŘ ZZS, NEUROLOG, NEUROCHIRURG, INTERNISTA, RADIOLOG AJ.).

ZÁKLADEM JE OBNOVA PERFUZE A ZÁSTAVA PROGRESE.

MOZKOVÝ IKTUS

**TERAPIE
IKTOVÝ
PROGRAM**

HOSPITALIZACE NA IKTOVÉ JEDNOTCE,
U ISCHEMICKÉHO IKTU TROMBOLÝZA, PŘI KRVÁCIVÉ
PŘÍHODĚ PŘI VĚTŠÍM OBJEMU KREVNÍHO VÝRONU
OPERAČNÍ EVAKUACE SE SNAHOU SNÍŽIT TLAK NA
NEPOSTIŽENOU MOZKOVOU TKÁŇ.

PŘI TROMBOTICKÉM UZÁVĚRU MOZKOVÝCH TEPEN JE
U PACIENTŮ DO TŘÍ HODIN OD VZNIKU PŘÍHODY
MOŽNÉ PROVÉST NITROŽILNÍ TROMBOLÝZU,
POPŘÍPADĚ DO ŠESTI HODIN SELEKTIVNÍ
INTRAARTERIÁLNÍ TROMBOLÝZU VE SNAZE O
ROZPUŠTĚNÍ KREVNÍ SRAŽENINY A OBNOVENÍ
PŘÍVODU KRVE DO MOZKOVÉ TKÁNĚ. PŘI UZÁVĚRU
VNITŘNÍ KAROTICKÉ TEPNY JE MOŽNÉ PROVÉST
ČASNOU KAROTICKOU ENDARTEREKTOMII.

MOZKOVÝ IKTUS

**TERAPIE
IKTOVÝ
PROGRAM**

KAROTICKÁ ENDARTEKTOMIE (CEA)

» obnova průchodnosti zúžené vnitřní krkavice (karotické tepny) odstraněním sklerotického plátu, který se tvoří nejčastěji v oblasti jejího odstupu ze společné karotidy na krku.

Výkon se provádí pro prevenci u pacientů dosud nepostižených (asymptomatických) a u pacientů, kteří již prodělali různou formu iktu s lehčím stupněm neurologického postižení (symptomatických).

Operujeme s pomocí mikroskopu v lokálním znecitlivění (cervikálním bloku), event. v celkové anestezii za soustavné kontroly neurologických funkcí (elektrofyzilogický monitoring evokovaných potenciálů) a průtokových funkcí (transkraniální dopplerovská sonografie -TCD).

MOZKOVÝ IKTUS

**NEURO -
CHIRURGICKÁ
TERAPIE**

MOZKOVÝ IKTUS

KOMPLIKACE

ČASNÁ FÁZE

- poruchy respirace
- dekompenzace hypertenze (systolický TK > 220 mmHg u 15 % nemocných)
- poruchy vnitřního prostředí
- arytmie
- IM
- akutní srdeční selhání

POZDNÍ FÁZE

- hluboká žilní trombóza
- inkontinence
- dekubity
- deprese
- demence
- trvalá nesoběstačnost

MOZKOVÝ IKTUS

PROGNÓZA

PROGNÓZA JE NEPŘÍZNIVÁ

MORTALITA DO 30 DNŮ U 10 – 20 %
NEMOCNÝCH

MORTALITA DO PŮL ROKU U 30 %
NEMOCNÝCH

HEMORAGIE MÁ HORŠÍ PROGNÓZU
NEŽ ISCHEMIE, 50 % PŘEŽIVŠÍCH
JE INVALIDIZOVÁNO SE ZVÝŠENOU
KARDIOVASKULÁRNÍ MORTALITOU.

PORUCHY MOTORIKY

- VZNIKÁ NA ZÁKLADĚ PŘERUŠENÍ VODIVOSTI POHYBOVÝCH DRAH PRO JEDNU POLOVINU TĚLA: HEMIPARÉZA (ČÁSTEČNÉ OCHRNU TÍ POLOVINY TĚLA) NEBO HEMIPLEGIE (ÚPLNÁ ZTRÁTA HYBNOSTI JEDNÉ POLOVINY TĚLA).

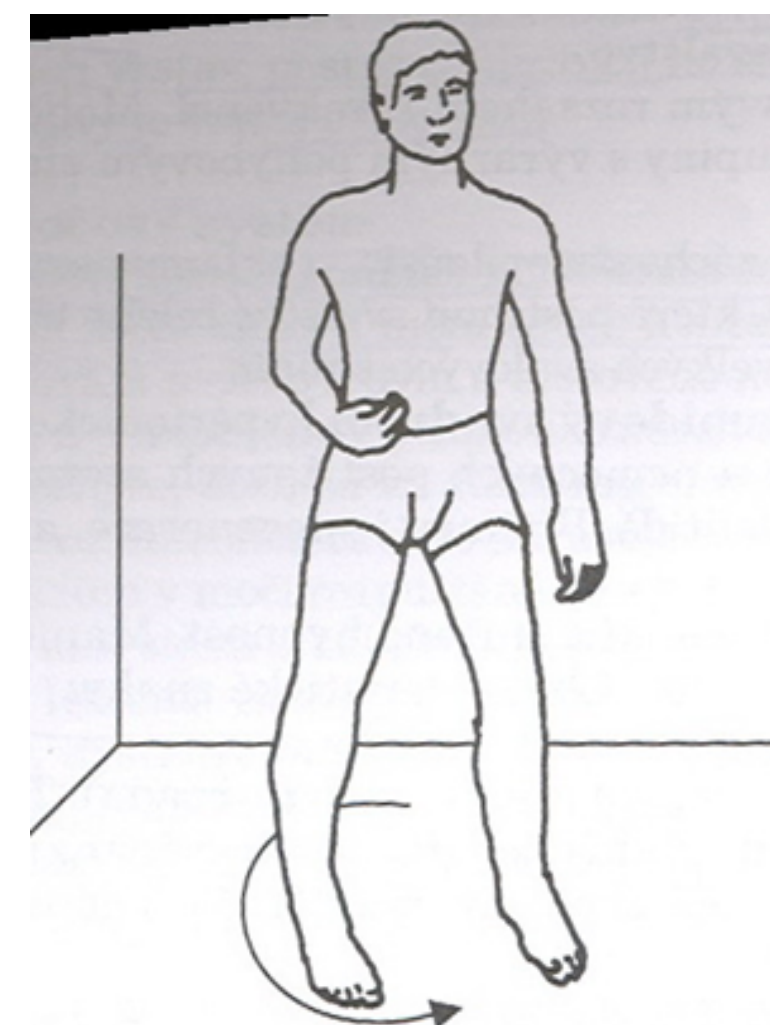
NĚKDY JE OCHRNU TÍ VÍCE PATRNO NA OBLIČEJI A HKK, JINDY SPÍŠE NA DKK

HK – USTRNUTÍ V OHYBU VE VŠECH ČÁSTECH: PAŽE SE OHÝBÁ V LOKTI, PRSTY SE SVÍRAJÍ V PĚST, NÁSLEDKEM JE ZKRACOVÁNÍ ŠLACH, TRVALÁ DEFORMACE HORNÍ KONČETINY.

DK – SVALY UDRŽUJÍ KLOUBY NAPNUTÉ, VE VÝPONU NA ŠPIČKU.

MOZKOVÝ IKTUS

NÁSLEDKY



1. ZACHOVÁNÍ KLOUBNÍ POHYBLIVOSTI.
2. SNÍŽENÍ SVALOVÉHO NAPĚTÍ VŠEMI DOSTUPNÝMI RELAXAČNÍMI METODAMI.
3. ZLEPŠENÍ SVALOVÉ SÍLY OCHRNUÝCH ČÁSTÍ TĚLA.
4. ZLEPŠENÍ ROVNOVÁHY MEZI POSTIŽENOU A ZDRAVOU POLOVINOU TĚLA.
5. RYCHLÁ VERTIKALIZACE – SED, STOJ, CHŮZE.
6. NAVOZENÍ POHYBOVÝCH STEREOTYPŮ.
7. UPEVNĚNÍ TĚLESNÝCH POCITŮ, VNÍMÁNÍ KONČETIN A KLOUBŮ.

MOZKOVÝ IKTUS

REHABILITACE

PORUCHY SENZITIVNÍ (CITLIVOSTI)

» v důsledku
přerušení drah cití.
Postižení citlivosti
může být samostatné
nebo společné s
obrnou.

PORUCHY SENZORICKÉ (SMYSLOVÝCH ORGÁNŮ)

» výpadek části
zorného pole,
poruchy rovnováhy a
polohocitu
(poškození sluchu,
čichu a chuti je méně
časté).

ZTRÁTA SCHOPNOSTI ABSTRAKTNÍHO MYŠLENÍ A TVORBY A CHÁPÁNÍ ŘEČI

» neschopnost
vybavovat si slova,
stavět věty, slovně
vyjadřovat myšlenky,
neschopnost tvořit
myšlenky.

MOZKOVÝ IKTUS

NÁSLEDKY

MOZKOVÝ IKTUS

PREVENCE

PRIMÁRNÍ

- Zdravý životní styl (nekouřit, snížit cholesterol, pohybový režim).

SEKUNDÁRNÍ

- Medikamentózní léčba jakmile proběhne např. TIA nebo jiná forma nemozkové aterosklerózy.
- Usiluje o snížení shlukování a srážení trombocytů.



KARDIOVASKULÁRNÍ CHOROBY

HYPERTENZE VE STÁŘÍ

Hypertenze je nejčastější patologie kardiovaskulárního systému ve stáří.

- prevalence hypertenze dosahuje 45 – 55 % v populaci nad 65 let
- systolicko-diastolická hypertenze je definována TK >140/90 mm Hg
- pro stanovení dg. se doporučuje průměr ze 6 až 9 měření TK při 2 až 3 návštěvách
» u seniorů je častější kolísání TK
- výskyt „hypertenze bílého pláště“ u starších žen
- častější výskyt auskultační mezery, přestávají být slyšet Korotkovy ozvy.
- TK měříme před zahájením farmakologické léčby četněji » variabilita TK u seniorů je zvýšena
- TK vždy měříme na obou pažích, tlak vsedě a po postavení
- 18 – 30 % hypertoniků seniorů má ve stoje asymptomatický pokles TK o 20 mm Hg i více

KLASIFIKACE HYPERTENZE

I. STADIUM

hypertenze bez organických změn
kardiovaskulárního systému

II. STADIUM

hypertrofie levé komory, změny na očním
pozadí

III. STADIUM

poškození orgánů (srdce, mozku, ledvin a očního
pozadí)

HYPERTENZNÍ KRIZE

URGENTNÍ STAV
PROVÁZENÝ KRUTÝMI
BOLESTMI HLAVY,
KOMPRESEMI NA HRUDI,
PORUCHAMI VIDĚNÍ,
ZÁVRATĚMI,
ZVRACENÍM,
ZMATENOSTÍ,
KŘEČEMI AŽ KOMATEM.

VZESTUP
DIASTOLICKÉHO TK
NAD 130 MMHG,
SYSTOLICKÉHO TK
NAD 210 MMHG.



HYPERTENZNÍ KRIZE

TERAPIE



PŘI ZACHOVÁNÍ VĚDOMÍ
KRÁTKODOBĚ PŮSOBÍCÍ
ACE, PŘÍPADNĚ
DIURETIKA,
POKUD NEJSOU
KONTRAINDIKACE
(BRADYKARDIE,
MANIFESTNÍ SELHÁVÁNÍ)
B -BLOKÁTORY.

Při nedostatečném poklesu TK- i.v.
vazodilatancia.

Při rezistentní hypertenzi lze
nitropusid i.v.

U starších nemocných opatrně –
náhlý pokles TK a skokové zhoršení
mozkové cirkulace.



JE ZPŮSOBENA ZÚŽENÍM NEBO
UZÁVĚREM VĚNČITÉ TEPNY NEBO
TEPEN.

V MÍSTĚ, KTERÉ JE ZÁSOBENO
POSTIŽENOU TEPNOU, DOCHÁZÍ
K NEDOSTATEČNÉMU OKYSLIČOVÁNÍ
A PŘÍVODU ŽIVIN.

FORMY ICHS



AKUTNÍ

Akutní koronární syndromy:

- NESTABILNÍ AP
- AKUTNÍ IM
- NÁHLÁ SMRT

CHRONICKÉ

Chronická ICHS:

- STABILNÍ AP
- ASYMPTOMATICKÁ ICHS
- ARYTMIE
- SRDEČNÍ INSUFICIENCE

VE STÁŘÍ SE MĚNÍ SE KLINICKÝ OBRAZ NEMOCI,
NARŮSTÁ NEBOLESTIVÁ FORMA = NĚMÁ ISCHEMIE.

ISCHEMIE SE PROJEVUJE DUŠNOSTÍ NEBO
POKLESEM MINUTOVÉHO SRDEČNÍHO VÝDEJE
» ZÁVRATĚ, NEBO NEPŘÍJEMNÝ POCIT NA
HRUDI, MYLNĚ POVAŽOVÁNY ZA SPONDYLOGENNÍ
POTÍŽE.

VÍCE NEŽ U MLADŠÍCH NEMOCNÝCH SE OPÍRÁ O
OBJEKTIVNÍ METODY (EKG, ERGOMETRIE, HOLTER,
RADIONUKLIDOVÉ METODY)



ICHS

RIZIKOVÉ FAKTORY

- kouření
- hypertenze
- DM
- obezita
- známky hypertrofie LK
- oproti mladší generaci klesá význam hladiny cholesterolu

INFARKT MYOKARDU

Akutní koronární syndrom (infarkt myokardu) je definován jako přechodný nebo trvalý uzávěr či hypoperfúze koronární tepny vedoucí k ischemií nebo nekróze myokardu.

Většina nemocných s akutním koronárním syndromem je starší 65 let.





INFARKT MYOKARDU

KLINICKÝ OBRAZ

- Typický obraz IM jen u 50 – 60 % seniorů.
- Ve stáří převažuje atypický obraz - atypická bolest na hrudi, bolest paže, čelisti nebo břicha, izolovaná dušnost, nauzea, zvracení, nově vzniklý neurologický nález (synkopa, pocit na omdlení, TIA, iktus), zmatenost.
- Němá ischemie myokardu – IM náhodně prokázán při EKG nebo holterovském monitorování.
- **JEDINÝM PŘÍZNAKEM IM VE STÁŘÍ MŮŽE BÝT DUŠNOST!**

DĚLENÍ IM

PODLE STADIA

- akutní
- subakutní
- chronický

PODLE VELIKOSTI

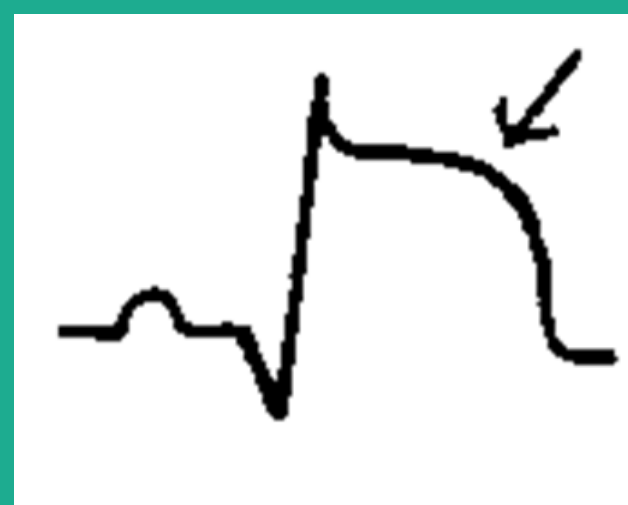
- transmurální
- netransmurální
- laboratorní

PODLE LOKALIZACE

- přední stěny
- anteroseptální
- anterolaterální
- vysoký laterální,
- diafragmatický
- zadní, cirkulární

PODLE EKG NÁLEZU

- s elevací úseku ST (40%)
- bez elevace úseku ST (50%)
- neurčený IM



NEKRÓZA
 » NEJTĚŽŠÍ
 STUPEŇ
 POŠKOZENÍ
 MYOKARDU,
 HOJÍ SE JIZVOU.
 NEKRÓZA I JIZVA
 JSOU ELEKTRICKY
 NĚMÉ, MAJÍ ZA
 NÁSLEDEK
 VZNIK
 PATOLOGICKÝCH
 KMITŮ Q

ZÓNA POŠKOZENÍ
 » ZÓNA KOLEM
 NEKRÓZY, NA EKG
 SE PROJEVUJE
 ZMĚNAMI ST
 ÚSEKU, TZV.
 PARDEHO VLNA:
 ELEVACE ST PŘI
 POSTIŽENÍ
 SUBEPIKARDU,
 DEPRESSE ST PŘI
 POSTIŽENÍ
 SUBENDOKARDU

ZÓNA ISCHÉMIE
 SE PROJEVÍ JEN
 ZMĚNAMI
 REPOLARIZACE,
 V OBLASTI VLNY
 T, A TO
 NÁLEZEM:
 TERMINÁLNÍ
 NEGATIVITA T
 VLNY,
 SYMETRICKÉ
 HLUBOKÉ
 KORONÁRNÍ T

EKG NÁLEZ U IM

INFARKT MYOKARDU



U SENIORŮ ČASTĚJI MÉNĚ ROZSÁHLÉ IM, KTERÉ NEPOSTIHUJÍ CELOU STĚNU MYOKARDU (NETRANSMURÁLNÍ, NON-Q-IM).

VYSVĚTLENÍM JSOU PŘIDRUŽENÁ ONEMOCNĚNÍ (ANÉMIE, HYPOVOLÉMIE PŘI DEHYDRATACI, HYPOTENZE), KTERÉ MOHOU VÉST K NON-Q-IM I BEZ UZÁVĚRU KORONÁRNÍ TEPNY TROMBEM.

U TĚCHTO SENIORŮ JE ZVÝŠENÉ RIZIKO REINFARKTU.

TERAPIE AKUTNÍ FÁZE IM

AKUTNÍ KORONÁRNÍ INTERVENCE

Perkutánní koronární intervence (PCI):

- nemocní s bolestí a symptomy trvajících méně než 12 h » transport do nejbližšího kardiocentra k PCI
- přesahuje-li doba transportu 1,5 h, je indikována fibrinolýza

TROMBOLYTICKÁ LÉČBA

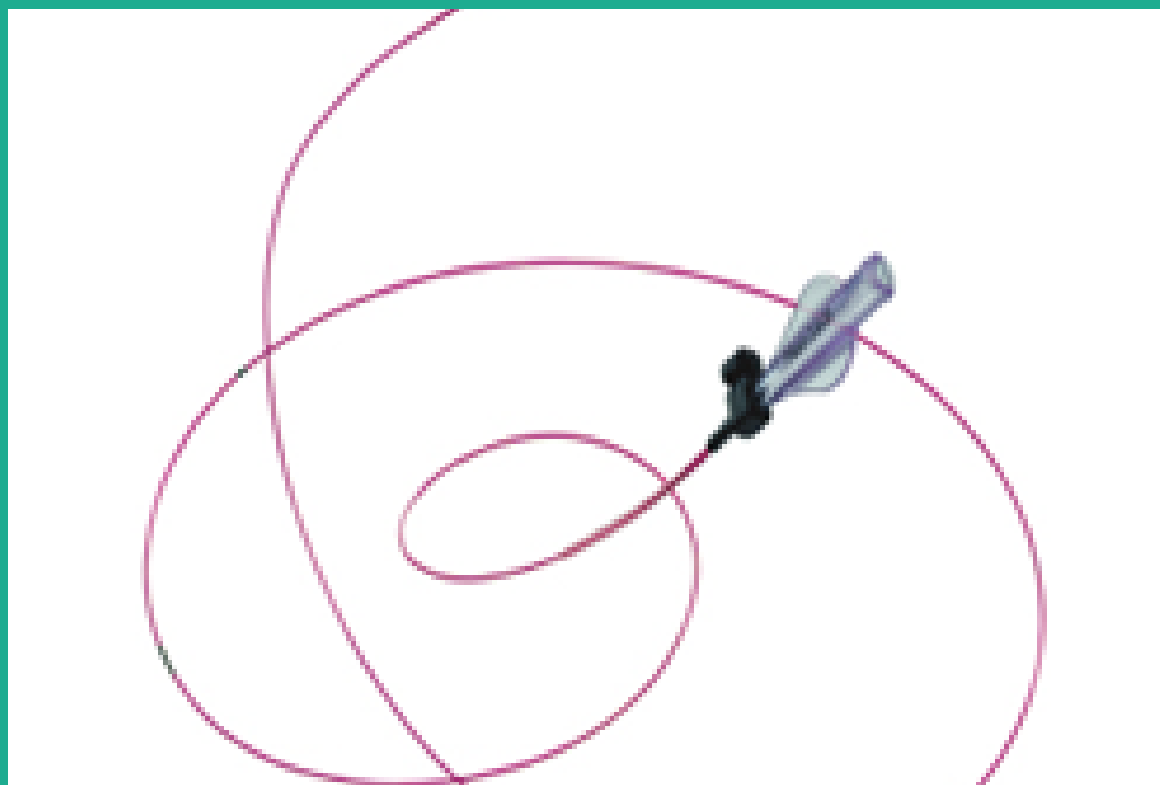
- fibrinolytika (streptokináza, retepláza, tenectepláza)
- věk není kontraindikací, ale nad 75 let ↑ riziko komplikací (hemoragický iktus, ruptura srdce, reperfuční arytmie)

TERAPIE AKUTNÍ FÁZE IM



KORONÁRNÍ REVASKLARIZACE

- perkutánní transluminální koronární angioplastika (PTCA),
- akutní koronární bypass



KORONÁRNÍ STENT

- klasický stent, z velmi kvalitní oceli nebo chromkobaltové slitiny,
- lékem potažený stent, léky zabraňující vzniku restenózy
- Místa vstupu: stehenní tepna v oblasti třísla, radiální tepna v oblasti zápěstí

TERAPIE AKUTNÍ FÁZE IM

1. Analgezie (fentanyl – možnost poklesu TK!)Oxygenoterapie – snižuje pocit dušnosti, bolest,úzkost.
- 2.Sedace » k tlumení úzkosti a neklidu
3. (diazepan, u starších nem. tiapridal – pro možnost paradoxního účinku diazepanu)

- Antiemetika.
- 5. Antiagregační léčba » ASA (Aspégic injectable i.v., kyselina acetylosalicylová p.o.).
- 6. Antikoagulační léčba » heparin před transportem
- k PCI, nízkomolekulární hepariny.
- 7. (beta-blokátory – prevence a terapie arytmií, nitráty, ACEI)

ARYTMIE

Porucha srdečního rytmu z poruchy tvorby vzruchu, vedení vzruchu nebo kombinaci obou.

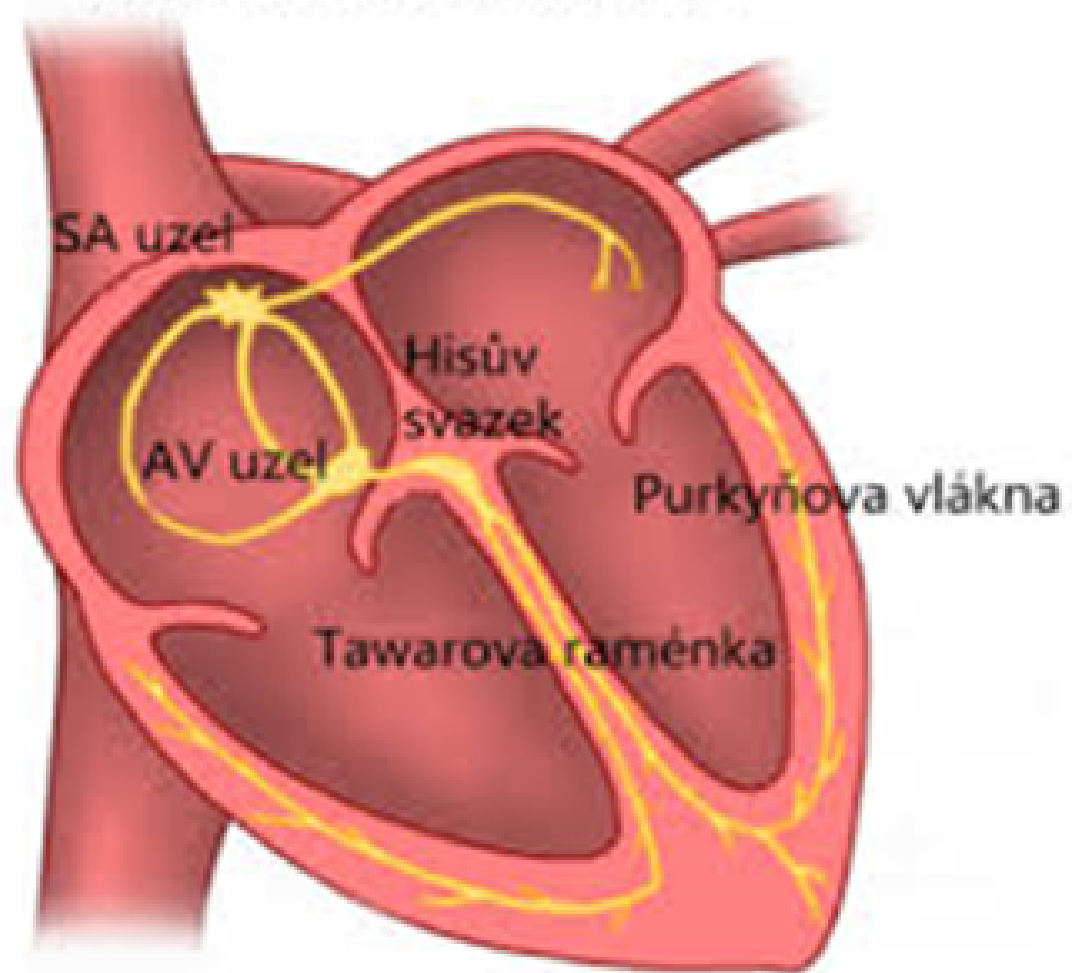
U starších nemocných nejčastěji ischemické postižení některé části převodního systému.

Rozvoj arytmií je potencován dysbalancí minerálů, hypertenzí, dysfunkcí štítné žlázy



ZÁKLADNÍ DĚLENÍ ARYTMIÍ

PŘEVODNÍ SYSTÉM SRDCE



BRADYARYTMIE

- sinusová bradykardie
- S-A blokády
- A-V blokády
- fibrilace síní s pomalou odpovědí komor
- asystolie

TACHYARYTMIE

- sinusová tachykardie (při horečce, anémii, cor pulmonale, předávkování bronchodilatancií)

ARYTMIE FIBRILACE SÍNÍ



FIBRILACE SÍNÍ JE CHARAKTERIZOVÁNA NEKOORDINOVANOU AKTIVACÍ SÍNÍ S NÁSLEDNOU PORUCHOU JEJICH MECHANICKÉ FUNKCE. AKCE KOMOR JE NEPRAVIDELNÁ.

Je nejčastější arytmií vyššího věku, prevalence narůstá s věkem.

V populaci nad 60 let má FS 2 – 4 %, nad 75 let 9 – 10 % seniorů.



PAROXYSMÁLNÍ

- krátké, spontánně končící ataky
- 10 % nemocných

PERZISTUJÍCÍ

- hodiny až dny
- nutnost léčebné intervence
- 30 % nemocných

CHRONICKÁ

- trvající měsíce
- většinou se nedaří obnovit SR
- 60 % nemocných

S věkem narůstá riziko komplikací při FS (mozkový iktus, kognitivní poruchy, srdeční selhání).

ARYTMIE

FIBRILACE SÍNÍ

ARYTMIE

FIBRILACE SÍŇÍ

PŘÍČINY

KARDIÁLNÍ PŘÍČINY

- ICHS
- kardiomyopatie
- cor pulmonale
- chlopenní vady
- perikarditida
- myokarditida
- stavy po kardiochirurgických výkonech
- srdeční selhání

NEKARDIÁLNÍ PŘÍČINY

- hypertyreóza
- sepse
- hypoxie
- spánková apnoe
- plicní embolie
- alkoholismus
- chron. plic. onem.

ARYTMIE DIAGNOSTIKA

- EKG
(HOLTER NA
48 HODIN)
- VYŠETŘENÍ
HLADINY
HORMONŮ
ŠTÍTNÉ
ŽLÁZY
- VYŠETŘENÍ
SÉROVÝCH
KONCENTRACÍ
MINARÁLŮ



ARYTMIE TERAPIE

ZÁSADA 5C



CAUSE (PŘÍČINA) - PÁTRÁME PO PŘÍČINĚ



COAGULATION (KOAGULACE) - PREVENCE EMBOLIZACE



CONVERSION (KONVERZE) - OBNOVENÍ SR



CURE (LÉČBA) - PREVENCE RECIDIV FS



CONTROL (KONTROLA TĚPU) - UDRŽENÍ PŘIMĚŘENÉ TEPOVÉ FREKVENCE

FIBRILACE SÍNÍ AKUTNÍ TERAPIE

- ZPOMALENÍ TEPOVÉ REKVENCE:
- BETA BLOKÁTORY
- BLOKÁTORY KALCIOVÝCH KANÁLŮ
- KARDIOTONIKA
- KARDIOLOGICKÉ KONZILIUM
A ZVÁŽENÍ KARDIOVERZE
- FARMAKOLOGICKÁ KARDIOVERZE
- ELEKTRONICKÁ KARDIOVERZE
- PREVENCE RECIDIV





GERONTOTRAUMATOLOGIE



GERONTOTRAUMATOLOGIE

OBEČNÁ SPECIFIKA

- vyšší věk již od 45 let (známky artrózy)
- známky osteoporózy (ženy)
- úbytek svalové hmoty (omezení fyzických aktivit)
- povšechná ateroskleróza (negativní dopad na CNS a myokard – porucha motoriky a oběhová nestabilita).
- polymorbidita - limituje hojivé procesy

Etiologie

- NEJČASTĚJI JSOU ZASTOUPENY BĚŽNÉ DOMÁCÍ ÚRAZY A PORANĚNÍ
- ČASTÉ PRODLENÍ (PODCHLAZENÍ, DEHYDRATACE, PROLEŽENINY)
- ČASTÉ KOMPLIKACE (POLYMORBITA)
- NEJČASTĚJŠÍ JE ZLOMENINA DISTÁLNÍHO RADIA (25% VŠECH ZLOMENIN)
- NEJČASTĚJI OPEROVANÁ U SENIORŮ JE ZLOMENINA KRČKU STEHENNÍ KOSTI

GERONTOTRAUMATOLOGIE

Diagnostika

- CELKOVÉ KLINICKÉ VYŠETŘENÍ (POTÍŽE VE SBĚRU ANAMNÉZY, VYŠŠÍ PRÁH BOLESTI, ODHALENÍ DEFORMIT, ROZSAH HYBNOSTI, ATD.)
- VYŠETŘENÍ RTG, CT, MR, USG
- DŮLEŽITÉ JE POSOUZENÍ STÁŘÍ PORANĚNÍ, PŘI PŘIJMU TĚŽCE PORANĚNÝCH POUŽITÍ SKÓROVACÍCH SYSTÉMŮ (GCS, TS – TRAUMA SCORE, RTS – REVISE TRAUMA SCORE, ISS – INJURY SEVERITY SCORE) – ZOHLEDŇUJÍ BIOLOGICKÝ STAV A UMOŽŇUJÍ PREDIKCI FREKVENCE KOMPLIKACÍ A RIZIK.

GERONTOTRAUMATOLOGIE

Terapie

- CÍLEM OPERAČNÍHO ŘEŠENÍ JE TZV. PRAVIDLO 4R:
- REPOZICE,
- RETENCE,
- REHABILITACE,
- RESOCIALIZACE.

DÁLE IMPLANTACE
OSTEOSYNTETICKÉHO MATERIÁLU POD
CLONOU ANTIBIOTIK, PREVENCE TEN.

GERONTOTRAUMATOLOGIE

Terapie

V GERONTOTRAUMATOLOGII PLATÍ OBECNÉ PRAVIDLO, ŽE PACIENT NEBÝVÁ NIKDY V TAK DOBRÉM STAVU JAKO VE CHVÍLI PŘIJETÍ.

AKUTNÍ OPERACE PROVÁDÍME I PŘES VĚDOMÍ OBECNÝCH RIZIK.



DĚKUJI ZA POZORNOST A PŘEJI VÁM HODNĚ ŠTĚSTÍ U ZÁPOČTOVÉHO TESTU!