**140. PRINCIPY PODPŮRNÉ LÉČBY V HEMATOLOGII**

*komplikace a podpůrná léčba po autologní transplantaci*

komplikace vyplývají z toxicity podaného přípravného režimu – především pancytopenie → riziko infekcí a krvácivých komplikací

výskyt infekcí lze omezit sanováním možných infekčních fokusů před transplantací, v průběhu transplantace systémem reverzní izolace nemocného, podáváním upravené stravy a profylaxí

v případě vzniku infekce širokospektrá ATB, antimykotika, virostatika

krvácivé stavy – substituční léčba

pravidelně jsou polykací obtíže při toxickém postižení sliznice jícnu → dbát na hygienu dutiny ústní

bolesti tlumit symptomatickou léčbou

*komplikace a podpůrná léčba po allogenní transplantaci*

nemocný ohrožen zejména GvHD – projev útoku dárcovských imunokompetentních buněk proti orgánům příjemce

akutní GvHD: horečka, průjmy, elevace jaterních testů, kožní změny

profylaxe GvHD: imunologické metody (alemtuzumab, lymfocytární globulin, převedení lymfocytů dárce příjemci)

nejúčinnější profylaxí je histokompatibilita mezi dárcem a příjemcem dřeně

medikamentózní profylaxe: ciclosporin, mykofenolát mofetil, cytostatika (azathioprin, MTX, cyklofosfamid)

závažné jsou v časném období plicní komplikace

chronická GvHD: sklerodermie, xerostomie, chronická hepatitida, malabsorpce

pozdní komplikace: katarakta, poškození gonád, dysfunkce štítné žlázy, ojediněle druhotné malignity

transplantace se provádí jako kurativní výkon, ale komplikace mohou být život ohrožující

podpůrná opatření: reverzní izolace, prevence infekcí (i endogenních), péče o vnitřní prostředí, nutriční podpora

*prevence infekcí u hematologických onemocnění*

hygienická opatření (mytí rukou, dezinfekce, …)

**ATB profylaxe**:co-trimoxazol – snižuje riziko G- infekce, nezachrání život**;** chinolony – zachraňují život (předchází sepsi), brání G+ i G- sepsím

**profylakticky antivirotika**: brání reaktivaci HSV, VZV

**profylakticky antimykotika**: flukonazol – proti kandidám; posakonazol – proti aspergilu, ale je moc drahý, takže se podává až při infekci, ne profylakticky

neutropenickým pacientům podávat G-CSF – má se podávat již od prvního cyklu chemoterapie (nejvíc infekčních komplikací)

G-CSF i pacientům s rizikem febrilní neutropenie vyšším než 20%

u G-CSF není prokázáno, že by zachraňoval život

u myeloidních leukémií se růstové faktory nepodávají (mohly by stimulovat blasty)

erytropoetin se nepodává – příliš velká cena na příliš malý efekt

*akutní péče při sepsi*

klinický obraz sepse: hypotenze, tachykardie, febrilie, zimnice, třesavka, zmatenost, obtížné dýchání

podat širokospektrá ATB

u hospitalizovaných pacientů kombinace s aminoglykosidy

monitorovat periferní TK, počet dechů, saturaci (pulzní oxymetr)

hypoxie → podání O2 (brýle, maska, maska s rezervoárem)

O2 začít 5 l/min, podle potřeby zvyšovat, ale zvyšování nad 15 l/min nemá smysl

pokud to nestačí → UPV – udržovat pozitivní přetlak, pacient musí ventilovat synchronně s respirátorem

pokles saturace k 92 – 93% a současně více než 30 dechů/min → nutná ventilační podpora

hypotenze → doplnit tekutiny

hydrataci posoudit podle CVP a zejména diurézy

pokud doplnění tekutin k normalizaci TK nestačí → noradrenalin

střední žilní tlak by měl být kolem 60 mmHg

*prevence krvácení*

krvácení není moc častou komplikací

podání profylaktického koncentrátu

v prevenci je cílem 10 000 destiček/ml

pro chirurgické výkony alespoň 50 000/ml

*syndrom horní duté žíly*

útlak horní duté žíly lymfomem → hromadění krve v hlavě

otok, tlak v hlavě, v krku

zvýšení náplně kolaterálního řečiště na hrudníku

dušnost, kašel

kortikoidy – ne vždy dobře zaberou (většinou ne)

chemoterapie – poměrně rychlé zlepšení

kortikoidy je lepší nepodávat – výrazně ovlivní klinický obraz přítomného lymfomu

sy horní duté žíly může způsobit také malobuněčný plicní ca, thymom, ale v 80% jde o lymfom

*tumor lysis syndrome*

u agresivních nádorů, které rychle reagují na léčbu (např. Burkittův lymfom)

laboratorní nález: hyperurikémie, hyperfosfatémie, hyperkalémie, hypokalcémie

až později vzestup kreatininu

terapie: dostatečná hydratace, podpora TK a oběhu, podpora močení

*léčba bolesti*

u pacientů s pokročilým/terminálním nádorovým onemocněním

u pacientů s intenzivní léčbou (transplantace kostní dřeně, ozařování hlavy a krku)

pokud možno podávat léky pravidelně, aby bolest vůbec nevznikla

podávat tolik analgetik, kolik pacient potřebuje

**morfin** – nemá maximální dávku, při postupném zvyšování nedochází k útlumu dechového centra

NÚ morfinu: spavost, zmatenost

analgetický žebřík: NSA (ne ASA) → NSA + slabý opiát (kodein, tramal) → NSA + silný opiát + adjuvantní léky (kortikoidy)

podávání kombinací umožňuje dát každého léku nižší dávku

závislost na opiátech nebývá problém