**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