



Medicína

PRO PRAXI

Suppl. A
2010

www.solen.cz

ISSN 1803-5876

ROČNÍK 7

Abstrakta

MEDICÍNA PRO PRAXI

VIII. kongres praktických lékařů a sester

22.–23. dubna 2010, Olomouc

Prvotřídní péče pro Vaše pacienty

MoliMed, vložky při lehkém úniku moči



Vysoce absorpční

Jedinečná **distribuční vrstva** a **speciální drážky** odvádějí rychleji a spolehlivěji moč do 3vrstvého savého jádra, kde se mění na gel, a povrch vložky tak zůstává stále suchý.

Spolehlivě se přizpůsobí

Díky **anatomickému tvaru** a drážkám na povrchu se vložka lépe přizpůsobí tělu, lepicí proužek na spodní straně zajistí, aby dobře seděla i při pohybu.



Diskrétní

Jsou **tenké a nenápadné** jako menstruační vložky a účinně **neutralizují zápach**.



Prodyšné

Netkaná textilie umožňuje pokožce volně dýchat, ta se proto nezapařuje a zůstává zdravá.



Jednotlivě balené

Velikosti MoliMed Micro Light, Micro a Mini jsou jednotlivě balené.



MoliMed – dokonalý pocit bezpečí, pohodlí a diskrétnosti

Doporučte svým pacientkám vložky MoliMed a umožněte jim na problém s inkontinencí zapomenout. Mohou se spolehnout na jejich dokonalou diskrétnost, protože bezchybně drží na spodním prádle a nepustí ani tekutinu, ani zápach. Navíc jsou velice pohodlné a příjemné k pokožce, která díky jejich prodyšnému materiálu může volně dýchat. Vaše pacientky si tak budou moci bez zábran vychutnávat příjemné stránky života.

Pro více informací a vzorky zdarma kontaktujte, prosím, našeho obchodního zástupce, volejte na **bezplatnou linku 800 100 333** nebo navštivte **www.hartmann.cz**



MoliMed®

POŘADATEL

II. interní klinika FN u sv. Anny Brno,
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc,
Solen, s.r.o.

PREZIDENT

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

ODBORNÝ GARANT

prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc.,
prof. MUDr. Jan Bureš, CSc.,
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.,
MUDr. Bronislav Klementa,
prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Ing. Karla Břečková

tel.: 582 397 457

mob.: 777 714 677

e-mail: breckova@solen.cz

programové zajištění:

Mgr. Michaela Majerová

tel.: 585 242 502

mob.: 777 557 426

e-mail: majerova@solen.cz

Olomouc 22.–23. 4. 2010

REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena
16 kredity pro lékaře, 8 kredity pro sestry, 8 kredity pro farmaceutické asistenty a 25 body pro farmaceuty.

Supplementum A Medicíny pro praxi

Registrace MK ČR pod číslem 15337

Citační zkratka: Med. Pro Praxi; 7(Suppl. A).

ISSN 1803-5876

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, www.sedlaczech.cz, tel.: +420 724 984 451

Časopis je excerpován do Bibliographia Medica Czechoslovaca

ČTVRTEK 22. DUBNA

9.00–9.10 Zahájení

9.10–11.10 KARDIOLOGIE / doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA

- Metabolický syndrom a jeho řešení v klinické praxi – E. Sovová
- Katetrizační náhrada aortální chlopně – první zkušenosti – M. Richter
- Jak léčit fibrilaci síní ve třetím tisíciletí? – M. Táborský
- Současné možnosti prevence tromboembolických komplikací – P. Heinc
- Echokardiografie v klinické praxi – D. Marek
- Hypertenze v těhotenství – Y. Hrčková

11.10–11.30 Sympozium – Pfizer, spol. s.r.o.

- Rozdíly v adherenci k léčbě jako faktor výběru kombinovaného preparátu – R. Dudřík

11.30–11.50 Přestávka

11.50–12.00 Sympozium GlaxoSmithKline, s.r.o.

- Obezita v ordinaci praktického lékaře

12.00–13.20 GASTROENTEROLOGIE / prof. MUDr. Jan Bureš, CSc.

- Funkční dyspeptický syndrom – J. Ehrmann
- Dvojbalonová enteroskopie v diagnostice a léčbě chorob tenkého střeva – M. Kopáčková
- Portální hypertenze – J. Lata
- Screening kolorektálního karcinomu v České republice – M. Zavoral

11.50–13.30 KONFERENCE S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ – AKTUÁLNÍ OTÁZKY PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ

/ probíhá paralelně s hlavním programem v Salonku Perseus / program viz níže

13.20–13.30 Sympozium BAXTER CZECH spol. s r.o.

- PID v dospělém věku – záchyt, diagnostika, terapie – J. Litzman

13.30–14.50 Oběd

14.50–15.00 Sympozium – MT – Makléř, s.r.o.

- Pojištění majetku a profesní odpovědnosti za škodu – R. Kubátová, M. Janda

15.00–16.40 AKUTNÍ STAVY / MUDr. Bronislav Klementa

- IP • Neodkladná péče v ordinaci praktického lékaře – J. Pokorný
- IP • Použití AED v ambulanci – P. Marcián
- IP • Farmakoterapie během KPR – O. Klementová
- IP • Možnosti zajištění DC v ambulanci – B. Klementa
- IP • Vybrané kazuistiky – P. Marcián, O. Klementová, B. Klementa

16.40–18.50 WORKSHOP

- BLS – masáž a ventilace ambuvakem na resuscitačním modelu – J. Pokorný
- AED – vysvětlení a praktický nácvik defibrilace s trenažérem AED – P. Marcián
- Minitracheotomie – trenažér a možnost zavedení minitracheostomické soupravy – B. Klementa
- Nácvik zavedení laryngeální masky – trenažér a nácvik zavedení LM – O. Klementová

20.00 Společenský večer/ Restaurace Atlant – v centru města Olomouce

11.50–13.30 / Konference s mezinárodní účastí – AKTUÁLNÍ OTÁZKY PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ / Salonek Perseus

Program:

PRIMÁRNÍ PÉČE A PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ

- Kam směřuje praktické lékařství? – S. Býma
- Vzdělávání pro praktické lékařství – J. Štolfa
- Výuka primární péče a praktického lékařství – K. Šipr, I. Foltýn, K. Ivanová, M. Nakládalová, I. Mazoch, H. Tichá, D. Moravčíková, W. Gardner
- Lékařská etika a praktický lékař – B. Chmelík
- Krevní sedimentace není obsoletním vyšetřením – K. Šipr, J. Jágerová
- Proč pátrat po primární hyperparatyreóze v ordinaci všeobecného praktického lékaře – H. Šiprová, Z. Fryšák, K. Šipr
- Profesionální onemocnění pohybového aparátu z přetěžování a praktický lékař – M. Nakládalová, K. Šipr

PÁTEK 23. DUBNA

9.00–9.20 Sympozium – Medicom International s.r.o.

- Kognitivní funkce, stárnutí a prevence – J. Raboch

9.20–11.00 GERIATRIE A PALIATIVNÍ MEDICÍNA / doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

- Alzheimerova choroba a jiné demence v praxi – I. Holmerová
- IP ► • Prevalence demence a deprese u seniorů – H. Vaňková
- Zvláštnosti geriatrických pacientů v praxi – B. Jurašková
- Akutní koronární syndromy ve vyšším věku – vybrané problémy – J. Zajíc
- Paliativní hospicová péče – M. Kala

11.00–11.20 Sympozium – SERVIER s.r.o.

- Léčba diabetu mellitu 2. typu v ordinaci PL – V. Pivarčiová

11.20–11.40 Přestávka

11.40–13.00 CESTOVNÍ MEDICÍNA/ prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

- Očkování před cestou do zahraničí – J. Beran
- Malárie – klinický obraz, prevence a léčba – F. Stejskal
- Cestovatelský průjem – klinický obraz, prevence a léčba – Z. Mandáková
- IP ► • Diferenciální diagnostika horečky po návratu z tropů a subtropů – J. Beran

13.00–13.05 Sympozium – EWOPHARMA, spol. s r.o.

- Ewofex – nové antihistaminikum na českém trhu – B. Jahn

13.05–14.20 Oběd

14.20–15.40 UROLOGIE / doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

- Infekce močových cest u žen – A. Vidlář
- Současný význam PSA – M. Král, M. Hrabec
- Moderní možnosti léčby karcinomu prostaty – V. Študent
- Možnosti terapie OAB – E. Burešová

15.40 Závěr a losování kongresové ankety SOLEN, s.r.o.

POSTERY

- Konkupování lékařského oboru cestovní medicína – E. Hrnčíř, M. Kneidlová, Z. Francová
- Přenosné a parazitární nemoci vzniklé při práci v zahraničí – M. Kneidlová, E. Hrnčíř, Z. Francová

KARDIOLOGIE

Garant: doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA – čtvrtek / 22. 4. 2010 / 9.10–11.10

Metabolický syndrom a jeho řešení v klinické praxi

doc. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA

I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

V posledních letech je stále častěji středem zájmu řady lékařských oborů metabolický syndrom (MS) (mnohočetný metabolický syndrom, syndrom inzulinové rezistence, syndrom X, smrtící kvarteto, Reavenův syndrom, familiární dyslipidemická hypertenze). Tento syndrom poprvé popsal Reaven v roce 1988 jako soubor inzulinové rezistence, hypertriglyceridemie, snížení HDL a hypertenze.

MS může být definován různými způsoby (WHO 1999, ATP III, IDF 2005, AHA 2005). I když existují různé definice, společnou patologií je abdominální obezita, vyšší krevní tlak nebo hypertenze, porucha glukózové tolerance nebo diabetes mellitus, vyšší hladina triglyceridů a nižší hladina HDL cholesterolu. V České republice se vyskytuje MS u 32 % mužů a 24 % žen (Cífková, et al., 2006).

MS může být sdružen se syndromem obstrukční spánkové apnoe (OSA). Spojení OSA a MS je popisováno jako metabolický syndrom Z (hypertenze, centrální obezita, inzulinová rezistence, dyslipidemie a OSA). K metabolickému syndromu bývá také přiřazována hyperurikemie, hyperfibrinogenemie. Osoby s MS také častěji trpí lehkými depresemi a jinými psychopatiemi.

V patofyziologii MS je zvažována celá řada mechanismů – enviromentální (nedostatek pohybové aktivity), inzulinová rezistence a zánětlivé faktory. Přítomnost MS zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění asi 3,5 násobně (Lakka, et al., 2002).

Je předpoklad, že adipokiny, které jsou produkovány adipocyty, mají vliv na metabolismus a dají se hodnotit jako plazmatický biomarker a jeden z ukazatelů metabolické kompenzace. Jejich hladina bývá zvýšena u obezních pacientů a u pacientů s inzulinovou rezistencí. Dosud byla nejčastěji sledována hladina leptinu. Dalším z adipokinů, které dokazují existenci adipovaskulární osy je adiponektin, který má antiaterogenní, antidiabetický, protizánětlivý a anorektický efekt (Kumada, et al., 2003). **Tento adipokin se odlišuje od většiny proteinů exprimovaných tukovou tkání tím, že jeho produkce u osob s obezitou, inzulinovou rezistencí a DM klesá.**

Léčba MS je složitá, protože základem je spolupráce pacienta ve smyslu zásadní změny životního stylu (pohybová aktivita, zdravá výživa). K tomu se přidává léčba jednotlivých složek MS (dyslipidemie, diabetu, hypertenze). V případě současného výskytu OSA je vhodná terapie pomocí kontinuálního přetlakového dýchání.

Katetrizační náhrada aortální chlopně – první zkušenosti

MUDr. Marek Richter

I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

V roce 2002 se nastartovala alternativní léčebná metoda aortální stenózy – její řešení, tzv. katetrizační cestou, neboli TAVI.

Předmětem sdělení bude přehled indikačních kritérií, algorytmu potřebných vyšetření, popis průběhu výkonu, klinické výsledky a zejména již i vlastní zkušenosti s touto metodou na našem pracovišti.

Fibrilace síní – závažný medicínský problém třetího tisíciletí

doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA

I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Fibrilace síní (FS) patří mezi supraventrikulární tachyarytmie s primární poruchou srdečního rytmu v síních. Elektrokardiograficky je charakterizována úplnou nepravidelností komorových komplexů QRS a nepřítomností síňových P vln, které jsou nahrazeny drobnými fibrilačními vlnkami o frekvenci 350–600/min. Často je detekována u nemocným s předchozí anamnézou flutteru síní.

Epidemiologie

FS je nejčastější klinickou tachyarytmií, jejíž průměrný výskyt v dospělé populaci je 0,5 %. Výskyt arytmiie prudce stoupá s věkem, zejména od 60 roku věku. V 7.–8. deceniu dosahuje 10–18 % (obr. č. 1). U nemocných se srdečním selháním je incidence FS až 40 %.

Etiologie a patofyziologie fibrilace síní

Z elektrofyziologického pohledu jsou za hlavní mechanismus vzniku FS považovány mnohočetné reentry okruhy v obou síních. Ke vzniku FS dále přispívají zánětlivé změny (perimyokarditida), hormonální vlivy (zejména hypofunkce štítné žlázy), strukturální poškození myokardu (akutní infarkt, ischemická choroba

srdeční, revmatická karditida, hypertenze) a vlivy mechanické (dilatace síní u srdeční městnavé slabosti). FS však může být často spouštěna pouze neurovegetativními vlivy (převaha sympatiky nebo parasympatiky). Asi 30–40 % nemocných s FS síní nemá žádnou zjistitelnou příčinu arytmiie a v těchto případech hovoříme o idiopatické fibrilaci síní.

Přesto že je FS supraventrikulární arytmií, má i z dlouhodobého pohledu závažné hemodynamické změny, jejichž hlavní příčinou je ztráta síňového příspěvku a zrychlená nepravidelná komorová frekvence. Zvláště při současném poškození diastolické funkce levé komory dochází k poklesu minutového objemu a vzestupu konečného diastolického tlaku v levé komoře.

Klinický obraz

Klinický obraz FS je velmi různorodý. Řada nemocných je asymptomatických (až 40 %), někteří udávají charakteristické symptomy, které jsou subjektivně nejvíce vnímány při změně rytmu. Jedná se především o palpitace, které jsou při cíleném dotazu popisovány jako rychlé a nepravidelné bušení srdce. Dalším nejčastějším příznakem je dušnost a zhoršení tolerance námahy. U nemocných se strukturálním onemocněním srdce vedoucím ke zhoršené funkci levé komory (hypertenze, stp. srdečním infarktu, dilatační kardiomyopatie) může být tachyfibrilace spouštěcím faktorem akcentace levostranné srdeční slabosti. Presynkopy nebo synkopy se nevyskytují tak často jako palpitace a dušnost, častěji však vznikají u nemocných s mitrální nebo aortální stenózou, nebo jen vagovou reakcí na vznik FS. Pacienti s tachy-brady syndromem mívají synkopy na konci paroxysmu fibrilace síní. Podkladem je tzv. preautomatická pauza se zástavou síní i komor. U nemocných s kritickou stenózou koronární arterie může fibrilace síní s rychlou komorovou odpovědí provokovat typické stenokardie.

Při objektivním vyšetření zjišťujeme nepravidelný zrychlený pulz, častý je periferní deficit (rozdíl mezi auskultovanou srdeční frekvencí a pulzovou frekvencí na periferní arterii). Současně mohou být **přítomny známky srdeční slabosti nebo hypotenze.**

Mezi hlavní komplikace FS z krátkodobého hlediska patří synkopa a rychle vzniklá levostranná srdeční slabost. Mezi dlouhodobé komplikace

patří vývoj tachykardické kardiomyopatie s projevem srdečního selhání.

Nejzávažnější komplikací FS je embolizace. V 90 % tromboembolických příhod je postižen CNS s obrazem ischemické příhody mozkové. Bez antikoagulační prevence se tromboembolické komplikace vyskytují v 5–8 % případů ročně u FS neregulovaného původu. Mezi hlavní rizikové faktory tromboembolie patří věk nad 65 let, hypertenze, levostranná srdeční slabost, anamnéza ischemické mozkové příhody, ženské pohlaví a diabetes mellitus. Forma fibrilace síní (paroxysmální, perzistující nebo permanentní) nehraje jako rizikový faktor tromboembolie významnou roli.

Z pohledu praktického lékaře je nejdůležitější prevence tromboembolických komplikací FS. Jednoznačně bylo prokázáno, že u nemocných s rizikovými faktory tromboembolie snižuje trvalá perorální antikoagulace riziko tromboembolických příhod o 2/3. Optimální hodnota INR (standardizované vyjádření Quickova času) by u FS neregulovaného původu měla být mezi 2,0–3,0. Při správně vedené antikoagulační léčbě je riziko krvácení jen 0,6 % ročně, naopak při nedostatečném dávkování (např. INR 1,5) roste riziko tromboembolie až dvojnásobně. Jako velmi nadějně se jeví v prevenci tromboembolických komplikací přímé inhibitory trombinu – např. dabigatran řada dalších látek. U nemocných s kontraindikací antikoagulace a u nemocných bez rizikových faktorů je nutná léčba antiagregační kyselinou acetylsalicylovou v denní dávce 300–500 mg denně.

Verze FS na sinusový rytmus by měla být vždy prováděna v nemocnici s kontinuálním monitorováním rytmu a možností resuscitace. Důležité je ověření účinnosti antikoagulační léčby před prováděním kardioverze a provedení jícnové echokardiografie k vyloučení možného zdroje embolizace z ouška levé síně.

V současné době je standardem léčby pro nemocné s paroxysmální a paroxysmálně–perzistující formou fibrilace síní bez přítomnosti strukturálního onemocnění myokardu léčba jedním antiarytmikem a při absenci efektu pak provedení katetrizační ablace. V České republice je prováděna léčba katetrizační ablací v 9 specializovaných centrech. Efektivita této léčby akutní je vysoká a pohybuje se na úrovni 85–90 %, dlouhodobě je možno udržet cca 60–70 % pacientů v sinusovém rytmu. Provádí se za využití moderních technologií s 3D mapováním, je realizována izolace plicních žil, stropní a mitrální linie, ev. ablace specifických struktur na zadní stěně levé síně. Léčba fibrilace síní by dnes

měla vždy být konzultována s elektrofysiologi v kardiiovaskulárních centrech, kde je možno nemocným nabídnout komplexní diagnostiku a další alternativy léčby FS – např. provedení primárně chirurgické ablace FS. Zvládnutí fibrilace síní je spolu se srdečním selháním a diabetem jedním z velmi důležitých úkolů moderní medicíny s cílem vyšší efektivity a bezpečnosti výkonů pro pacienty.

Současné možnosti prevence tromboembolických komplikací

doc. MUDr. Petr Heinc, Ph.D.

I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Z kardiálních onemocnění je signifikantně zvýšené riziko tromboembolických komplikací (TEK) u fibrilace (FIS) a flutteru síní, u ischemické choroby srdeční (IHS), především u akutního koronárního syndromu – AKS) a u pokročilého srdečního selhání (SS).

Rizikovými faktory (RF) TEK u nemocných s fibrilací síní jsou: prodělaná cévní mozková příhoda (CMP) nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA), věk > 75 let, hypertenze, diabetes mellitus a srdeční selhání. Dle přítomnosti těchto rizikových faktorů je doporučována v prevenci tromboembolických komplikací následující antitrombotická léčba. Žádný rizikový faktor – kyselina acetylsalicylová (ASA – Anopyrin 100 mg/den). 1 rizikový faktor – Anopyrin 100 mg/den nebo Warfarin s hodnotami INR 2,0–3,0. Více jak 1 rizikový faktor – Warfarin s hodnotami INR 2,0–3,0.

Faktory, které predisponují k TEK u nemocných se SS, jsou nízký srdeční výdej s relativní stázou krve v dilatovaných srdečních oddílech. Nemocní, kde při projevech SS je přítomna IHS s průkazem aterosklerotického poškození koronárních tepen, jsou indikováni k protidestičkové léčbě ASA v prevenci infarktu myokardu i v prevenci úmrtí. Antikoagulační léčba by měla být preferována před protidestičkovou léčbou u nemocných se SS po infarktu myokardu s přítomným nitrokomorovým trombem, a/nebo v přítomnosti FIS.

U prokázané IHS, ať již po prodělaném infarktu myokardu, nebo bez něj, je základem prevence TEK dlouhodobá antiagregační léčba kyselinou acetylsalicylovou (ASA – Anopyrin 100 mg/den). U všech nemocných s AKS je základem léčby duální antiagregační léčba, kterou dnes představuje v praxi ASA a thienopyridiny (clopidogrel a ticlopidin). Okamžité zahájení této léčby (Aspegic 500 mg i.v. a Clopidogrel-Plavix 300–600 mg p.o.) snižuje riziko uzavěru věnčité

tepny. V době vzniku AKS se současně s duální antiagregací podává i parenterální antikoagulační léčba (nejčastěji nefrakcionovaný heparin 1 000 j./10 kg) do doby, než je provedena revaskularizační úprava. Dlouhodobá udržovací dávka po implantaci stentu je ASA 100 mg/den jako trvalá léčba a Clopidogrel 75 mg/den po dobu 1 roku.

Prevence tromboembolických komplikací je nejsložitější při kombinaci FIS a AKS. Akutní stadium AKS se řeší stejně jako u nemocných bez FIS. Rozdílný je přístup k těmto nemocným po implantaci stentu. Jako optimální varianta léčby těchto nemocných, i přes vyšší riziko krvácivých příhod, se jeví trojkombinační antitrombotická léčba (warfarin, clopidogrel – 75 mg/den a ASA – Anopyrin 100 mg/den). Důležitou roli v trojkombinační antitrombotické léčbě hraje, podobně jako u duální protidestičkové léčby, její délka. Dlouhodobá trojkombinační léčba je spojena s podstatně vyšším rizikem krvácení než kratší trojkombinační léčba trvající 1 měsíc. Proto u těchto nemocných je vhodné po implantaci stentu po dobu 1 měsíce podávat trojkombinační antitrombotickou léčbu, dalších 5 měsíců kombinaci warfarinu s clopidogrelem nebo s ASA a po 6 měsících od implantace stentu se přejde na monoterapii účinné warfarinizace.

Závěr: Antitrombotická léčba je u vybraných kardiálních onemocnění stěžejní součástí komplexní léčby a její optimalizace musí vycházet z poměru trombotických a krvácivých rizik u jednotlivých kardiálních onemocnění.

Echokardiografie v klinické praxi

MUDr. Dan Marek

I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

V přehledné přednášce jsou rozebrány indikace k echokardiografickému vyšetření. Kromě transtorakální echokardiografie je zvlášť rozebrána problematika jícnové echokardiografie, zátěžové, kontrastní a intrakardiální echokardiografie. Prezentovány také případy, kdy trojrozměrná echokardiografie může přinést další zkvalitnění obrazu. Nedílnou součástí indikace je také znalost správné přípravy pacienta k jícnové echokardiografii (lačnění, poučení, odběr koagulačních parametrů) a dobutaminové echokardiografii (lačnění, vysazení antiischemické medikace, především betablokátorů).

Echo provedené v akutním (hemodynamicky nestabilním) stavu pacienta může přinést ve velmi krátké době cenné diagnostické informace. Tato problematika je také v přednášce pojednána.

Hypertenze v graviditě

MUDr. Yvona Hřčková

I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Jde o závažné téma a je třeba na hypertenzi v graviditě a na její komplikace myslet i v ordinaci praktického lékaře.

Hypertenze zůstává nejčastější příčinou mateřské, fetální a novorozenecké morbidity

a mortality. Hypertenze zvyšuje komplikace pro matku a plod. Zatím není jasná etiologie hypertenze v graviditě.

V ČR se vyskytuje v 5–10% těhotných. Nová hypertenze se vyskytuje nejčastěji v první polovině gravidity, ale může se vyskytovat i v druhé polovině jako nejzávažnější komplikace těhotenství – preeklapsie. Preeklapsie postihuje asi 20% nemocných s hypertenzí.

Hypertenzi v graviditě definujeme při TK systolickém nad 140 mm Hg a diastolickém nad 90 mm Hg.

Klasifikace hypertenze se stále diskutuje.

V přednášce bude probírána klasifikace, jednotlivé typy hypertenze, diagnostika (naše zkušenosti), komplikace.

Symposium – Pfizer, spol. s.r.o.

čtvrtek / 22. 4. 2010 / 11.10–11.30

Rozdíly v adhezenci k léčbě jako faktor výběru kombinovaného preparátu

MUDr. Rastislav Dudřík

Interní oddělení Nemocnice Rýmařov

Adherence k léčbě je měřitelná veličina a určuje, jak pacient dodržuje dohodnutá doporučení v léčbě onemocnění.

Adherence je důležitým faktorem pro dosažení příznivého zdravotního stavu. Na rozdíl od neovlivnitelných rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění lze zvýšením adherence pacienta k léčbě snížit riziko výskytu závažných KV příhod. Je prokázáno, že v primární prevenci KV onemocnění je adherence pacientů k léčbě nižší než v prevenci sekundární, podobně jako adherence k hypo-

lipidemické léčbě je obecně nižší než k léčbě antihypertenzní.

Na základě dostupných poznatků z provedených adhezenčních studií můžeme shrnout, že zlepšení adherence k léčbě můžeme docílit nejen současným zahájením hypolipidemické a antihypertenzní terapie – tedy současným ovlivněním dvou rizikových faktorů KV onemocnění, ale navíc i jejich podáním v jedné tabletě.

GASTROENTEROLOGIE

Garant: prof. MUDr. Jan Bureš, CSc. – čtvrtek / 22. 4. 2010 / 12.00–13.20

Funkční dyspeptický syndrom

prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc.

II. interní klinika LF a FN Olomouc

Funkční dyspepsii (FD) definujeme podle kritérií Rome III (2006) jako přítomnost jednoho nebo více příznaků, které nelze vysvětlit jakýmkoliv organickým, systémovým nebo metabolickým onemocněním. Jde o tyto příznaky: epigastrická bolest, kterou nemocní někdy popisují jen jako nepříjemný pocit, dále pálení až hoření v epigastriu. Druhou dvojicí příznaků jsou postprandiální plnost, tj. pocit dlouhodobého přetrvávání potavy v žaludku časná sytost bez závislosti na objemu potavy, a to tak, že běžné jídlo nemůže být dokončeno.

Stejně jako u všech funkčních poruch trávicího traktu musí být i při diagnostice FD splněna ještě podmínka časová, tj. že obtíže trvají nejméně 3 měsíce a jejich vznik musí být nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy. V případě prvních dvou typů obtíží hovoříme o „syndromu epigastrické bolesti“, v případě druhých dvou příznaků mluvíme o „postprandiálním distress syndromu“. Zejména ten druhý

název nám zní skoro až nepříjemně. U nás jsou již dávno pro uvedené dva stavy vžité Mařatkou doporučené názvy „dráždivý žaludek“ a „chabý žaludek“. To však nejsou jediné rozdíly mezi Rome III klasifikací a „českou“ školou funkčních poruch GIT. V české škole jsou například rumínace, aerofagie, hysterické zvracení považovány za projevy poruchy neuropatické, některé jiné příznaky, např. poruchy polykání, event. zvracení při děsivém zážitku jsou považovány za poruchy psychofunkční. V Rome III klasifikaci tvoří výše popsané příznaky samostatné kategorie Funkčních gastroduodenálních poruch. Ty se dělí na již výše popisovanou Funkční dyspepsii, která je předmětem této přednášky, dále na Funkční poruchy spojené s říháním, Funkční poruchy s nevolností a zvracením a konečně Ruminační syndrom dospělých.

Je třeba upozornit, že někdy příznaky funkčních gastroduodenálních poruch se mohou překrývat se současně existujícími funkčními poruchami jícnu (pyróza), event. funkčními střevními poruchami, zejména s příznaky dráždivého tračníku.

V diagnostice FD můžeme mimo anamnézu a fyzikální a laboratorní vyšetření v podstatě

vystačit s horní endoskopií a břišní ultrasonografií.

Léčba FD je jednak režimová, tj. vytvořit oboustranně optimální vztah lékař/nemocný, dieta, event. psychoterapie. Dále je to léčba farmakologická. Ta závisí od typu FD. V případě dráždivého žaludku podáváme analgetika-spazmolytika a efektivní je podávání inhibitorů žaludeční sekrece. V případě chabého žaludku jsou vhodná prokinetika. Otázka eradikace H. pylori je otevřená. Psychofarmaka jsou indikována u těžších forem FD. Je třeba vždy vyloučit přítomnost larvované deprese. V takovém případě jsou anxiolytika bez většího účinku a doporučujeme antidepresiva III. generace.

Dvojbalonová enteroskopie v diagnostice a léčbě chorob tenkého střeva

doc. MUDr. Marcela Kopáčová, Ph.D.
FN a LF Hradec Králové

Dvojbalonová enteroskopie (DBE) je endoskopickou metodou umožňující vyšetření ten-

kého střeva. Celé tenké střevo je možno vzácně přehlédnout z orálního přístupu (tedy dosáhnout céka z přístupu ústy), častěji kombinací orálního a aborálního (rektálního) přístupu, tedy kombinací dvou vyšetření DBE. Přístroj byl zaveden do gastroenterologické praxe v roce 2001 profesorem Yamamoto a kolektivem. Vůbec první vyšetření bylo provedeno 29. června roku 1999 v Jichi Medical School v Japonsku. Následně se DBE stala rutinní endoskopickou metodou na špičkových gastroenterologických pracovištích. DBE přináší diagnostické i terapeutické možnosti, další nespornou výhodou je podstatně snadnější zavádění a ovládání endoskopu v průběhu DBE ve srovnání s konvenčními endoskopickými metodami.

Při vyšetření DBE lze použít celou škálu akcesorií k odběru vzorků na histologii i k provedení terapeutických výkonů (polypektomie, dilatace stenóz, extrakce cizích těles atd.). K vyšetření se používá endoskop s převlečnou trubicí (overtube). Balonky jsou na distálních částech trubice i endoskopu. Tuba je navlečena na endoskopu a volně se pohybuje po pracovní části endoskopu. Principem DBE je využití střídavé insuflace a desuflace obou balonků.

V literatuře nejčastěji uváděnými indikacemi výkonu (v souladu s našimi zkušenostmi) jsou krvácení do trávicího traktu při negativní gastroskopii a koloskopii (předpokládaný zdroj v tenkém střevě), chronická mikrocytární sideropenická anemie, plánované polypektomie, Crohnova choroba, dilatace stenóz, abnormální nález na tenkém střevě při rentgenologickém vyšetření či kapslové endoskopii, bolesti břicha, průjem neurčené etiologie, vzácněji extrakce cizích těles včetně retinované enteroskopické kapsle. Kontraindikací je jako u ostatních endoskopických metod odmítnutí pacienta, náhlá příhoda břišní, včetně perforace, relativní kontraindikací jsou střevní adheze po předchozích chirurgických výkonech v dutině břišní a aneuryzma břišní aorty.

Na našem pracovišti jsme provedli první vyšetření 28. 2. 2006. Do konce roku 2009 jsme provedli 138 vyšetření orální cestou a 41 aborálním přístupem u 122 pacientů. Pant enteroskopie orálním přístupem (tedy dosažení céka z přístupu ústy v jedné době) dosahujeme v 10% vyšetření. Nejčastějšími indikacemi DBE byly krvácení do trávicího traktu, Crohnova choroba, tumory a polypy tenkého střeva.

V souladu s literaturou můžeme shrnout, že DBE je endoskopická metoda s vysokou diagnostickou výtěžností a novými terapeutickými možnostmi. Na našem pracovišti máme mož-

nost využít všechny dostupné metody vyšetření tenkého střeva. Podle našich zkušeností jsou zásadními metodami kapslová enteroskopie a DBE, která je v současné době označována za zlatý standard vyšetření tenkého střeva.

*Práce vznikla v rámci řešení
výzkumného záměru MZO 00179906.*

Portální hypertenze

prof. MUDr. Jan Lata, CSc.

Interní hepatogastroenterologická klinika
FNB a LF MU Brno

Syndrom portální hypertenze vzniká nejčastěji jako důsledek jaterní cirhózy. Komplikace vyplývající z portální hypertenze jsou v mnoha případech závažné, jsou špatným prognostickým znamením a výrazně se podílejí na vysoké mortalitě těchto nemocných. Proto je léčba či dokonce prevence těchto komplikací důležitá a přestože neřeší základní chorobu, může výrazně zlepšit kvalitu života i prodloužit přežití. Při objevení se jakéhokoliv z nich je však vždy potřeba zvážit možnost jaterní transplantace, která je v České republice již standardní léčbou s vysokou efektivitou.

Ascites je definován jako zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní; jeho objevení u cirhotiků představuje špatný prognostický znak – jednoleté přežití nemocných s ascitem je 50%. V léčbě je vhodný klid na lůžku, nutné je vyloučení potenciálně nefrotoxické medikace (především aminoglykosidová antibiotika, nesteroidní antiflogistika) a omezení soli na cca 4–6 g denně. Výraznější omezení tekutin nutné není. Základní léčbou je podání diuretik. Vzhledem k důležité roli aldosteronu při vzniku ascitu by měla být léčba zahájena spironolaktonem obvykle v dávce 150 mg denně, pokud samotný nestačí, přidává se furosemid v dávce až 160 mg denně. Poměrně velké procento nemocných léčených diuretiky má však v průběhu léčby komplikace a zhruba 20% nemocných na léčbu diuretiky nereaguje. V případě tohoto, tzv. refrakterního ascitu je třeba vyloučit spontánní infekci ascitu (viz dále) a první terapeutickou možností bývá velkoobjemová paracentéza (vypuštění ascitu). Po zákroku je nutné podat albumin v prevenci následné hypovolemie. V některých případech se zavádí transjugulární intrahepatální portosystémová spojka, která sníží portální tlak a ve většině případů zabrání akumulaci ascitu. Nejzávažnější komplikací ascitu je vznik **spontánní bakteriální peritonitidy**. Jde o infekci ascitu bez zjištěného, chirurgicky léčitelného

zdroje. K průkazu infekce stačí nález zvýšeného množství granulocytů (nad $0,25 \times 10^9/l$) v ascitu. Obvyklou léčbou jsou cefalosporiny III. generace, nejčastěji cefotaxim v dávce 2 g každých 8 eventuálně 12 hodin, ev. chinolony.

Jaterní encefalopatie je komplexní neuropsychiatrický syndrom charakterizovaný poruchami vědomí a chování, neurologickými poruchami, přítomností flapping tremoru a elektroencefalografickými změnami v důsledku onemocnění jater. V léčbě se často jako první zásah u těchto nemocných doporučuje omezení bílkovin v potravě. Cirhotici jsou však většinou hypoproteinemičtí a další omezení bílkovin dále zhoršuje jaterní funkce. Proto je vhodnější jen záměna živočišných bílkovin za rostlinné a je-li omezení bílkovin pro akutní zhoršení nutné, doporučuje se jen krátkodobé omezení na 0,5 g/kg/den. Terapeutické zákroky jsou zaměřeny většinou na snížení amoniaku. Podává se nevstřebatelný disacharid laktulóza či laktitol, obvyklá dávka je 30–45 g/den tak, aby se dosáhlo 2–4 stolic denně. Účinnější jsou patrně antibiotika, působící na bakterie v gastrointestinálním traktu a tím snižující množství vstřebaného amoniaku. Nejčastěji je doporučován rifaximin. Při neúspěchu monoterapie se dají kombinovat s laktulózou.

Nejzávažnější komplikací je **krvácení z jícnových varixů**. Léčba tohoto akutního stavu je pochopitelně komplexní a musí být prováděna na specializovaných jednotkách intenzivní péče. Vzhledem k tomu, že je možná poměrně účinná primární prevence, je nutné u každého nově diagnostikovaného cirhotika provést gastroskopii. Při nálezů varixů je možná jejich endoskopická ligace či léčba neselektivními betablokátory (trimepranol, atenolol). Dostatečná dávka je taková, při které dojde ke snížení tepové frekvence o 20% či na 60/min. Po proběhlém krvácení je léčba betablokátory zcela nezbytná, optimální je kombinace s endoskopickou ligací či sklerotizací varixů. Pokud i přes tuto terapii dojde ke druhé recidivě krvácení, je indikováno zavedení transjugulární intrahepatální portosystémové spojky.

Hepatorenální syndrom je definován jako funkční selhání ledvin (organicky intaktních) při jaterním onemocnění s portální hypertenzí. Je nalézán téměř výhradně u nemocných s ascitem. Vzhledem k vysoké mortalitě je u cirhotiků nutné vyvarovat se vyvolávajících faktorů (nefrotoxická medikace, diuretika, nesteroidní antiflogistika, léčit bakteriální infekci, vyloučit krvácení do GIT). Léčba je obtížná (terlipresin s albuminem, ev. zavedení transhepatální portosystémové spojky) a vždy za hospitalizace.

Závěrem je nutné ještě jednou zdůraznit nezbytnost včasné indikace jaterní transplantace. Bližší informace týkající se této problematiky je možno nalézt na www.ceskahepatologie.cz/editor/genhtml.pl?loc=hepatologie&table=guidelines

Screening kolorektálního karcinomu v ČR

prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.¹,

MUDr. Štěpán Suchánek¹,

RNDr. Ondřej Májek²,

doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.²

¹ Univerzita Karlova, 1. LF ÚVN Praha

² Masarykova Univerzita, Institut biostatistiky a analýz, Brno

Úvod: Screening kolorektálního karcinomu (KRK) má v České republice dlouholetou tradici. Národní program screeningu KRK, zahájený v roce 2000, byl založen na vstupním guajakovém testu na okultní krvácení do stolice (TOKS) nabízeném asymptomatickým jedincům starším 50 let. V případě positivity TOKS byla indikována kolonoskopie. Od roku 2006 je program evaluován na základě individuálních dat. Začátkem roku 2009 došlo k úpravě designu programu zavedením primární screeningové kolonoskopie jako metody volby.

Metodika: Záznamy (demografické ukazatele, charakteristika kolonoskopických vyšetření, ev. TOKS, podrobné údaje v případě diagnózy kolorektální neoplazie) o jedincích, u kterých bylo provedeno kolonoskopických vyšetření – primární

screeningová kolonoskopie (u jedinců starších 55 let) a screeningová kolonoskopie (u jedinců starších 50 let, z indikace positivity TOKS) jsou zadávány pomocí on-line internetové aplikace dostupné na webovém prohlížeči a následně analyzovány.

Výsledky: V letech 2006–2009 bylo provedeno 27 459 screeningových kolonoskopií, z toho 26 622 z indikace pozitivního TOKS a 837 primárních screeningových kolonoskopií. Během tohoto období bylo diagnostikováno 1 499 karcinomů (5,5 %) a odstraněno 8 332 adenomových polypů (30,3 %).

Závěr: Novým designem programu screeningu kolorektálního karcinomu v České republice došlo k zavedení:

- primární screeningové kolonoskopie
- imunochemických testů na okultní krvácení.

Symposium – MT – Maklér, s.r.o.

čtvrtek / 22. 4. 2010 / 14.50–15.00

Pojištění majetku a profesní odpovědnosti za škodu

MT – Maklér, s.r.o.,

Mgr. Renata Kubátová, Ing. Petr Přidal

Práce Vás, lékařů a zdravotnického personálu, vyžaduje vysokou míru profesionality a odpovědnosti. Zároveň jsou zdravotnická zařízení vybavena přístroji často s vysokou pořizovací hodnotou. **Pojištění majetku a profesní odpovědnosti za škodu je tady rozhodně nezbytné.**

Nadstandardní podmínky nabízejí lékařům zejména tyto pojišťovny: Allianz pojišťovna, Česká pojišťovna, Generali pojišťovna, Kooperativa pojišťovna, Uniqa pojišťovna.

Víme, že při Vašem pracovním vytížení, těžko nacházíte čas na zevrubné porovnání všech nabídek. My, jako nezávislý poradce, vykonáváme tuto nezábavnou činnost za Vás. **Aktuálně sledujeme a porovnáváme veškeré produkty** tak, že dokážeme osobně každému z Vás nabídnout **optimální řešení.**

1. Co vše s námi získáte

- **Komplexnost** – vždy se na situaci klienta díváme komplexně a realizujeme optimální řešení
- **Individuální přístup** – individuální a diskrétní přístup při řešení finančních otázek je pro nás samozřejmostí

- **Možnost výběru** – jako společnost jsme nezávislí a nepatříme žádné finanční instituci
- **Jistota** – spolupracujeme s více než 50 partnery
- **Servis a péče** – zprostředkováním smlouvy práce našich poradců nekončí, ale začíná. Klientům poskytujeme v případě potřeby okamžitý servis a pravidelnou péči. Zejména pak asistenci při řešení škodných událostí

2. Povinná pojištění

Povinnost uzavřít pojištění odpovědnosti za škodu v případě zdravotnických zařízení je zakotvena v zákoně č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů a dále v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

3. Rozdíl mezi profesní, obecnou odpovědností a odpovědností lékaře jako zaměstnance

- **Profesní odpovědnost** – je zaměřena na výkon dané profese a s ním související škody na zdraví a majetku
- **Obecná odpovědnost** – je zaměřena na obecné škody na zdraví a majetku
- **Odpovědnost lékaře jako zaměstnance** – souvisí s výkonem povolání a řídí se příslušnými zákony

4. Pojištění majetku, zařízení, přístrojů

Jedná se o pojištění majetku na všechna rizika s možností připojištění poruchy jednotlivých přístrojů či přerušení provozu.

5. Pojištění právní ochrany lékařů u D. A. S.

U pojišťovny právní ochrany D.A.S. je možno uzavřít speciální produkt zaměřený na tematiku lékařů a zdravotnických zařízení.

D.A.S. zastupuje a obhajuje lékaře např.:

- **lékaři** vznikne škoda způsobená třetí osobou
- **lékař** je obžalován nebo nařčen z trestného činu či přestupku
- **lékař** se dostane do sporu s pojišťovnou, u které má sjednáno komerční pojištění
- **lékaři** vznikne škoda způsobená zaměstnancem
- **lékař** vede spor se svým zaměstnancem
- **lékaři** je neoprávněně znemožněno užívat vlastní obchodní movitý majetek
- **lékař** vede spor se zdravotní pojišťovnou
- **lékař** řeší spor ze smlouvy, kde vystupuje v pozici odběratele

6. Zvýhodněné soukromé pojištění pro lékaře a jejich rodinné příslušníky

Prostřednictvím naší společnosti mohou lékaři a jejich rodinní příslušníci využít širokou škálu **možností sjednání** různých finančních produktů **se slevami.** Jedná se např. o veškeré druhy pojistných, investičních, spořicíh či úvěrových programů.

AKUTNÍ STAVY

Garant: MUDr. Bronislav Klementa – čtvrtek / 22. 4. 2010 / 15.00–16.40

Neodkladná péče v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Jiří Pokorný

POMAMED s.r.o., Praha

Diagnostika a léčba neodkladných stavů tvoří pouze malou část pracovní náplně praktických lékařů (PL). Je však skutečností, že patří k tomu nejobávanějšímu. Nejen PL, ale i většina lékařů jiných odborností se neodkladné péče více či méně oprávněně bojí, a to z více důvodů. Kardiopulmonální resuscitace pak patří k tomu nejtěžšímu, s čím se PL může při své práci setkat. K tomu, aby byla péče o pacienty, vyžadující poskytnutí neodkladné péče PL úspěšná – nebo aby se alespoň zvýšila jejich šance na přežití – musí být současně splněno několik podmínek:

- Dobré teoretické znalosti PL o diagnostických a terapeutických postupech v neodkladné péči.
- Vybavení PL léky a pomůckami pro poskytování rozšířené podpory života.
- Znalost zacházení s pomůckami a ovládání praktických resuscitačních dovedností.
- Dobrá organizace poskytování vlastní neodkladné péče, týmová práce.
- Fyzická a psychická kondice lékaře.
- U pacienta se nejedná o nezvratný stav.
- Šťastná shoda některých okolností, které lze dopředu jen málo ovlivnit.

V přednášce jsou jednotlivé body rozebrány z pohledu lékaře, který se mnoho let věnuje nejen poskytování přednemocniční i nemocniční neodkladné péče, ale též její výuce. Jsou využity poznatky z přípravy doporučených postupů v přednemocniční neodkladné péči i z diskuzí se stovkami lékařů a zdravotních sester. Na základě svých zkušeností si autor sdělení na závěr dovoluje PL předložit několik praktických rad.

Použití AED v ambulanci

MUDr. Pavel Marcián

Kardiochirurgická klinika FN a LF UP Olomouc

Automatizované externí defibrilátory AED se během posledních let dostaly do povědomí odborné i laické veřejnosti, ale k jejich širšímu rozšíření bohužel zatím nedošlo, přestože byly

dány jasné důkazy o jejich prospěšnosti a použití AED je doporučováno i posledními guidelines Evropské rady pro resuscitaci z roku 2005. Časná defibrilace, kterou AED nabízí, je jedinou šancí pro osobu postiženou náhlou srdeční zástavou z důvodu fibrilace komor či hemodynamicky významné komorové tachykardie. Pravděpodobnost přežití při trvající srdeční zástavě klesá s každou minutou o 7–10 %, při rychlém započítání kardiopulmonální resuscitace (KPR) ve spojení s použitím AED šance na přežití narůstá.

Časná defibrilace je zařazena jako jeden z článků „řetězce života“ a s pomocí AED je možné tento článek poskytnout srdeční zástavou postižené osobě mnohem dříve, než bude k dispozici klasický manuální defibrilátor.

Vývoj AED přístrojů se datuje do 90. let 20. století, kdy byly první přístroje instalovány v kasinech, v letadlech a na letištích. Další výraznější rozvoj AED pak nastal začátkem 21. století, kdy se AED začaly více rozšiřovat směrem k laické veřejnosti.

AED jsou přístroje velmi odolné, bezpečné a jednoduché na obsluhu. Jsou schopny pomoci záchráncům ve vedení KPR, po nalepení elektrod pak rychle detekují srdeční rytmus z povrchového EKG a následně doporučí a nebo nedoporučí podání defibrilačního výboje.

Čím rychleji je AED použito od začátku srdeční zástavy, tím je větší šance stihnout podání výboje do 3–5 minut, což dokáže výrazně zvýšit šance postižené osoby na přežití.

Využití AED v ambulantní péči je spojeno s nutností znalosti obsluhy přístroje a pravidelným školením. Nelze jednoznačně určit, která ambulance je pro AED vhodnější, ale obecně lze doporučit pořízení AED do ambulance ve vzdálených nebo obtížně dostupných lokalitách, kde dojezd ZZS přesahuje 15 minut. Pokud se ovšem ambulantní lékař rozhodne zvýšit odbornost a kvalitu poskytované péče pro své pacienty pořízením AED, je třeba si uvědomit, že AED nemusí být nutně pouze položeno v ordinaci, ale lze jej převážet s sebou, neboť většina AED je přenosná a snese i „hrubší“ zacházení. Tato odolnost AED je zamýšlenou vlastností – od počátku se počítalo s použitím AED převážně v terénu.

Mnohem více než spousta slov o AED je krátká praktická zkušenost – kdo si někdy

AED vyzkoušel, ví, že jeho obsluha je opravdu velmi jednoduchá, a proto „Nebojte se (použít) AED!“. Můžete tím výrazně zvýšit šanci na přežití osob postižených náhlou srdeční zástavou.

Farmakoterapie během KPR

MUDr. Olga Klementová, Ph.D.

Městská nemocnice, Oddělení urgentního příjmu, Ostrava

Klinika anesteziologie a resuscitace

FN Olomouc

Farmakoterapie je podstatnou součástí rozšířené neodkladné resuscitace (ALS) a měla by patřit k základním znalostem profesionálních zdravotníků. Je důležité ve správnou dobu zvolit správný lék a to v dostatečném dávkování, protože podávání vede ke snížení šanci na úspěch.

Narozdíl od guidelines 2000 došlo k určitým změnám ve farmakoterapii (např. podání bikarbonátu během KPR již není doporučeno).

Nejoptimálnější cesta vstupu léku je do cévního řečiště, pokud se podaří zajistit periferní žilní přístup nebo pokud již je zajištěna periferní nebo centrální žilní linka. Další možností je intraosseální, intratracheální nebo transkonický přístup.

Na závěr je třeba zdůraznit, že v případě nutnosti KPR byste měli jednat pohotově, rozhodně, klidně, farmaka aplikovat v dostatečných dávkách a velmi důležitý je váš profesionální přístup.

Možnosti zajištění DC v ambulanci

MUDr. Bronislav Klementa

Klinika anesteziologie a resuscitace FN Olomouc

Zajištění dýchacích cest patří mezi situace, které nejsou vždy jednoduché. Ne všechny pomůcky, které jsou dostupné na našem trhu, jsou vhodné pro použití u praktického lékaře. Jednoznačně lze říci, že např. intubace do rukou praktického lékaře nepatří, protože nemá v použití této techniky dostatek zkušeností. Naproti tomu lze s jistotou potvrdit nutnost mít k dispozici pro řešení akutního dušení z důvodu obstrukce dýchacích cest minitracheotomickou (koniotomickou) soupravu. Ale i zde jsou mezi výrobky výrazné rozdíly ve snadnosti ch a rych-

losti jejich použití. Výběr vlastních pomůcek není jednoduchý. Lze doporučit jednoduchou strategii výběru – nejdříve si pomůcku dokažte prakticky vyzkoušet a teprve po důsledném vyzkoušení jejího použití následně pořídíte. Vše co je obsaženo v ambulanci na stolku

s pomůckami pro resuscitaci by měl praktický lékař bezpečně ovládat. Vlastní nácvik použití jednotlivých pomůcek pro zajištění dýchacích cest by měl probíhat u renomovaného školitele. Je nutné nejen se jednorázově naučit správné postupy, ale také pravidelně je opakovat.

V akutních situacích souvisejících se zajištěním dýchacích cest je každá vteřina drahá a jen dobré teoretické a především praktické znalosti resuscitačního týmu (lékař + sestra) mohou vést ke zdárnému vyřešení těchto závažných stavů.

KONFERENCE S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ – AKTUÁLNÍ OTÁZKY PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ; PRIMÁRNÍ PÉČE A PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ

čtvrtek 22. dubna / 11.50–13.30 / Salonek Perseus

Abstrakta následujících příspěvků budou vytištěna v samostatném sborníku.

PROGRAM:

PRIMÁRNÍ PÉČE A PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ

Kam směřuje praktické lékařství?

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
přednosta Ústavu sociálního lékařství
Lékařské fakulty Univerzity Karlovy
v Hradci Králové
a předseda Společnosti všeobecného
lékařství Lékařské společnosti J. E. Purkyně

Krevní sedimentace není obsoletním vyšetřením

prof. MUDr. Květoslav Šípr, CSc.¹
RNDr. Jana Jágerová²
¹ Lékařská fakulta Univerzity Palackého
v Olomouci
² Fakultní nemocnice Brno

Vzdělávání pro praktické lékařství

MUDr. Josef Štolfa
vedoucí Katedry všeobecného lékařství
IPVZ v Praze

Výuka primární péče a praktického lékařství

prof. MUDr. Květoslav Šípr, CSc.,
MUDr. Ivan Foltýn, Ph.D.,
doc. MUDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.,
doc. Marie Nakládalová, Ph.D.,
MUDr. Igor Mazoch,
MUDr. Hana Tichá,
MUDr. Dana Moravčíková,
Wendy Gardner

Lékařská etika a praktický lékař

prof. MUDr. Bohumil Chmelík, CSc.
Fakulta zdravotnictva a sociální práce
Trnavskej univerzity v Trnave

Proč pátrat po primární hyperparatyreóze v ordinaci všeobecného praktického lékaře

MUDr. Helena Šíprová¹
doc. MUDr. Zdeněk Fryšák, CSc.²
prof. MUDr. Květoslav Šípr, CSc.³
¹ II. interní klinika FN U sv. Anny v Brně
² III. interní klinika LF UP a FN Olomouc
³ Lékařská fakulta Univerzity Palackého
v Olomouci

Profesionální onemocnění pohybového aparátu z přetěžování a praktický lékař

doc. MUDr. Marie Nakládalová, Ph.D.¹
prof. MUDr. Květoslav Šípr, CSc.²
¹ Klinika pracovního lékařství
LF UP a FN Olomouc
² Lékařská fakulta Univerzity Palackého
v Olomouci

Symposium – Medicom International, s.r.o.

pátek / 23. 4. 2010 / 9.00–9.20

Kognitivní funkce, stárnutí a prevence

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha

Kognitivní (poznávací) funkce jsou všechny psychické procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí. V průběhu jak fyziologického, tak patologického stárnutí dochází k jejich narušení eventuálně až do obrazu demence. Bylo prokázáno, že doba přežití pacientů s demencemi je v 10leté perspektivě poloviční ve srovnání se stejně starými jedinci. Existuje celá řada rizikových faktorů spolupodmiňujících rozvoj demence. Některé z nich jsou ovlivnitelné, jiné nikoliv. Zatím neumíme vyléčit jedince již trpícího neurodegenerativní formou demence, jako je nejčastější Alzheimerova nemoc. Existuje více preventivních strategií, jak předejít rozvoji kognitivního narušení ve vyšším věku a roz-

voji demencí. Je doporučována dostatečná a pravidelná fyzická aktivita, kognitivní trénink, dostatečný odpočinek a spánek i zdravá dieta. Bylo popsáno více látek, které jak v přirozené stravě, tak v potravinových doplncích mohou přispět k udržení našich kognitivních funkcí i ve vyšším věku. Jedná se především o polynenasycené mastné kyseliny (PUFA – PolyUnsaturated Fatty Acids), ginkgo biloba, fosfatidylserin, vitamin B12 (kobalamin), kyselinu listovou (vitamin B9), vitamin E (izomery tokoferolu a tokorienolu). „Běžná“ strava v naší společnosti často nedodává organismu v dostatečném množství živiny, které jsou důležité pro dobré fungování centrálního nervového systému a které mohou přispět k optimálnímu průběhu stárnutí našeho mozku. Je proto doporučením vhodné snažit se změnit naše stravovací návyky i za pomoci různých potravinových doplňků. Z pohledu medicíny založené na důkazech je možno konstatovat, že existuje relativně velké množství různých studií, zabý-

vajících se touto problematikou. Avšak jejich metodika a zařazené soubory sledovaných a léčených osob jsou velmi heterogenní, stejně jako výsledky terapie. Největší pozitivní efekt na kognitivní funkce stárnoucích jedinců byl prokázán v případě substituce omega-3 nenasycenými mastnými kyselinami. Obdobné důkazy svědčí i pro kladné působení kyseliny listové, vitaminu B12 a ginkgo biloba. O vlivu fosfatidylserinu a vitaminu E existují rozporuplné informace. Zatím nejsou k dispozici studie, které by se zabývaly vlivem podávání více těchto přípravků současně. Nelze tedy potvrdit ani vyloučit význam synergie kombinace výše uvedených látek. V posledních letech velmi vzrostl počet jedinců s duševní poruchou, ale i jiných nemocných či dokonce zdravých jedinců, kteří konzumují potravinové doplňky. Je proto třeba tuto skutečnost reflektovat, dotazovat se našich pacientů na tyto záležitosti a být schopen jim poskytnout adekvátní informace.

GERIATRIE A PALIATIVNÍ MEDICÍNA

Garant: doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. – pátek / 23. 4. 2010 / 9.20–11.00

Alzheimerova choroba a další onemocnění způsobující demenci

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Gerontologické centrum Praha

Alzheimerova choroba a neurodegenerativní onemocnění jsou nejčastějšími příčinami syndromu demence, který představuje v současné době jeden z nejzávažnějších problémů zdravotnické a sociální politiky. Významná je také ekonomická zátěž těchto onemocnění. Projekt EuroCoDe (European Collaboration on Dementia) skutečně Alzheimer Europe prokázal, že počet lidí s demencí v zemích Evropské unie byl v roce 2007 celkem 6,17 milionu. Celkové náklady na demenci v zemích evropské sedmadvacítky byly odhadnuty na 130 miliard euro. Z toho byla více než polovina (56 %) vynaložena na neformální, rodinnou péči. Náklady na péči o lidi s demencí byly v zemích EU v průměru 21 000 euro za rok,

nejvyšší v zemích „staré“ EU, nižší v zemích po rozšíření a dalších evropských zemích. Zátěž Alzheimerovou chorobou a jinými onemocněními způsobujícími demenci představovala 350 DALY na 100 tisíc lidí (srovnejme například s 247 DALY způsobenými diabetem).

Demence zpravidla prochází (v závislosti na příčině, která ji způsobuje) jednotlivými stadii funkčního poškození a potřeby péče. Přes tuto charakteristiku a zpravidla dlouhodobě nepříznivou prognózu onemocnění způsobujících demenci, je možné adekvátní podporou, léčbou a péčí zachovat po dlouhou dobu uspokojivou kvalitu života lidí trpících syndromem demence i jejich rodinných příslušníků. Právě kvalita života člověka s demencí i jeho rodiny, zmírnění trýznivých symptomů a podpora důstojnosti jsou cílem správného managementu demence.

Včasná a správná diagnóza je východiskem k úspěšnému managementu onemoc-

nění. Pokud se podaří onemocnění diagnostikovat včas, lidé s Alzheimerovou chorobou, nebo jiným onemocněním způsobujícím demenci, budou mít před sebou ještě několik let kvalitního života. Ve fázi počínající a mírné demence u Alzheimerovy choroby je zapotřebí co nejdříve zahájit léčbu kognitivity. Tyto léky mohou významně zpomalit rozvoj syndromu demence. Dále máme k dispozici rozsáhlou paletu farmakologických možností, jak ovlivnit další rozsáhlou symptomatologii demence včetně poruch chování. Nedílnou součástí komplexní péče o pacienty s demencí jsou také přístupy nefarmakologické, které napomáhají k zachování kvality života a soběstačnosti i ke zmírnění poruch chování.

Jednotlivé přístupy managementu demencí musejí respektovat jak onemocnění, která demenci způsobují, pokročilost syndromu demence a zejména pak individuální potřeby pacienta.

Prevalence demence a deprese u seniorů

MUDr. Hana Vaňková,
MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.,
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
Gerontologické centrum Praha

Příspěvek upozorňuje na dva z geriatrických gigantů – depresivitu a syndrom demence. Jejich prevalenci diskutuje na základě světových studií a zejména aktuálních studií z ČR. Dokladuje závažnost a časté opomíjení demence a depresivity, které bývají mylně považovány za „normu“ ve stáří. Interaktivně pracuje s informacemi o prevalenci, poddiagnostikování, možnostech a přínosu včasné diagnostiky kognitivních poruch a deprese ve vysokém věku.

V ČR žije v současné době asi 105 tisíc lidí postižených syndromem demence, vychází-li z kvalifikovaných odhadů a implementace evropských dat. Z nich je však v ČR v současné době léčeno méně než 10 % (Bartoš, 2010). V ČR máme k dispozici aktuální studii 325 obyvatel domovů pro seniory, dle které více než polovina této subpopulace trpí nějakou formou kognitivní poruchy (Vaňková, et al., 2008). Pozitivní je zvyšující se pozornost věnovaná problematice demence ve vzdělávání VL a také realizace screeningových projektů kognitivních poruch: v poslední době zejména „Dny paměti“ zastřešené Českou alzheimerovskou společností.

Ve světové literatuře bývá uváděna zpravidla 1–10 % prevalence plně vyjádřené deprese u seniorů. Prevalence tzv. subsyndromální deprese je mnohem vyšší, nejčastěji bývá uváděna mezi 10–40 %. Ještě vyšší je potom výskyt deprese u seniorů hospitalizovaných a žijících v institucích. V ČR jsou nyní k dispozici aktuální výsledky studií výskytu depresivity u seniorů žijících v komunitě i v institucích. V první studii u 161 pacientů praktických lékařů a geriatrické ambulance byla zjištěna významná depresivita u 19 % pacientů (Matějovská – Kubešová, et al., 2008). Ve studii Gerontologického centra Praha byla zjištěna depresivita u 46 % ze 329 seniorů žijících v domovech pro seniory. Z toho u 12 % se jednalo o těžkou depresivitu a u 34 % o středně závažné depresivní symptomy (Holmerová, et al., 2007, Vaňková, et al., 2008). V běžné i institucionalizované seniorské populaci byla diagnostikována, resp. Léčena, méně než pětina případů.

V souhrnu, včasná diagnóza a následná intervence deprese a syndromu demence má

zásadní přínos pro zdravotní stav a kvalitu života seniora; při jejich vysoké prevalenci má celospolečenský význam. Vzhledem k tomu, že jen málo pacientů vysokého věku samo vyhledá např. psychiatra, je role praktického lékaře v diagnostice demence a deprese vysokého věku naprosto klíčová.

Zvláštnosti geriatrických pacientů v praxi

MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.
Vedoucí subkatedry geriatric
LF UK v Hradci Králové
Klinika gerontologická a metabolická
FN v Hradci Králové

Konstatování, že stárnutí populace a její stále se zvyšující trend znamená ekonomickou a sociální pohromu, je negativní vnímání celé problematiky. Není to však spíše společenská výzva 21. století? Snahou zdravotnictví je zdokonalovat diagnostiku, terapii chorob, což je zcela přirozené chování lidstva. Je však nutné si uvědomit, jakým způsobem postupovat, aby nedocházelo k tenzi ve společnosti a mezigeneračnímu rozporu. Je nanejvýš žádoucí, aby stárnoucí populace vedla aktivní a plnohodnotný život co možná nejdéle, aby jim byla poskytnuta preventivní lékařská opatření podporující zdravý styl života v mladším věku. Na druhé straně v případě zhoršení zdravotního stavu stárnoucího jedince bychom měli být jako zdravotníci připraveni zvládnout toto zatížení a s ohledem na pracovní vytížení mladší populace zabezpečit síť domácí péče jak v odpovídající kvantitě, tak kvalitě.

Stárnutí je vlastností živého organismu. V pojetí člověka je však stáří mnohdy chápáno jako mizení, vyhasnutí, zánik. Je jistě rozdíl v tom, jak vidí a definují stárnoucího člověka ostatní věkové skupiny, a tím, jak on sám se cítí a vnímá. Všichni, kdo se zajímáme o tuto skupinu pacientů a hlavně o ni pečujeme, víme, že vymezení geriatrického pacienta formálně nad 65 let nesouhlasí mnohdy s „biologickým věkem“.

Geriatrický pacient může být definován jako člověk vyššího věku, u něhož involuční a chorobné změny ovlivňují natolik funkční stav a schopnosti, že dochází ke zhoršení adaptability, regulačních mechanismů, toleranci k zátěži.

Jaká kritéria by měla být tedy směrodatná pro geriatrického pacienta, jestliže pomineme věkovou?

Podle asistenta Z. Kalvacha (I. LF UK v Praze) mohou být senioři členěni do tří skupin dle

funkční zdatnosti, rizikovitosti a potřeby zdravotnických služeb.

První skupinu tvoří jedinci s výbornou výkonností, kteří se ve zdravotnických diagnostických a terapeutických postupech nemusí lišit od postupů pro mladší jedince. Je to skupina tzv. **zdatných seniorů**, která nepotřebuje geriatrickou péči, ale měla by být edukována, podrobována preventivním prohlídkám.

Další skupinou jsou **nezavislí senioři**, kteří nepotřebují za normálních okolností dispenzarizaci ani žádnou pečovatelskou či ošetrovatelskou službu. Dochází u nich k přechodnému zhoršení jejich kondice vlivem zátěže v podobě operace, infektu, závažného onemocnění.

Poslední skupinu tvoří **senioři křehcí**. Mohou to být jedinci s chronickým rizikem pádů, zhoršením kognitivních schopností (mírný až střední stupeň demence), psychickou labilitou – depresí, s nestabilním stavem při onemocnění kardiovaskulárního aparátu, arytmiemi, kteří potřebují dispenzarizaci, ev. napojení na nouzovou signalizaci. Tito pacienti zpravidla využívají spolu se zdravotnickými službami i služby sociální, domácí péči apod.

Senioři zcela závislí jsou zcela nesoběstační jedinci, kteří vyžadují téměř nepřetržitou pomoc rodiny a pečovatelské organizace, využívají resipitní péči nebo pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen LDN). Velice často dochází vlivem dekompenzace celkového stavu k hospitalizacím v zařízeních.

Mnozí patří do skupiny tzv. nepropustitelných pacientů, kteří se v bohužel stávají „ping-pongovým míčkem“ zdravotnického systému. Na druhé straně je však pacientům vnucován pobyt v zastaralých léčebnách dlouhodobě nemocných, což většina pacientů i rodinných příslušníků vnímá negativně.

Daleko lepším a důstojnějším modelem se zdá být co možná nejrychlejší zvládnutí zdravotního problému, co nejrychlejší návrat do domácího prostředí, kde se pacient cítí samozřejmě lépe, s doplněním podpory komunitních služeb.

Ve stáří je člověk určitým způsobem predisponován k některým patologickým procesům. Dochází zde k celé řadě fyziologických změn jak ve funkci jednotlivých orgánů, tak biochemických, imunologických a neuroregulačních mechanismů.

Se znalostí těchto změn je pak daleko jednodušší pochopit zvláštnosti farmakokinetiky a farmakodynamiky, samotného klinického obrazu

a především i rizikových faktorů onemocnění ve stáří, o kterých bude v přednášce hovořeno.

Akutní koronární syndromy ve vyšším věku – vybrané problémy

MUDr. Jiří Zajíc, MD

Klinika gerontologická a metabolická, LF UK v Hradci Králové

- kardiiovaskulární změny jsou asi ve 30 % vedoucím symptomem somatického onemocnění ve stáří
- ve věku nad 65 let se manifestuje 65 % onemocnění ICHS, 82 % úmrtí na ICHS nastává ve skupině osob starších 65 let
- asi 1/3 pacientů s akutním infarktem myokardu (AIM) jsou lidé starší 75 let, problematika AIM není omezena jen na interní oddělení
- obvyklé jsou méně výrazné projevy (pravidlem je oligo- a monosymptomatický průběh), ve věku nad 75 let je až 40 % AIM klinicky němých, především u žen
- typická bolest je přítomna pouze v 19 %
- dušnost se objevuje ve 20 %
- delirantní stavy jsou přítomny ve 13 %
- možným vysvětlením nepoznaných nebo nehlášených AIM jsou změny ve vnímání bolesti, sebeomezení ve fyzické aktivitě, komunikační obtíže, nedostatečné hlášení symptomů (strach, postoj zdravotníků)

- bolest na hrudi jiného původu (gastrointestinálního, muskuloskeletálního) je ve vyšším věku častěji doprovázena ICHS, což může vést k omylům v diferenciálně diagnostické rozvaze
- výskyt rekurentních AIM, závažných poruch srdečního rytmu i náhlé smrti je obdobný u poznaných i nepoznaných AIM
- problémy v EKG diagnostice ve vyšším věku:
 - parametry normální EKG křivky platí i pro vyšší věk
 - se stoupajícím věkem přibývá EKG změn
 - ve vyšším věku jsou častější AIM bez elevací ST úseků
 - poruchy rytmu, poruchy vedení, metabolické změny a některé léky ztěžují EKG diagnostiku
- cíle léčby AIM:
 - prevence úmrtí pacienta
 - obnovení průchodnosti věnčité tepny
 - minimalizace obtíží pacienta
 - léčba komplikací
 - komplexní opatření v rámci sekundární prevence

Trestní stíhání za odborné poskytnutou paliativní péči – nesmysl a nebo reálná hrozba?

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.¹

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.²

¹ Hospic na Svatém Kopečku

² Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

Autoři předložili 37 lékařům různých odborností kazuistiku o poskytnuté paliativní péči. Kazuistika byla převzata z renomované monografie. Dva z lékařů označili publikovaný postup za eutanázii a jeden z nich, který vykonává činnost soudního znalce, by předpokládal neosvobozující výrok soudu, pokud by byl případ takto řešen. Autoři upozorňují na nutnost vzdělávání lékařů v postupech paliativní medicíny a za velmi významnou událost pokládají založení České společnosti paliativní medicíny, která by v budoucnu měla působit jako odborný garant.

Cílem poskytování paliativní lékařské péče je zvýšit kvalitu života nevyléčitelně nemocného pacienta. Pohled na rozsah a intenzitu této péče je zatížen mnoha subjektivními faktory a názory pečujících lékařů mohou být rozdílné i v rámci jednoho pracoviště. Kromě odborných znalostí zdravotníků má při rozhodování významnou roli také empatie vůči nemocnému a respektování jeho vyslovených či jen naznačených přání. Cílem naší studie bylo zjistit názory lékařů na způsob a intenzitu poskytované paliativní péče u nemocných, jejíž způsob léčby byl uveden v odborné monografii.

Symposium – SERVIER, s.r.o.

pátek / 23. 4. 2010 / 11.00–11.20

Léčba DM 2. typu v ordinaci PL

MUDr. Vlasta Pivarčiová

Diabetologická ambulance

Nemocnice Na Františku, Praha

V současné době je v České republice registrováno cca 7–8 % diabetiků z celkové populace.

Současná klasifikace zahrnuje čtyři skupiny diabetu a dvě skupiny označované jako hraniční poruchy glukózové homeostázy.

Algoritmus léčby (Konsensus Americké a Evropské diabetologické společnosti 2008).

Diabetiky s nízkým rizikem je nutné vést k těsnější kompenzaci (HbA1c do 4,5 %), kdežto diabetici s vyšším rizikem mohou mít cílové hodnoty HbA1c v pásmu mezi 5,3–6,0 %.

Léčba: režimová opatření (význam diety a fyzické aktivity), PAD, inzulin.

Jednotlivé lékové skupiny ovlivňující inzulinovou rezistenci a inzulinovou sekreci.

Podrobně se skupiny sekretagog moderní sulfonyureové preparáty: gliklazid:

- význam studií Advance, Satohova studie, Guide
 - kardioprotektivní a antioxidační efekt gliklazidu
- Dispensární péče u DM 2. typu (glukotriáda: lačná, postprandiální glykémie, glykovaný Hb).

Preventivní opatření u DM 2. typu (význam sledování mikroalbuminurie, očního pozadí...). Významný vliv na omezení incidence makrovasculárních komplikací má multifaktoriální intervence.

CESTOVNÍ MEDICÍNA

Garant: prof. MUDr. Jiří Beran, CSc. – pátek / 23. 4. 2010 / 11.40–13.00

Očkování před cestou do zahraničí

prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Centrum očkování a cestovní medicíny,

Hradec Králové

Subkatedra tropické a cestovní medicíny,

IPVZ, Praha

Očkování pro cesty do zahraničí je jednou z nejdůležitějších forem prevence importu infekčních nemocí. Současné požadavky na vybavení (chladový řetězec, prevence anafylaktické reakce) a personální obsazení pracoviště, které se zabývá očkováním před cestou do zahraničí jsou natolik nákladné, že se vyplatí jen těm, kteří mají dostatečnou klientelu.

Individuální očkovací plán sestává pro cestovatele očkující lékař dle informací, mezi nimiž hraje roli navštívená oblast, cestovní program, trasa, délka pobytu, pobyt na venkově nebo ve městě, způsob cestování a ubytování, roční období cesty v destinaci a současný zdravotní stav cestovatele a anamnéza s ohledem na reaktogenitu předchozí imunizace.

Lékař musí také vyhodnotit kontraindikace očkování a určit zda jsou absolutní či relativní. Důležitou roli v plánovaném očkování hraje věk, pohlaví, případné těhotenství, imunitní stav vzhledem k aplikaci zamýšlených vakcín (proděláná infekčních nemocí, předchozí imunizace) a velmi významným faktorem je čas do odjezdu.

Mezi **nejčastější imunizace** před cestou do zahraničí v ordinaci praktického lékaře patří tzv. očkování *doporučená a pravidelná* mezi něž patří očkování proti virové hepatitidě A a B, břišnímu tyfu, meningokové meningitidě, dětské obrně, vzteklině a tetanu (po 10–15 letech). Povinné očkování proti žluté zimnici se provádí ve specializovaných centrech.

Vakcinace proti VHA:

- Monovalentní vakcína proti VHA, den 0 a 2. dávka za 6–18 měsíců (dle výrobce)
 - Nástup ochrany již po 15 dnech od první dávky
 - Vhodné zejména pro cestovatele „na poslední chvíli“
 - Přeočkování u imunokompetentní osoby není nutné – celoživotní ochrana
- Vakcinace proti VHB:
- Monovalentní vakcína proti VHB, schéma aplikace 0-1-6 M

- Nástup ochrany již po druhé dávce vakcíny, po třetí dávce bez přeočkování

- Není vhodné pro cestovatele na „poslední chvíli“

Vakcinace proti VHA a VHB kombinovanou vakcínou:

- Komplexní ochrana proti hepatitidám při cestování
- Pouze 3 injekce místo 5, účinnost stejná, bez přeočkování, cenová výhodnost
- Možno pro všechny věkové skupiny – od 1 roku věku

Vakcinace proti břišnímu tyfu a proti meningokokové meningitidě A+C:

- Jedna dávka polysacharidové vakcíny – jedna injekce
- Pro osoby starší 24 měsíců do oblastí výskytu
- Nástup ochrany po 14 dnech, ochrana jen na 3 roky

Vakcinace proti dětské obrně inaktivovanou trivalentní vakcínou:

- Jedna dávka inaktivované vakcíny – ochrana na cca 10 let
- Vakcinace proti vzteklině:
- Aplikují se tři dávky vakcíny v den 0, 7 a 21–28. Nástup ochrany je již 35 den
- Ochrana jen na jeden rok. Při aplikaci další dávky za jeden rok od skončení očkování je ochrana na dalších 2–5 let dle výrobce

Pro aplikaci vakcín v praxi platí několik **základních pravidel**: Aplikovat vakcíny ve schématu a dávce určených výrobcem. V případě nedostatku času využít schválených zrychlených schémat imunizace. Provádět kombinování vakcín, pokud to dovolí jejich složení, imunologické působení a množství aplikačních míst. Při delším pobytu nechat aplikovat cestovateli v certifikovaných místech v zahraničí stejnou vakcínu.

Prevence a profylaxe malárie

MUDr. et RNDr. František Stejskal, Ph.D.

Oddělení tropické medicíny 1. LF UK a FN Na Bulovce, Infekční oddělení nemocnice Liberec

Malárie představuje jednu z nejzávažnějších tropických infekcí, ročně onemocní 300–500 milionů lidí, z nichž podle střízlivých odhadů 1 milion umírá. 90 % úmrtí připadá na subsa-

harskou Afriku, převážně na děti do 5 let věku. Ochrana před malárií u osob žijících v endemických oblastech spočívá především v používání insekticidů impregnovaných moskytiér, aplikaci reziduálních insekticidů v obydlích a včasné léčbě onemocnění (v Africe preparáty obsahujícími artemisininy nebo chininem). Pro cestovatele zůstává nejdůležitější individuální ochrana, tj. nošení vhodného oblečení (světlý nepřiléhavý oděv s dlouhými nohavicemi a rukávy), aplikace repelentů a insekticidů, používání sítí do oken a maskytiér během spánku. Preventivní užívání antimalarik se doporučuje, je-li riziko infekce vysoké. WHO rozděluje malarické oblasti do 4 zón na základě rizika infekce, převažujícího druhu plazmódia, přítomnosti *P. falciparum* v oblasti a jeho citlivosti ke chlorochinu a dalším antimalarikům. Tam, kde se současně vyskytuje *P. vivax* a *P. falciparum*, prevence se řídí dle původce tropiky, *P. falciparum*. Při doporučení chemoprophylaxe je nutné zohlednit též vedlejší účinky antimalarik, předchozí užíváním profylaxi, zdravotní stav, věk a případné těhotenství cestovatelky.

WHO **zóna I** zahrnuje především okrajové oblasti výskytu malárie, kde je **riziko infekce velmi nízké nebo sezonní** a doporučuje se pouze expoziční profylaxe. Jedná se především o ostrovy jako např. Kapverdy, Sokotra, Bali, velká Exuma, severní Afriku, Zakavkazské republiky, nejsevernější malarické oblasti v Číně a Mexiku. Malárie se dále nevyskytuje ve většině velkoměst Asie (s výjimkou předměstí Bombaje) a Ameriky. Ve většině velkoměst v subsaharské Africe naopak riziko malárie hrozí (s výjimkou Adis Abeby a Nairobi). Minimální riziko infekce je též v řadě turistických a přímořských oblastí v Jižní Americe a v jihovýchodní Asii. Antimalarika se zde užívají terapeuticky při prokázané nebo pravděpodobné infekci („stand by“ terapie).

V **zóně II** se vyskytuje pouze *P. vivax* (např. Čína mimo Yunnan, Hainan, jihovýchodní Turecko, severní Irák, západní Írán) nebo si *P. falciparum* zachovává plnou citlivost ke chlorochinu (Střední Amerika na západ od Panamského průplavu včetně Haiti a Dominikánské republiky). V těchto oblastech se doporučuje expoziční profylaxe, případně doplněná preventivním užíváním chlorochinu (300 mg chlorochin báze vždy ve stejný den 1x týdně). Začíná se týden před vstupem do malarické oblasti, dále po

dobu pobytu a pokračuje se 4 týdny po opuštění malarické oblasti. K pohotovostní léčbě se používají terapeutické dávky chlorochinu nebo jiného antimalarika.

Zóna III zahrnuje oblasti s celoročním výskytem malárie, s převahou nákaz *P. vivax*, *P. falciparum* se zde vyskytuje a je rezistentní vůči chlorochinu. Jedná se o některé oblasti severovýchodní a jižní Indie (kromě Bengálska), Nepál a Sri Lanku, severovýchodní Kolumbii aj. Zde je možné jako profylaxi kombinovat chlorochin (1x týdně ve výše uvedené dávce) s proguanilem (Paludrine) v dávce 200 mg (2 tbl.) **denně**. Proguanil se začíná užívat 1–2 dny před vstupem do malarické oblasti, během pobytu a pokračuje se ještě 4–6 týdnů po jejím opuštění. Toto je jediná profylaxe, kterou lze užívat po celou dobu těhotenství. Alternativně lze k profylaxi použít Malarone, meflochin či doxycyklin (viz níže).

Zóna IV je pro cestovatele nejrizikovější, zahrnuje subsaharskou Afriku (kromě středu a jihu Jihoafrické republiky, jihu Namíbie a Zimbabwe), Amazonii, jihovýchodní Asii (kromě středního a jižního Thajska, Malajsie, Singapuru a většiny turistických destinací v Indonézii), západní a východní oblasti Indického subkontinentu. Je zde výrazná rezistence *P. falciparum* vůči chlorochinu i antifolátům, proto nelze použít antimalarika vhodná do oblastí II a III. K profylaxi se doporučuje meflochin (Lariam), kombinace atovaquone + proguanil (Malarone) nebo doxycyklin. Meflochin se užívá 1x týdně, 2 týdny před, během pobytu a 4 týdny po opuštění malarické oblasti, kontraindikován je v 1. trimestru těhotenství, ale lze ho užívat ve 2. a 3. trimestru. Malarone se užívá 1 tbl. denně 1 den před, během pobytu a 7 dnů po opuštění oblasti. Doxycyklin se užívá jedna 100 mg tbl. denně, 1 den před, během pobytu a 4 týdny po opuštění malarické oblasti. Malarone a doxycyklin jsou kontraindikovány po celou dobu těhotenství.

Účinná vakcína proti malárii pro cestovatele není k dispozici, vakcína RTS,S/AS je určena k prevenci těžkého průběhu malárie u dětí v endemických oblastech. Doporučení o profylaxi lze nalézt na webových stránkách WHO (www.who.int/ith), CDC (www.cdc.gov), www.crm.de, www.malaria-reference.co.uk, www.safetravel.ch, ale mohou se v jednotlivých zemích mírně lišit.

Cestovatelský průjem – klinický obraz, prevence a léčba

MUDr. Zdeňka Mandáková

Očkovací centrum a poradna pro cestovatele, ZÚ Praha

Více jak 50 % cestovatelů do endemických zemí je postiženo průjemovým onemocněním. Příčiny obtíží mohou být neinfekční (změna stravovacích návyků, stres...) nebo infekční (viry, bakterie, paraziti). Zdrojem infekce bývá kontaminovaná voda, nedostatečně tepelně upravené či syrové maso, ryby, plody moře, ovoce a zelenina, které se nedají loupát a mléčné produkty. Riziko nákazy závisí na navštívené destinaci – vysoké je v rozvojových zemích tropů a subtropů.

Onemocnění může mít průběh akutní nebo chronický, kdy obtíže trvají déle jak 14 dnů. Ve 20–75 % případů je příčinou obtíží enterotoxigení *E. coli* (ETEC). Onemocnění ETEC může proběhnout pod obrazem lehké enteritidy až k závažným průběhům podobným onemocnění cholerou. Následkem onemocnění může dojít ke vzniku postinfekčního syndromu dráždivého tračníku.

V terapii průjemových onemocnění je na prvním místě rehydratace a dieta. V nespecifické terapii můžeme použít střevní adsorbens (diosmectit, carbo adsorbens), střevní dezinficiens (chloroxin, nifuroxazid), antimotoilika (loperamid – jeho použití je ale kontraindikováno u horečnatých průjmů s příměsí krve a hlenu ve stolici), probiotika. Antibiotika podáváme pouze u závažných klinických průběhů onemocnění nebo z epidemiologických důvodů, tj. k zabránění šíření infekce. Do cestovní lékárničky je doporučováno antibiotikum rifaximin. Profylakticky podáváme antibiotika jen ve velmi výjimečných případech u krátkodobých pracovních cest, např. diplomatů, vojáků apod. Parazitární průjmy léčíme kauzálně dle zjištěné etiologie.

Prevencí průjmu cestovatelů je výběr místa pobytu dle věku a zdravotního stavu cestovatele, pití nezávadné vody, maso jíst dobře propečené, čerstvě připravené. Není doporučeno jíst ryby z neznámých vod, sýry, paštiky, mléko a ovoce, které se nedá loupát.

Prevence očkováním je možná u břišního tyfu a cholery. Vakcína Dukoral proti choleře je krátkodobě účinná i proti nákazám vyvolaným ETEC, ale v Evropě není v této indikaci registrována. V současnosti probíhají klinické studie s perorálními a transdermálními vakcínami proti ETEC, shigellám a campylobakterům.

Diferenciální diagnostika horečky po návratu z tropů a subtropů

prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Centrum očkování a cestovní medicíny, Hradec Králové

Subkatedra tropické a cestovní medicíny, IPVZ, Praha

Epidemiologická data z různých evropských zdravotnických zařízení se zaměřením na importované náklady jsou důležitým pomocníkem klinického lékaře v diferenciální diagnostice zdravotních obtíží pacientů po návratu ze zahraničí. Až 40 % zdravotních komplikací vzniklých jako důsledek pobytu v zahraničí totiž tvoří infekce. **Mezi tropické infekce**, které se po návratu z určitého regionu projevují horečkou patří malárie, rickettsiové infekce, horečka dengue, akutní schistosomóza, břišní tyfus a další. **Horečka jako základní příznak tropické infekce** se může objevovat po návratu z tropů až do doby jednoho roku. Je známo, že horečka, která se objevuje od

	Subsaharská Afrika	JV Asie a Tichomoří	Jižní Amerika	Severní Afrika a Střední Východ
Číselné údaje jsou vyjádřeny v %				
Tropické infekce	44,8	36	16,4	5,8
Tropická malárie	30,4	2,1	0	1
Třídenní malárie	5,0	8,7	4,1	3,9
Rickettsiové infekce	4,5	1,6	0	1
Horečka dengue	0,1	13,1	8,2	0
Akutní schistosomóza	2,7	0	0	0
Břišní tyfus	0,2	3,4	0	0
Ostatní tropické infekce	1,9	7,1	4,1	0
Kosmopolitní infekce	30	41,5	45,2	41,7
Infekce respiračního traktu	8,2	8,4	13	3,9
Bakteriální enteritida	3,9	9,4	9,6	14,6
Mononukleóza – syndrom	2,9	6,6	4,8	5,8
Infekce kůže a měkkých tkání	3,3	4,5	3,4	6,8
Infekce močové a pohlavní	2,9	2,9	5,5	2,9
Ostatní kosmopolitní infekce	7,7	9,7	8,9	7,8
Neznámá etiologie	24,5	21,3	33,6	39,8
Neinfekční nemoci	1,7	1,3	4,8	11,7

druhého měsíce bývá nejčastěji způsobována tzv. třídenní malárií, kterou způsobují *P. vivax* nebo *P. ovale* a méně tropickou malárií (*P. falciparum*). Významným důvodem horečky za 2–3 měsíce po návratu ze subsaharské Afriky je také akutní schistosomóza. Kromě typických tropických chorob se mohou objevovat u cestovatelů po návratu ze zahraničí tzv. **kosmopolitní infekce**, tj. infekce, které mají celosvětovou distribuci. Mezi takové patří onemocnění respiračního traktu, bakteriální enteritidy, infekce

močového a pohlavního ústrojí a infekce kůže a měkkých tkání.

Informace o **navštíveném regionu** hraje podstatnou roli v uvažování o příčinách horečky. Je jisté, že po návratu ze subsaharské oblasti, kde se dnes nejčastěji navštěvuje Keňa a Tanzanie by se mělo myslet především na malárii, rickettsiové infekce a akutní schistosomózu. Třídenní malárie je doménou Latinské Ameriky, JV Asie a Tichomoří společně s horečkou dengue. Břišní tyfus je dnes hlášen a importován hlavně do

jižních částí Střední Asie a to především z Indie, Pakistánu, Afganistánu, ale také z Turecka. Z kosmopolitních infekcí jsou příčinou horečky nejčastěji respirační nákazy, a to zejména při návštěvě zemí Latinské Ameriky, zatímco cestovatelský bakteriální průjem či onemocnění kůže a měkkých tkání je příčinou horečky hlavně pokud cestovatel pobýval v severních částech Afriky. Pro sever Afriky a Střední východ jsou daleko častěji importovány kosmopolitní infekce v porovnání s tropickými infekcemi (41,7 % x 5,8 %).

UROLOGIE

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. – pátek / 23. 4. 2010 / 14.20–15.40

Infekce močových cest u žen

MUDr. Aleš Vidlár

Urologická klinika FN Olomouc

Ve většině rozvinutých zemí jsou infekce močových cest (IMC) druhou nejčastější infekční chorobou, u žen dokonce nejčastějším bakteriálním onemocněním. O IMC se jedná pokud jsou patogenní mikroorganismy přítomny v moči nebo tkáni močových cest. Mezi nejčastější původce IMC patří bakterie (až ve ¾ se jedná *E. coli*), menší část je způsobena jinými patogeny (chlamydie, parazité, viry...). Šíření infekce u žen bývá až v 95 % ascendentní cestou, nejčastěji z anogenitální oblasti.

Klinické projevy infekcí dolního močového traktu mohou být od asymptomatické bakteriurie až k iritačním příznakům (jako frekvence, urgence) v souvislosti s bakteriální infekcí. Infekce horních močových cest jsou obvykle doprovázeny horečkou, zimnicí, bolestmi zad/boku, ale také mohou vést k bakteriemii spojené s vážnou morbiditou (včetně sepse a smrti).

Pečlivá diagnostika a léčba ve většině případů vede k úspěšnému vyléčení. Lepším pochopením patogeneze IMC, role hostitele a bakteriálních faktorů se zlepšila schopnost identifikovat rizikové pacientky a zamezit či minimalizovat případné následky uroinfekce.

Velmi důležitou roli má prevence vzniku IMC. Mezi používané metody patří profylaktické podávání antimikrobiálních léků na noc, imunomodulační léčba. Srovnatelný efekt má ale také užívání extraktů z americké brusinky, ovšem při minimálních nežádoucích účincích.

Současný význam PSA

MUDr. Milan Král, Ph.D.,

MUDr. Martin Hrabec

Urologická klinika FN Olomouc

Prostatický specifický antigen (PSA) jakožto marker karcinomu prostaty máme k dispozici přibližně 20 let. Ačkoli je PSA ukazatel specifický pro prostatu, jeho specifita a senzitivita pro karcinom prostaty není optimální. Jeho význam spočívá v časně detekci a v monitoringu úspěšnosti terapie karcinomu prostaty. Díky uvedení PSA do klinické praxe došlo ke zvýšení četnosti zachycených karcinomů a k posunu v zastoupení jednotlivých stádií směrem k časnějším formám, tzv. stage migration. Přesto se mortalita na karcinom prostaty výrazněji nesnížila.

Kromě celkového PSA máme k dispozici také odvozené parametry, které napomáhají v rozhodovacím algoritmu při indikaci biopsie (konkrétně **index volného/celkového PSA, PSA velocitu, PSA doubling-time, PSA denzitu**). Zatímco se dříve pro rozmezí PSA 4–10 ng/ml používal pojem tzv. šedá zóna, dnes toto již neplatí, neboť byly prokázány i velmi agresivní karcinomy i při hodnotách PSA nižších než 4 ng/ml. Proto je již několik let běžně používáno tzv. **věkově specifické PSA**, které vede k indikaci biopsie i při jeho nižších hodnotách, zejména u mladších mužů. K posunu došlo i ve věku, kdy zahajujeme počátek časně detekce vyšetřováním PSA. Zatímco dříve byla detekce zahájena u mužů ve věku 50 let a časněji jen při pozitivní rodinné anamnéze pro karcinom prostaty či při suspektním rektálním nálezu, nyní se doporučuje **zahájit časnou detekci již ve věku 40 let**. Z posledních novinek je uvedení do praxe markeru

stanovitelném v moči. Jde o **prostate cancer gene 3 (PCA3)**, jehož význam spočívá (spolu s PSA) zejména při rozhodování o indikaci rebiopsie při trvajícím podezření na přítomný karcinom. Lze tedy shrnout, že PSA stále nebylo přes již letité používání v diagnostice a terapii karcinomu prostaty překonáno a drží si tak nezastupitelné místo v každodenní urologické praxi.

Moderní možnosti léčby karcinomu prostaty

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika FN Olomouc

Urologie jako každý medicínský obor prožívá bouřlivý rozvoj. Co bylo standardem péče o urologické pacienty před několika lety, již dnes nemusí být metodou volby.

Urologie je laiky většinou vnímána jako obor, kde se poskytuje péče o přestálé muže, kteří mají „potíže s prostatou“ a střední zdravotnický personál se stará o průchodnost katétrů...

Jaká je ale skutečnost? Urologie je především diagnostika zánětů, vrozených vad a hlavně nádorových onemocnění. Urologové chirurgicky léčí nádorové onemocnění (nádory prostaty, ledvin, nadledvin, močového měchýře, penisu a varlat. Podávají hormonální protinádorovou léčbu i chemoterapii, biologickou léčbu.

O důležitosti práce urologů svědčí některá epidemiologická data.

Karcinom ledvin má v ČR nejvyšší výskyt na světě incidence 35/100 tisíc obyvatel. Stále nejúspěšnější léčbou je radikální nefrektomie (odstranění ledviny).

Karcinom prostaty je nejběžnější zhoubné onemocnění diagnostikované u mužů v Evropě a v Severní Americe. Je druhou nejčastější příčinou úmrtí způsobenou rakovinou.

V České republice bylo v roce 2005 nově diagnostikováno 96 případů na 100 tisíc mužů. To představuje asi 4 500 mužů s nově diagnostikovanou rakovinou prostaty; odhad na rok 2010 je 4900. Dle epidemiologických odhadů žije v současné době v ČR přibližně 26 000 mužů s touto diagnózou – což představuje menší okresní město. Ročně zemře u nás asi 1 500 mužů na rakovinu prostaty. Pro srovnání v roce 2008 zemřelo při autonehodách v ČR přibližně 950 lidí.

Není pravdou, že karcinom prostaty je onemocnění jen starých mužů, na které se neumírá.

Karcinom prostaty se již může vyskytnout ve středním věku, tedy po padesátce, kdy mívá i malignější potenciál.

Důležité je onemocnění zachytit včas, dokud je lokalizované na prostatu a jen tehdy je vyléčitelné. Ve všech ostatních případech současná věda dokáže průběh onemocnění jen zpomalit a zmírnit komplikace.

Moderní urologie má k dispozici k léčbě těchto maligních onemocnění vysoce účinné miniinvasivní metody jako je laparoskopie či robotická chirurgie.

Chemoterapii dnes doplňuje a možná i nahradí méně toxická biologická léčba.

Možnosti terapie OAB

MUDr. Eva Burešová

Urologická klinika FN Olomouc

Hyperaktivní močový měchýř (overactive bladder – OAB) je syndrom charakterizovaný kombinací symptomů – urgencye, časté nucení k mikci a urgentní inkontinence. I když se jedná o stav, který pacientka neohrožuje na životě, ale může mu kvalitu života výrazně zhoršit. Prevalence OAB je v populaci relativně vysoká a vzrůstá s věkem. Dle některých studií postihuje až 31–42 % populace starší 75 let. Může se ale vyskytovat ve všech věkových skupinách.

Terapie OAB je zaměřena na snížení obtěžujících symptomů a tím i zlepšení kvality života. Důležitý je komplexní přístup k pacientovi. Základem terapie je úprava životního stylu, včetně životosprávy, redukce hmotnosti a odstranění nebo zamezení příjmu látek „dráždivých“ svalovinu močového měchýře, mezi které patří kofein, káva, alkohol, kořeněná jídla, nikotin. Další možností je rehabilitace a posílení svalů pánevního dna. Pokud tato režimová opatření nevedou k zlepšení potíží je indikovaná farmakoterapie.

Vzhledem ke komplexnosti neurogení kontroly dolních močových cest a různorodé patofyziologie hyperaktivity detruzoru bylo k jeho léčbě navrženo velké množství léků z různých farmakologických skupin. V terapii OAB se obecně nejvíce používají anticholinergika a méně tricyklická antidepresiva.

Kontrakce detruzoru močového měchýře jsou ovlivňovány parasympatikem přes M2 a M3 receptory svaloviny. Anticholinergika (antagonisté muskarinových receptorů, antimuskarinika) inhibují jejich funkci v detruzoru, a tím tlumí vnímání náplně měchýře a zlepšují jímací příznaky (urgence, frekvence, nykturie a inkontinence) a kapacitu měchýře, ale neovlivňují normální mikční funkci. Dle klinických studií je jejich lepší účinnost oproti placebo o 44–74 %. K dispozici jsou preparáty 1. a 2. generace (trospium, oxybutinin, propiverin, resp. tolterodin, fesoterodin, solifanecin). Rozdíl je v ceně přípravku a jeho selektivním působení.

Tricyklická antidepresiva zlepšují jímací funkci močového měchýře, jejich účinek je výsledkem kombinace relaxačního efektu na detruzor a posílení činnosti vnitřního sfinkteru uretry. Při léčbě OAB je používán imipramin.

Pokud není efekt terapie dostatečný nebo je farmakoterapie kontraindikována či pacienty špatně tolerována (vedlejší nežádoucí antimuskarinové účinky), je další možnou alternativou injekční aplikace botulotoxinu do detruzoru močového měchýře. V poslední dobu probíhají klinické studie, které dokazují příznivé účinky této látky na svalovinu. Účinek spočívá v tom, že botulotoxin zabraňuje uvolňování acetylcholinu, mediátoru parasympatiku, a tím dochází k relaxaci detruzoru. Efekt léčby po jednorázové aplikaci může přetrvávat 6–9 měsíců. Zdravotní pojišťovny zatím tuto terapii nehradí, takže největším problémem zůstává vysoká cena.

POSTERY

Přenosné a parazitární nemoci vzniklé při práci v zahraničí

doc. MUDr. Monika Kneidlová, CSc.,

doc. MUDr. Evžen Hrnčíř, CSc.,

Zuzana Francová

**Klinika pracovního a cestovního lékařství,
3. LF UK Praha**

Přenosná a parazitární onemocnění jsou podle platné legislativy (nařízení vlády č. 290/1995 Sb.) uvedena v V. kapitole, položka 3 seznamu nemocí z povolání. Onemocnění, která vznikla při práci v zahraničí, však mohou být takto uznána jenom v případě, že vznikla při práci v epidemiologicky obtížných oblastech s rizikem nákazy. Klinická diagnostika a průběh onemocnění je totožný, jako

u onemocnění vznikajících mimo pracovní expozici.

Od doby platnosti uvedeného nařízení vlády, tj. od 1. ledna 1996 až do roku 2009, bylo v České republice v této položce celkem ohlášeno (uznáno) 217 onemocnění, tj. průměrně 15–16 případů za rok. Počty přenosných a parazitárních onemocnění s interhumánním přenosem a zoonózy se každoročně pohybují mezi cca 160–490 případy (položka 1 a 2 též kapitoly).

Nejčastějšími onemocněními byly malárie, amébiáza, lamblióza a virové hepatitidy. Onemocnění vznikla převážně u mužů – ve 206 případech, 11 případů bylo u žen.

Profesionální přenosné nemoci vznikají v souvislosti s geografickými, klimatickými, epidemio-

logickými a pracovními podmínkami v klimaticky obtížné lokalitě.

Koncipování lékařského oboru cestovní medicína

doc. MUDr. Monika Kneidlová, CSc.,

doc. MUDr. Evžen Hrnčíř, CSc.,

Zuzana Francová

**Klinika pracovního a cestovního lékařství,
3. LF UK Praha**

Cestovní lékařství není v České republice samostatným lékařským oborem. Přesto je některými pracovišti poskytována komplexní zdravotní péče osobám vyjíždějícím do zahraničí již několik desetiletí. Ambulance cestovního lékařství vznikaly při odděleních a klinikách

pracovního lékařství, neboť v minulosti od nás vyjížděly do zdravotně náročných oblastí téměř výhradně jen osoby cestující tam za prací. Součástí zdravotní přípravy na pobyt v zahraničí bylo i zákonné posouzení zdravotní způsobilosti k práci, které nemohlo být opomenuto.

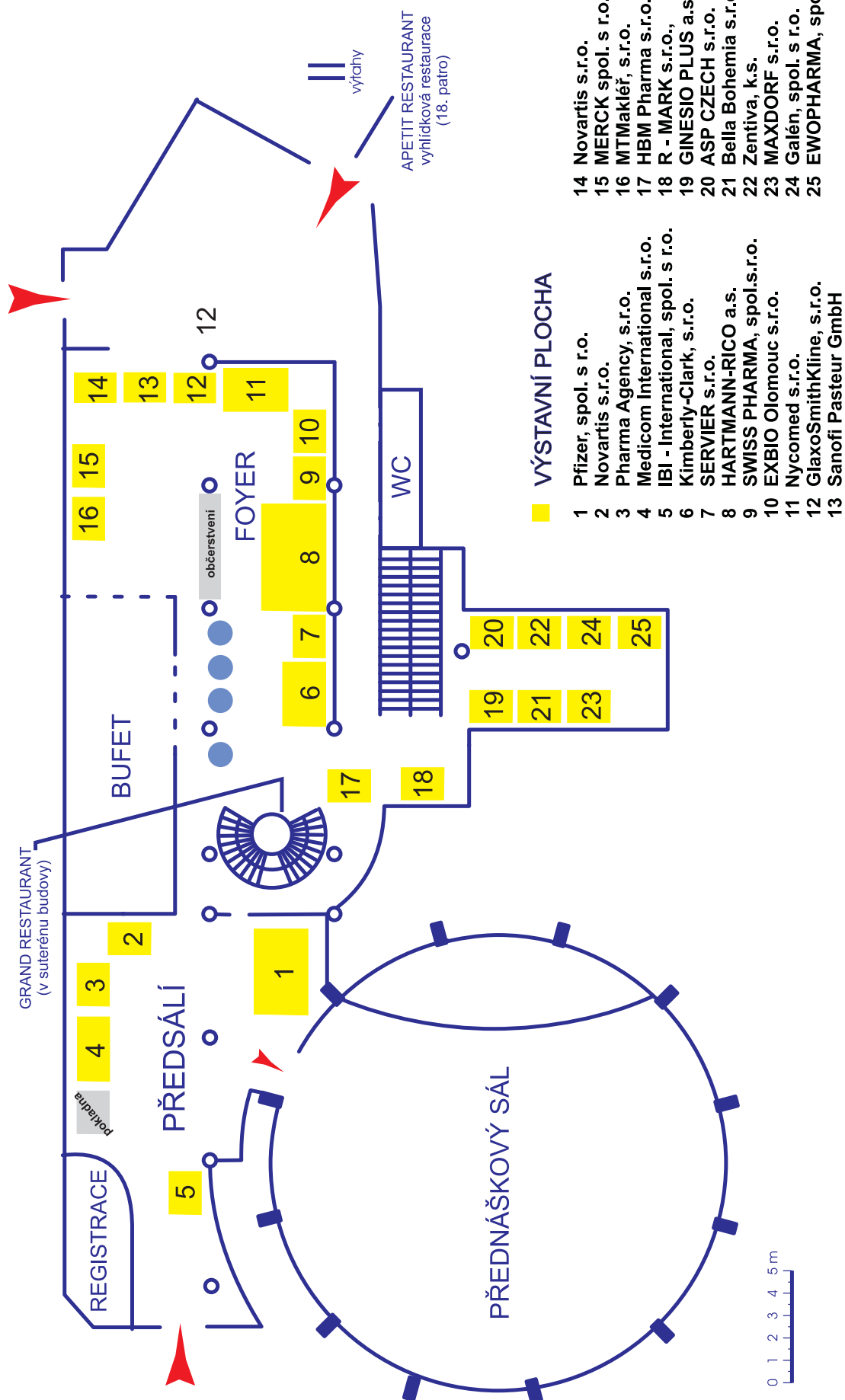
Po roce 1989 byly v České republice zrušeny předpisy, které nařizovaly poskytovat zdravotní péči osobám vyjíždějícím do zahraničí na pracovnělékařských pracovištích. Na poskytování této péče se může zaměřit kterékoliv zdravotnické zařízení. Přesto dnes poskytují komplexní zdravotní péči osobám vyjíždějícím do zahraničí i nadále převážně pracovnělékařská pracoviště. Jde o posouzení zdravotní způsobilosti k pobytu (a práci) v za-

hraničí, o zdravotní přípravu na pobyt v cizině a o kontrolu zdravotního stavu po návratu ze zahraničí. Mezi pacienty převažují „pracující“, významně méně je „turistů“.

Podle našich představ má cestovní lékařství několik relativně samostatných částí:

- 1) Problematika tropických a subtropických přenosných a parazitárních onemocnění, očkování proti nim, jejich případné uznání za nemoci z povolání. V reálné praxi jsou však tyto nemoci u našich cestovatelů velmi vzácné a jen zcela ojediněle jsou příčinou tzv. zdravotního selhání při práci v zahraničí. Většina osob přitom cestuje do oblastí, kde tyto nemoci ani reálně nehrozí.
- 2) Zdravotnická problematika vlastního procesu cestování (trombembolická nemoc, kinetóza, důsledky narušení cirkadiálního rytmu, dietní stravování během cesty...)
- 3) Zdravotnické důsledky geografických odlišností (výšková nemoc, aklimatizace, alergen, nebezpečí živočichové...)
- 4) Psychologická a psychiatrická problematika pobytu a práce v zahraničí (více než polovina zdravotních selhání při práci v zahraničí nastává z psychogenních příčin)
- 5) Znalost sociální, ekonomické, politické, kulturní, náboženské a demografické situace jednotlivých oblastí a jejího dopadu na zdraví a úspěšnost pobytu a práce v zahraničí.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci MEDICÍNA PRO PRAXI – VIII. kongres praktických lékařů a sester 22. – 23. 4. 2010 / REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ



POŘADATELÉ

- II. interní klinika FN
u sv. Anny Brno
- Spolek lékařů ČLS JEP
Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

MEDICÍNA PRO PRAXI

VIII. kongres praktických lékařů a sester

22.–23. dubna 2010, Olomouc

HLAVNÍ PARTNER



PARTNEŘI

ASP CZECH s.r.o.
BAXTER CZECH spol. s r.o.
Bella Bohemia s.r.o.
EWOPHARMA, spol. s r.o.
EXBIO Olomouc s.r.o.
GINESIO PLUS a.s.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
HARTMANN-RICO a.s.

HBM Pharma s.r.o.
IBI - International, spol. s r.o.
Johnson & Johnson, s.r.o.
Kimberly-Clark, s.r.o.
Medicom International s.r.o.
MERCK spol. s r.o.
MTMaklér, s.r.o.
Novartis s.r.o.

Nycomed s.r.o.
Pharma Agency, s.r.o.
R - MARK s.r.o.
Sanofi Pasteur GmbH, organizační složka
SERVIER s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
Zentiva, k.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Medicína
pro praxi

 GRADA

FLORENCE
ČASOPIS MODERNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

MEDICAL
TRIBUNE




portál

Caduet®

amlodipinum / atorvastatinum

Užitečný hráč do týmu...



Sníží riziko infarktů myokardu o více než 50 %
proti skupině léčené amlodipinem samotným
(snížení rizika rozvoje ICHS o 53 %). ⁵⁾



Zvýší compliance pacienta ^{2,3)}

30% nárůst adherentních pacientů* proti skupině pacientů
léčených volnou kombinací amlodipinu + atorvastatinu.



Vhodný do kombinace s ACEi, sartany,
ale i beta blokátory, diuretiky. ¹⁾



Zvyšuje elasticitu cév a snižuje hladinu LDL-cholesterolu
více, než je součet účinků amlodipinu a atorvastatinu podávaných samostatně. ⁴⁾

* adherentní pacient = compliance ≥ 80 % ³⁾

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU. CADUET 5 mg/10 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety.

Léčivá látka: Amlodipinum 5 mg nebo 10 mg; atorvastatinum 10 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Prevence kardiovaskulárních příhod u rizikových pacientů s hypertenzí a normální nebo zvýšenou hladinou cholesterolu bez přítomné ICHS, u nichž je vhodné podávání této kombinace v souladu se současnými doporučeními pro léčbu. **Dávkování a způsob podání:** Běžná počáteční dávka je 5 mg/10 mg jedenkrát denně, nežívat s ostatními blokátory kalciových kanálů nebo s jinými statiny. Přípravek se může užívat kdykoli v průběhu dne, s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** Známa přecitlivělost na dihydropyridiny, amlodipin, atorvastatin nebo kteroukoliv složku přípravku, jaterní onemocnění v aktivním stavu, kombinace s itraconazolem, ketokonazolem, telithromycinem, v těhotenství a při kojení. **Zvláštní upozornění:** Jaterní testy by měly být provedeny před zahájením léčby a pravidelně kontrolovány v průběhu a po skončení léčby. **Interakce:** Induktory a inhibitory enzymu CYP3A4 (např. cyklosporin, erythromycin, klarithromycin, nefazodon), dantrolen, fibráty, niacin, baklofen, diltiazem. **Těhotenství a kojení:** Přípravek CADUET je kontraindikován. **Nežádoucí účinky:** Bolesti břicha, nauzea, dyspepsie, průjem, zácpa, nadýmání, svědění, vyrážka, artralgie, myalgie, insomnie, somnolence, závratě, bolesti hlavy, hypotenze, parestézie, palpitace, zrudnutí, únava. **Předávkování:** Zatím neexistují žádné informace o předávkování přípravkem CADUET u lidí. **Uchovávání:** Při teplotě do 30°C. **Balení:** mj. 30 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, Praha 5, 150 00, Česká republika. **Registrační číslo:** CADUET 5 mg/10 mg: 83/616/05-C, CADUET 10 mg/10 mg: 83/617/05-C. **Datum poslední revize textu:** 27.5.2009. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

REFERENCE: **1)** Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze 2. novelizované vydání 2008. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, 2008. Autoři: MUDr. Igor Karen, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, prof. MUDr. Jiří Widimský jr., ČSC, Česká společnost pro hypertenzi. **2)** Nichol MB, Patel BV, Thiebaud P, et al. A single pill combining antihypertensive and statin therapies improves patient adherence compared with multi-drug combinations: Results from the Caduet Adherence Research Program and Education (CARPE) – PBM Adherence Study, 21st Annual Scientific Meeting of American Society of hypertension, May 16-20, 2006 (poster). **3)** Černá V, Skoupá J, Friška P, Malý M. Compliance pacientů užívajících amlodipin a/nebo atorvastatin v ČR. Farmakoekonomika, říjen 2008, ročník 3, číslo 2-3, str. 46-49. **4)** Cohn JN, Wilson DJ, Neutel J, et al. Co-administered amlodipine and atorvastatin produces early improvements in arterial wall compliance in hypertensive patients with dyslipidemia. Am J Hypertens 2009;22:137-44. **5)** Sever P, et al. for the ASCOT Investigators. Eur Heart J 2006;27:2982-2988.