



Medicína

PRO PRAXI

Suppl. B
2011

www.solen.cz

ISSN 1803-5876

ROČNÍK 8.

Abstrakta

MEDICÍNA PRO PRAXI

VIII. kongres praktických lékařů a sester

6.–7. října 2011, HOTEL OLYMPIK TRISTAR, Praha

Klinika kardiologie, IKEM, Praha

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



- » nejširší nabídka rutinních vyšetření
- » komplexní spektrum speciálních vyšetření
- » špičkoví odborníci ve svých oborech
- » certifikovaná kvalita, rychlost, vysoká validita
- » provoz 24 hodin denně

BIO-PLUS
CHAMBON
IMUMED
Klinické laboratoře Chomutov
KLINLAB
LABOMA
Medservice

www.synlab.cz



POŘADATEL

Klinika kardiologie, IKEM, Praha
Solen, s.r.o.

PREZIDENT

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.
prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.
mjr. doc. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.
MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.
MUDr. Pavel Vychytil

ORGANIZÁTOR**SOLEN, s.r.o.**

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Mgr. Herta Šůstková

tel.: 585 209 207

mob.: 777 622 039

e-mail: sustkova@solen.cz

programové zajištění:

Mgr. Michaela Majerová

tel.: 585 242 502

mob.: 777 557 426

e-mail: majerova@solen.cz

zajištění výstavních ploch:

Mgr. Martin Jíša

mob.: 734 567 855

e-mail: jisa@solen.cz

Praha 6.–7. 10. 2011

HOTEL OLYMPIK – TRISTAR, Praha

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK
ohodnocena 14 kredity pro lékaře, 8 kredity pro sestry, 15 body pro farmaceuty a 8 kredity pro farmaceutické asistenty.

Supplementum B Medicíny pro praxi**Evidence MK ČR pod číslem 15337**

Citační zkratka: Med. praxi; 8(Suppl. B). ISSN 1803-5876

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

Časopis je excerpován do Bibliographia Medica Čechoslovaca
a zařazen na Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR.

ČTVRTEK 6. ŘÍJNA

9.30 Zahájení

9.40–10.40 KARDIOLOGIE / NEJČASTĚJŠÍ SYMPTOMY KARDIOLOGICKÝCH PACIENTŮ – OD PŘÍZNAKŮ K DIAGNÓZE
/ prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

- Jaká je příčina dušnosti Vašeho pacienta? – Al-Hiti H.
- Jaká může být příčina bolesti na hrudi u Vašeho pacienta? – Kettner J.
- Jaká je příčina potíží Vašeho pacienta s palpitacemi? – Kautzner J.

10.40–11.00 Sympozium společnosti TEVA

- Jak zlepšit prognózu pacientů s RS? – Havrdová E.

11.00–11.30 Přestávka s občerstvením

11.30–11.35 Společnost E (Czech Epilepsy Association, o.s.)

- Podpora lidí s epilepsií – Havlová M.

11.35–12.35 GASTROENTEROLOGIE

/ prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

- Kolorektální karcinom – screening – Špičák J.
- Poškození trávicí trubice při terapii nesteroidními antirevmatiky – Lukáš M.
- Terapie inhibitory protonové pumpy – Dítě P.

12.35–14.05 Polední pauza

14.05–15.05 GERIATRIE

/ prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

- Poruchy výživy ve stáří a jejich řešení v primární péči – Jurašková B.
- Inkontinence moči u seniorů v primární péči, hyperaktivní měchýř a možnosti léčby – Topinková E.
- Křehký senior s fibrilací síní – antikoagulace nebo antiagregace? – Nováková M.

15.05–15.35 Přestávka s občerstvením

15.35–16.35 UROLOGIE

/ prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.

- Infekce močových cest – Macek P.
- Onemocnění prostaty – Vachalovský V.
- Náhlé příhody v urologii – Hanuš T.

od 16.35 Welcome banquet

PÁTEK 7. ŘÍJNA

9.00–10.00 PSYCHIATRIE / DEPRESE, ÚZKOSTI A NESPAVOST V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
/ mj. doc. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.

- Jarní a podzimní sebevraždy – pravda či mýtus a co s tím? – Vevera J.
- IP ► ■ Nespavost v ordinaci praktického lékaře – Lattová Z.
- Přístup gestalt terapie k úzkosti – Černý M.

10.00–10.30 Přestávka s občerstvením

10.30–11.30 INFEKTOLOGIE – KLINICKÁ MIKROBIOLOGIE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
/ MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.

- IP ► ■ Dobrý den, rezistence, mohu dál? – Adámková V., Blechová Z.

11.30–13.00 Polední pauza

13.00–15.00 BLOK KAZUISTIK MLADÝCH PRAKTIKŮ
/ MUDr. Pavel Vychytil

- Praktický lékař ve slepých uličkách stesků pacienta – Votýpková L.
- Bolesti břicha jako první příznak vrozené trombofilie – Pegnerová J.
- Rabdomyolýza po fenofibrátu při hypotyreóze – Minařík I.
- Purulentní meningitida – příznak autoimunitního onemocnění – Novotný T.
- Přehlédnutý Pinokio – Javorská K.
- Růže z pekla nedá spát – Král N.
- Srdeční záležitost – Halata D.
- Trombus dvojí tváře – Šrámková N.

15.00 Losování kongresové ankety SOLEN s.r.o.

IP INTERAKTIVNÍ PŘEDNÁŠKA

KVALITA Z FINSKA...



NA PORUCHY
USÍNÁNÍ, KONTINUITY
SPÁNKU A PŘEDČASNÉ
PROBOUZENÍ

HYPNOTIKUM TŘETÍ GENERACE

ZOPITIN 10 tbl.: 37,00 Kč
ZOPITIN 30 tbl.: 114,80 Kč
ZOPITIN 100 tbl.: 305,50 Kč



Jediná účinná látka registrovaná v ČR...

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU ZOPITIN 7,5 mg Zopiclonum Potahované tablety po 7,5 mg

Indikace a dávkování:

Krátkodobá léčba nespavosti (Dospělí pacienti)* 3,75 - 7,5 mg**

* Pouze u závažných poruch, které mohou vést až k pracovní neschopnosti jedince, nebo ho vystavují přílišným obtížím.

** Bezprostředně před ulehnutím. Počáteční dávka 3,75 mg je doporučena pro starší a oslabené pacienty, pro pacienty s poškozenou jaterní nebo ledvinovou funkcí a pro pacienty s respirační nedostatečností. Dávka 7,5 mg nesmí být překročena. Přípravek není doporučen pro děti a dospívající do 18 let.

Délka léčby zopiklonem musí být co nejkratší, obecně by se měla pohybovat od několika dnů do 2 týdnů. Nejdelší doporučená nepřetržitá léčba jsou 4 týdny, včetně období snižování dávky. Proloužení léčby a potřeba nepřetržitého podávání musí být pečlivě zváženy.

Kontraindikace: Přecitlivělost na zopiklon nebo kteroukoliv pomocnou látku. Myastenia gravis. Závažný syndrom spánkové apnoe a závažná dechová nedostatečnost. Těžká jaterní nedostatečnost. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** Zvláštní opatnosti je třeba při podávání zopiklonu starším pacientům, pacientům s psychiatrickými poruchami nebo zneužívajícími léky, a to i v minulosti, pacientům se závažnou jaterní nebo ledvinovou nedostatečností a akutním respiračním selháním. Vzhledem k velmi rychlému hypnotickému účinku zopiklonu (během 15-20 minut) musí být lék užíván krátce před ulehnutím. Zopiklon nesmí být užíván jako jediný lék u pacientů s psychózou nebo těžkou depresí. U těchto pacientů, tak jako u všech pacientů s insomnií, musí být nejdříve léčeno toto základní onemocnění. Při léčbě zopiklonem byly pozorovány paradoxní psychiatrické reakce. Po opakovaném užívání po dobu několika týdnů se může hypnotický účinek benzodiazepinů a léčiv podobných benzodiazepinům snížit. U zopiklonu se však během léčby nepřesahujícího 4 týdny žádná výrazná tolerance nevyskytovala. Riziko vzniku závislosti nemůže být úplně vyloučeno. Toto riziko se zvyšuje s velikostí dávky a délkou léčby. Riziko vzniku závislosti je vyšší u pacientů s alkoholovou a/nebo lékovou závislostí v anamnéze. Při vzniku závislosti je doporučeno léčbu zopiklonem ukončit postupně, a tak se vyhnout abstinčním symptomům. Ty se mohou projevovat bolestmi hlavy, bolestí svalů, nadměrnou úzkostí, napětím, neklidem, zmateností a drážděností. V těžkých případech se mohou vyskytovat následující symptomy: derealizace, depersonalizace, hyperakuzie, znečištění a mravenčení v končetinách, přecitlivělost na světlo, hluk nebo fyzický kontakt, halucinace nebo epileptické záchvaty. Při délce léčby nepřesahující 4 týdny je vznik abstinčních příznaků při ukončení léčby nepravděpodobný. Přesto je vhodné postupně ukončení léčby. Po přerušení léčby benzodiazepiny nebo léčiv podobnými benzodiazepinům se může objevit dočasný syndrom, kdy se symptomy, které vedly k této léčbě, vracejí v ještě těžší formě. Vzhledem k tomu, že nebezpečí abstinčních symptomů nebo recidivujících symptomů je větší po dlouhodobé léčbě a náhlém vysazení léčby, doporučuje se snižovat dávky postupně. Anterogradní amnézie se může objevit. Aby bylo sníženo toto nebezpečí, měli by pacienti užívat léky pouze před ulehnutím a měli by mít zajištěný nepřerušovaný spánek po dobu 7-8 hodin. Aby nevznikla závislost, léčba nesmí trvat déle než 4 týdny (viz bod 4.2) včetně období snižování dávky. Je

užitečné informovat pacienta již na počátku léčení, že bude krátké, a vysvětlit mu možné abstinční příznaky. **Interakce:** Alkohol zvyšuje hypnotický účinek zopiklonu. Nesmí dojít k současnému užití alkoholu a zopiklonu. Kombinace s jinými látkami s tlumivým účinkem na centrální nervový systém, jako jsou jiná hypnotika, antipsychotické látky, anxiolytika, antidepresiva, antiepileptika, sedativní antihistaminika a narkotická analgetika včetně opiátů a morfinových derivátů (v analgeticech, antitusikách a při odvykací léčbě), zvyšují tlumivý účinek zopiklonu na CNS. Léky ovlivňující rychlost vyprazdňování žaludku mohou ovlivnit absorpci zopiklonu. Zopiklon je metabolizován jaterním mikrozomálním enzymovým systémem P450 (především CYP3A4 a CYP2C8). Léky, které tyto enzymy inhibují, jako ketokonazol, erytromycin, klaritromycin, itraconazol, nefazodon, zpomalují eliminaci zopiklonu a mohou jeho účinek zvýšit. Erytromycin urychluje absorpci zopiklonu a může urychlit jeho hypnotický účinek. Kontrace zopiklonu mohou snížit současně podané CYP3A4 indukory, jako rifampicin, karbamazepin, fenobarbital, fenytoin a třezalka. V těchto případech může vzniknout potřeba zvýšit dávku zopiklonu. **Těhotenství a kojení:** Zopiklon přechází přes placentu. V těhotenství nesmí být užíván. Ve studiích na zvířatech nevykazoval zopiklon teratogenní účinky, zkušenosti s užíváním u těhotných a kojících žen jsou však omezené a nemohou prokázat jeho bezpečnost. Užívání zopiklonu musí být ukončeno pokud žena v reprodukčním věku plánuje těhotenství a pokud je těhotenství suspekt. Pokud je zopiklon užíván během posledního trimestru těhotenství nebo během porodu, může zopiklon způsobit hypotermii, hypotenzi a útlum dýchání novorozence. Zopiklon a jeho metabolity přecházejí do mateřského mléka. Metabolizmus novorozenců je pomalejší než u dospělých a tlumivý účinek na CNS může být u nich více škodlivý. Zopiklon nesmí být během kojení užíván. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Zopiklon působí sedativně, a tím ovlivňuje schopnost řídit a obsluhovat stroje. Pacienti nesmějí řídit a plnit úkoly vyžadující zvláštní pozornost nejméně 8 hodin po užití zopiklonu a pokud není jasné, že jejich vlivnost není ovlivněna. **Nežádoucí účinky:** V klinických studiích byly nežádoucí účinky zopiklonu většinou slabé a zřídka vedly k přerušení léčby. Nejčastějšími nežádoucími účinky byly hořká chuť, sucho v ústech a ranní únava. U některých pacientů se mohou vyskytnout méně často nevolnost, zvracení, dyspepsie, bolest hlavy, závratě, vzácně abstinční příznaky, recidivující nebo zhoršující se nespavost, zhoršení deprese, výrážka, svědění, všeobecné alergické reakce, a velmi vzácně anterogradní amnézie, noční můry, halucinace a poruchy chování jako podrážděnost, agresivita, zmatenost nebo deprese, snížené libido, psychiatrické a paradoxní reakce, psychotické symptomy a iracionální chování, které mohou být spojené s amnézií, anafylaktické reakce, angioedém, slabé až střední zvýšení sérových transamináz a/nebo alkalické fosfatázy. **Balení:** 10, 20, 30 a 100 potahovaných tablet v síle 7,5 mg. **Doba použitelnosti:** 2 roky.

Uchovávání: Při teplotě do 25°C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Vitabalans Oy, Varastokatu 8, 13500 Hämeenlinna, Finsko. **Registrační číslo:** S7/310/06-C. **Datum první registrace:** 30. 8. 2006 **Datum revize textu:** 3. 6. 2009. **Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku (SPC).** **Nepřetržitá veřejně přístupná odborná informační služba** - tel. +420 235 300 870 e-mail: info-cz@vitabalans.com

Kontaktní adresa: **Vitabalans CZ, s.r.o.**, Na Sádce 446/2, 149 00 Praha 4
Tel. +420 235 300 870, Mob. +420 724 757 458, Fax. +420 235 300 870
www.vitabalans.cz

Vitabalans oy

www.vitabalans.cz

KARDIOLOGIE / NEJČASTĚJŠÍ SYMPTOMY KARDIOLOGICKÝCH PACIENTŮ – OD PŘÍZNAKŮ K DIAGNÓZE

Garant: prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc. – čtvrtek / 6. 10. 2011 / 9.40–10.40

Jaká je příčina dušnosti Vašeho pacienta?

MUDr. Hikmet Al-Hiti

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Dušnost je běžným a velmi častým příznakem, se kterým se pravidelně setkávají lékaři většiny oborů. Je jedním z hlavních a nejčastějších příznaků v ordinacích kardiologů a pneumologů. V obecném pohledu je odhadováno, že až čtvrtina celkové populace si stěžuje na potíže s dýcháním. Dušnost je důvodem vyšetření ve 3,7 % všech ambulantních návštěv lékaře a 15–25 % všech hospitalizací.

Americká hrudní společnost definuje dušnost jako „subjektivní zkušenost obtížného dýchání, která je odvozena z interakcí mezi mnohačetnými fyziologickými, psychologickými, sociálními a okolními (životní prostředí) faktory. Dušnost je proto široký termín obsahující obsáhlý počet klinických situací.

Při vyšetřování pacientů je nesmírně důležitým údajem rychlost, s jakou se dušnost objevila. Akutní dušnost vyžaduje klinicky cílené vyšetření k rychlému odhalení potenciálně život ohrožujícího onemocnění. Chronická dušnost je obvykle definována klidovými, případně námahou navozenými obtížemi, které trvají déle než 3 týdny. Příčina chronické dušnosti může být často odhalena již podrobně odebranou anamnézou a pečlivým fyzikálním vyšetřením, případně výsledky screeningových vyšetření. Určitá nejednota však může panovat v tom, co zařadit mezi screeningová vyšetření. To se nepochybně bude odvíjet od místních zvyklostí odvozených od prevalence nemocí, které mohou dušnost způsobovat.

Podle některých studií byla nejčastější příčinou dušnosti plicní onemocnění, následovaná dekondukcí, kardiálními a psychogenními nemocemi, přičemž v řadě případů byla etiologie smíšená. Výskyt jednotlivých příčin však významně závisí na věku populace, která je sledována, protože s narůstajícím věkem stoupá výskyt dušnosti kardiálního původu.

Efektivní přístup k diferenciální diagnostice chronické dušnosti musí proto brát v úvahu prevalenci jednotlivých onemocnění v dané populaci a věk pacienta.

Jaká může být příčina bolesti na hrudi u Vašeho pacienta?

MUDr. Jiří Kettner, CSc., FESC

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Bolesti na hrudníku patří k nejčastějším příznakům, se kterými se lékař u nemocného setkává. Záludnost tohoto příznaku spočívá v tom, že podobný charakter i intenzita bolesti může být příznakem velmi závažného až život ohrožujícího kardiovaskulárního onemocnění, ale zároveň i příznakem onemocnění muskuloskeletálního aparátu, tedy z hlediska ohrožení života zcela banálního. Prvořadým úkolem je vždy vyloučit život ohrožující onemocnění. Diferenciální diagnostika bolestí na hrudi je velmi pestrá. Z literatury je známo, že zhruba u 55 % nemocných s akutní bolestí na hrudníku je příčina nekardiální a zároveň 5–10 % odchází od lékaře s diagnózou nekardiální příčiny bolestí a má nestabilní anginu pectoris či dokonce infarkt myokardu. Z těchto důvodů je pečlivá anamnéza s cílenými dotazy lékaře klíčem ke správné diagnóze. Vždy je nutné se dotázat zejména na počátek a trvání bolesti, intenzitu a charakter bolesti a její iradiaci, vazbu na námahu, teplotu, změnu polohy, hluboký nádech či kašel, na úlevové manévry, popřípadě reakce na lék, rizikové faktory kardiovaskulárních nemocí včetně výskytu v rodině a přidružená onemocnění. Nezbytným doplněním je fyzikální vyšetření a EKG křivka. Základním principem přístupu k nemocnému s bolestmi na hrudníku je vymezit ty nemocné, které potřebují rychlý zákrok k zabránění trvalému poškození zdraví. Mezi ty patří zejména nemocní s podezřením na infarkt myokardu, disekci aorty, plicní embolii, poruchy srdečního rytmu, akutní perikarditidu, pneumotorax, akutní pankreatitidu a prasklý vřed žaludku či duodena. U ostatních nemocných s bolestmi na hrudníku je důležité při nejasné diagnóze vždy myslet na možnost akutního koronárního syndromu a odeslat nemocného k tomuto vyloučení a observaci do nemocnice. Někdy je skutečně obtížné rychle stanovit s jistotou správnou diagnózu a teprve dynamika biochemických a EKG vyšetření či zobrazovací metoda nás přiblíží ke správné diagnóze.

Bolesti na hrudníku jsou častým příznakem, který nelze nikdy podceňovat. Jsou symptomem

celé řady onemocnění včetně život ohrožujících stavů, a proto je nezbytné na ně vždy v diferenciální diagnóze myslet a při sebemenší nejistotě odeslat nemocného k podrobnému vyšetření do nemocnice. I v době moderních biochemických a zobrazovacích metod je stále nejpřínosnější pečlivý rozbor anamnestických dat a souvislostí a zde hraje lékař prvního kontaktu nejvýznamnější roli.

Jaká je příčina potíží Vašeho pacienta s palpitacemi?

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Palpitace jsou častým příznakem srdečních arytmií. Jde o nepříjemně vnímaný pocit srdeční činnosti, která je buď rychlá a silná (bušení srdce) nebo nepravidelná (přeskakování srdce nebo jakési chvění). Palpitace lze cítit na hrudi, ale i v krku. Palpitace jsou nespecifickým příznakem, který je navíc subjektivně rozdílně vnímán. Vnímání palpitací nekoreluje obvykle se závažností arytmií.

V diferenciální diagnóze palpitací přichází do úvahy celá řada jednotek. Kromě sinusové tachykardie z různých důvodů zahrnuje veškeré známé tachyarytmie s výjimkou fibrilace komor nebo velmi rychlé komorové tachykardie, které vedou k oběhové zástavě.

Pro diferenciální diagnostiku je důležitý podrobný rozbor charakteru palpitací. Náhlý začátek a konec svědčí spíše pro reentry původ. Na druhé straně sinusová tachykardie nebo síňová fokální tachykardie se projevuje spíše pozvolným rozvojem palpitací a také jejich vymizení bývá pozvolné. V takových případech je vždy důležité dokumentovat EKG při potížích. Extrasystoly jsou vnímány obvykle jako přeskakování srdce nebo izolované silné údery. Pokud se vyskytují v bigeminické vazbě, mohou se spíše než palpitace projevovat symptomy bradyarytmie (únavnost, točení hlavy, snížená tolerance zátěže). Důležitý je také vztah palpitací k fyzické námaze nebo rozrušení. Idiopatické fokální komorové tachykardie se charakteristicky vyskytují po ukončení zátěže, zatímco arytmiie spouštěné ischemií se vyskytují při zátěži a často jsou předcházeny stenokardií.

Hlavním vyšetřením při palpitacích jsou EKG metody. Setrvalé arytmiie lze zachytit na standardním 12 svodovém záznamu, který by v takových

případech měl vždy být proveden. U relativně častých palpitací volíme holterovské vyšetření (1–2 dny). U intermitentních palpitací (s četností méně než jednou týdně) je nejlepší metodou záchyt EKG při potížích pomocí epizodního záznamníku. Při palpitacích je nutno pomýšlet i na syndrom dlouhého intervalu QT, který se často

projevuje kromě palpitací i presynkopálními nebo synkopálními stavy. Proto je potřeba analyzovat vždy pozorně i EKG při sinusovém rytmu. Arytmie spouštěné námahou lze reprodukovat zátěžovým testem. V případě sinusové tachykardie nebo fibrilace síní je nutno vyloučit laboratorními testy hyperfunkci štítné žlázy nebo feochromocytom.

U pacientů s anamnézou prodělaného infarktu myokardu nebo známé systolické dysfunkce levé komory je nutno pomýšlet na možný komorový původ palpitací. Podobně při záchytu tachyarytmií se širokým komplexem QRS. V takových případech by pacient měl být hospitalizován a komplexně vyšetřen.

Symposium společnosti TEVA

Čtvrtek / 6. 10. 2011 / 10.40–11.00

Jak zlepšit prognózu pacientů s RS?

prof. MUDr. Eva Havrdová, CSC.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Roztroušená skleróza (RS) je zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému (CNS) s podílem autoimunitních dějů v patogenezi a s výsledkem degenerace nervových drah. Postihuje především mladé jedince, dvakrát častěji ženy. Klinicky invalidizuje hybnými poruchami, poruchami koordinace, únavou, sfinkterovými a zrakovými obtížemi, k dalším příznakům patří poruchy senzitivity, deprese a kognitivní problémy. Pokrok v poznání patologie vedl jednak k vývoji řady nových (převážně biologických) léků, jednak ke změně kritérií

pro diagnostiku (verze McDonaldových kritérií z r. 2010). Tato kritéria umožňují u mnoha pacientů diagnostikovat již při první atace (tzv. klinicky izolovaném syndromu) definitivní diagnózu RS, a to při současném nálezů gadolinium vychytávajících i gadolinium nevychytávajících lézí (kritérium diseminace v čase). Zjednodušila se i kritéria diseminace v prostoru. Kritéria vymezují i dětskou RS a demyelinizační onemocnění neuromyelitis optica, které se vyskytuje i u nás, má jinou léčbu a horší prognózu. Klinické studie z posledních 10 let, zaměřené na ovlivnění nemoci ve stadiu klinicky izolovaného syndromu, jasně ukázaly, že časná léčba má nevyšší výtečnost co do prevence invalidity. Stejně tak musí být při nedostatečném efektu léčba včas

eskalována, aby se předešlo nevratným ztrátám na CNS. Léky první volby (interferon beta, glatiramer acetát) bohužel nefungují v pozdních stádiích nemoci, kde je nezastupitelná léčba symptomatická, k níž letos přibýly dva nově registrované léky – fampridin a výtažek z konopí. Přes tuto snahu ovlivnit kvalitu života v pozdějších stádiích nemoci zůstává zásadním imperativem časná diagnostika a včasná biologická léčba. Nově diagnostikovaní pacienti jsou většinou lidé v pracovním procesu a udržení jejich průběžnosti správně nastavenou léčbou má zásadní význam i farmakoeconomický. Studie z českých RS center ukázala, že náklady na pozdní stadia invalidity jsou oproti biologické léčbě v časném stadiu trojnásobné.

Společnost E (Czech Epilepsy Association, o.s.)

Čtvrtek / 6. 10. 2011 / 11.30–11.35

Podpora lidí s epilepsií

Martina Havlová

SPOLEČNOST „E“

Czech Epilepsy Association, o.s., Praha

Společnost „E“ (Czech Epilepsy Association, o.s.) je občanské sdružení, založené v roce 1990 rodiči dětí s epilepsií. V té době byl na prostý nedostatek informací o této nemoci, což bylo důvodem ke vzniku této neziskové organizace.

Hlavním cílem Společnosti „E“ je podpora lidí s epilepsií a jejich blízkých ve zkvalitnění jejich života, pomoc při zlepšení jejich postavení a role ve společnosti, snižování stigma epilepsie a medializace epilepsie.

Společnost „E“ má celorepublikovou působnost a podporuje děti a dospělé s epilepsií i jejich blízké. Společnost „E“ je jediná patientská

organizace působící v ČR nabízející profesionální služby sociálního charakteru.

Společnost „E“ má cca 1000 členů, jsou mezi nimi samotní nemocní s epilepsií, jejich blízcí, lékaři – neurologové, psychologové, organizace – pedagogické poradny, psych. centra, školy, jiné neziskové organizace zabývající se podporou lidí se zdravotním handicapem apod.

Společnost „E“ poskytuje registrované sociální služby – odborné sociální poradenství, sociálně aktivizační služby a navazující fakultativní služby.

Společnost „E“ poskytuje:

- odborné sociální, psychologické, zdravotní a právní poradenství
- pořádá certifikovaný vzdělávací program Úvod do problematiky epilepsie pro pracovníky v sociálních službách

- nabízí přednášky, školení, semináře o problematice epilepsie ve školách, jiných organizacích apod.
- vydává měsíčník Aura, 12 titulů informačních tiskovin o epilepsii, kartičky s první pomocí při epileptickém záchvatu
- zajišťuje klubovou činnost v Praze, Brně, Ostravě, Ústí nad Labem
- nabízí kurzy AJ, šachů, rukodělných činností, aranžování, tance
- zajišťuje metodu EEG BFB
- uskutečňuje letní relaxační pobyty pro lidi s epilepsií a jejich blízké v tuzemsku i zahraničí s lékařským dohledem
- uskutečňuje Letní dětský integrovaný tábor pro děti zdravé a děti s epilepsií s lékařským dohledem
- uskutečňuje projekt podporovaného zaměstnávání lidí s epilepsií a jejich blízkých.

GASTROENTEROLOGIE

Garant: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc. – čtvrtek / 6. 10. 2011 / 11.35–12.35

Kolorektální karcinom – screening

prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

Klinika hepatogastroenterologie

IKEM, Praha

Kolorektální karcinom je celosvětově třetí nejčastěji nově diagnostikovanou malignitou a čtvrtou nejčastější maligní příčinou úmrtí. V roce 2008 bylo diagnostikováno přibližně 1,2 miliónu případů a více než polovina z nich zemřela. Epidemiologické trendy se budou diverzifikovat podle ekonomického vývoje. Tendence z rozvojových zemí převládá a na vrcholu lze očekávat 2,2 miliónů nových diagnóz ročně. Ve vyspělých zemích a se zpožděním i v ČR se křivka výskytu obrací. Incidence v ČR dosáhla na vrcholu 7 700 nových případů, mortalita pak 4 205 úmrtí ročně. Pro pomalý růst, snadnou diagnostiku včetně vizualizace a bezproblémové odstranění časných lézí, je screening u kolorektálního karcinomu mimořádně perspektivní. V primární prevenci je třeba reflektovat negativní rizikové faktory, jimiž jsou dědičnost, kouření, obezita a kaloricky koncentrovaná strava, ochranně působí pohyb, kyselina listová a aspirin. Implementace screeningu vyžaduje splnění několika podmínek. Jsou jimi vážnost problému, prokazatelný pokles mortality screeningem, perspektivní charakteristika metod, finanční únosnost a akceptovatelné riziko. Úskalí screeningu se promítají do všech oblastí procesu: metoda, zdroje, kampaň a její hodnocení. Všeobecně uznávanou metodou je vyšetření stolice na okultní krvácení. Původně byl nejrozšířenější test na principu guayakové pryskyřice, který střídají senzitivnější imunochemické metody. V obou případech existuje řada komerčně dostupných testů, což si vyžádá unifikaci a standardizaci. Sigmoidoskopie je preferovaná zejména ve Velké Británii, kde se osvědčila v rozsáhlé multicentrické studii. Koloskopie má nezpochybnitelně nejvyšší potenciál, výhodou je odstranění časných neoplazií v jednom sezení. V běžné populaci ji stigmatizuje nedobrá pověst s ohledem na nepříjemnou přípravu i průběh a nezanedbatelné komplikace. Přesto výhody převažují. CT, MR PET kografie jsou perspektivní a stále se zdokonalují. Problémem je, že nelze odebrat biopsii a odstranit neoplazii. Stejný problém je spojen s kapslovou endoskopií druhé generace. Perspektivními metodami jsou

vyšetření stolice na DNA a objevují se další: RNA a cyklooxygenáza ve stolici, pyrivát kináza M2 v krvi. Důležitou součástí screeningu je logistika procesu. Optimální je centrální evidence, písemné a opakované výzvy, tj. tzv. organizovaný screening. Důležitá je setrvalá kampaň v médiích. V ČR byl etablován vládou garantovaný screeningový program v roce 2000. Počet koloskopií od té doby vzrůstá, lze odhadnout, že poměr screeningových vyšetření nepřekračuje 20 %, což je polovina proti situaci v Německu a ve Spojených státech. Nezanedbatelnou roli hraje motivace poskytovatelů péče – v našich podmínkách platba za vyšetření mimo paušální rozpočet. Nejvýstižnější charakteristikou péče je počet veškerých koloskopií vzhledem k populaci.

Poškození trávicí trubice při terapii nesteroidními antirevmatiky

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty, ISCARE a 1. LF UK v Praze

Ústav klinické biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK v Praze

Termínem NSA-gastropatie rozumíme poškození sliznice žaludku a orálního duodena nesteroidními antirevmatiky bez ohledu na to, zda je, či není spojena s klinickou symptomatologií. V současné době jsou neselektivní nesteroidní antirevmatika vedoucí příčinou komplikovaného průběhu peptického vředu žaludku a duodena, s vysokou mortalitou, jenž se pohybuje kolem 10 %. Většina pacientů nemá žádnou klinickou symptomatologii a prvními projevy NSA mohou být až závažné komplikace, jako je masivní krvácení z trávicí trubice nebo perforace vředu. Ke snížení frekvence NSA-gastropatie a zlepšení výsledků léčby je nutný aktivní přístup, který spočívá v selekci rizikových skupin pacientů. U nemocných s extrémně vysokým rizikem NSA-gastropatie je nutné podávat selektivní inhibitory COX-2 v kombinaci s inhibitory protonové pumpy. U nemocných se středním rizikem je nutná aplikace neselektivního nesteroidního antirevmatika s profylaktickou dávkou antisekreční terapie. NSA enteropatie je nová klinická jednotka charakterizována přítomností slizničních defektů (erozí nebo vředů) v tenkém nebo tlustém střevě. Klinické projevy jsou polymorfní, nejčast-

tější je sideropenní anémie. Zavedení kapslové endoskopie umožnilo podrobné zhodnocení účinku neselektivních a selektivních NSA na sliznici tenkého střeva. Bylo prokázáno, že toxicita selektivních inhibitorů na sliznici tenkého střeva je významně nižší. Na rozdíl od horní části trávicí trubice současné podávání antisekreční terapie inhibitory protonové pumpy nemá na vznik NSA enteropatie žádný vliv.

Terapie inhibitory protonové pumpy

prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.

Interní, gastroenterologická klinika FN Brno-Bohunice

V léčbě chorob, jejichž vznik je úzce spojen s přítomností žaludeční kyseliny chlorovodíkové, která se stává agresivním faktorem především při dysbalanci mezi tzv. agresivními a ochrannými slizničními faktory, mají zásadní terapeutickou roli léky, potlačující slizniční působení kyseliny chlorovodíkové. Tyto léky lze rozdělit do dvou skupin:

- a) léky neutralizující žaludeční kyselinu – ANTACIDA
- b) léky blokující tvorbu žaludeční kyseliny přímo v parietální buňce.

Sekrece parietální buňkou je zajištěna stimulací některého tzv. receptoru buňky (jsou celkem tři receptory, nejvýznamnější je receptor histaminový), nebo aktivizací struktury u vnitřní parietální buňky, která je označena jako protonová pumpa.

Proto léky blokující sekreci žaludeční kyseliny chlorovodíkové dělíme na:

- blokátory receptorů – především blokátory H₂ receptoru (histaminového)
- blokátory protonové pumpy, označované také jako PPI (proton pump inhibitor)

Zatímco antacida mají jen velmi krátký efekt neutralizace žaludeční kyseliny a je třeba je podávat v intervalu 2–3 hodin několikrát denně, což většinou vede k objevení se nežádoucích příznaků, např. úporné zácpy, blokátory receptorů a především PPI mají efekt v řádu 6–16 hodin.

Blokátory H₂ receptoru (ranitidin, famotidin) blokují ze tří receptorů jen ten "svůj" H₂ receptor, takže přes ostatní receptory může být parietální

buňka stimulována, mají supresivní efekt žaludeční kyseliny v délce 6–8 hodin.

Efekt blokátorů protonové pumpy je větší v rozmezí 12–16 hodin. Dle farmakokinetických vlastností se dělí PPI na skupinu PPI 1. generace, kam řadíme omeprazol, pantoprazol a lozeprazol a na PPI 2. generace, kam patří esomeprazol a rabeprazol. Na našem trhu jsou zastoupeny PPI 1. generace, v nejbližších dnech bude uveden k standardní léčbě rovněž esomeprazol.

Jaké jsou mezi těmito léky zásadní rozdíly?

- 1) Tzv. first pass efekt, tj. čas, za jaký se dostane účinná substance po vstřebání a konverzi na účinnou formu (PPI jsou podána jako prodrug) a po průchodu játra k cílové tkáni.
- 2) Metabolizmus – všechny blokátory protonové pumpy se metabolizují játry prostřednictvím cytochromu CYP 450. Tato struktura má rozdílné substrukтуры a možné lékové interakce jsou, velice zjednodušeně řečeno, odvislé od této skutečnosti.

OMEPRAZOL – první PPI blokátor na světovém trhu, je zcela bezpečným v terapeutických dávkách, podat jej lze jako kapsle, nebo jako i.v. injekce. Má vysokou schopnost ochrany žaludeční sliznice při používání nesteroidních antirevmatik a antiagregancií. Lze jej podat i dětem a těhotným ženám, ale vždy je třeba vážit přínos oproti riziku, protože výše uvedená struktura – protonová pumpa, není jenom v žaludeční sliznici a její parietální buňce.

V injekční formě je velice účinný v léčbě akutních krvácení ze žaludečních a dvanáctíkových slizničních lézí.

Je lékem, o kterém jsou známy některé interakce, většinou nevýznamné, snad s výjimkou ovlivnění účinnosti antiagregancia clopidogrel, což ale není jednoznačně prokázáno.

LANZOPRAZOL – Jeho účinnost je podobná omeprazolu a podobně jeho metabolizmus játry se zásadně od omeprazolu neliší. Není doporučován dětem, těhotným a kojícím.

PANTOPRAZOL – Jeho předností je minimum lékových interakcí, proto je výhodný v případech, kdy nemocný užívá více léků, včetně výše zmíněného clopidogrelu.

Výhodou je jeho dobrá účinnost u osob s refluxní nemocí jícnu. Rovněž tento preparát je možno užívat ve formě kapslí nebo intravenózně u osob s akutním krvácením. Pro nedostatek zkušeností se nepodává dětem.

Pro všechny tyto léky platí, že je nejlépe je užívat ráno po nočním lačnění, tj. před jídlem. Platí, že čím delší lačnění, tím je více aktivovaných protonových pump a tím více je jejich podáním blokátoru protonové pumpy zablokováno.

Blokátory protonové pumpy jsou vysoce účinnými léky u stavů, kde příčinou je přítomnost a agresivní účinnost žaludeční kyseliny chlorovodíkové a jsou zásadním lékem tam, kde je přítomna bakterie *Helicobacter pylori*, která je v úzké souvislosti se vznikem vředové nemoci žaludku a dvanáctníku, a kdy je indikována její eradikace.

GERIATRIE

Garant: prof. MUDr. Eva Topinková, CSc. – čtvrtek / 6. 10. 2011 / 14.05–15.05

Poruchy výživy ve stáří a jejich řešení v primární péči

MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.,

MUDr. Dana Hrnčiariková,

MUDr. Petra Andělová

Klinika gerontologická a metabolická FN, LF UK, subkatedra geriatrie, Hradec Králové

Se stoupajícím věkem dochází v organizmu k fyziologickým změnám, které ovlivňují metabolické procesy ve stáří. Dochází ke snížení netukové hmoty těla, stoupá podíl tukové tkáně, především hromadění tuku v centrálních orgánech.

Podíl svalové hmoty na celkové hmotnosti klesá s věkem. Mezi 20–30 lety činí 30 %, ve věku 70–80 let klesá až na 15 %. Svalstvo je zdrojem aminokyselin potřebných pro tvorbu působků akutní fáze zánětu, k reparaci tkání a zdrojem energie při stresu.

Energetická potřeba ve stáří se mění v závislosti na změnách složení těla, tělesné aktivity, funkční schopnosti organizmu. Bazální energetická potřeba (rozdíl mezi hodnotou v mládí a ve stáří) činí 200 kcal/den. Rozdíl v energii spotřebované na denní aktivity činí 400–500 kcal/den. V příjmu živin se uplatňují dále změny funkce jednotlivých orgánů i regulačních mechanismů.

V gastrointestinálním traktu je to ztráta dentice, pokles tonu horního ezofageálního svěrače, zpouštějící relaxace, snížení motility a sekrece trávicích šťáv, ochablost bránice, změny střevních kĺků, častá bakteriální dysbalance, snížená vnímavost receptorů rekta na náplň, snížení tonu svěračů.

Ve stáří mají vliv na snížený příjem potravy, změny v endokrinní regulaci – změny sekrece gastrointestinálních hormonů. Hladina leptinu produkovaného tukovou tkání klesá. To je signálem pro hypotalamus k zapojení mechanismů snížení příjmu potravy a zvýšení metabolické rychlosti. Substituce testosteronem leptin zvyšuje a dochází tím ke korekci chuti k jídlu. Dalším regulátorem příjmu potravy je oxid dusnatý a cholecystokinin. Oxid dusnatý má vliv na relaxaci žaludečního fundu. Jeho snížená tvorba ve stáří způsobuje předčasnou relaxaci žaludku a tím i pocit nasycení. Pokles lze ovlivnit např. dehydroepiandrosteronem. K pocitu sytosti ve stáří přispívá i cholecystokinin, který má přímý vliv na tonus pyloru a antra.

Poruchy výživy ve smyslu malnutrice byly donedávna podhodnocovány. Jejich význam u akutních stavů či v preoperačním a pooperačním období je při tom tak velký. Nutriční stav u starších pacientů není mnohdy vůbec hodnocen. Malnutrice se

vyskytuje u řady hospitalizovaných pacientů. U 70 % nemocných, kteří přicházejí do nemocnice s různým stupněm malnutrice, se její stupeň zhorší. Pokud nedojde k léčbě umělou výživou, dochází až u 4 % k závažným komplikacím vedoucím ke smrti. Pokročilá malnutrice se ve stáří vyskytuje až v 50 %. V civilizovaných zemích dochází ke dvěma třetinám úmrtí v souvislosti se stravovacími návyky. Velký podíl tvoří lidé obézní, ale bohužel i lidé s podvýživou.

Identifikace poruch výživy ve stáří je základním předpokladem kvalitní péče a prevencí řady zbytečných komplikací a prodloužení hospitalizací v nemocnicích či rekonvalescencí v zařízeních následné péče nebo domácím prostředí.

Inkontinence moči u seniorů v primární péči, hyperaktivní měchýř a možnosti léčby

prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Močová inkontinence (MI) je ve stáří častým klinickým symptomem, který významně zhoršuje kvalitu života postižených osob. Přestože je lékaři mnohdy bagatelizována a nesprávně považována za jeden z „problémů stáří“, může

vést u postižených seniorů k závažným zdravotním komplikacím, jako jsou dekubity, dermatitidy či infekce močových cest. Navíc je MI u starších nemocných spojena s nesoběstačností a vyšší celkovou mortalitou a rizikem pádů a úrazů. Komplexní management poruchy funkce dolních močových cest a zvládnutí MI je v současnosti považován za jeden z indikátorů kvality zdravotní péče. Zvláště ohroženými skupinami jsou pacienti nesoběstační, dementní a osoby v rezidenčních zařízeních. V geriatrické populaci je třeba cíleně vyhledávat pacienty s MI, diagnostikovat typ (urgentní, stresová, smíšená, neurogenní MI) a příčiny inkontinence. U seniorů je třeba individualizovat vyšetření i léčbu s ohledem na zdravotní stav, komorbiditu, soběstačnost, schopnost spolupráce a odhadované přežití.

Na úrovni primární péče je u pacienta s MI provedeno základní vyšetření. Zahrnuje podrobnou anamnézu, základní klinické a laboratorní vyšetření, včetně vyšetření moči a zhodnocení postmiktického rezidua, které lze doplnit jednoduchými stresovými testy a mikčím deníkem. Tato vyšetření obvykle postačují k rozhodnutí, zda pacienta odeslat k dalšímu specializovanému vyšetření nebo zahájit konzervativní léčbu. Specializovaná vyšetření (rozšířená diagnostika) jsou indikována u hematurie, při poruše evakuace měchýře, u neurogenních poruch, před operací pro stresovou MI, při nejasné diagnóze a při neúčinnosti konzervativní léčby. Provádí je specialista – urolog nebo urogynekolog.

V léčbě se u stresové inkontinence uplatňují operační techniky, v současnosti nejčastěji mini-invazivní techniky, např. tahuprosté pásky – TVT a u spolupracujících pacientek gymnastika

svalů pánevního dna a další behaviorální postupy. U urgentní inkontinence jsou metodou volby antimuskarínika s dobrou účinností i u seniorů nad 70 let. Pro primární péči je bez preskripčního omezení tropsium chlorid, u něhož je výhodou příznivý farmakologický profil (minimum kardiálních a centrálních anticholinergních NÚ) a dobrá účinnost. Absorpční pomůcky by měly být považovány nikoli za řešení MI, ale pouze jako jedna ze součástí aktivní léčby, samostatně je využíváme pouze u léčby symptomatické, kde vyšetření nebo další léčba nejsou účelné.

Křehký senior s fibrilací síní – antikoagulace nebo antiagregace?

MUDr. Martina Nováková¹,

prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.²

¹ Nemocnice Třebotov a.s.

² Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Úvod: Léčebná strategie v prevenci tromboembolických komplikací u geriatrických pacientů s fibrilací síní je často diskutované téma. Navzdory současným guidelines, která doporučují jednoznačně antikoagulační léčbu, se často setkáváme s významnými rozdíly mezi doporučeními a klinickou praxí. Zejména u starších pacientů, trpících syndromem geriatrické křehkosti a četnými komorbiditami, může riziko závažného krvácení při užívání antikoagulační léčby převýšit benefit této léčby v podobě redukce četnosti kardioembolizačních iktů.

Metodika: Hlavním cílem provedené retrospektivní studie bylo vyhodnotit rizikový profil křehkých geriatrických pacientů s nevalvulární fibrilací síní a zvážit benefity a rizika antikoagu-

lační léčby. Ke stanovení rizika tromboembolických komplikací byly využity standardizované skórovací systémy CHADS₂ a CHA₂DS₂-VASc, ke stanovení rizika krvácení skórovací systémy HEMORR₂HAGES a HAS-BLED.

Retrospektivně jsme hodnotili 592 geriatrických pacientů hospitalizovaných na postakutních lůžkách, z nichž 136 trpělo fibrilací síní. Po vyloučení pacientů s valvulární fibrilací a pacientů na paliativní léčbě čítal soubor sledovaných 119 pacientů. Hodnotili jsme typ fibrilace síní, komorbiditu a léčbu. Průměrný věk pacientů byl 83 ± 7,5 let, 61,3 % tvořily ženy.

Výsledky: Cca 1/3 pacientů byla léčena antikoagulancí, další cca 1/2 dostávala antiagregační léčbu.

Vysoké riziko tromboembolie bylo zjištěno u 3/4 pacientů, vysoké riziko krvácení u 70,6 % pacientů. Nepotvrdil se předpoklad, že pacienti s nejvyšším rizikem iktu a nejnižším rizikem krvácení byli léčeni antikoagulační léčbou. Empirická léčba tudíž nerespektovala poměr benefit / riziko. Ze standardizovaných škál k posouzení rizika krvácení se jako přínosnější pro geriatrické pacienty ukázalo skóre HEMORR₂HAGES, které bere v potaz riziko pádů a mentální stav pacienta.

Závěr: Lze říci, že u křehkých geriatrických pacientů je odhad poměru benefit / riziko velmi obtížný a často jsou rizika krvácení i tromboembolie srovnatelná. Nicméně jsme ověřili, že stratifikace rizika za využití uvedených standardizovaných škál je velmi dobře aplikovatelná i v oblasti primární péče, kde zcela jistě usnadní rozhodování ve volbě antitrombotické prevence.

UROLOGIE

Garant: prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc. – čtvrtek / 6. 10. 2011 / 15.35–16.35

Infekce močových cest

MUDr. Petr Macek, Ph.D.¹,

MUDr. Václava Adámková²

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

² Klinická mikrobiologie a ATB centrum
Ústavu klinické biochemie a laboratorní
diagnostiky 1. LF UK a VFN v Praze

Infekce močových cest (IMC) jsou velmi častý problém v praxi praktických lékařů. Dominantně jsou postiženy sexuálně aktivní ženy. Problematika tkví nejen v četnosti výskytu, ale také v riziku recidiv. Minimálně jednu recidivu má po prosté cystitidě 25–50 % žen a přibližně 3–5 % jich má IMC opakované dlouhodobě. V řadě případů je antibiotická (ATB) léčba nevhodně zvolena, a to je jedna z hlavních příčin vzniku rezistence bakterií k antibiotikům. Problematika pyelonefritid je často opačná, protože v některých situacích jsou volena nedostatečně účinná antibiotika nebo nejsou zvoleny odpovídající iniciační dávky. Tento postup vede k selhání léčby s rizikem protrahovaných infekcí, urosepsí či vzniku abscesů. Praktický lékař se nezřídka setká také s epididymitidou. U mladých sexuálně aktivních mužů by při léčbě mělo být zdůrazněno, že jde o sexuálně přenosné onemocnění a je nutno léčit také partnera. Asymptomatická bakteriurie je stav, který je nutno řešit pouze u těhotných žen nebo u pacientů před operačními výkony. Z toho vyplývá, že rutinní provádění kultivace moči u asymptomatických osob není nutné ani finančně efektivní. Na druhé straně, u pacientů s příznaky infekce močových cest, by kultivační vyšetření provedeno být mělo. V éře narůstající rezistence není možné odhadnout citlivost vyvolávajícího původce a získaná data slouží také jako podklady pro tvorbu doporučených postupů racionální antibiotikoterapie.

Cílem autorů je přispět k efektivnějšímu, a přesto ekonomicky nezatažujícímu, přístupu k močovým infekcím, který v dlouhodobém horizontu nepovede k nárůstu rezistence bakterií k antibiotikům.

Onemocnění prostaty

MUDr. Vít Vachalovský

Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Benigní hyperplazie prostaty (BHP)

Tj. nemaligní zvětšení prostaty na podkladě zmnožení především stromálních buněk. Celková prevalence je zhruba 250/1000.

Symptomatologie: mikční obtíže iritativní (pollakisurie a nykturie, imperativní mikce) a obstrukční (pocit neúplného vyprázdnění, přerušovaná mikce, slabý proud, nutnost tlačit).

Diagnostika: vyšetření per rectum, ultrasonografické vyšetření, sérová hladina PSA, urodynamické vyšetření.

Chirurgická léčba: transvezikální prostatektomie, transuretrální resekce prostaty (TURP, TUPE), transuretrální incize prostaty (TUIP), transuretrální elektrovaporizace prostaty.

Léčba medikamentózní: alfa-blokátory, inhibitory 5-alfa-reduktázy, fytopreparáty.

Jiné způsoby léčby: hypertermie a termoterapie, terapie vysokofrekvenčními vlnami (TUNA), ultrazvuková terapie (High-Intenzity Focused Ultrasound, HIFU), laserová léčba, stenty a spirály.

Karcinom prostaty

Tj. nejčastější urologická malignita, 2/3 pacientů jsou v době diagnózy bez symptomů, ostatní mají mikční obtíže, metastatický nádor potom kostní symptomatologii. Incidence v ČR přesahuje 100/100 000/rok.

Diagnostika: náhodný nález po chirurgickém výkonu pro BHP, PR vyšetření, PSA (volné a celkové), PSA denzita, PSA velocita, PSA zdvořovací čas, transrektální ultrasonografie s biopsií. Hodnocení klinické se provádí dle TNM klasifikace, histologické dle Gleasonova skóre. Pro léčbu má význam rozdělení nádorů na lokalizované, lokálně pokročilé a metastatické.

Léčba: prosté sledování (watchful-waiting), aktivní sledování (active surveillance), radikální prostatektomie otevřená (nejčastěji retropubická), laparoskopická, robotická, zevní radioterapie, transperineální brachyterapie, hormonální terapie (androgenní deprivace) typu chirurgické kastrace, medikamentózní kastrace (LHRH agonisti), antiandrogeny, systémová léčba po selhání androgenní deprivace (chemoterapie, bisfosfonáty, aplikace radionuklidů, zevní analgetická radioterapie kostních metastáz, monoklonální protilátky, analgetika).

Náhlé příhody v urologii

prof. MUDr. Hanuš Tomáš, DrSc.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Mezi náhlé příhody v urologii patří: renální kolika, retence moči, akutní epididymitida, akut-

ní bolesti skrota, způsobené zejména na podkladě torze varlete, úrazu či nádoru varlete, gangréna skrota, dále je akutním stavem priapismus, fraktura penisu, parafimóza a všechna poranění ledvin, močového měchýře nebo uretry. Diagnostika v ambulanci VPL (všeobecného praktického lékaře) je založena na anamnéze, symptomatologii, fyzikálním vyšetření a vyšetření moče. Jedinou a primární zobrazovací metodou je ultrasonografie. Její provedení je však mandatorní až na pracovišti urologickém.

Renální kolika vzniká na podkladě akutní obstrukce močovodu, přičemž nejčastější příčinou je urolitiáza. V diferenciální diagnostice je nutno uvážit: zánětlivá onemocnění ledvin (pyelonefritida, absces), nemoci jater a žlučových cest, nemoci sleziny, muskuloskeletální etiologie, náhlé příhody břišní, gynekologické náhlé příhody (včetně mimoděložního těhotenství), bazální pneumonie, disekci aorty aj. Základem léčby akutní bolesti u renální koliky jsou nesteroidní antiflogistika (NSA), která zajišťují kombinaci analgetického účinku, redukci otoku kolem litiázy a omezení filtrace moči v postižené ledvině.

Retence moči (zástava močení) s nemožností úplného vyprázdnění močového měchýře vzniká na podkladě obstrukce dolních močových cest nebo nedostatečné kontrakility močového měchýře nebo kombinací obojího. **Akutní epididymitida** je bakteriální onemocnění nadvarlete. Může se šířit i na varle. U starších mužů se uplatňují uropatogenní původci, u mladších jsou záněty vyvolány spíše sexuálně přenosnými původci, zejména chlamydiemi, ureaplazmaty, případně gonokoky. Nutno odlišit od torze varlete, proto vždy odeslat k urologovi.

Akutní bolesti skrota, bývají zapříčiněny různými stavy: nejzávažnější je **torze varlete**, dále akutní epididymitida, nádor varlete nebo nadvarlete, poranění varlete nebo měkkých tkání, Fournierova gangréna. Torze varlete způsobená rotací varlete kolem osy semenného provazce vede k jeho strangulaci a poruše prokrvení varlete. Stav je nutno řešit chirurgicky do **6 hodin** od vzniku, jinak nastane ireverzibilní poškození varlete. K **poranění varlete** může dojít jakýmkoliv zevním násilím vedeným na šourek (kopnutí, úder předmětem nebo náraz, pád, kolo, auto-motonehoda). Normální zabarvení kůže nevylučuje vážné poranění varlete nebo nadvarlete. **Fournierova gangréna**, nekrotizu-

jící zánětlivé poškození měkkých tkání zevního genitálu, vzniká na základě smíšené infekce (včetně aerobně-anaerobní). Je charakteristické tvorbou plynu v měkkých tkáních. K onemocnění jsou náchylné zejména osoby s poruchami imunity a diabetici. Onemocnění se může vyskytnout u osob s onemocněními rekta (píštěle apod.). Vyžaduje rychlou léčbu vč. ATB a operační revize. Jakékoliv **zvětšení skrota**, zejména nebolestivé nebo pohmatové nepravidelnosti na varleti či nadvarleti, je nutno odeslat ihned k urologovi k vyloučení **nádoru varlete**. Zvětšení obsahu skrota však může být způsobeno též jen zcela benigní hydrokélou, varikokélou či kýlou. Nemožnost přetažení prepucia z koronárního sulku zpět přes glans se označuje jako **parafimóza**. Stav je obvykle velmi bolestivý, edém předkožky rychle progreduje. Neřešený stav může vést k tlakové nekróze či dekubitům předkožky. Dochází k ní též u mužů s relativní fimózou nebo dlouhodobě zavedeným uretrálním katétre. **Fraktura penisu** vznikající neadekvátním rychlým ohnutím ztopořeného

penisu při různých formách pohlavních aktivit je označen pro rupturu tunica albuginea topořivých těles penisu. Při **priapizmu** se jedná o abnormálně dlouho trvající ztopoření penisu bez sexuální stimulace. Glans penisu je měkký. Stav je obvykle velmi bolestivý. Již po 6 hodinách trvání mohou vznikat nevratné ischemické změny v tělesech. Řešení je možné jen s urologem. K **poranění ledvin** nejčastěji dochází v souvislosti s pády, autonehodami, napadením nebo sportem, kdy je násilí či jiná forma energie vedená na oblast boku, bedra, horní poloviny břicha nebo dolní části hrudníku. Může jít i o kombinovaná poranění v rámci polytraumat. Muži jsou postiženi třikrát častěji. Bez ohledu na mechanismus vzniku nebo typ poranění se přednemocniční péče řídí především hemodynamickou stabilitou pacienta. **Poranění močového měchýře** se dělí na kontuzi a rupturu. Ruptura může být extraperitoneální nebo intraperitoneální. Nejběžnějším mechanismem vzniku je pád nebo náraz do podbřišku s plným močovým

měchýřem. U rozsáhlých poranění pánve (pády z výšek, autonehody, poranění stroji) může dojít k poranění močového měchýře kostními fragmenty. **Poranění uretry** může být iatrogenní (typicky následkem instrumentace – zejména katetrizace) nebo traumatické. Traumata uretry dále dělíme na poranění zadní (tj. membránová a prostatická část) a přední uretry (celý průběh ve spongiózním tělese). K poranění zadní uretry dochází v rámci velkých poranění pánve či polytraumat. K poraněním přední uretry nejčastěji dochází pádem na hráz, kopnutím nebo úderem do rozkroku, úderem do penisu nebo automanipulací pacientem. Typickým projevem je uretroragie – tj. krev či hemoragický výtok z uretry i v době mimo močení. Nutno odlišit od hematurie, přítomnosti krve v moči. V klinické praxi se VPL setká téměř výhradně s poraněním přední uretry. K poranění uretry může dojít i v rámci fraktury penisu. Uretrální poranění u žen mohou nastat vzácně (např. v důsledku automanipulace či neobvyklých sexuálních praktik).

PSYCHIATRIE / DEPRESE, ÚZKOSTI A NESPAVOST V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Garant: mjr. doc. MUDr. Jan Vevera, Ph.D. – pátek / 7. 10. 2011 / 9.00–10.00

Jarní a podzimní sebevraždy – pravda či mýtus a co s tím?

mjr. doc. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.

7. Polní nemocnice AČR

a Psychiatrická klinika Praha

Celkově se v ČR stane asi 1600 sebevražd ročně, a v současnosti máme nejvyšší počet sebevražd v celé poválečné historii. K nejvyššímu poklesu sebevraždosti došlo v nejstarší věkové skupině u lidí nad 65 let a je to zřejmě způsobeno zlepšující se lékařskou a sociální péčí (zlepšení léčby bolesti, nárůst počtu krizových center, linek pro seniory atd.). Se 14 dokonanými sebevraždami na 100 000 obyvatel jsme na 22 místě v Evropě. Na prvních místech jsou země bývalého SSSR, naopak nejmenší sebevraždost je ve středozemí (Itálie = 6, Řecko = 3 na 100 000). Ženy páchají dvakrát častěji nezdášené sebevražedné pokusy než muži, ti jsou naopak čtyřikrát častěji „úspěšní“ při dokonání sebevraždě. Umrtí sebevraždou je tedy nakonec 2x až 3x vyšší u mužů. Tato převaha je ale typická především pro západní kulturu.

Sebevraždy jsou často způsobeny psychickými problémy (odhaduje se, že až 90% sebevrahů mělo psychickou poruchu). Právě v období změn tedy na jaře a na podzim zaznamenáváme o něco více depresí nebo častější propuknutí bipolární poruchy. Souvisí to pravděpodobně se změnou biologických rytmů, jakými jsou třeba délka osvětlení nebo příjem potravy. Fototerapie, spánková deprivace nebo suplementace melatoninem jsou s úspěchem užívány při léčbě depresí.

K největšímu počtu sebevražd dochází tam, kde je dokumentován největší počet potratů. Je to zřejmě tím, že právě potratovost je pokládána za indikátor rozvolnění tradičních vztahů a hodnot. Nejvyšší míru sebevraždosti mají osoby žijící v manželství. Je to ale možná způsobeno tím, že ti kdo trpí duševní poruchou, např. depresí nebo schizofrenií, nebo závislí na návykových látkách, nevstupují tak často do manželství. Z epidemiologických studií vyplývají 3 sociální zákonitosti a) manželství má příznivý vliv na duševní zdraví, b) tento vliv je výraznější u mužů než u žen a c) rodičovství působí psychologické

problémy především ženám. Vliv rodinného stavu na sebevražednost platí i pro celkovou úmrtnost. Je to zřejmě tím, že partner si všimne potíží a podporuje prevenci, uplatňuje se zde pocit zodpovědnosti za rodinu. Sociální postavení má vliv též na zlepšení imunitního systému.

Tradičně se uvádí, že jaro, především duben, je pro dokonání suicida nejrizikovějším měsícem. To je ale chybné. Roční období není tak významným rizikovým faktorem, jako je život bez partnera, vlastnictví zbraně, alkoholismus, nebo sdělení diagnózy zhoubného onemocnění nebo vážné psychické poruchy.

Nespavost v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Zuzana Lattová

Spánková laboratoř Psychiatrického centra Praha

Nespavost je nejčastější porucha spánku vůbec. Je definována jako poruchy iniciace a/nebo udržení kontinuity spánku a/nebo dlouhodobě neosvěžující, nekvalitní spánek, projevující se

obtížemi v denním fungování, jako jsou únava, nadměrná denní spavost, kognitivní dysfunkce (pozornost, koncentrace, paměť), psychické poruchy (poruchy nálady, nadměrná iritabilita, poruchy motivace, abulie) a také jako nespecifické obtíže (bolesti hlavy, muskuloskeletální obtíže a poruchy funkce gastrointestinálního traktu). Tyto poruchy jsou přítomny i přes adekvátní podmínky ke spánku (čímž vylučujeme špatnou spánkovou hygienu). Pro diagnostiku insomnie jsou podstatné problémy v každodenním fungování. Z hlediska délky trvání rozdělujeme insomnie na akutní a chronické. Nejčastější ze všech typů nespavosti je akutní insomnie, která je důsledkem působení jasně definovaného stresoru. Její roční prevalence se udává mezi 15–20% dospělé populace, můžeme tedy říci, že v průběhu života se s ní setká prakticky každý. Po odeznění podnětu nebo adaptaci nemocného na podnět se porucha spánku upraví. Chronické insomnie lze dále dělit dle příčiny: 75% chronických nespavostí provází psychiatrická nebo vážnější somatická onemocnění – jsou tedy sekundární, zbylých 25% chronických insomnií jsou tzv. primární insomnie. Mezi primární insomnie se řadí insomnie psychofyziologická, idiopatická a řadíme sem rovněž mispercepci spánku. Psychofyziologická insomnie je insomnie naučená. U těchto zřejmě predisponovaných nemocných dochází k fixaci vzorců chování zabraňujícího spánku, takže je uplatňují i po odeznění stresové situace. Je přítomna chronická somatizovaná tenze (hyperarousal) a výše zmíněné naučené asociace zabraňující spánku. V terapii tohoto druhu insomnie volíme na prvním místě psychoterapeutické intervence kognitivně behaviorální

terapie. Idiopatická insomnie je vzácná porucha přítomná u nemocných od časného dětského věku, která přetrvává po celý život. Předpokládá se porucha vzestupného aktivačního systému retikulární formace nebo jiných center řídících cykly spánku a bdění. Mispercepcie spánku neboli pseudoinsomnie je porucha, při které je nemocný přesvědčen, že vůbec nebo téměř vůbec nespí. Ve skutečnosti spí nemocní zcela normálně a spánková architektura je bez patologií. V terapii této poruchy se rovněž uplatňuje psychoterapie. Z psychofarmak k chronickému podávání volíme nejčastěji antidepresiva s hypnotickým účinkem, které lze užívat dlouhodobě bez rizika vzniku závislosti. V současnosti jsou nejčastěji předepisovány trazodon v dávkách 75–150 mg, mirtazapin od 7,5 mg do max. 30 mg, agomelatin 25 – max. 50 mg, případně mianserin či amitriptylin v nízkých dávkách, u kterých využíváme jejich antihistaminového působení. Hypnotika III. generace nebo benzodiazepinové preparáty podáváme po omezenou dobu zejména v případech akutní insomnie.

Přístup gestalt terapie k úzkosti

MUDr. Martin Černý

Psychiatrická klinika 1. LF a VFN Praha

Gestalt terapie (GT) patří mezi hlavní a nejrozšířenější psychoterapeutické přístupy. Vychází z širokého teoretického pozadí a vytvořila specifické teoretické modely. V přednášce bude přiblížen přístup gestalt terapie k úzkosti a úzkostným stavům.

Fritz Perls, zakladatel GT, vnímal úzkost pozitivně jako vybuzení, vzrušení, élan vital, jež máme v sobě a jehož uvolňování začíná váz-

nout, když si nejsme jistí danou situací a tím, co se od nás očekává a co bude následovat. Tehdy mluvíme o nedostatečném sebedoplněném systému. Tento systém je důležitý proto, aby člověk mohl vstupovat do kontaktu s prostředím, i se sebou samým, a tak uspokojovat své potřeby. Proces vstupování do kontaktu a vystupování z něj je popsán teoretickým modelem, tzv. kontaktním cyklem. Kontaktní cyklus může být narušen v každé své fázi (vjem-uvědomění-mobilizace energie-akce-kontakt-integrace-stáhnutí). U úzkostného jedince je kontaktní cyklus převážně blokován v místě mezi mobilizací energie a akcí. Dojde k mobilizaci energie (vybuzení), ale ta není upotřebena v akci, protože takový jedinec nemá dostatek sebedopory, a mobilizovaná energie se projeví jako úzkost. Pokud dojde k akci, tak je to často akce nekongruentní s potřebou (jde o úlevovou náhradní akci), původní potřeba zůstává skryta, protože je zhoršeno uvědomování pocitů (desenzitizace) a tím nemůže být uspokojena, a znovu se mobilizuje energie k jejímu naplnění, zintenzivňuje se úzkost a snižuje se sebedopora. Nebo dojde k akci, ale pro nedostatek sebedopory si jedinec akci začne vyčítat, litovat jí apod. a přeskočením následujících fází se ocitne znovu ve fázi mobilizace energie.

Terapeut podporuje, aby kontaktní cyklus proběhl plynule, bez narušení, a tento plynulý průběh pomáhá zvědomovat. Tím, že cyklus proběhne bez narušení, pacient získává větší sebedoporu. Cílem je, aby si pacient byl vědom svých narušení (cyklu) a díky tomu vnímal možnost volby. Tím podporuje svůj růst a přebírá více zodpovědnosti za své prožívání.

INFEKTOLOGIE / KLINICKÁ MIKROBIOLOGIE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Garant: MUDr. Helena Žemličková, Ph.D. – pátek / 7. 10. 2011 / 10.30–11.30

Dobrý den, rezistence, mohu dál?

MUDr. Václava Adámková¹,

MUDr. Zuzana Blechová²

¹ Klinická mikrobiologie a ATB centrum
Ústavu klinické biochemie a laboratorní
diagnostiky 1. LF UK a VFN, Praha

² I. Infekční klinika 2. LF UK

a FN Bulovka, Praha

Akutní respirační onemocnění patří mezi nejčastější infekční onemocnění v ordinaci praktického lékaře. Racionální terapie těchto infekcí vychází ze základních principů a znalostí klinické mikrobiologie.

V etiopatogenezi akutních respiračních infekcí se uplatňují především viry, bakteriální původci jsou méně časté, a proto antibiotická léčba není indikovaná u každého pacienta. Neindikované podávání antibiotik je jednou z příčin rozvoje rezistence bakterií k antibiotikům.

Mezi základní principy racionální preskripce antibiotik patří, kromě znalostí o etiopatogenezi infekcí, také informace o úrovni citlivosti nebo rezistence bakterií k antibiotikům na národní i lokální úrovni.

Nejčastějšími bakteriálními původci akutních respiračních infekcí jsou *Streptococcus pyo-*

genes, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Branhamella catarrhalis*. U těchto původců se sleduje úroveň rezistence k antibiotikům volby. V roce 2010 byla rezistence kmenů *S. pyogenes*, izolovaných od pacientů s akutní tonzilofaryngitidou, k makrolidům 6,3 %, *S. pneumoniae* k penicilinu 4,5 % a k makrolidům u izolátů z horních a dolních cest dýchacích 7,8 a 11,3 % resp.

Cílem autorů je formou interaktivních kazuistik ukázat na některá úskalí v diagnostice a terapii respiračních infekcí.

BLOK KAZUISTIK MLADÝCH PRAKTIKŮ

Garant: MUDr. Pavel Vychytil – pátek / 7. 10. 2011 / 13.00–15.00

Praktický lékař ve slepých uličkách stesků pacienta

MUDr. Livia Votýpková

Praktická lékařka, Protivín

Akutní selhání ledvin (ASL) je definováno jako náhle vzniklé, potenciálně reverzibilní zhoršení renálních funkcí s následnou poruchou elektrolytové a acidobazické homeostázy, se změnami objemu extracelulární tekutiny a retencí dusíkatých katabolitů. U nemocných se stabilizovanou chronickou renální insuficiencí se za projev ASL považuje vzestup sérového kreatininu na více než dvojnásobek výchozí hodnoty.

V námi prezentované kazuistice došlo k rozvoji akutního selhání ledvin v terénu diabetické nefropatie a hypertenzní nefrosklerózy. Situace byla pravděpodobně způsobena kombinací příčin – dehydratace z nízkého příjmu tekutin při dyspepsii po dietní chybě a s ní související hypotenze, navýšení perorálních antidiabetik, zejména metforminu.

Pacientka byla vyléčena kombinací hemodialyzační a infuzní léčby. Po demisi z hospitalizace byly do medikace navrženy perorální antidiabetika, kompenzace diabetu ale není uspokojivá a výhledově bude pravděpodobně nutný převod na inzulín.

Bolesti břicha jako první příznak vrozené trombofilie

MUDr. Jitka Pegnerová

Ordinace PL, MONSE, Praha

30letý, vážněji nestonající muž. Vyšetřen pro bolesti v L boku a v hypogastriu, zvracení, teplota. Provedeno rtg, sono břicha, laboratoř – vše negativní, NPB při chirurgickém vyšetření vyloučena. Provedena gastrofibroskopie, po D2 negativní nález, analgetika bez většího efektu. Neurologicky vyšetřen bez pozitivního nálezu, rtg s+p negat. Při další kontrole pro bílkovinu v moči a CRP 110 vyšetřen urologem, vyloučena litiáza, nasazena atb. Pro neustupující obtíže provedeno CT břicha s nálezem trombózy pravé větve porty a větve pro S4 jater, vícečetné infarkty sleziny s parciální trombózou lienální žíly v hilu. USG žil DK bez průkazu trombózy. Kolonoskopie s normálním nálezem. Transtorakální echokardiografie s normálním nálezem, jícnové echo vylučuje zkratové vady. Při hematologickém a genetickém vyšetření prokázána heterozygózní mutace genu MTHFR A1298C a heterozygotní mutace genu pro protrombin. Nasazen LMWH s přechodem na trvalou antikoagulaci.

Rabdomyolýza po fenofibrátu při hypotyreóze

MUDr. Igor Minařík

Ordinace PL, MONSE, Praha

Pacient 1960, 1977 fraktura báze s intermeningeálním krvácením, parézy nervů facialis, abducens – ad integrum, přetrvává hypacusis vlevo. Časté bolesti hlavy. Schatzkiho prstenec. Jinak zdrav.

Při preventivní prohlídce zjištěna opakovaně hypertriglyceridemie, doporučena dieta a fenofibrát. 10 dní po nasazení léčby vyšetřen PSPP pro myalgie po fenofibrátu, elevaci myoglobinu a CK, elevaci JT. Podána analgetika, doporučen klidový režim, alkalické limonády a kontrola u OL. Za dva dny výrazné zhoršení laboratorních parametrů, hospitalizace na JIP pro rabdomyolýzu po fenofibrátu, zlepšen během 5 dní.

Z vyšetření podezření na panhipopituitarismus na podkladě traumatu v mládí. Nasazena kortikoterapie.

Testem Synactenem prokázána dostatečná kortikoidní rezerva pro obvyklou životní potřebu. Hypokortikalismus nepotvrzen, doporučeno postupně substituci hydrocortizonem zcela

vynechat. Zabezpečení pouze u závažných stresů. Potvrzena centrální hypotyreóza a centrální hypogonadismus.

Hypotyreóza může zvyšovat riziko svalového poškození po hypolipidemiích, v ČR dosud rabdomyolýza po fibrátu hlášena pouze 2x.

Purulentní meningitida – příznak autoimunitního onemocnění

MUDr. Tomáš Novotný
Ordinace PL, MONSE, Praha

Pacient 1980, dosud zdravý, přichází pro febrilie, artralgie, cefaleu, bolesti bederní páteře, bolesti v krku. Palpační citlivost v hypogastriích, pozitivní tapottement vpravo, CRP 75 mg/l. Nasazen Nolicin. Za dva dny mizí bolesti beder, přetrvávají febrilie, CRP 86 mg/l. USG břicha – hyperemie ledvin. Moč neg. Hospitalizace – hledán infekční fokus. Diagnostikována epididymitida s hydrokelou, během antibiotické a kortikoidní terapie regrese nálezu, přetrvávají febrilie. Suspekce na autoimunitní proces, nepotvrzeno. Po třítydenní hospitalizaci pacient doporučen k diagnostice na infekční kliniku. Při příjmu znovu zhoršení stavu, CRP 280 mg/l, meningeální iritace, hnis v likvoru, bez průkazu agens. Přeléčen antibiotiky, mírné zlepšení stavu a vymizení likvorového nálezu, po vysazení ATB recidiva. Zopakováno imunologické vyšetření, pozitivita ASCA protilátek třídy IgA, vysoká hladina cirkulujících imunokomplexů. Měsíc kortikoterapie – dimise s dg proběhlé purulentní meningitidy bez průkazu agens, imunokomplexová patologická reakce při autoimunitním onemocnění, podezření na M. Crohn.

Přehlednutý Pinokio

MUDr. Kateřina Javorská
Praktický lékař pro dospělé,
Nové Město nad Metují

Kazuistika popisuje případ pacientky s chorobou lymfatického systému, jehož prvním příznakem byla krční lymfadenopatie, která byla dlouho a složitě vyšetřována bez stanovení správné diagnózy. Cílem je zdůraznit, že pouze jednostranné zaměření v rámci vyšetřování v primární péči může odpoutat pozornost od příznaků, které jsou mnohdy zřejmé na první pohled, ale bez neustálého komplexního přístupu je lze lehce přehlédnout.

Růže z pekla nedá spát

MUDr. Norbert Král
Lékařská ordinace Vyšehrad s.r.o., Praha

Herpes zoster patří mezi onemocnění, se kterým se praktický lékař setkává často. Incidence se pohybuje okolo 2 až 3 osob na tisíc obyvatel. 20% populace jej prodělá alespoň 1x během života, více náchylní jsou imunokompromitovaní a senioři. Prodromální období je sice z velké části doprovázeno nespecifickými obtížemi, ale výsev je typický, proto bývá také označován jako herpetiformní. Opomeneme-li výskyt v oční lokalitě, kdy je pacienta vhodné předat urgentně do rukou očního specialisty, není léčba nikterak náročná. Hlavní obavou je výskyt postherpetické neuralgie, neurologické projevy spojené s různým charakterem a intenzitou bolesti. Následná léčba je komplikovaná a přináší řadu úskalí. Zvláště důležitá je včasná diagnóza Herpes Zoster a účinně dávkovaná antivirotická léčba.

Srdeční záležitost

MUDr. David Halata
Praktický lékař pro dospělé, Hošťálková

V průběhu sezony akutních respiračních infekcí jsou popisovány u jednotlivých pacientů různá orgánová postižení, která mají pravděpodobně souvislost se základním infekčním onemocněním.

Akutní perikarditida je vzácnou komplikací virového infektu horních cest dýchacích. V zimních měsících roku prochází ordinací všeobecného praktického lékaře mnoho pacientů s akutním respiračním infektem. Praktik mnohdy pracuje pod časovým tlakem a rychle, „obyčejnost“ onemocnění svádí k podcenění diagnostiky. Pomyslet na možnou mimoplicní komplikaci akutního respiračního infektu může výrazně změnit další osud pacienta. Kazuistika popisuje pacientku s přecházeným protrahovaným infektem dýchacích cest přicházející do ambulance všeobecného praktického lékaře pro pocit úzkosti, trnutí levé horní končetiny, pálivou bolest na hrudi. Charakteristické příznaky akutní perikarditidy, prekardiální bolest, perikardiální třecí šelest a elevace úseku ST na EKG, nejsou plně vyjádřeny. Prvotní pracovní diagnóza byla akutní infarkt myokardu. Dalším došetřením stanovena diagnóza virové perikarditidy.

Trombus dvojí tváře

MUDr. Nela Šrámková
Praktická lékařka, Ordinace Mucha, s.r.o., Praha

Kazuistika popisuje případ pacienta, který byl v naší ordinaci vyšetřován pro celkové příznaky, dušnost a následně nález rezistence nejasné etiologie. Cílem sdělení je poukázat na svízelnou, ale zajímavou diferenciální diagnostiku nejen v primární, ale i specializované péči.

[illegible]

OLOMOUC

II. ročník

Záštitu nad akcí převzali:

- rektor UP prof. RNDr. Miroslav Mašláň, CSc.,
- děkan LF UP prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.
- primátor města Olomouc Martin Novotný,
- zástupce ředitele FN Olomouc
doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.
- náměstek hejtmána Olomouckého kraje
MUDr. Michael Fischer

3. listopadu 2011
NH Olomouc Congress



Odborný garant doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA

Program ▶ **Kardiologie** – garant doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA
▶ **Gastroenterologie** – garant prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.
▶ **Gynekologie** – garant doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.
▶ **Paliativa** – garant MUDr. Dagmar Palasová
▶ **Psychiatrie** – garant prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

Zájemci o aktivní účast, hlaste se nejpozději do 2. 10. 2011 na mail bartakova@solen.cz.

Povinnou součástí přihlášky je abstrakt v rozsahu 20 řádků s uvedením plného jména se všemi tituly a názvem pracoviště. Po zařazení sdělení do programu Vám zašleme šablonu pro dodání kompletní prezentace (maximálně 8 slidů), která bude zařazena do tištěného sborníku. Délka sdělení nesmí včetně případné diskuze překročit 10 minut.

Akce bude ohodnocena kredity pro lékaře, sestry a záchranáře v rámci kontinuálního vzdělávání ČLK

Pořadatel I. interní klinika LF UP a FN Olomouc a SOLEN, s. r. o.

Poplatek 400 Kč pro lékaře i sestry; při platbě na místě + 200 Kč; poplatek zahrnuje: účast na odborném programu, doklad o absolvování vzdělávací akce, veškeré tiskové materiály včetně sborníku tištěných prezentací přednášek s podrobným programem kongresu, vstup na doprovodnou expozici firem, občerstvení mezi přednáškovými bloky.

Přihlášky k účasti do **23. 10. 2011** online na www.solen.cz, nebo mailem na registrace@solen.cz

Organizační sekretariát SOLEN, s. r. o., Lazecká 51, 779 00 Olomouc
Mgr. Herta Šustková, tel.: 585 209 207, mob.: 777 622 039, sustkova@solen.cz

Programové zajištění SOLEN, s. r. o., Lazecká 51, 779 00 Olomouc
Zdeňka Bartáková, tel.: 585 242 681, mob.: 777 557 416, bartakova@solen.cz
Mgr. Iva Daňková, tel.: 582 397 407, mob.: 777 557 411, dankova@solen.cz

Zajištění výstavních ploch Mgr. Kristina Šafářová, SOLEN, s. r. o., Lazecká 51, 779 00 Olomouc,
tel.: 220 941 316, mob.: 724 984 452, safarova@solen.cz

Přihlášky k účasti: do 23. října 2011 / nejrychlejší přihlášení na www.solen.cz

POŘADATELÉ

- Klinika kardiologie,
IKEM, Praha

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

MEDICÍNA PRO PRAXI

VIII. kongres praktických lékařů a sester

6.–7. října 2011, HOTEL OLYMPIK TRISTAR, Praha

HLAVNÍ PARTNER



PARTNEŘI

COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.

EWOPHARMA, spol. s.r.o.

EXBIO Olomouc s.r.o.

GlaxoSmithKline, s.r.o.

SYNLAB.CZ s.r.o.

KIMBERLY-CLARK EUROPE LIMITED

Lindcare CZ s.r.o.

MEDIAL spol. s r.o.

Mediclinic a.s.

Nycomed s.r.o.

Pharma Agency, s.r.o.

POLYMED medical CZ, a.s.

QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.

Společnost "E" –

Czech Epilepsy Association, o. s.

SVUS Pharma, a.s.

SWISS PHARMA, spol. s.r.o.

Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.

UNTRACO, v.o.s.

Vitabalans CZ, s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

*Medicína
pro praxi*

 GRADA

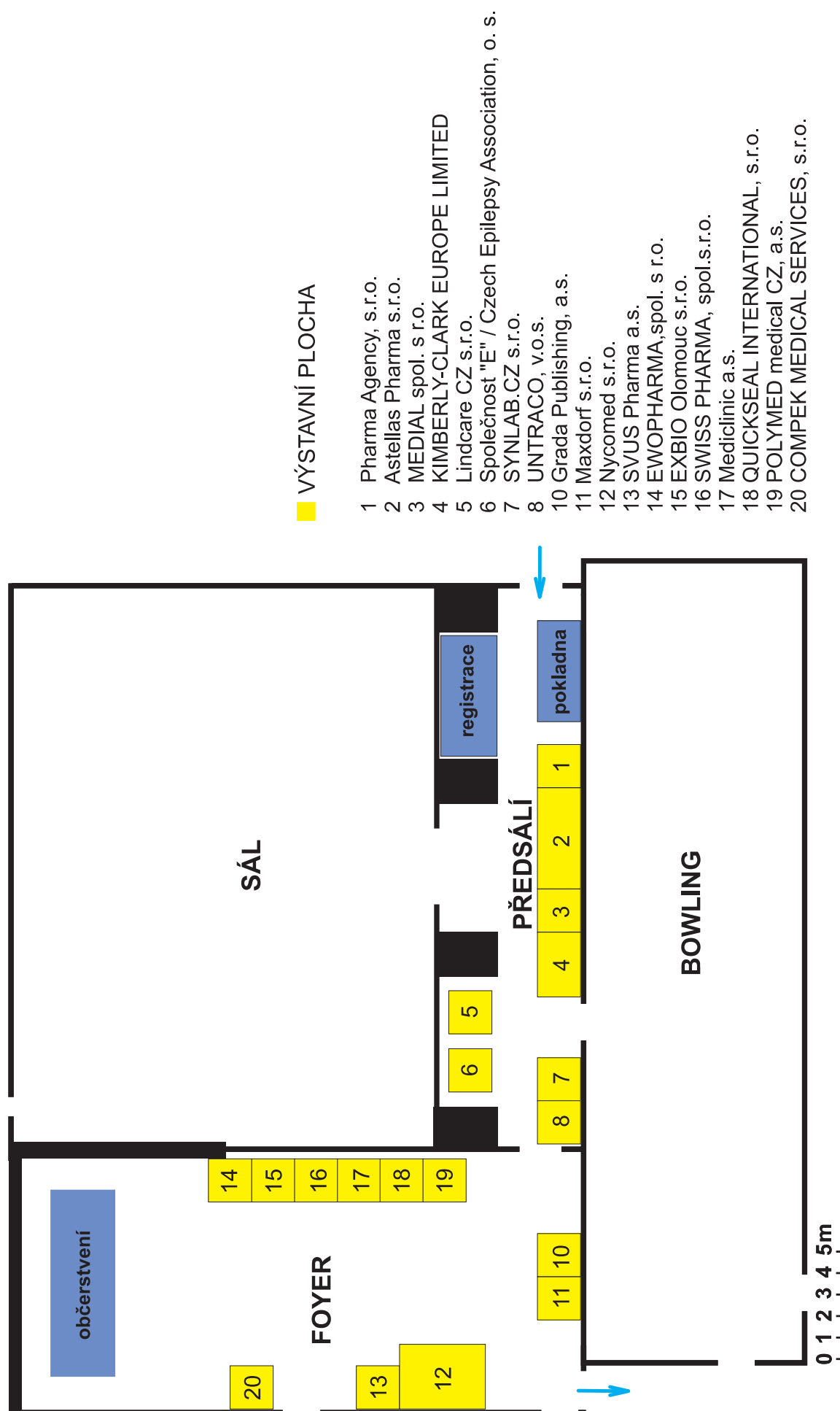

portál

 maxdorf

proLékaře
www.prolekare.cz

MEDICÍNA PRO PRAXI – VIII. kongres praktických lékařů a sester

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci
6.–7. 10. 2011, HOTEL OLYMPIK TRISTAR, Praha



Duomox[®]

CÍLENÁ LÉČBA KOMUNITNÍCH INFEKcí*



ASTELLAS PHARMA s.r.o.
Sokolovská 100/94, 186 00 Praha

Zkrácená informace o přípravku DUOMOX[®] tablety:

Amoxicillinum 250, 375, 500, 750, 1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitis a akutní exacerbaci chronické bronchitis v komunitě. **Další indikace:** Infekce způsobené mikroorganismy, které jsou citlivé k amoxicilinu, jako: některé jiné infekce dýchacích cest, infekce urogenitálního traktu, infekce gastrointestinálního traktu, infekce kůže a měkkých tkání. **Způsob podání:** DUOMOX[®] se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. DUOMOX[®] tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchuť. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému β-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Pacienti mající současně i virovou infekci, zejména infekční mononukleózu, pacienti s lymfatickou leukémií. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Těhotenství a laktace:** Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství nebyla ověřena. Amoxicilin je do mateřského mléka vylučován jen v malých množstvích. **Velikost balení:** DUOMOX[®] 250: 20 tbl, DUOMOX[®] 375: 20 tbl, DUOMOX[®] 500: 20 tbl, DUOMOX[®] 750: 20 tbl, DUOMOX[®] 1000: 14 nebo 20 tbl. **Poslední revize textu:** 12. 8. 2009. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Registr, číslo:** 15/270/93-C. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu.

*Karen I, Havlík J, Kolek V, Matoušková M. RACIONÁLNÍ ANTIBIOTICKÁ TERAPIE RESPIRAČNÍCH A KOŽNÍCH INFEKcí V ORDINACI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE 2011. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. www.svl.cz