

Medicína

PRO PRAXI

Suppl. B
2012

www.solen.cz

ISSN 1803-5906

ROČNÍK 9.

Abstrakta

MEDICÍNA PRO PRAXI

IX. kongres praktických lékařů a sester

18.–19. října 2012, Praha

Klinika kardiologie IKEM, Praha

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Duomox®

Velmi klasický.
Velmi moderní.



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 sinusitidy a akutní exacerbaci chronické bronchitidy. **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. **Dávkování:** Dospělí a děti nad 40 kg: 500 mg každých 8 hodin, u chronických, recidivujících a závažných infekcí lze dávky zvýšit až na 750–1000 mg každých 8 hodin. Děti pod 40 kg: 40–90 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek (celkem < 3 g) v závislosti na indikaci, závažnosti onemocnění a citlivosti patogenu. Při poškození ledvin je často nutno upravit dávku. Léčba musí pokračovat 3–4 dny po vymizení klinických příznaků. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. DUOMOX® tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou, nebo je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchut. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému beta-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Pacienti mající současně i virovou infekci, zejména infekční mononukleózu, pacienti s lymfatickou leukémií. **Interakce:** Probenecid, fenylbutazon, oxyfenbutazon, kyselina salicylová (v menší míře), indometacin a sulfinpyrazon prodlužují poločas amoxicilinu v plazmě a zvyšují jeho hladiny. Souběžné užívání amoxicilinu s perorálními kontraceptivy může být spojeno se sníženou účinností kontraceptiva. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Upozornění:** Zřídka může dojít i k závažným případům hypersenzitivity, léčba amoxicilinem musí být okamžitě zastavena. Při léčbě se mohou vyskytnout superinfekce. Při vzniku těžkého průjmu je třeba uvažovat o možnosti pseudomembranózní kolitidy. Zvláštní pozornost je třeba věnovat podávání nezralým novorozencům a během novorozeneckého období vůbec. **Těhotenství a laktace:** Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství a při kojení nebyla ověřena. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Datum poslední revize textu:** 23.2.2011. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94,186 00 Praha 8, Česká republika. **Registr. číslo:** 15/270/93-A/C, B/C, C/C, D/C, E/C. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu. Výdej přípravku DUOMOX® je vázán na lékařský předpis. DUOMOX® je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

POŘADATELÉ

- Klinika kardiologie,
IKEM, Praha

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

MEDICÍNA PRO PRAXI

IX. kongres praktických lékařů a sester

18.–19. října 2012, Kongresové centrum U HÁJKŮ, Praha

Pořadatel

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

Prezident

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

Programový výbor

prof. MUDr. Petr Husa, CSc.,
prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.,
Mgr. Bc. Miloš Máca,
MUDr. Martina Olejárová, CSc.,
prof. MUDr. Jan Roth, CSc.,
doc. MUDr. Jan Vokurka, CSc.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba:

Ing. Petra Daňková, 582 397 457, 777 557 415, petra.dankova@solen.cz

Programové zajištění:

Mgr. Jitka Strouhalová, 582 330 438, 777 714 680, strouhalova@solen.cz

Zajištění výstavních ploch:

Mgr. Martin Jiša, 233 340 201, 734 567 855, jisa@solen.cz

Praha 18. 10–19. 10. 2012, KONGRESOVÉ CENTRUM U HÁJKŮ, Praha

Účast na akci bude v rámci postgraduálního vzdělávání ohodnocena 12 kredity pro lékaře a 8 kredity pro sestry a farmaceuty.

MEDICÍNA PRO PRAXI – IX. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ A SESTER

Supplementum B Medicína pro praxi

Citační zkratka: Medicína pro praxi; 9(Suppl. B).

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

Grafické zpracování a sazba: Aneta Mikulíková, mikulikova@solen.cz

ISSN 1803–5906

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

ČTVRTEK 18. ŘÍJNA

9.00–9.05 ZAHÁJENÍ

9.05–10.30 KARDIOLOGIE – PACIENT SE SRDEČNÍM ONEMOCNĚNÍM V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
Předsedající: prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

- Diagnostika a léčba srdečního selhání – M. Hegarová
- Program transplantace srdce – M. Podzimeková
- Praktické problémy v péči o pacienta po srdeční transplantaci – L. Hošková
- Léčba stabilní námažové AP – P. Ošťádal

10.30–10.55 PŘESTÁVKA

10.55–12.00 NEUROLOGIE
Předsedající: prof. MUDr. Jan Roth, CSc.

- Migréna – J. Marková
- Alzheimerova nemoc – R. Rusina
- Epilepsie – P. Bušek

12.00–12.20 SYMPOZIUM TEVA

- Někteří pacienti s roztroušenou sklerózou stále čekají na určení správné diagnózy – E. Havrdová

12.20–12.25 SPOLEČNOST E

- Podpora lidí s epilepsií – M. Havlová

12.25–13.25 POLEDNÍ PAUZA

13.25–14.55 MALNUTRICE – PROBLÉM 21. STOLETÍ
Předsedající: MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

- Výživa pacientů s nádorovým onemocněním – L. Slováček
- Výživa ve stáří – J. Krupková
- Enterální klinická výživa v ordinaci praktického lékaře – B. Skála
- Firemní sympozium – Nutricia Nutridrink – V. Mošňová

14.55–15.20 PŘESTÁVKA

15.20–15.40 VARIA

- Léčivé přípravky vs. doplňky stravy – právní a praktické aspekty – V. Végh

15.40–16.45 INFECTOLOGIE – KLINICKÁ MIKROBIOLOGIE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
Předsedající: MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová

- Antibiotika – dvousečná zbraň v rukou lékaře – V. Adámková, Z. Blechová

16.45 WELCOME BANKET



PREDUCTAL[®] MR

Trimetazidin 35 mg

2 tablety denně

1 hemodynamický lék

+

1 metabolický lék
Predictal MR



optimální léčba anginy pectoris²⁻⁴



**OVLIVŇUJE METABOLICKOU
PODSTATU ISCHEMIE¹**

1) Kantor PF, Lucien R, Lopaschuk GD (experimentální studie). *Circ Res* 2000; 86: 580-588. 2) Chaloupka V et al. TRIADA. *Cor Vasa* 2005; 47 (12): 470-474. 3) Chazov EI et al. *Am J Ther* 2005; 12: 35-42. 4) Manchanda SC et al. *Int J Cardiol* 2003; 88: 83-89.

Zkrácená informace o přípravku Predictal[®] MR

Kvalitativní a kvantitativní složení: Trimetazidin dihydrochloridum 35 mg v jedné tabletě s řízeným uvolňováním. **Indikace:** Dlouhodobá profylaktická léčba anginy pectoris u dospělých v monoterapii nebo v kombinaci s jinými přípravky. **Dávkování a způsob podání:** 1 tableta (35 mg) 2 krát denně (ráno a večer) v průběhu jídla (70 mg/den). Tablety se užívají celé v průběhu jídla a zapíjejí se tekutinou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na účinnou látku nebo pomocné látky. **Speciální upozornění:** Přípravek se neužívá k léčbě akutního záchvatu anginy pectoris, zároveň také není indikován k počáteční léčbě nestabilní anginy pectoris nebo infarktu myokardu, ani ve fázi před hospitalizací, ani během prvních dnů hospitalizace. **Interakce:** Žádné. **Těhotenství a kojení:** Podání přípravku Predictal MR se nedoporučuje během těhotenství a kojení. **Nežádoucí účinky:** časté: poruchy nervového systému (závrať, bolest hlavy), GIT poruchy (bolest břicha, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení), poruchy kůže (vyrážka, svědění, kopřivka), astenie. **Velikost balení:** 60 potahovaných tablet s řízeným uvolňováním. **Uchování:** při teplotě do 25 °C. **Registrační číslo:** 83/328/01-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Úplná informace o přípravku viz Souhrn údajů o přípravku. **Datum revize textu:** 13. 3. 2012.

Přípravek je dostupný v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Informace o konkrétních podmínkách úhrady vám podají zástupci společnosti Servier s.r.o.

INFORMACE NA ADRESE: Servier s.r.o., Klimentská 46, 110 02 Praha 1, tel.: 222 118 312, fax: 222 118 300, www.servier.cz.



PÁTEK 19. ŘÍJNA

9.00–10.05 INFЕКTOLOGIE – OČKOVÁNÍ

Předsedající: prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

- Úloha praktických lékařů v diagnostice a léčbě virových hepatitid – P. Husa
- Člověk infikovaný HIV v ordinaci praktického lékaře – S. Snopková
- Splenektomovaný pacient v ambulanci praktického lékaře – P. Polák

10.05–10.10 PŘEDSTAVENÍ HOSPICE CESTA DOMŮ

- Co nabízí mobilní hospicová péče praktickému lékaři? – M. Uhlíř

10.10–10.30 PŘESTÁVKA (BENEFIČNÍ AUKCE OBRAZU MARCELA HUBÁČKA)

10.30–11.10 VARIA

- Renální sympatektomie jako způsob léčby hypertenze vs. farmakoterapie – V. Teplan
- Diagnostika lymfsc boreliózy v současných laboratorních podmínkách – B. Boualay

11.10–12.15 REVματοLOGIE

Předsedající: MUDr. Martina Olejárová, CSc.

- Časná diagnostika revmatoidní artritidy – H. Mann
- Časná diagnostika spondylartritid – M. Fojtíková
- Degenerativní onemocnění páteře a periferních kloubů – M. Olejárová

12.15–13.40 POLEDNÍ PAUZA

13.40–14.45 OTORINOLARYNGOLOGIE

Předsedající: doc. MUDr. Jan Vokurka, Ph.D.

- Screening sluchových poruch, vyšetřování sluchu a současné možnosti léčby a kompenzace nedoslýchavostí – J. Bouček, J. Skřivan, J. Kluch
- Jednodenní a ambulantní chirurgie v oboru ORL a chirurgie hlavy a krku – T. Fořt, J. Vokurka
- Novinky v rinologii – J. Vokurka

14.45–15.05 PŘESTÁVKA

15.05–16.10 AKTUÁLNÍ VÝVOJ V PROBLEMATICE OCHRANY OSOBNOSTI

- Aktuální vývoj v problematice ochrany osobnosti – M. Máca

16.10–16.30 LOSOVÁNÍ KONGRESOVÉ ANKETY SOLEN

16.30 ZÁVĚR KONGRESU

Srdečně Vás zveme na benefiční aukci obrazu Marcela Hubáčka „Letící anděl“ (84 x 72 cm), která se uskuteční

v pátek **19. října** 2012 od **10.10**

v **přednáškovém sále** Kongresového centra U Hájků v Praze.

Vývolávací cena je 8 000 Kč.

Výtěžek aukce bude věnován hospici Cesta domů v Praze.



**... je zde
jednoduché
řešení**

VEČERNÍ A NOČNÍ „NÁJEZDY“ NA LEDNICI
(SNÍTE, NA CO PŘIJDETE - VZATO DOSLOVNĚ)
DVĚ JÍDLA V RYCHLÉM OBČERSTVENÍ BĚHEM TYDNE
PRACOVNÍ POHOVOR (PŘILÚŠ NERVÓZNÍ, ABYSTE JEDLI)
OCHUTNÁVKA VÍNA S PŘÁTELI
PIVO PŘI SEDOVÁNÍ ZÁPASU
ZMRZLINA (NEBO DVĚ)
STRES ZE STĚHOVÁNÍ
MEDLENÍ GRILOVÁNÍ
KÁVA SE ŠEFEM
CIGARETY
ANTIBIOTIKA

[illegible][illegible]

Received: 12.11.2017, Accepted: 12.11.2017, Published: 12.11.2017

Kardiologie – pacient se srdečním onemocněním v ordinaci praktického lékaře

Předsedající: prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

čtvrtek / 18. 10. 2012 / 9.05–10.30

Diagnostika a léčba srdečního selhání

MUDr. Markéta Hegarová

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Při udávané prevalenci chronického srdečního selhání (CHSS) trpí tímto syndromem v České republice kolem 200 tisíc nemocných. CHSS zásadním způsobem ovlivňuje jejich prognózu a kvalitu života. Jako všichni chronicky nemocní potřebují tito pacienti komplexní péči široce přesahující jeden medicínský obor.

Nepříznivou prognózu lze významně ovlivnit moderními léčebnými postupy. V posledních dvaceti letech se převratně rychle vyvinuly a zlepšily farmakologické i nefarmakologické možnosti léčby, nedošlo však, alespoň ne v naší zemi, k adekvátnímu vybudování struktury péče. Zcela chybí lokálně dostupné stacionáře a specializované ambulance CHSS, zcela chybí kvalifikovaná domácí péče vedená specializovanými sestrami. Přitom na jedné straně identifikace nemocných a nasměrování k vhodné léčbě a na druhé straně kvalitní paliativní péče jsou zcela zásadní pro další osud nemocných.

Spolupráce specializovaných pracovišť v kardiocentrech s kardiology a praktickými lékaři, jejich ochota komunikovat, spolupracovat a často pracovat nad „běžný rámec povinností“ je tak jedinou možnou současnou cestou.

Toto sdělení bude zaměřeno na stručný přehled současných možností diagnostiky a moderní léčby syndromu CHSS. Druhá část bude z výše uvedených důvodů vedena jako soubor praktických doporučení, jak pečovat o nemocné s CHSS v ordinaci praktického lékaře.

Program transplantace srdce

MUDr. Mariana Podzimeková

Klinika kardiologie IKEM, Praha

První úspěšná transplantace srdce na světě proběhla r. 1967 v Jihoafrické republice pod vedením prof. Ch. Barnarda. První úspěšná transplantace srdce v ČR, resp. ČSSR, byla provedena 31. 1. 1984 v IKEM, v Praze, týmem prof. P. Firta a prof. J. Hejnalů.

V současné době je transplantace srdce již zavedenou léčebnou metodou. Je vyhrazena pro pacienty v terminální fázi srdečního selhání, kde byly vyčerpány jiné možnosti léčby. Základní diagnózou většiny nemocných je KMP a ICHS. Transplantace je kontraindikována u nemocných s maligním onemocněním nebo dalšími závažnými komorbiditami, relativně pak i věkem příjemce. Každý pacient zvažovaný k transplantaci (Tx) je podrobně vyšetřen; vedle standardních jsou nutná i speciální vyšetření týkající se přípravy k transplantaci. Nemocný indikovaný k Tx je zařazen na čekací listinu v běžném nebo urgentním pořadí, dle klinického stavu. Urgentní pořadí má při výběru příjemce přednost.

Systém péče o transplantovaného pacienta se stále vyvíjí, cílem je zajistit nemocnému optimální kvalitu života a minimalizovat komplikace a nežádoucí účinky imunosupresivní léčby. Imunosupresi musí transplantovaný pacient brát celoživotně. Již peroperačně dostává tzv. indukční léčbu, na kterou navazuje dlouhodobá kombinovaná léčba. Dávkování se pečlivě sleduje a přestože vychází z doporučených schémat, každý nemocný má svoji medikaci svým způsobem „šitou na míru“. V prvním půl roce jsou pacienti kontrolováni formou hospitalizací, následně, při nekomplikovaném průběhu, jsou předáni do péče specializované ambulance. Ta zajišťuje kompletní péči o pacienta. Vedle palety obvyklých vyšetření se pravidelně sleduje hladina imunosupresiv, důležitou roli má echokardiografické vyšetření, informující o funkci ště-

pu. Zlatým standardem v detekci rejekce je stále endomyokardiální biopsie. Frekvence biopsií je logicky nejvyšší v prvních šesti měsících, kdy je riziko rejekce nejvyšší. Rejekce se však může vyskytnout i v oddáleném období po Tx.

S imunosupresí úzce souvisí výskyt a charakter komplikací, se kterými se setkáváme a které léčíme. Jsou to: infekce, jejichž etiologie i průběh u transplantovaných může být značně bizarní, častá je renální insuficience, dále hypertenze, hyperlipoproteinemie, osteoporóza, nádorová onemocnění, koronární nemoc štěpu. Pro optimální osud transplantovaného pacienta je vedle odborné péče důležitá edukace a motivace pacienta k zájmu o léčbu, velký význam má spolupráce s příslušným ošetřujícím lékařem v terénu, ať už praktickým lékařem nebo kardiologem či internistou.

Praktické problémy v péči o pacienta po srdeční transplantaci

MUDr. Lenka Hošková

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Zlepšení dlouhodobých výsledků po transplantaci srdce (TxS) přineslo s sebou i určité komplikace vyplývající z podávání imunosupresivní léčby, především kalcineurinových inhibitorů (CNI).

Zatímco v prvních 6 měsících jsou pacienti nejvíce ohroženi rejekcí štěpu, dlouhodobá péče přináší specifické problémy, jako jsou infekce, malignity nebo koronární nemoc. Častým problémem po Tx srdce je rozvoj renální dysfunkce, na níž se výrazně podílí toxicita (CNI).

Koronární nemoc štěpu je závažnou komplikací po TxS, která významně ovlivňuje dlouhodobé přežívání. Vyskytuje se u 40 % pacientů již za 3 roky po Tx. Důsledkem koronární nemoci je ischemie štěpu, která se obvykle neprojevuje typickými bolestmi na prsou, ale může dojít ke vzniku klinicky němého infarktu myokardu nebo rozvoji dysfunkce levé komory, častým projevem je i náhlá smrt. Některé studie ukazují, že použití nových imunosupresiv, např. sirolimu nebo everolimu může snížit výskyt příhod v důsledku cévního poškození. K její prevenci se používají statiny již od časného období po transplantaci.

Další problém představují **infekce**, postihují 40–70 % nemocných v prvním roce po Tx. Kromě bakteriálních infekcí jsou u transplantovaných zcela běžné atypické infekce jako aspergilóza, nokardióza, toxoplazmóza nebo systémové mykózy, z herpetických virů se uplatňuje především cytomegalovirus (CMV). Klinický obraz CMV infekce se může projevit poškozením zažívacího traktu, nervového systému či myokardu nebo intersticiální pneumonií, často však probíhá jako necharakteristické horečnaté onemocnění. V krevním obraze bývá leukopenie či trombocytopenie.

Rozvoj **renální dysfunkce** je další závažnou komplikací po Tx srdce. Renální funkce se progresivně snižují, u 5–10 % nemocných dochází k renálnímu selhání. Prevence rozvoje renální dysfunkce je obtížná, je nutné udržovat co nejnižší účinnou dávku cyklosporinu nebo takrolimu a nepodávat současně nefrotoxicke léky. Jednou z cest, jak zamezit nefrotoxicitě kalcineurinových inhibitorů, je použití tzv. TOR inhibitorů (sirolimu nebo everolimu). Výsledky některých klinických studií ukazují na zlepšení renálních funkcí po konverzi.

Hypertenze se po Tx srdce vyskytuje téměř u 90 % nemocných, významný vliv má především podávání CNI a kortikoidů. Dostatečné kontroly u většiny nemocných dosáhneme až kombinovanou antihypertenzní léčbou.

Porucha lipidového metabolismu je častým a závažným problémem. Cílových hodnot cholesterolu a triglyceridů dosáhneme jen u 60–70 % nemocných. Podávání statinu je součástí medikace, bezpečnými léky jsou pouze fluvastatin a pravastatin (u ostatních statinů je riziko rhabdomyolýzy.) Lékem první volby je fluvastatin. Přetrvávající porucha lipidového metabolismu je indikací ke konverzi na tacrolimus a pak lze podávat místo fluvastatinu atorvastatin.

Nádorová onemocnění se u pacientů po Tx srdce vyskytují 4–7× častěji než v běžné populaci a rychleji progredují. Postihují relativně mladší věkovou skupinu a jejich incidence stoupá s dobou po TxS. Nejčastěji se vyskytují kožní nádory. Léčba závisí na lokalizaci a typu nádoru. Pacienti, kteří mohou být léčeni chirurgickou cestou, mají relativně lepší prognózu.

Péče o pacienty po Tx srdce je komplexní a vyžaduje spolupráci kardiocentra s dalšími odborníky. Pravidelné kontroly kardiologem v transplantačním centru jsou důležité po celý život nemocného, jejich četnost klesá s dobou od transplantace (2–4× ročně). V mezidobí jsou sledováni u spádového kardiologa. Spolupráce s praktickými lékaři je nezbytnou součástí péče o tyto pacienty.

Neurologie

Předsedající: prof. MUDr. Jan Roth, CSc.

čtvrtek / 18. 10. 2012 / 10.55–12.00

Migréna

MUDr. Jolana Marková

Neurologická klinika Thomayerovy nemocnice/IPVZ Praha

Migréna patří mezi primární bolesti hlavy. Toto onemocnění postihuje nezanedbatelnou část populace, v dospělém věku více žen než mužů. Migréna neohrožuje život pacientů, může jej však značně znepríjemnit tím, že záchvat neočekávaně omezí všechny běžné denní aktivity. Definice typů migrény je uvedena v klasifikaci podle IHS (International Headache Society). Příčina migrény není ještě do všech podrobností vysvětlena. Dispozice pro migrénu je pravděpodobně geneticky podmíněna. Na rozvoji migrenózního záchvatu se podílí hypersenzitivita trigemino-vaskulárního systému, který zprostředkuje rozvoj sterilního zánětu kolem drobných arteriol. Z těchto struktur jdou signály o nocicepci do podkorových a korových center mozku, kde dochází k uvědomění si bolesti. Migréna se dá uspokojivě léčit. Můžeme léčit jak akutní migrenózní záchvat, tak ovlivnit i frekvenci a intenzitu záchvatů migrény profylaktickou léčbou. V terapii akutního záchvatu se užívají analgetika, nesteroidní antirevmatika, deriváty ergotaminu a triptany. Uvedeny kontraindikace podání triptanů. V profylaktické terapii se užívají antiepileptika, antidepressiva, betablokátory, blokátory kalciových kanálků i magnézium. Cílem profylaktické léčby je redukce počtu záchvatů i intenzity záchvatů na méně než 50 %. Ke zvládnutí onemocnění mohou přispět i režimová opatření.

Alzheimerova nemoc

MUDr. Robert Rusina, Ph.D.

Neurologická klinika IPVZ a Thomayerovy nemocnice, Praha

Alzheimerova nemoc postihuje především neurony ve spánkových lalocích a v hipokampech, které jsou nezbytné nejen pro vybavování uložených informací v paměti, ale především i pro správné ukládání nových informací do dlouhodobé paměti. Proto je porucha paměti klíčovým klinickým projevem Alzheimerovy nemoci. S postupem onemocnění i na další oblasti mozkové tkáně se postupně objevují i potíže s orientací v čase a prostoru, horší schopnosti řeči a dochází posléze i k narušení úsudku a chování. Mnozí pacienti si své obtíže neuvědomují vůbec, nebo jen částečně.

Hlavním rizikovým faktorem Alzheimerovy nemoci je věk. S postupným stárnutím populace v rozvinutých zemích se počet pacientů s Alzheimerovou nemocí bude v příštích letech výrazně zvyšovat. Ve věkové skupině 65 let trpí Alzheimerovu nemocí odhadem 3 % populace, u devadesátiletých již každý třetí senior. Ženy jsou postiženy o něco častěji než muži.

Nemoc se rozvíjí zpočátku nepozorovaně, v mnoha případech jsou první příznaky zapomínání dávány do souvislosti s přirozeným stárnutím. Často se ale nemoc může skokem zhoršit, a tím na sebe upozornit, pokud dojde k nečekané zátěži (například těžší infekce, operace, úmrtí v rodině). Podstatou nemoci je ukládání beta-amyloidu a tau proteinu do mozkové tkáně, což vede k postupnému zániku nervových buněk. Nejohroženější populací buněk jsou právě paměťové buňky v hipokampech.

Asi 5 % Alzheimerovy nemoci je způsobeno určitou mutací (změnou v genetické informaci), v současné době bylo již rozpoznáno přes 80 různých mutací. Nicméně u 95 % pacientů s Alzheimerovou nemocí není prokázána jednoznačná dědičnost, i když výskyt Alzheimerovy nemoci v nejbližším příbuzenstvu (rodiče, sourozenci) o něco zvyšuje riziko nemoci.

Terapie Alzheimerovy nemoci je tím účinnější, čím dříve se nasadí, proto je včasné rozpoznání onemocnění předpokladem dlouhodobějšího a lepšího účinku léčby. Podstatou farmakoterapie jsou kognitiva, léky zvyšující přítomnost a dostupnost neuopřenašeče acetylcholinu a glutamátu v mozku. Velmi důležitá je i léčba komplikací, především poruch chování, přidružených depresivních stavů a postižení hybnosti.

Epilepsie

MUDr. Petr Bušek, Ph.D.

Neurologická klinika 1. LF UK, Praha

Epilepsie patří mezi častá neurologická onemocnění a postihuje kolem 1 % populace. Její diagnóza je dána výskytem opakovaných neprovokovaných epileptických záchvatů, přičemž epileptickým záchvatem rozumíme paroxysmální poruchu chování, emocí, motorických funkcí nebo vnímání na podkladě abnormální neuronální aktivity.

Existuje celá řada epileptických syndromů, které se vzájemně liší etiologií, typem záchvatů, průběhem a odpovědí na léčbu. Epilepsie lze dělit na generalizované a fokální, dle etiologie jsou pak epileptické syndromy klasifikovány jako idiopatické, kde se předpokládá genetická příčina, symptomatické (známá příčina – např. trauma, mozková příhoda, tumor aj.) či pravděpodobně symptomatické, kdy příčinu nelze prokázat, nicméně lze předpokládat symptomatický původ.

Epileptické záchvaty mohou být buď generalizované, kam řadíme záchvaty tonicko-klonické, tonické, myoklonické, absence a myoklonie nebo fokální (parciální), které mohou být simplexní (bez poruchy vědomí), nebo komplexní (se zastřeným vědomím).

Při vyšetřování pacientů s epilepsií jsou základními diagnostickými prostředky EEG, zobrazovací vyšetření – především MRI a v indikovaných případech bývá důležitým vyšetřením dlouhodobá video-EEG monitorace.

Před stanovením diagnózy epilepsie má zcela zásadní význam odlišení záchvatových stavů jiné, neepileptické etiologie. V diferenciální diagnóze je nutné uvážit celou řadu možností, nicméně nejčastěji je třeba odlišit synkopu a neepileptické psychogenní záchvaty. Diagnóza epilepsie by měla být stanovena vždy na základě pozitivního průkazu epileptických záchvatů, nikoli per exclusi-onem. Rovněž je třeba odlišit tzv. akutně symptomatické epileptické záchvaty, které se objevují krátce po vzniku akutního mozkového poškození (např. trauma, hemoragie, metabolický rozvrat, aj.) a kdy diagnózu epilepsie nestanovujeme.

Přibližně 75 % pacientů dobře odpovídá na léčbu antiepileptiky, přičemž volba vhodného antiepileptika je ovlivněna celou řadou faktorů – daným epileptickým syndromem, přidruženým onemocněním, současně užívanými léky, věkem, u žen v reprodukčním věku je třeba zohlednit event. teratogenní efekt či interakci antiepileptik s hormonální antikoncepcí. U 25 % jedinců je terapeutická odpověď na farmakoterapii nedostatečná a hovoříme o tzv. farmakorezistenci. V těchto případech bývá relativně často velmi úspěšná léčba epileptochirurgická a v některých případech může být indikována implantace vagového stimulatoru.

Mezi významné urgentní stavy v neurologii patří status epilepticus, což je situace, kdy jednotlivé záchvaty navazují za sebou bez návratu vědomí. Vzhledem k poměrně vysoké mortalitě (10–20 %) tento stav vyžaduje včasnou a kvalifikovanou péči na specializovaném pracovišti.

Symposium Teva

čtvrtek / 18. 10. 2012 / 12.00–12.20

Někteří pacienti s roztroušenou sklerózou stále čekají na určení správné diagnózy

prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Roztroušená skleróza je onemocnění s jasným podílem autoimunitních dějů v patogenezi. Postihuje nejčastěji mladé dospělé, 2/3 pacientů jsou ženy. Prevalence onemocnění v ČR je 160–180 pacientů na 100 000 obyvatel. Onemocnění není vyléčitelné a přirozený průběh choroby vede k závažné invaliditě (potřebě opory při chůzi na 100 m u 57 % pacientů během 11–15 let a ke ztrátě pracovní schopnosti u 80 % pacientů během 10 let). Léčba zahrnuje léčbu akutního stavu vysokými dávkami kortikosteroidů (čím dříve, tím lépe) a dlouhodobou imunomodulaci první volby (interferon beta, glatiramer acetát), v případě její neefektivity imunomodulaci druhé volby (eskalační léčbu: natalizumab, fingolimod, mitoxantron). Včasné zahájení léčby je zásadní pro možnost ovlivnit průběh onemocnění. To však naráží na možné ignorování příznaků, které mohou na diagnózu upozornit. Jsou to především senzitivní obtíže (parestezie, hypestezie, hyperestezie), vestibulární syndrom, některé nespecifické příznaky jako excesivní únava a deprese. Motorické, mozečkové a oční příznaky většinou k diagnostickým testům vedou, i když i po prodělání zánětu očního nervu se může stát, že není doplněna MRI a vyšetření likvoru, což jsou dvě základní pomocné vyšetřovací metody, s nimiž lze dle poslední verze diagnostických kritérií (2010) u většiny pacientů stanovit diagnózu s jistotou během velmi krátké doby. Včasné stanovení diagnózy je podmínkou pro zahájení léčby a je pro pacienta jedinou možností oddálení invalidity se všemi pozitivními důsledky pro kvalitu života, práceschopnost a soběstačnost.

Společnost E

čtvrtek / 18. 10. 2012 / 12.20–12.25

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 naprostý 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 1 000 členů, jsou mezi nimi samotní nemocní 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

COPAXONE®



- Je účinný u pacientů s CIS i s RRMS^{2,3}
- Zpomaluje progresi do klinicky prokázané RS³
- Signifikantně snižuje počet relapsů u RRMS²
- Má příznivý bezpečnostní profil z krátkodobého i dlouhodobého hlediska¹⁻³

COPAXONE®: Zkrácená informace o přípravku

Složení: 20 mg glatirameri acetatas. **Léková forma:** Injekční roztok, předplněná injekční stříkačka. **Indikace:** První klinická epizoda u pacientů s vysokým rizikem rozvoje klinicky potvrzené roztroušené sklerózy, snížení frekvence relapsů u ambulantních pacientů s RRMS, a alespoň 2 atakami neurologické dysfunkce v průběhu předchozího dvouletého období.

Dávkování: 20 mg glatiramer acetátu – 1 předplněná injekční stříkačka s.c. 1x denně. U starších osob, a u pacientů s poruchou renálních funkcí nebyl specificky studován. Každý den je nutné měnit místo vpichu – paže, břicho, hýždě, stehno. **Použití v pediatrii:** Adekvátní klinické ani farmakokinetické studie nebyly provedeny. Omezené literární údaje naznačují, že bezpečnostní profil u dospívajících léčených přípravkem Copaxone 20 mg s.c. 1x denně je obdobný jako u dospělých. Nejsou informace o užití Copaxone u dětí do 12 let, proto by přípravek Copaxone neměl být v této věkové skupině použit. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na glatiramer acetát nebo mannitol, u těhotných žen. **Zvláštní upozornění:** Nesmí být podáván i.v. nebo i.m. Je třeba zvýšené opatrnosti u pacientů s kardiologickými problémy v anamnéze. Vzácně se mohou objevit vážné hypersenzitivní reakce. Nejsou důkazy o tom, že by protilátky proti glatiramer acetátu byly neutralizující. U pacientů s renálními poruchami musí být během léčby přípravkem Copaxone sledovány renální funkce. **Interakce:** Nebyly specificky studovány. Zvýšený výskyt reakcí v místě vpichu u souběžné léčby kortikosteroidy. Fenytoin a/nebo karbamazepin: souběžné použití musí být pečlivě monitorováno. **Kojení:** Údaje o vylučování glatiramer acetátu, metabolitů nebo protilátek do mat. mléka nejsou dostupné. Musí být zváženo prospěch pro matku proti relativnímu riziku pro dítě. **Nežádoucí účinky:** reakce v místě vpichu, erytém, bolest, zatvrdnutí, pruritus, otok, zánět a hypersenzitivita. Vazodilatace, tlak na hrudi, dušnost, palpitace nebo tachykardie, byla popsána jako bezprostřední postinjekční reakce. **Velmi časté:** Infekce, chřipka, úzkost, deprese, bolest hlavy, vazodilatace, dušnost, nevolnost, vyrážka, artralgie, bolest v zádech, astenie, bolest na hrudi, reakce v místě injekce, bolest. **Časté:** Bronchitida, gastroenteritida, herpes simplex, otitis media, rhinitida, absces dásní, vaginální kandidóza, benigní novotvar kůže, novotvar lymfadenopatie, hypersenzitivita, anorexie, přírůstek na váze, nervozita dysgeusie, hypertonie, migréna, poruchy řeči, synkopa, tremor, diplopie, oční poruchy, ušní poruchy, palpitace, tachykardie, kašel, senná rýma, zácpa, zubní kaz, dyspepsie, dysfagie, inkontinence stolice, zvracení, neobvyklé jaterní funkční testy, ekchymóza, nadměrné pocení, svědění, poruchy kůže, kopřivka, nucení na moč, polakisurie, retence moči, zimnice, otok tváře, atrofie v místě injekce, lokální reakce, periferní edém, edém, horečka. Méně časté, vzácné a velmi vzácné nežádoucí účinky – viz SPC. **Předávkování:** Do 80 mg nebyly spojeny s jinými nežádoucími účinky, s dávkami vyššími nejsou zkušenosti. Nesmí být mísen s jinými léčivými. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte stříkačky v krabici – chraňte před světlem. Uchovávejte v chladničce (2°C – 8°C) a chraňte před mrazem. Jedenkrát mohou být uchovávány při pokojové teplotě (15°C – 25°C), po dobu až jednoho měsíce. Jestliže nebyly použity a jsou v původním obalu, musí být po této lhůtě vráceny do chladničky. **Balení:** Copaxone 20 mg 7 nebo 28 předplněných inj. stříkaček. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Teva Pharmaceuticals CR s.r.o., Radlická 3185/1c, 15000 Praha 5, Česká republika

Registrační číslo: 59/481/06-C **Datum revize:** 3. 6. 2009

Před předepsáním léku se seznamte se Souhrnem údajů o přípravku. Výdej léku je vázán na lékařský předpis. Hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

Reference: 1. Schrempf W & Ziemssen T. 2007 Autoimmunity Reviews; 6:469-475, 2. Comi G et al. The Lancet, published online October 7,2009, 3. Ford C. Mult Scler Online, first published on January 27, 2010.



ZÁKLADNÍ LÉČBA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY

www.teva.cz

TEVA

- 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 dvouměsíčník 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

Malnutrice – problém 21. století

Předsedající: MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

čtvrtek / 18. 10. 2012 / 13.25–14.55

Výživa pacientů s nádorovým onemocněním

doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.

Klinika onkologie a radioterapie FN a LF UK Hradec Králové

Ambulance paliativní onkologické péče KOC FN Hradec Králové

Je známo, že až 80 % nemocných s pokročilým či metastazujícím nádorovým onemocněním trpí nádorovou anorexií s projevy nádorové kachexie, které zhoršují celkovou prognózu přežití pacienta. Nádorovou kachexii způsobují faktory, které jsou uvolňovány samotnými nádory a zánětlivou reakcí hostitele na přítomnost nádoru. Tyto faktory snižují chuť k jídlu, narušují metabolismus tuků, bílkovin a sacharidů. Jednotlivá stadia kachexie zahrnují: prekachexii, syndrom kachexie a pokročilou kachexii. Poruchy výživy u pacienta s nádorovým onemocněním lze rozdělit do dvou skupin, primární a sekundární. Mezi primární příčiny řadíme vlastní nádorový proces a chronické obtíže či komplikace vznikající v důsledku progresu nádoru. Mezi sekundární příčiny řadíme důsledky předchozí protinádorové terapie a druhotné projevy nádoru (nevolnost a zvracení, nechutenství, váhový úbytek, xerostomie, insuficietní či karézní chrup, polykací obtíže, problémy s defekací ve smyslu zácpy či průjmu, snížená obranyschopnost organismu s rizikem rozvoje infekční komplikace). Léčebné možnosti nádorové anorexie a kachexie z onkologického hlediska zahrnují 2 základní intervence, nutriční a farmakologickou. Nutriční intervence zahrnuje: dietní poradenství, orální nutriční přípravky (sipping), umělá klinická výživa (enterální, parenterální). Farmakologická intervence zahrnuje aplikaci stimulatorů chuti: hormonální preparáty, kortikosteroidy, psychofarmaka/antidepresiva, atypická neuroleptika, benzodiazepiny krátkodobě působící. Je známo, že jakákoliv léčebná intervence, respektive její efekt musí být vyhodnocen či průběžně hodnocen. V případě nutriční intervence u onkologických nemocných je nutné provádět pravidelné kontroly nutričního stavu pacienta, které zahrnují: nutriční anamnézu týkající se možností či limitací v perorálním příjmu stravy a tekutin, váhový úbytek, hodnocení Karnofského výkonnostního stavu, základní antropometrická měření (váha, výška, body mass index) a zhodnocení celkové kvality života pacienta.

Podpořeno Výzkumným projektem MZdr. ČR No. 0017 9 906,

Specifickým vysokoškolským výzkumem UK Praha č. 53251 a projektem PRVOUK P37/06.

Výživa ve stáří

MUDr. Jindra Krupková

Centrum následné péče, FN v Motole, Praha

Správná výživa s odpovídající skladbou všech živin je součástí komplexní léčebné péče o pacienty všech věkových kategorií. Výsledky populačních studií přinesly dostatek vědeckých důkazů o vysoké prevalenci poruch výživy, především podvýživy, ve stáří a jejich nepříznivém vlivu na kvalitu života, morbiditu a mortalitu. Mezi rizikové skupiny geriatrické populace patří senioři hospitalizovaní na akutních odděleních, odděleních dlouhodobé péče, v pobytových zařízeních a osaměle žijící nebo nesoběstační senioři v domácí péči. Riziko podvýživy stoupá s věkem a 50 % pacientů starších 80 let již trpí nějakou formou malnutrice. Proto je třeba v praxi věnovat poruchám výživy větší pozornost, aktivně je vyhledávat a hledat účinná nutriční doporučení.

Etiologie poruch výživy ve stáří je multifaktoriální. Jedná se o kombinaci procesů involučních, procesů patologických a faktorů sociálních.

Podvýživa má pro starého člověka řadu nepříznivých důsledků, zejména dochází ke ztrátě svalové hmoty a síly a tak se již potencuje involuční sarkopenie, projevující se poruchou chůze, dochází k pádům s rizikem zlomenin a ztráty soběstačnosti. Snižuje se obranyschopnost a zvyšuje se náchylnost k infekcím. Pro hodnocení stavu výživy je vypracována řada screeningových testů. Pro geriatrickou populaci je doporučen standardizovaný test MNA – Mini Nutritional Assessment. Slouží k vyhledávání seniorů malnutričních nebo ohrožených malnutricí v domácím prostředí, v zařízeních sociální péče i u hospitalizovaných pacientů.

Terapie poruch výživy ve stáří není jednoduchá a musí být komplexní. Je nutno časně intervenovat, již při zjištění rizika malnutrice a dokud je možná fyzická aktivita a rehabilitace. Léčíme všechny faktory ovlivňující chuť k jídlu. Vždy se snažíme zredukovat množství užívaných léků, léčíme účinně bolest a zácpu. Nejsou sice k dispozici vhodné léky pro geriatrické pacienty podporující chuť k jídlu, ale vždy je doporučeno provést terapeutický pokus s antidepresivy.

Základem správné výživy ve stáří je kvalitní strava skládající se z biologicky hodnotných potravin. Strava má být pestrá, chutná a respektovat stravovací zvyklosti jednotlivých seniorů. Energetická potřeba je 25–30 kcal/kg/den, potřeba bílkovin je vyšší než ve středním věku 1–1,2 g/kg/den. Doporučuje se doplňovat stravu některými vitamíny a mikronutrienty (vápník, vitamin D). Někdy je nutná mechanická úprava konzistence stravy na mletou nebo kašovitou. Pokud senior nepřijímá dostatečné množství stravy je nejjednodušší nutriční intervencí podání perorálních nutričních doplňků. Sipping se stal základním přístupem k léčbě podvýživy v geriatrii.

Další nutriční intervencí je enterální sondová a parenterální výživa, která ale již narušuje komfort pacienta a je individuálně indikována.

Přednáška je zakončena kazuistikou.

Enterální klinická výživa v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Všeobecný praktický lékař Lanškroun

Výživa dodává tělu látky potřebné k růstu, výstavbě a obnově tkání, energii pro všechny činnosti a chrání před negativními vlivy prostředí. Správná výživa má důležitou roli v prevenci a léčbě širokého spektra onemocnění.

Nedostatečné množství nebo nesprávné složení stravy může vést k malnutrici, která je samostatným rizikovým faktorem pro řadu onemocnění. Malnutrice je v obecné rovině stav nerovnováhy mezi příjmem a potřebou energie a živin. Jedná se o závažný život ohrožující patologický stav, komplexní klinický stav, kterému je nutné věnovat stejnou pozornost jako jiným onemocněním. Klíčová je časná diagnostika a následná intervence.

Malnutrice patří mezi závažné zdravotně-ekonomické problémy i v České republice. Prevalence dosahuje až 50 % u seniorů, 45 % u respiračních chorob, až 80 % u zánětlivých střevních onemocnění a až 85 % u pacientů s nádorovým onemocněním. S většinou těchto stavů se setkává ve své praxi praktický lékař.

Malnutrici je nutné řešit, aby se předešlo nákladným komplikacím. Praktický lékař v řešení malnutrice zaujímá klíčovou roli, vzhledem k dlouhodobému vztahu s pacientem a komplexnímu přehledu o jeho zdravotní situaci. Velice důležitá je v tomto ohledu i spolupráce s rodinou.

Jak je malnutrici možné léčit v podmínkách všeobecné ambulantní praxe? I zde se uplatňuje stupňovitý systém intervence:

1. úprava diety
2. doporučení sippingu
3. indikace sippingu nebo sondové výživy ve spolupráci s nutriční ambulancí

Možnosti správné nutriční podpory jsou v současné době tak široké, že je eticky nepřijatelné, aby pacientům nebyla v rámci komplexní zdravotní péče zajištěna adekvátní výživa.

Autor dále prezentuje 3 kazuistiky nutriční intervence u svých pacientů.

Varia

čtvrtek / 18. 10. 2012 / 15.20–15.40

Doplňky stravy vs. léčivé přípravky – praktické a právní aspekty

PharmDr. Vladimír Végh¹, JUDr. Jan Vondráček²

¹Edukafarm s. r. o., Praha

²Advokátní kancelář Jansta, Kostka & spol./Vysoká škola ekonomická Praha

V současné době dochází u řady biologicky účinných látek k situaci, že jsou na trhu dostupné jako registrované léčivé přípravky nebo doplňky stravy. Motivací výrobců doplňků stravy je snaha ušetřit náklady na registraci léčivých přípravků a nabídnout tak pacientům zdánlivou „alternativu“ za nižší cenu. Protože reklama doplňků stravy je oproti reklamě léčivých přípravků mnohem méně regulovaná, dochází často k mohutnému tlaku. Zejména starší pacienti jsou v tomto případě lehce ovlivnitelní a podléhají doporučením známých osobností nebo nátlaku na prezentačních akcích. Doplňky stravy jsou běžnými potravinami a praktické zkušenosti ukazují, že potravinářský legislativní rámec je pro zdravotnické použití zcela nedostatečný. Nerozlišování doplňků stravy a léčivých přípravků však představuje problém nejméně ve dvou rovinách:

- **rovina odborná:** léčivé přípravky mají díky registračnímu procesu garantovanou *účinnost* a *bezpečnost*. U doplňků stravy je však garantována pouze bezpečnost, účinnost není ověřena, není garantován obsah, biologická dostupnost, ani další farmakokinetické parametry,
- **rovina právní:** doplňky stravy z legislativní definice nemohou být použity k léčbě a jakýkoliv pokus o takovéto použití může být klasifikován jako rozpor s postupem *lege artis*. Dalším aspektem je oblast reklamy, protože podle posledního pokynu SÚKL jsou za šířitele reklamy považováni i lékaři, pokud jde o reklamu uveřejněnou v prostorách čekárny a ordinace. Z toho pro zdravotnické pracovníky plyne několik typů zodpovědnosti občanskoprávní i trestně právní.

Na praktických příkladech lze demonstrovat, proč jednotlivé typy přípravků nelze zaměňovat – ať už se jedná o stránku farmaceutické technologie, farmakologické účinky nebo systém farmakovigilance a postmarketingového hodnocení bezpečnosti.

Infektologie – klinická mikrobiologie v ordinaci praktického lékaře

**Předsedající: MUDr. Václava Adámková,
MUDr. Zuzana Blechová**

čtvrtek / 18. 10. 2012 / 15.40–16.45

Antibiotika – dvousečná zbraň v rukou lékaře

MUDr. Václava Adámková¹, MUDr. Zuzana Blechová²

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

²I. infekční klinika 2. LF UK a FN Bulovka, Praha

Objev antibiotik znamenal obrovský průlom v terapii infekčních onemocnění, z antibiotik se stala velmi účinná zbraň proti bakteriálním původcům infekcí. Bohužel nedostatečné zkušenosti a znalosti o jejich bezpečném používání vedly v průběhu doby ke vzniku epidemiologických nežádoucích účinků, tj. antibakteriální rezistenci. „Zbraň“ se obrátila proti jejímu uživateli.

Autorky formou komentovaných kazuistik poukazují na stále se vyskytující nepřesnosti a chyby v používání antibiotik. Ať už se jedná o nedostatečné dávkování nebo nevhodnou volbu účinné látky. Neexistuje žádné univerzální antibiotikum, které by bylo možné použít k terapii všech infekcí, přesto je možné stanovit obecné principy a zásady racionální léčby antibiotiky, abychom zachovali jejich účinnost i pro příští generace. Tyto principy vychází, mimo jiné, i ze znalosti aktuální epidemiologické situace a stavu rezistence nejčastějších původců infekcí. Pravidelně se sleduje rezistence nejčastějších bakteriálních původců respiračních infekcí k základním antibiotikům. V roce 2011 byla rezistence kmenů *S. pyogenes*, izolovaných od pacientů s akutní tonzilofaryngitidou, k makrolidovým antibiotikům 4,9%, *S. pneumoniae* z horních a dolních cest dýchacích k penicilinu 1,1 % a 1,3 % resp. a k makrolidům 3,9 % a 6,2 % resp., a *H. influenzae* z horních a dolních dýchacích cest k ampicilinu 14,1 % a 12 % resp.

Infektologie – očkování

Předsedající: prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

pátek / 19. 10. 2012 / 9.00–10.05

Úloha praktických lékařů v diagnostice a léčbě virových hepatitid

prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

Klinika infekčních chorob LF MU a FN Brno

Infekce virem hepatitidy C (HCV) je v naprosté většině případů zachycena až v chronickém stadiu, a to většinou náhodně. Možné oblasti spolupráce mezi praktickým lékařem a hepatologem představují zejména:

1. Vyhledávání pacientů
2. Spolupráce při rozhodování o možnosti léčit
3. Spolupráce během léčby
4. Posudková problematika

Významnou část pacientů s chronickou infekcí HCV představují v současnosti injekční uživatelé drog (IUD). Při rozhodování o možnosti léčit má pro hepatologa význam informace o pravidelnosti návštěv IUD u praktického lékaře. Spolupráce během antivirové terapie je nutností, protože léčba je ambulantní a hospitalizace je nutná při léčbě jen výjimečně, pokud dojde k závažným nežádoucím účinkům léčby, které není možné zvládnout častější frekvencí ambulantních kontrol. Léčba (PEG-IFN) alfa je provázena řadou nežádoucích účinků, které jsou jednak pacientem subjektivně nepříjemně vnímány, jednak vedou k poměrně závažným laboratorním, někdy i klinickým projevům, které mohou v ojedinělých případech i ohrožovat život nemocného. Posudkové posouzení je přísně individuální, protože výskyt nežádoucích účinků je během léčby u různých pacientů velmi odlišný a neexistuje možnost, jak objektivizovat potíže udávané pacienty.

Člověk infikovaný HIV v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Svatava Snopková, Ph.D.

Klinika infekčních chorob, LF MU a FN Brno

HIV infekce se stala pandemií, postihující miliony obyvatel všech věkových kategorií na celé naší planetě. Ani po třiceti letech nedokážeme tuto infekci definitivně vyléčit a pandemie pokračuje dál. Absolutní počet infikovaných na celém světě i v ČR stále narůstá.

HIV (Human Immunodeficiency Virus) byl poprvé identifikován v roce 1983 a AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) se stal nozologickou jednotkou s přesně definovanou etiologií. V současné době jsou akceptovány tři možné způsoby přenosu HIV infekce – sexuálně, parenterálně a vertikálně. Způsoby přenosu jsou dány přítomností viru v krvi, vaginálním sekretu nebo ve spermatu. Dominantním způsobem HIV nákazy v ČR je transmise sexuální cestou.

HIV má vysokou afinitu k membránovému znaku CD4 (cluster of differentiation), který se vyskytuje převážně na pomocných Th lymfocytech, v menších koncentracích je přítomen na povrchu monocytů, makrofágů a jiných buněk. Replikace HIV v těchto buňkách vede k postupné destrukci imunitního systému. Pokles a zánik absolutního počtu CD4+ lymfocytů a následné progredující slábnutí až vyčerpání imunitního systému je podstatou nemoci.

Snížení počtu CD4+ lymfocytů koreluje s klinickou pokročilostí infekce a je předpokladem pro vznik oportunních infekcí. Klinická symptomatologie oportunních infekcí je v zásadě obdobná, jako u HIV-negativních a bez provedení testu na protilátky anti-HIV může skutečná příčina insuficience imunitní soustavy dlouho unikat. Bez exaktního průkazu přítomnosti protilátek anti-HIV nelze diagnózu onemocnění HIV/AIDS stanovit, protože onemocnění nemá žádné specifické příznaky, které by se nevyskytovaly u jiných onemocnění. Klinické projevy progredující insuficience imunity jsou velmi polymorfní. Vzhledem k narůstajícímu počtu HIV+ pozitivních jedinců i v ČR by sérologická diagnostika protilátek anti-HIV měla být samozřejmou součástí diferenciálně diagnostických rozvah na všech pracovištích. V případě jejich pozitivní identifikace by dále již měl být pacient dispenzarizován a léčen v příslušném AIDS centru.

Splenektomovaný pacient v ambulanci praktického lékaře

MUDr. Pavel Polák, MUDr. Pavel Šlesinger, prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

Klinika infekčních chorob LF MU a FN Brno

Splenektomie představuje v našich podmínkách nejčastější příčinu anatomické asplenie. Splenektomovaný pacient je v celoživotním riziku závažných komplikací, především infekčních. Průběh infekce u těchto jedinců může být fulminantní, s mortalitou dosahující až 80% během hodin od rozvoje prvních příznaků (tzv. OPSI syndrom). Z tohoto důvodu je nezbytná adekvátní edukace, vakcinace zvláště proti opouzdřeným bakteriím (pneumokok, meningokok, *Haemophilus influenzae* skupiny B) a u nejvíce ohrožených pacientů i preemptivní antibiotická terapie. Naprosto zásadní význam má správné vedení zdravotnické dokumentace – s výhodou lze využít průkazku splenektomovaného. Cílem přednášky je podat ucelené doporučení péče o pacienty se zaniklou či porušenou funkcí sleziny pro potřeby ambulantních specialistů.

Představení hospice Cesta domů

pátek / 19. 10. 2012 / 10.05–10.10

Co nabízí mobilní hospicová péče praktickému lékaři?

Mgr. Marek Uhlíř

Domácí hospic Cesta domů, Praha

Kontext

V ČR každoročně umírá 105 000 lidí. U významné části nemocných smrti předchází období, kdy nemoc pacienta významně limituje a nastoluje klinicky obtížně řešitelné situace. Toto se každoročně týká asi 50–70 000 pacientů, kteří k závěru života směřují s jistou mírou prediktability.

V ČR, podobně jako v ostatních evropských zemích, je nejčastějším místem úmrtí akutní lůžko (50 %) a lůžko dlouhodobé péče (15 %). V domácím prostředí nastává kolem 20 % úmrtí. Většinou se však jedná o náhlá, nečekaná úmrtí. Kvalifikovaným odhadem pouze asi 5 % úmrtí jsou očekávaná úmrtí v domácím prostředí.

Péče o pacienty v závěru života v ČR

Drobné sondy a soubory kazuistik ale ukazují, že:

- Pacienti jsou i ve velmi pokročilých stádiích sledováni v několika odborných ambulancích (např. u kardiologa, diabetologa, onkologa), péče není koordinovaná, není jasně pojmenován paliativní kontext a cíl léčby. Lékaři specialisté v ČR nechodí za pacienty na domácí návštěvy.
- Pacienti často sami přímo chodí do odborných ambulancí. Praktičtí lékaři z pochopitelných důvodů nejsou vybaveni ani připraveni zajišťovat péči o tyto *komplikované* pacienty, není v jejich možnostech vést péči o nemocného s komplikacemi vyplývajícími z jeho choroby (krvácení, maligní střevní obstrukce, ascites, fluidothorax, lymfedém, komplexní rána atd.) v závěru života, chodit často na domácí návštěvy, ordinovat a předepisovat farmaka a pomůcky (opioidní analgetika, antiemetika, infuzní léčba – domácí parenterální hydratace, obvazový materiál, pomůcky).
- Domácí péče (ošetřovatelská) je v ČR založena na výkonovém systému. Může jí indikovat praktický lékař nebo ambulantní specialista. Většina zařízení home care ale nemá trvalou dostupnost péče (7/7, 24/24). Sestry nejsou specificky vyškoleny v oblasti paliativní péče, nepracují v součinnosti s lékařem, není zajištěna trvalá pohotovostní služba.
- Velká část pacientů je v závěru života (poslední hodiny až dny života) přijímána na akutní lůžka, protože péče již není za běžných podmínek zvládnutelná v domácím prostředí. Tyto terminální hospitalizace jsou zdrojem frustrace pro pacienty i jejich blízké, ale často i pro registrujícího praktického lékaře.

Domácí hospicová péče

Rozvoj domácí zdravotní péče a domácí hospicové péče se v ČR datuje od 90. let. V současné době působí poměrně hustá síť agentur homecare, které poskytují ošetřovatelskou péči na základě indikace praktického lékaře. Tato služba je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Kromě domácí zdravotní služby existuje na většině území tzv. domácí pečovatelská služba, která zajišťuje sociální výpomoc: pomoci s nákupy, vařením, praním, osobní asistence. Tato péče je částečně hrazena ze státní sociální podpory, kterou klient dostává individuálně formou tzv. příspěvku na péči, částečně si služby hradí klient sám.

Kromě toho existují v některých regionech mobilní zařízení paliativní péče, které se vyznačují velkou rozmanitostí jak z hlediska organizačních forem a uspořádání, tak financování nebo kapacity. Jejich cílem je překlenout obtížně prostupný prostor mezi terénní primární péčí (praktik a homecare) a lůžkovým zařízením. Jejich personál je většinou dostatečně zkušený pro účinnou léčbu bolesti a symptomatickou léčbu, často jde o mobilní týmy při kamenných zařízeních hospicového typu. Často ale zdravotníci první linie o možnostech těchto mobilních hospicových služeb vůbec neví.

Co může mobilní hospicový tým nabídnout praktickému lékaři:

- konzilium lékaře s erudiicí v paliativní medicíně a léčbě bolesti
- návštěvní službu multidisciplinárního týmu, pracujícího v nepřetržitém provozu
- převzetí odpovědnosti za paliativní plán péče o pacienta, koordinace a návaznost péče mezi jednotlivými lékaři-specialisty
- významnou podporu rodině
- pomoc s vyřizováním úředních dokumentů pro pacienta a rodinu (příspěvky, podpory, notářská řízení atd.)
- specializovanou půjčovnu pomůcek
- odlehčovací služby pro rodinu pacienta

Varia

pátek / 19. 10. 2012 / 10.30–11.10

Renální sympatektomie jako způsob léčby hypertenze vs. farmakoterapie

prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.

Klinika nefrologie TC IKEM, Subkatedra nefrologie IPVZ, Praha

V současné době je věnována velká pozornost sympatickému nervovému systému, jehož zvýšená aktivita se významně podílí na rozvoji a fixaci hypertenze. Renální denervace spojená se snížením celkové sympatické nervové aktivity může příznivě ovlivnit nejenom hypertenzi, ale i hypertrofii levé komory srdeční, progresi renální insuficience, retenci tekutin při srdečním selhání, kardiorenální syndrom a syndrom náhle srdeční smrti.

Novou technikou zjednodušující přístup k sympatické nervové pleteni je využití perkutánní katetrizační techniky s ablací renální sympatické pleteně radiofrekvenčními pulzy.

Na rozdíl od dilatace stenóz renálních tepen, kdy většinou bezprostředně dochází k závažnému poklesu TK, radiofrekvenční sympatiktomie není bezprostředně spojena s významnou oběhovou odezvou a pokles tlaku je pozvolný s maximem mezi 1–3 měsíci po výkonu. Zatím byla indikována u těžko korigovatelné hypertenze, kdy podání 5 a více antihypertenčních léků neupravilo závažnou hypertenzi a nemocný byl ohrožen rozvojem orgánového poškození spolu s kardiální a renální insuficiencí. Z důvodu nedostatku dlouhodobějších výsledků a také s ohledem na nutnost podání kontrastní látky byly indikovány především nemocní s normální renální funkcí.

Výkon také není indikován u nemocných se stenózou renální tepny, kdy přímo ovlivníme enormní aktivaci systému renin-angiotenzin, zatímco u ablační sympatektomie je v popředí snížení produkce katecholaminů.

V pilotní studii bylo vyšetřeno 10 nemocných s rezistentní hypertenzí ve věku 47–58 roků (7 mužů a 3 ženy), Ckr $1,48 \pm 0,63$ ml/s s pětikombinací antihypertenčních léků a hodnotou sTK/dTK $162 \pm 12/92 \pm 8$ mmHg. Při kontrolním vyšetření za 1 měsíc byly hodnoty sTK/dTK $142 \pm 8/85 \pm 6$ mmHg ($p < 0,02$) při redukované antihypertenční medikaci. Při stabilní hodnotě Ckr se zvýšilo vylučování Na do moči/24 h ($p < 0,05$), zatímco vylučování katecholaminů K, i všech osmoticky aktivních látek se nezměnilo. Po provedeném výkonu byli všichni nemocní v dobrém klinickém stavu a také kontrolní ultrazvukové vyšetření s Dopplerem neprokázalo žádné cévní komplikace.

Při indikaci k výkonu však nelze pominout ani účinnou farmakoterapii, především podání centrálních sympatikolytik (např. rilmenidin), které působí jak prostřednictvím receptorů v ledvinách, tak centrálně v oblasti regulace sympatického nervového systému. Léky z této skupiny tak ovlivňují receptory a aferentní senzorickou dráhu sympatických nervových vláken vedoucí z ledvinné tkáně a současně snižují i účinek centrální.

Diagnostika lymské boreliózy v současných laboratorních podmínkách

MUDr. Blanka Boualay

Imunologie a infekční sérologie, synlab czech s.r.o., Praha

Přednáška v úvodní části obsahuje výskyt a charakteristiku původců Lymské boreliózy, vlastností těchto mikroorganismů a jejich výskyt. Hlavní část je zaměřena na patogenezi onemocnění, klinický průběh, terapii a především na sérologickou diagnostiku, kterou provádíme v naší laboratoři.

V současnosti je laboratorní diagnostika zaměřena zejména na průkaz protilátek proti specifickým antigenům *Borrelia burgdorferi* sensu lato metodou Western Blot a na průkaz protilátek ve třídě IgM a IgG metodou ELISA.

Metoda Western Blot se vyznačuje vyšší specifikou a senzitivitou v diagnostice Lymské boreliózy. Používané diagnostické soupravy obsahují nově charakterizovaný povrchový protein *Borrelia burgdorferi* – VlsE (variable major protein-like sequence, expressed), který je exprimován pouze in vivo. VlsE umožňuje detekci všech druhů borelií. Protilátky proti tomuto proteinu jsou zaměřeny proti vysoce konzervovaným cílovým antigenům, proto jsou vhodné pro diagnostiku boreliózy.

Novou diagnostickou metodou je i stanovení znaku CD57 (CD3-CD57+). Tento test se používá k odhadu aktivity infekce a stanovení účinnosti terapie Lymské boreliózy, přičemž hodnota NK buněk (CD3-CD16/56+) může být v normě.

Závěr přednášky je zaměřen na vzájemné srovnání klinického a sérologického nálezu se zajímavými kazuistikami.

Revmatologie

Předsedající: MUDr. Martina Olejárová, CSc.*pátek / 19. 10. 2012 / 11.10–12.15***Časná diagnostika revmatoidní artritidy**

MUDr. Heřman Mann

Revmatologický ústav, Praha

Revmatoidní artritida (RA) je chronické autoimunitní zánětlivé onemocnění charakterizované artritidou (obvykle symetrická polyartritida postihující především drobné klouby končetin) a různým stupněm mimokloubního poškození. Onemocnění způsobuje nejen významné snížení funkčních schopností a kvality života, ale je spojené i s vyšší mortalitou. RA je vlastně klinický syndrom zahrnující několik podtypů, z nichž nejvýznamnější – tzv. seropozitivní revmatoidní artritida – je spojený s přítomností autoprotilátek (revmatoidní faktory a protilátky proti citrulinovaným peptidům). Prevalence RA je odhadována na 0,5–1 %, onemocnění většinou vzniká ve středním věku a je asi 3× častější u žen.

Cílem současné léčby RA je dosažení klinické remise onemocnění, přičemž časnější zahájení léčby (v průběhu několika málo týdnů po nástupu příznaků) je spojeno s výrazně lepšími dlouhodobými výsledky. Pro revmatoidní artritidu není k dispozici žádné specifické vyšetření, diagnóza se proto zakládá na anamnestických údajích a fyzikálním vyšetření s přihlédnutím k laboratorním výsledkům. V nejasných případech mohou pomoci i zobrazovací metody, jako je klasická skiografie, ultrazvuk nebo magnetická rezonance. Diferenciální diagnostika časných fází revmatoidní artritidy je poměrně široká a úvodní příznaky mohou být navíc různorodé, proto je určení správné diagnózy i pro zkušeného odborníka často těžkým oríškem. Významnou pomocí v diagnostice jsou klasifikační kritéria pro revmatoidní artritidu publikovaná společnostmi ACR a EULAR v roce 2010.

Úkolem praktického lékaře nemůže být precizní určení správné diagnózy, ale spíše záchyt a odeslání nemocných s podezřením na RA k odbornému vyšetření. Urgentní vyšetření revmatologem je indikováno především u nemocných s otokem 3 a více kloubů, který postihuje zápěstí, metakarpofalangeální nebo metatarzofalangeální klouby (lze ověřit tzv. testem příčného stisku) a spojený s ranní ztuhlostí trvající alespoň 30 minut. Aby nedocházelo ke zbytečnému zdržení ani diagnostickým omylům, nemusí odesílající lékař u těchto nemocných provádět žádná laboratorní vyšetření ani rentgenové snímky. K zajištění přednostního vyšetření a včasného zahájení léčby nemocných jsou nejvhodnější tzv. ambulance pro časnou revmatoidní artritidu. Od konce roku 2008 funguje taková specializovaná ambulance i v Revmatologickém ústavu v Praze.

Degenerativní onemocnění páteře a periferních kloubů

MUDr. Martina Olejárová, CSc.

Revmatologický ústav, Praha

Osteoartróza (OA) je nejčastějším onemocněním periferních kloubů a řadí se i k nejčastějším příčinám pracovní neschopnosti a invalidity. Primární OA nejčastěji postihuje klouby kolenní (gonartróza), kyčelní (koxartróza) a klouby rukou, mohou být postiženy i klouby nohou a páteře. Sekundární OA se vyvíjí na kloubu změněném nebo poškozeném jiným předcházejícím patologickým procesem (úraz, dysplazie, chronický zánět aj.). Při postižení tří a více kloubních skupin hovoříme o primární generalizované OA. Postižení kyčelních a kolenních kloubů se projevuje typicky mechanickými bolestmi kloubů (námahovými, např. při chůzi po schodech, na nerovném terénu apod.), OA drobných ručních kloubů spíše epizodickou bolestí ručních kloubů, často s ranní ztuhlostí a mohou tak připomínat zánětlivé onemocnění.

Degenerativní změny páteře mohou postihovat všechny její struktury (obratlová těla a oblouky, meziobratlové ploténky) a vyskytují se zpravidla současně. Degenerativní změny v oblasti těla obratle a diskovtebrálního spojení (deformační spondylóza) příliš nekorelují se stupněm bolesti zad, tyto změny jsou spíše důsledkem přetížení určitých segmentů páteře vlivem vadného držení, svalové dysbalance apod., jež bývají i hlavním zdrojem bolesti. Deformační spondylóza je často provázena diskopatiemi, jež jsou asymptomatické až do chvíle, kdy dojde vlivem přetížení k jejich protruzi. Výhřez ploténky se manifestuje neurologickým postižením, nejčastěji radikálními syndromy. Intervertebrální (apofyzeální OA) se může projevovat bolestivými dekompenzacemi s pseudoradikulární iradiací, k neurologickému postižení zpravidla nevede.

Diagnostika OA je založena na typických klinických obtížích a rentgenovém nálezu. Laboratorní vyšetření nejsou s výjimkou vyšetření synoviální tekutiny přínosná, jejich význam spočívá ve vyloučení jiných závažnějších onemocnění, především zánětlivých.

Terapie OA periferních kloubů by měla být komplexní, zahrnuje farmakologická a nefarmakologická opatření. Mezi nefarmakologické způsoby léčby patří režimová opatření, pravidelné cvičení, rehabilitace a některé prostředky fyzikální léčby (aplikace tepla a chladu, transkutánní elektrická nervová stimulace). Farmakoterapie OA využívá analgetik a nesteroidních antirevmatik (celkově i lokálně), symptomatických pomalu působících léků (SYSADOA) a intraartikulární aplikace kortikoidů. Při selhání konzervativní léčby nebo rychlé progresi funkčního postižení jsou indikovány chirurgické postupy léčby.

Otorinolaryngologie

Předsedající: doc. MUDr. Jan Vokurka, CSc.

pátek / 19. 10. 2012 / 13.40–14.45

Screening sluchových poruch, vyšetřování sluchu a současné možnosti léčby a kompenzace nedoslýchavosti

MUDr. Jan Bouček, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN v Motole, Praha

Problematika poruch sluchu je v České republice dosti opomíjené téma. Ve srovnání s jiným tělesnými či smyslovými handicapy je nedoslýchavosti a hluchotě věnováno mnohem méně pozornosti jak samotnými pacienty, tak i zdravotnickými odborníky. Větu, že „to ještě není tak špatné“, slyšíme dnes a denně od pacientů jako reakci na informaci o zhoršení sluchu. A to i přesto, že sluch je základním předpokladem mezilidské komunikace a i zdánlivě nezávažné zhoršení vede ke ztrátě části sdělované informace a porozumění vyžaduje mnohem větší pozornost a soustředění. Podcenění problematiky je patrné i z přístupu zdravotních pojišťoven, které odmítají schválit navržený léčebný postup u těžce nedoslýchavých či hluchých pacientů, na rozdíl od zahraničního standardu přispívají pouze malou částku na kompenzaci jedním sluchadlem, přestože pacient má symetrickou sluchovou vadu a ani z části neproplácí kompenzaci jednostranné hluchoty. Tento nezáměr se pak společnosti vrací v podobě sociální izolace nedoslýchavých, zejména seniorů, postupné ztráty jejich soběstačnosti, ruku v ruce se zhoršováním kognitivních funkcí a dnes již prokázanou souvislostí s časnější manifestací demence.

Na druhém pólu této problematiky stojí screening sluchových vad u novorozenců, který stále není v České republice plošně zaveden, přestože v části krajů funguje díky entuziazmu některých kolegů. Toto opatření vede k dřívějšímu záchytu sluchových vad, zacílení pozornosti na přesné dovyšetření a v důsledku k nesrovnatelně lepším výsledkům časné kompenzace.

Posun lidských znalostí a pokrok techniky dnes umožňuje nastavení sluchadla i pro těžké formy nedoslýchavosti, miniaturizace vedla k vytvoření zvukovodových sluchadel, která nejsou vůbec patrná, bezdrátové propojení oboustranných sluchadel mezi sebou nebo s mobilním telefonem, televizí či přehrávačem hudby. Stejným tempem se vyvíjí i chirurgicky implantovatelná zařízení, ať již využívající kostní vedení (Baha, Bonebridge) nebo spojení s převodním systémem středoušních kůstek (Vibrant Soundbridge) nebo přímou elektrickou stimulací sluchového nervu (kochleární implantace). V dnešní době je možné precizní operační technikou zachovat zbytky sluchu a v indikovaných případech využít kombinovanou elektro-akustickou stimulaci (Hybrid).

Předpokladem využití vhodného kompenzačního prostředku je znalost jeho existence a možnost konzultace na erudovaném pracovišti. Proto je velmi důležité věnovat problematice sluchu pozornost i v rámci primární péče.

Jednodenní a ambulantní chirurgie v oboru ORL a chirurgie hlavy a krku

MUDr. Tomáš Fořt

ORL oddělení, poliklinika Modřany, Praha

Na ORL oddělení naší polikliniky bylo provedeno od roku 2005 do roku 2012 celkem 8944 operačních zákroků. Převážnou většinu pacientů tvoří děti do 7 let a nejčastějším zákrokem je odstranění nosní mandle. Při této operaci používáme s dobrým efektem didodový laser Ceramoptec Ceralas firmy Biolitec Jena, především k odpaření zbytků adenoidní tkáně v nosohltanu a na koagulaci malých cévek.

U dospělých pacientů se nejčastěji provádějí výkony rhinochirurgické, především mukotomie a korekce nosní přepážky. Uvádíme procenta komplikací jak u dětských, tak u dospělých pacientů.

ORL operace v lokální i celkové anestezii s malou a střední chirurgickou zátěží, pokud jsou dobře indikované u jinak nerizikových pacientů, ve většině případů vyžadují pouze několikahodinový pobyt na lůžku. Jsou výrazně méně ekonomicky náročné a nepůsobí tak výrazný stres pro pacienty.

Procenta komplikací se pohybují do 1 % počtu výkonů, což je srovnatelný výsledek s klinickými pracovišti jak v České republice, tak i v celé západní Evropě.

Novinky v rinologii

doc. MUDr. Jan Vokurka, Ph.D.

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku FN MOTOL, Praha

Pacienti s problémy v oblasti horních cest dýchacích tvoří jistě největší skupinu pacientů v ambulancích všeobecných lékařů, a to nejen z oboru otorinolaryngologie. V poslední dekádě došlo k vypracování postupů, které umožní lékařům mimo obor ORL dobrou orientaci, diferenciální diagnostiku a bezpečný další postup z hlediska možných komplikací zánětů horních cest dýchacích, nebo při záchytu nádorů. Pomáhá rozlišit, které pacienty si ponechat v péči a které je třeba odeslat ke specialistovi. Doporučení byla vydána na Evropské úrovni skupinou pro konsenzus v rinologii a alergologii (EPOS) a akceptována Českou rinologickou sekcí ORL společnosti. Orientaci je dána na základě příznaků, místních i celkových. Zdůvodňuje ústup od dříve častých zobrazovacích metod. Nebo nadbytečného používání antibiotik. Definuje podmínky kdy nasadit antibiotika, lokální kortikosteroidy a další léky. Kdy odeslat pacienta ke specialistovi, kdy je vhodná zobrazovací metoda a která.

Častým problémem nemocných bývá chronické ucpávání nosních dutin. Současná rinologie rozšířila metody zjišťující příčinu nosní obstrukce a dávající možnost objektivizace tohoto příznaku. Definujeme podmínky, kdy je vhodné poslat pacienta k odbornému lékaři, nebo i do specializovaných rinologických poradén. Pro informaci uvedeme některé metody, které rinolog používá a co všeobecný lékař může od specializované rinologické poradny očekávat a také co může od tohoto vyšetření požadovat. Ukážeme, co může všeobecný lékař zkusit ve své ordinaci a posoudit, zda potíže s nosní průchodností budou asi potřebovat chirurgický výkon, nebo medikamentózní léčbu.

Ukážeme spektrum soudobé léčby onemocnění nosu, vedlejších nosních dutin a spodiny lební. V části pooperační péče bude pojednáno o lavážích nebo sprejování horních cest dýchacích. O jednotlivých metodách i přípravcích a způsobu, jak výplachy provádět, aby byla zaručena jejich efektivita. Zde zjišťujeme stále řadu nedostatků spočívajících v nedostatečné instrukci pacientů lékařem. V této otázce může sehrát informovaný a věci znalý všeobecný lékař důležitou roli. Vždyť sleduje většinu pacientů po operacích a jeho kontrola nad metodikou pooperační péče, kterou si provádí pacient nepochybně zvyšuje účinnost. A výsledek soudobých, endoskopických operací horních cest dýchacích je na pooperační péči bytostně závislý.

Aktuální vývoj v problematice ochrany osobnosti

pátek / 19. 10. 2012 / 15.05–16.10

Aktuální vývoj v problematice ochrany osobnosti

Mgr. Bc. Miloš Máca

právní kancelář ČLK, Praha

advokátní koncipient se zaměřením na medicínské právo

V cca hodinové přednášce na téma aktuálního vývoje v problematice ochrany osobnosti se zaměříme zejména na:

- 1) znění právní úpravy ochrany osobnosti zakotvené v občanském zákoníku
- 2) co vše může být předmětem ochrany osobnosti
- 3) vznik odpovědnosti lékaře/zdravotníka za neoprávněný zásah do práva na ochranu osobnosti
- 4) nejzajímavější rozsudky z nedávno vydané judikatury, která se bezprostředně týká lékařů/zdravotníků při výkonu jejich povolání
- 5) co z judikatury vyplývá a čeho se lze v rámci ochrany osobnosti domáhat
- 6) jak má postupovat lékař napadený žalobou na ochranu osobnosti a naopak, jak má postupovat lékař, který se chce ochrany domáhat
- 7) prevenci vzniku odpovědnosti

Právní úprava ochrany osobnosti v občanském zákoníku čítá pouze několik obecně formulovaných ustanovení. Problematika je proto dále rozvíjena zejména judikaturou. Ač žaloby na ochranu osobnosti nejsou u nás zatím tak časté, jejich množství má přece jen stoupající tendenci a právě rozsudky soudů stanoví nové oblasti a upřesňující pravidla, co vše pod ochranu osobnosti spadá. Některé rozsudky jsou pro lékaře příznivé, jiné naopak, druhá skupina bohužel nepatrně převažuje. Posluchačům může být k dispozici power-pointová prezentace přednášejícího pro možnost mít materiál u sebe pro pozdější potřeby. Jestliže to časové omezení umožní, bude dán prostor i dotazům z publika. V opačném případě nebo při množství dotazů anebo při širším záběru dotazů lze kontaktovat dotazem právní oddělení ČLK na e-mailu pravnisekretariat@clkcr.cz nebo tel. 257 216 810.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci

MEDICÍNA PRO PRAXI - IX. kongres praktických lékařů a sester

Kongresové centrum U HÁJKŮ, Praha 1
18. - 19. 10. 2012

■ VÝSTAVNÍ PLOCHA

- 1 Nutricia a.s.
- 2 Astellas Pharma s.r.o.
- 3 SERVIER s.r.o.
- 4 Nycomed s.r.o.
- 5 synlab czech s.r.o.
- 6 Kimberly-Clark, s.r.o.
- 7 Mediclinic a.s.
- 8 Lázně Bělohrad a.s.
- 9 SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
- 10 BTL zdravotnická technika, a.s.
- 11 Rhino Horn
- 12 MEDIPOS P+P, s.r.o.
- 13 MEDIAL spol. s r.o.
- 14 ZEPTER INTERNATIONAL s.r.o.
- 15 Grada Publishing, a.s.
- 16 MAXDORF s.r.o.
- 17 Společnost "E" / Czech Epilepsy Association, o. s.

■ PRODEJNÍ VÝSTAVA OBRAZŮ MARCELA HUBÁČKA



POŘADATELÉ

- Klinika kardiologie,
IKEM, Praha

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

MEDICÍNA PRO PRAXI

IX. kongres praktických lékařů a sester

18.–19. října 2012, Kongresové centrum U HÁJKŮ, Praha

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

BTL zdravotnická technika, a. s.

Kimberly-Clark, s. r. o.

Lázně Bělohrad a. s.

MEDIAL spol. s r. o.

Mediclinic a. s.

MEDIPOS P+P, s. r. o.

Nycomed s. r. o.

Rhino Horn

ROCHE s. r. o.

Skinso s. r. o.

Společnost „E“

SWISS PHARMA, spol. s r. o.

synlab czech s. r. o.

Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o.

ZEPTER INTERNATIONAL s. r. o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Medicína
pro praxi



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

PRESTARIUM® NEO ORODISPERZNÍ

TABLETY

NOVINKA

MODERNÍ
FORMA UŽÍVÁNÍ

KOMFORTNÍ
PRO PACIENTY



Zkrácená informace o přípravku Prestarium® NEO/NEO FORTE ORODISPERZNÍ TABLETY Dlouhodobě působící inhibitor ACE. **Složení:** Perindoprilum argininum 5 mg nebo 10 mg v jedné tabletě. **Léková forma:** Tableta dispergovatelná v ústech. Tableta by měla být umístěna na jazyk pro rozemlnění a spolknuta se slinami. **Indikace:** Hypertenze. Snížení rizika kardiálních příhod u pacientů s anamnézou infarktu myokardu a/nebo revaskularizace. Srdeční selhání (Prestarium Neo orodisperzní tablety). **Dávkování:** Hypertenze: Doporučená úvodní dávka je 5 mg jednou denně ráno. V případě potřeby může být dávka zvýšena na 10 mg po jednom měsíci léčby. ICHS: Léčba by měla být zahájena v dávce 5 mg jednou denně ráno po dobu dvou týdnů, poté by měla být dávka zvýšena na 10 mg jednou denně s ohledem na funkci ledvin. Srdeční selhání: Léčba se zahajuje dávkou 2,5 mg denně. Po 2 týdnech léčby lze zvýšit na 5 mg jednou denně. Renální selhání: Dávka by měla být upravena podle clearance kreatininu. U pacientů s poškozením jater není nutná úprava dávkování. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na perindopril, jakoukoli složku přípravku nebo na jiný inhibitor ACE, angioneurotický edém v anamnéze, těhotenství. Podávání dětem a dospívajícím se nedoporučuje. **Upozornění:** Symptomatická hypotenze je vzácná. Při renální insuficienci a renovaskulární hypertenzi je nutno sledovat renální funkce. **Těhotenství a kojení:** Přípravek by neměl být používán během prvního trimestru těhotenství a je kontraindikován během druhého a třetího trimestru těhotenství. Užívání u kojících žen se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji byly pozorovány kašel, nauzea, dušnost, zvracení, bolest břicha, poruchy chuti, dyspepsie, průjem, zácpa, kožní vyrážka, svědění, hypotenze, poruchy nervového systému (např. bolest hlavy, závratě, vertigo, parestézie), poruchy vidění, hučení v uších, svalové křeče, asténie. **Interakce:** Nedoporučuje se současné použití s kalium-šetřícími diuretiky, doplňky draslíku a lithiem. **Balení:** Bílá tuba s reduktorem dávkování. **Velikost balení:** 30 a 90 tablet. Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla 58/055/10-C, 58/056/10-C. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. **Datum poslední revize:** 19.01.2012. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Výživa pro boj s nemocí

Jsem ráda, že má
maminka více síly.



NUTRICIA
Nutridrink



Silné tělo je základem zdraví.
V nemoci tělo strádá a slábne,
potřebuje posílit.
Nutridrink je lékařsky ověřená tekutá
výživa pro posílení nemocného.

Nutridrink účinně doplní stravu
nemocných, kteří trpí nechutenstvím
nebo jim nemoc brání přijmout
dostatečné množství stravy.
Nutridrink obsahuje všechny důležité
živiny v optimálním poměru. Výborně
chutná a je vhodný i pro dlouhodobé
užívání.

Nutridrink přispívá k urychlení
rekonvalescence a zlepšení kondice.

www.vyzivavnemoci.cz

www.nutridrink.cz

Infolinka: 800 110 001