

Medicína pro praxi

2019

D

www.solen.cz | Med. praxi 2019; 16(Suppl D) | ISBN 978-80-7471-277-7 | 2019

ABSTRAKTA

XVI. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V PRAZE

kongres praktických lékařů

4.–5. října 2019

Kongresové centrum, Praha

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštita: Klinika kardiologie IKEM, Praha



20 let s vámi
SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PROGRAM – pátek 4. října

9.00 ZAHÁJENÍ PROGRAMU

9.00–10.20 SRDEČNÍ SELHÁNÍ: EPIDEMIE 21. STOLETÍ

Garant prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

- **Moderní farmakoterapie chronického srdečního selhání** – Hegarová M.
- **Neštěstí nechodí samo: význam komorbidit srdečního selhání** – Beneš J.
- **Srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí (HFpEF)** – Reichenbach A.
- **Jak poznat pacienta s pokročilým selháním a kdy lze uvažovat o transplantaci či jiných pokročilých metodách?** – Hošková L.

10.20–11.20 DALŠÍ VYBRANÉ KAPITOLY Z KARDIOLOGIE

Garant prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

- **Můžeme udělat více v léčbě hypertenze?** – Šnejdrová M.
- **Vaskulární věk** – Soška V.

11.20–11.50 PŘESTÁVKA

11.50–13.30 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I

- **Karcinom prsu v ambulanci praktického lékaře** – Soumarová R.
(Přednáška sponzorovaná společností Roche s. r. o.)
- **Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby** – Ilnát P.
- **Proč vyhledávat a léčit pacienty s chronickou HCV infekcí** – Šperl J.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences s. r. o.)
- **Pár slov o HIV** – Veselý D.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences s. r. o.)
- **Dva litry polyetylen glykolu s kyselinou askorbovou je dobře snášená a účinná očista střeva před endoskopickým vyšetřením** – Lukáš M.

13.30–14.30 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

14.30–15.10 VYZVANÁ PŘEDNÁŠKA / Péče o pacienty po transplantaci

prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.

15.10–16.25 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II

- **Bolest zad u mladých dospělých – může za to „Bechtěrev“?** – Filková M.
(Přednáška sponzorovaná společností Novartis, s. r. o.)
- **Novinky v léčbě CHOPN** – Pauk N.
- **Život není jen sen** – Hubeňák J.
- **Novinky v managementu obezity v ordinaci praktického lékaře** – Čupka J.

16.25–16.50 PŘESTÁVKA

16.50–18.00 ENDOKRINOLOGIE

Garant doc. MUDr. Jan Jiskra, Ph.D.

- **Funkční tyreopatie v ordinaci praktického lékaře** – Stejskal R.
- **Tyreoidální uzly v ordinaci praktického lékaře** – Jiskra J.
- **Incidentalomy nadledvin – co může v ordinaci udělat praktický lékař?** – Ježková J.

Workshopy / pátek 4. října

13.30–14.30 Správné měření ABI a EKG v praxi

16.00–17.00 Praktický nácvik kardiopulmonální resuscitace

Workshopy vedou pracovníci záchranné služby.

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

PROGRAM – sobota 5. října

9.00–10.10 TĚLOVÝCHOVNÉ LÉKAŘSTVÍ

Garant doc. MUDr. Jiří Radvanský, CSc.

- Základy zátěžové fyziologie pro preskripci pohybu – Radvanský J.
- Racionální přístup k preventivnímu vyšetření sportovce – Slabý K.
- Racionální přístup k preventivnímu vyšetření sportovce – fyzioterapeutická část – Páková A.

10.10–10.40 PŘESTÁVKA

10.40–12.20 MEZIOBOROVÁ SDĚLENÍ

- Celiakie z pohledu pacienta – Sasová H.
- Paracetamol: hledání optimální dávky – Čížal L., Slíva J.
- Vitamin D a pohybový aparát – Novák J.
- Novinky z oblasti střevního mikrobiomu – střevní mikrobiom a atopická dermatitida – Ryšávková P.
- Ibuprofen: účinné nejenom „analgetikum“ – Lapka M.
- Rizikové skupiny vs. rizikové infekce – Blechová Z.

12.20–13.20 IP ATB atd., nebo ABT?

Garantka MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

- Diskuzní interaktivní přednáška

13.20–13.30 A něco čokoládového navíc aneb zkušenosti z Afriky – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

13.35 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

XVI. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V PRAZE kongres praktických lékařů

4.–5. října 2019 | Kongresové centrum, Praha

Pořadatel

Společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi

Záštita

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Prezident akce

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Marta Boučková, 770 194 701, bouckova@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jíša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena kredity pro lékaře.



Supplementum D Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2019; 16(Suppl D).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-277-7

Srdeční selhání: epidemie 21. století

garant prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

pátek / 4. října 2019 / 9.00–10.20 hod.

Moderní farmakoterapie chronického srdečního selhání

MUDr. Markéta Hegarová, Ph.D.

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Při udávané prevalenci trpí syndromem CHSS v české republice více než 200 tisíc nemocných, přičemž praktický lékař je obvykle první a klíčovou osobou pro rozpoznání syndromu CHSS. Správná léčba syndromu zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života a prognózu nemocných. Moderní farmakoterapie CHSS musí být kombinovaná. Základními léky jsou blokátory renin-angiotenzin-aldosteronového systému, betablokátory, inhibitor neprilysinu a AT1receptoru. Účinek na příznivé ovlivnění prognózy je ve všech základních lékových skupinách závislý na dávce, titrace léků do doporučených nebo nejvyšších tolerovaných dávek je proto velmi důležitá pro další osud nemocných. I u stabilních, byť relativně málo symptomatických nemocných, je potřeba dosáhnout maximálních dávek kombinované léčby včetně sakubitril valsartanu ke zlepšení dlouhodobé prognózy. Důležitým cílem léčby je prevence dekompenzací. Dostupnost moderní farmakoterapie pro pacienty s CHSS je závislá na dobré spolupráci praktických lékařů, internistů a kardiologů.

Neštěstí nechodí samo: význam komorbidit srdečního selhání

MUDr. Jan Beneš, Ph.D.

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Chronické srdeční (ChSS) selhání je spojeno se zvýšeným výskytem dalších onemocnění, které komplikují průběh, zhoršují kvalitu života i prognózu a vyžadují léčbu. K nejvýznamnějším komorbiditám u pacientů se srdečním selháním patří diabetes mellitus (DM), obezita, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), deprese, poruchy dýchání ve spánku a anémie a deficit železa. Diabetes mellitus je nyní v centru pozornosti u srdečního selhání zejména v souvislosti s novou terapií SGLT2-inhibitory, což je léková skupina s jasně prokázaným mortalitním benefitem u pacientů s diabetem a kardiovaskulární anamnézou. Očekává se, že se benefit těchto léků prokáže i u pacientů s diabetem a ChSS. „Klasická“ terapie diabetu (deriváty sulfonyleurey, inzulin) je u pacientů se srdečním selháním riziková, protože hrozící hypoglykemie je u pacientů s ChSS rizikovější než u jiných nemocných.

Je známou skutečností, že obezita je rizikovým faktorem pro rozvoj ChSS. Naproti tomu u pacientů s již známým ChSS se nadváha a mírná obezita (BMI 25–35) zdá být protektivní, což se v literatuře označuje jako tzv. obesity paradox. Na druhou stranu je také prokázáno, že pacienti s extrémním BMI (BMI < 20 nebo BMI > 40) mají prognózu velmi nepříznivou.

Jaká je optimální hmotnost pro pacienty s ChSS není tedy úplně jasné, zdá se ale, že ideální BMI bude někde mezi 25–30, tedy mírně nad pásmem tabulkově optimální hmotnosti.

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je u pacientů s ChSS častou komorbiditou a nesprávná diagnóza není vůbec vzácná. Jestli léčit pacienty s CHOPN a srdečním selháním jinak než ostatní pacienty s CHOPN není jasné, nicméně poslední data ukazují, že by i pacienti se samotným ChSS mohli profitovat z bronchodilatační léčby a pacienti se samotným CHOPN by mohli profitovat z terapie beta-blokátory. Léčba ChSS a CHOPN se tak možná v budoucnu významným způsobem protne.

Spánková apnoe (obstrukční – OSA, centrální – CSA) je bezesporu velmi poddiagnostikovanou jednotkou ať už v běžné populaci, tak také u pacientů s ChSS. Odhaduje se, že střední/těžká OSA/CSA postihuje cca 50 % pacientů s ChSS. S rostoucí třídou funkční klasifikace NYHA roste jednak celková prevalence spánkové apnoe, ale mění se také procentuální zastoupení jednotlivých forem – postupně ubývá OSA a přibývá CSA. U pacientů NYHA IV má již cca 75 % pacientů spánkovou apnoe

(50 % CSA a „jen“ 25 % OSA). Zatímco u ChSS a OSA se léčí přetlakovou ventilací (CPAP), adaptivní servoventilace u pacientů s ChSS a CSA vedla dokonce ke zhoršení přežívání.

Deprese je další z velmi častých komorbidit u pacientů s ChSS. Prevalence klinicky signifikantní deprese se u těchto pacientů uvádí okolo 20 %, což je cca 2 až 3x víc než v obecné populaci. U pacientů s ChSS je deprese jednak poddiagnostikovaná a také nedostatečně léčenou komorbiditou. Léčbou první volby jsou u pacientů s ChSS inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI).

ChSS s sebou nese rovněž alteraci metabolismu železa. Cca třetina pacientů s ChSS trpí také anémií. Ačkoli je etiologie anémie u těchto pacientů zřejmě multifaktoriální, deficit železa hraje u anémie při ChSS zřejmě velmi podstatnou roli (předpokládá se, že je u pacientů s ChSS a anémií přítomen až u 75 % pacientů). U pacientů s ChSS a deficitem železa je velmi efektivní i.v. substituční terapie, která ale v ČR naráží na ekonomické limity.

Srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí (HFpEF)

MUDr. Adrian Reichenbach

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Přibližně 50 % nemocných se srdečním selháním má zachovalou funkci LK, tento typ srdečního selhání se také označuje jako diastolické srdeční selhání. Tento typ srdečního selhání bývá stále vzhledem ke své prezentaci a obtížné interpretaci často nepoznan a má negativní dopad na kvalitu života a prognózu nemocného. Srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí má oproti „systolickému“ srdečnímu selhání odlišnosti jednak v epidemiologii, diagnostice, a tak i v terapii. Léčba těchto nemocných je často obtížná a je nutné léčbu individualizovat. Přednáška pojednává o klinické prezentaci, diagnostice a léčbě srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí a zaměřuje se na praktické aspekty interpretace výsledků klinických vyšetření a volby léčby.

Jak poznat pacienta s pokročilým selháním a kdy lze uvažovat o transplantaci či jiných pokročilých metodách?

MUDr. Lenka Hošková, Ph.D

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Chronické srdeční selhání (CHSS) představuje z klinického pohledu syndrom charakterizovaný poruchou srdeční funkce s neurohumorální aktivací, zadržováním tekutin a zhoršeným přežíváním. Stav se manifestuje příznaky (únava, dušnost, snížená tolerance zátěže), které jsou vyvolány městnáním nebo sníženým minutovým výdejem. V současné době je nejčastější příčinou CHSS ischemická choroba srdeční a dilatační kardiomyopatie. CHSS postihuje 2–3 % dospělé populace a s věkem významně stoupá. Moderní farmakologickou léčbou a nefarmakologickými postupy se v posledních 20 letech prognóza nemocných zlepšila, nicméně u pacientů, kteří dospějí do stadia pokročilého CHSS, činí riziko jejich úmrtí až 50 % během jednoho roku. Onemocnění je oprávněně nazýváno epidemií 21. století. Pokud se stabilizované CHSS začne zhoršovat, mluvíme o jeho dekompenzaci. To se může stát náhle či pozvolna a vede obvykle k hospitalizaci nemocného.

Pro pokročilé srdeční selhání svědčí:

- významná limitace únavou/dušností NYHA IIIb/IV i při maximální farmakologické a nefarmakologické léčbě
- celkové zhoršování stavu i při podávání maximální léčby (retence tekutin, arytmie, nízký minutový srdeční výdej, plicní hypertenze, systémová hypotenze)
- evidence o dysfunkci srdce (snížená ejekční frakce levé komory nebo strukturální změny srdce)

K posouzení pokročilosti srdečního selhání nestačí jednorázové vyšetření, proto by měli být pacienti odesíláni do kardiocentra včas. Délka trvání nemoci a opakované epizody dekompenzace zhoršují prognózu nemocných.

Kdy referovat pacienta s pokročilým srdečním selháním do kardiocentra ke zvážení *transplantace srdce*:

- pacient se symptomy NYHA III a více
- s anamnézou opakovaných hospitalizací pro dekompenzaci CHSS
- s nechtěnou změnou hmotnosti (úbytek váhy > 5 % za ½ roku, nebo nárůst váhy pro nezvladatelné otoky)
- s intolerancí betablokátorů nebo ACEi/AT1 inhibitorů pro symptomatickou hypotenzi či zhoršení funkce ledvin
- bez známek chronické infekce
- bez anamnézy aktivního nádorového onemocnění v posledních 2 letech
- bez závažných postižení ostatních orgánů (diabetes s orgánovými komplikacemi, CHOPN III.–IV. stupně, cirhóza jater, generalizovaná ateroskleróza)
- pacient s adekvátním psychosociálním zázemím, schopný spolupráce a dodržování léčebného režimu (bez abúzu alkoholu a drog)

Nefarmakologické přístupy a mosty k transplantaci srdce

U pacientů s CHSS se snažíme zlepšit klinický stav také nefarmakologickými přístupy, včetně chirurgické či perkutánní revaskularizace, chirurgické i perkutánní korekce chlopenních vad (TAVI, Mitraclip), implantace přístroje pro srdeční resynchronizační terapii, implantace přístrojů k prevenci život ohrožujících komorových arytmií (ICD), katetrizační ablace síniových i komorových arytmií. Použití těchto metod může stabilizovat zdravotní stav pacientů čekajících na transplantaci srdce. Zavedení mechanických srdečních podpor umožňuje zlepšení hemodynamického stavu a orgánové perfuze u pacientů s velmi pokročilým CHSS, kteří by se jinak transplantace nedožili. U těchto nemocných lze podporu oběhu použít jako most k transplantaci („bridge to transplant“).

Aktuality do vaší ordinace I

pátek / 4. října 2019 / 11.50–13.30 hod.

Karcinom prsu v ambulanci praktického lékaře

doc. MUDr. Renata Soumarová, Ph.D., MBA, MUDr. Lenka Rušíňová

Radioterapeutická a onkologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

Karcinom prsu patří k nejpočetnějším malignitám u žen. V roce 2014 bylo zaznamenáno v České republice 7 008 nových případů karcinomu prsu a 1 940 žen na karcinom prsu zemřelo. U karcinomu prsu roste incidence se stoupajícím věkem. Přibližně 25 % případů se vyskytne u pacientky před 50. rokem věku a < 5 % před 35. rokem. Incidence se zvýšila také po zavedení mammografického skríninku (v roce 2002). V roce 2016 byla incidence 70 na 10 000 osob, v roce 2001 cca 60.

Díky mammografickému skríninku se ale zvýšil počet časných stadií, u kterých je relativní pětileté přežití takřka 100 %. Nežádka se však setkáváme i s primárně velmi pokročilými nálezy bohužel i u mladých žen.

V oblasti léčby karcinomu prsu dochází v posledních letech k obrovskému pokroku, léčba je stále úspěšnější, ale také časově náročnější. Zahrnuje nejen léčbu chirurgickou, ale také moderní systémovou léčbu včetně nových generací hormonální a cílené léčby, ale také moderní léčbu zářením. I z generalizovaného onemocnění se stává onemocnění chronické.

Současně roste i počet žen, které jsou pouze ve sledování po léčbě (prevalence). Proto i vznikla iniciativa České onkologické společnosti předávat ženy po léčbě k další dispenzarizaci do ambulaní praktických lékařů. Ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství bylo vypracováno i doporučení, jak o tyto pacienty pečovat.

Mezi onkology a praktickými lékaři musí fungovat velmi dobrá a úzká spolupráce, která povede k časnějšímu a rychlejšímu stanovení diagnózy, i k např. rychlejšímu procesu vyšetřování pacientky. Spolupráce se však týká i samotné léčby, ať již specifické protinádorové nebo paliativní a podpůrné.

Cílem sdělení bude podat přehled o současných možnostech léčby karcinomu prsu, která by měla být koncentrována především do onkologických center. Dalším cílem přednášky bude podat informace o spektru možných pacientů s karcinomem prsu, se kterými se setkávají, nebo budou setkávat praktičtí lékaři ve svých ambulancích.

Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby

doc. MUDr. Peter Ihnát, Ph.D., MBA

Chirurgická klinika, FN Ostrava

Hemoroidální nemoc představuje civilizační onemocnění s vysokou incidencí v evropské populaci. Každý praktický lékař proto poměrně často řeší pacienty s hemoroidálním onemocněním ve své běžné praxi.

Autor předkládá přehled poznatků týkajících se problematiky hemoroidálního onemocnění – anatomické aspekty, klasifikace, diagnostika a především současné možnosti léčby hemoroidálního onemocnění. Základem managementu pacientů je kvalitní diagnostika zaměřená na vyloučení kolorektálního karcinomu a léčba v závislosti na stadiu onemocnění. Standardem léčby pacientů všech stadií hemoroidálního onemocnění je konzervativní léčba založená na režimových opatřeních, aplikaci preparátů s lokálním působením a farmakoterapie venotoniky s prokázanou účinností (MPFF-Detralext). Semiinvazivní metody léčby (Baronova ligace, skleroterapie, laser, atd.) a chirurgické metody léčby (HAL, Longova operace, klasická haemorrhoidectomie) jsou určeny pro symptomatické pacienty se smíšenými haemorrhoidálními uzly, resp. pro pacienty s vnitřními uzly II.–III. stupně.

Vzhledem k vysoké incidenci hemoroidálního onemocnění je potřebná spolupráce praktických lékařů, gastroenterologů a koloproktologů s cílem diagnostikovat a optimálně léčit jednotlivá stadia onemocnění.

Proč vyhledávat a léčit pacienty s chronickou HCV infekcí

doc. MUDr. Jan Šperl, CSc.

Klinika hepatogastroenterologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Chronická infekce virem hepatitidy C (HCV) je jednou z nejčastějších příčin chronického onemocnění jater a postihuje celosvětově přibližně 70 milionů lidí. V západních zemích představuje chronická infekce virem HCV nejčastější příčinu jaterní cirhózy, selhání jater a hepatocelulárního karcinomu. V současné době je nejvyšší prevalence chronické HCV infekce v tzv. rizikových skupinách osob, na prvním místě mezi intravenózními uživateli drog. Onemocnění probíhá často mnoho let bez příznaků, doba potřebná k přeměně jater v cirhotická činí 20–40 let. Jedna třetina infikovaných osob může mít dlouhodobě i normální jaterní enzymy. Většina infikovaných osob o svém onemocnění proto neví.

Cílem terapie je úplné vyléčení chronické HCV infekce – dosažení kompletní eradikace viru, které je definováno jako dosažení setrvalé virologické odpovědi, odpovídající nedetekovatelné HCV RNA v krvi 12 a/nebo 24 týdnů po ukončení léčby. Eradikace HCV infekce brání přechodu chronické hepatitidy v cirhózu jater, zabrání i rozvoji jaterních i mimojaterních komplikací onemocnění. Nová, perorální přímo působící antivirotika (DAA, direct acting antivirals), představují revoluci v léčbě HCV infekce díky vysoké, téměř 100% účinnosti a minimálním nežádoucím účinkům při krátké, tj. 8 až 12týdenní léčbě. Jejich použití má za cíl eliminaci HCV infekce do roku 2030, tedy snížení počtu nově diagnostikovaných případů na 10 % původního počtu nemocných. DAA režimy díky vynikající toleranci a bezpečnosti umožňují léčit i pacienty s pokročilou cirhózou jater, selháním ledvin, pacienty s depresemi nebo autoimunitními chorobami. Riziko komplikací při léčbě tak dnes představují pouze možné lékové interakce, ty však lze vyřešit úpravou současně podávaných

léčby před zahájením léčby HCV. DAA režimy tak lze léčit prakticky všechny infikované pacienty, podmínkou je ale dobrá spolupráce. Pro dosažení vysoké účinnosti léčby DAA režimem je zásadní podmínkou pravidelné denní užívání léků a dokončení plánované doby léčby.

Pár slov o HIV

MUDr. Dan Veselý

Klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha

V současnosti je infekce virem HIV velmi dobře léčitelné onemocnění a prognóza dožití léčených HIV pozitivních srovnatelná s běžnou, HIV negativní populací. Toto platí ovšem jen za předpokladu včasného zahájení léčby.

V posledních letech lze v Evropě sledovat trend pozdních záchytů HIV podmíněný mj. nízkou frekvencí testování, což přináší epidemiologická rizika pro HIV negativní populaci a snížení očekávané délky dožití pro pozdně diagnostikované jedince.

Role praktického lékaře v testování HIV je velmi důležitá, protože zejména v akutní fázi infekce HIV pacient téměř vždy přichází s obtížemi do ordinace PL.

Přednáška přináší přehled o charakteru přenosu HIV v ČR a spolu s výkladem o akutním retrovirovém syndromu demonstruje časté situace vhodné k testování HIV v ordinaci PL a poskytuje vhled do další organizace péče o HIV pozitivní pacienty v systému českého zdravotnictví.

Péče o pacienty po transplantaci

pátek / 4. října 2019 / 14.30–15.10 hod.

Péče o pacienty po transplantaci

prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.

Klinika nefrologie, Transplantační centrum, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Transplantace představuje metodu volby léčby nevratného chronického orgánového selhání pro nemocné, kteří jsou schopni transplantaci podstoupit. Péče o nemocného v časném období po transplantaci je pokračováním anesteziologické péče během vlastního výkonu. Zásady těchto postupů jsou shodné s běžnou péčí o nemocného v pooperační fázi, existují ale některé orgánově specifické zvláštnosti. V prvních 24 hodinách po transplantaci je základním úkolem péče monitorovat základní životní funkce a stav transplantovaného orgánu. Imunosuprese je zahajována bezprostředně před, při nebo až po transplantaci. Během prvního týdne většina nemocných obdrží indukční imunosupresi s cílem zabránit pozdějšímu odhojení transplantovaného orgánu, stejně tak jako antibiotickou profylaxi. Cílem první hospitalizace je mimo jiné nastavit udržovací imunosupresi a profylaktické režimy. V současnosti jsou všichni nemocní od počátku léčeni takrolimem, mykofenolát mofetilem (MMF) a steroidy. V případě takrolimu, inhibitoru kalcineurinu, monitorujeme jeho plazmatické hladiny, které se musí udržovat v terapeutickém rozmezí (zpočátku 10–15 ng/ml, později 5–8 ng/ml). Dávky MMF a steroidů se snižují a v některých případech se později dokonce vysadí. Jako indukční imunosupresi používáme králíčí antithymocytární globulin (rATG), který způsobí depleci periferních T lymfocytů po řadu týdnů a sníží významně riziko rejekce. Basiliximab, inhibitor receptoru pro IL-2, je používán pro indukci u méně rizikových nemocných. Jako profylaxe závažné cytomegalovirové infekce (CMV) nemocní dostávají perorální valganciklovir po dobu 100–200 dní a v případě profylaxe pneumocystové pneumonie pak Biseptol po dobu 4 měsíců. Antimykotická profylaxe se podává pacientům ve zvýšeném riziku.

Za zásadní lze považovat časná a častá kontroly v transplantačním centru, které ovšem mohou být částečně delegovány do regionů, především v situacích, kdy nemocný musí na kontroly dojíždět stovky kilometrů. Při ambulantních kontrolách se kromě biochemického vyšetření s cílem monitorovat stav transplantovaného orgánu (renální funkce u transplantací ledvin, jaterní testy u transplantací jater), monitoruje i hladina imunosuprese a zobrazení transplantovaného orgánu.

S rozvojem digitalizace medicíny v současnosti využíváme elektronickou zabezpečenou komunikaci se specialisty a praktickými lékaři v regionech, kdy již spojujeme informační systémy tak, že se v databázích transplantačních center objevují výsledky z regionů. Transplantační koordinátorky, vyškolené zdravotní sestry, pak mají za úkol facilitovat komunikaci mezi pacienty, lékaři v regionech a lékaři v transplantačním centru.

Hlavní komplikace, se kterými se můžeme u nemocných po transplantaci setkat, jsou infekce. V případě transplantací ledvin jsou to především infekce močových cest rezistentními (nemocničními) kmeny, časté jsou ovšem také pneumonie. Léčba febrilních stavů musí být zahájena neprodleně parenterálními antibiotiky a ev. následně deeskalována. Vždy ověřujeme hodnoty CRP a nezapomínáme, že klinický obraz je důležitější než laboratorní nebo zobrazovací metody. U řady nemocných může probíhat život ohrožující infekce inaparentně, důvodem je podávaná imunosuprese. Proto je vždy nutné při vyšetřování nemocných po transplantaci orgánů kontaktovat lékaře transplantačního centra, který poradí a navrhne další postup. Za zásadní lze považovat pravidelnou vakcinaci proti chřipce a zřejmě také pneumokokům. Kromě infekcí nemocní trpí častěji vznikem kožních nádorů, které lze snadno odhalit. Kardiovaskulární komorbidita je častá a její léčba není odlišná od ostatní populace. Intervence rizikových faktorů aterosklerózy bývá ale pro vyšší riziko onemocnění častější a intenzivnější než v běžné populaci. To samé platí o kompenzaci diabetu. Závěrem lze uzavřít, že léčba nemocných po orgánových transplantacích má z počátku svoje specifika, která ale s odstupem od operačního výkonu ustupují, až nakonec péče o pacienta po transplantaci v principu připomíná sledování nemocných s chronickým interním onemocněním a imunitním deficitem.

Aktuality do vaší ordinace II

pátek / 4. října 2019 / 15.10–16.25 hod.

Bolest zad u mladých dospělých – může za to „Bechtěrev“?

MUDr. Mária Filková, Ph.D.

Revmatologický ústav a Klinika revmatologie 1. LF UK, Praha

Mechanická příčina tvoří až 97 % akutních a 90 % chronických bolestí páteře. Zánětlivá bolest, která je typickým znakem onemocnění skupiny spondyloartritid (SpA), tvoří 5 % chronických bolestí bederní páteře. Typicky nastupuje pozvolně před 40. rokem, trvá déle než 3 měsíce, dosahuje maxima ve 2. polovině noci a mírní se rozzcvičením bez pocitu úlevy v klidu.

Podle převažující manifestace postižení lze SpA dělit na formu axiální (postiženy struktury páteře a sakroiliakálních kloubů) a periferní (artritida zejména velkých kloubů). Kromě uvedených projevů tyto jednotky spojují i kožní, slizniční a urogenitální znaky. Celá skupina má společný genetický základ ve formě vazby na antigen HLA-B27. Podle klinických jednotek se sem zařazuje ankylozující spondylitida (AS, nebo tzv. Bechtěrevova choroba), psoriatická, reaktivní a enteropatická artritida (artritida při idiopatických střevních zánětech), juvenilní ankylozující spondylitida a tzv. nediferencovaná SpA. Diagnóza AS se až do roku 2009 stanovovala na základě kritérií, kdy musí být rentgenové známky sakroiliitidy a alespoň 1 klinické kritérium: zánětlivá bolest zad, omezení hybnosti bederní páteře a dýchacích exkurzí. Tato kritéria se zakládají na pozdních změnách a neumožňují tak diagnózu v časně fázi nemoci. Nová kritéria umožňují klasifikaci v období, kdy ještě není rentgenově průkazná sakroiliitida a diagnóza se pak opírá o přítomnost sakroiliitidy na MRI a splnění 1 klinického příznaku, nebo při pozitivitě HLA-B27 a alespoň 2 klinických příznaků.

S ohledem na subjektivní obtíže, klinická, zobrazovací vyšetření a laboratorní aktivitu je zahájena nefarmakologická léčba v podobě režimových opatření včetně pravidelného cvičení, a farmakologická léčba nesteroidními antirevmatiky, v případě periferního postižení i terapie syntetickými chorobu modifikujícími léky (DMARDs), příp. biologická léčba. Tato zahrnuje inhibitory TNFα (infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab) a inhibitor IL-17A (secukinumab). Protizánětlivý efekt se projeví subjektivní úlevou, poklesem reaktantů akutní fáze, snížením intenzity zánětu na

páteři a SI kloubech na MRI. Účinek na oddálení či omezení strukturálních změn se stále diskutuje, nastupuje pravděpodobně po 4–6 letech léčby. V České republice je průměrná doba od prvních bolestí zad k diagnóze AS až 9,1 roku, což vede u 60 % pacientů k invaliditě s psychosociálním dopadem. Je proto nutné při zánětlivé bolesti zad, příp. při pozitivitě HLA-B27 a chronické bolesti zad u mladých jedinců odeslat tyto pacienty na revmatologické pracoviště.

Život není jen sen

MUDr. Jan Hubeňák, Ph.D.

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Trazodon je antidepresivem první volby. Už přes 10 let je v České republice používán ve formě s řízeným uvolňováním (AC) a téměř 5 let také ve formě s prodlouženým uvolňováním (Prolong). Léčba trazodonem se vyznačuje rozrůstáním spektra klinického účinku s tím, v jaké dávce je podáván. V denní dávce do 75 miligramů má významný hypnotický účinek. V dávce do 150 miligramů denně je navíc i dobrým anxiolytikem. Od dávek nad 200 miligramů denně je také účinným antidepresivem i v monoterapii. Trazodon je určen k léčbě depresí a jeho přínos využívají nemocní, kteří navíc trpí doprovodnou úzkostí a nespavostí. Insomnie a anxieta při podávání trazodonu mnohdy odeznívají již v prvním týdnu léčby. Recentní studie ukazují, že úprava spánku je důležitá a je benefitem i pro starší depresivní pacienty. Korekce insomnie může působit protektivně ve vztahu k rozvoji mírné kognitivní poruchy a následně i demence. Trazodon, díky kvalitnímu hypnotickému efektu i v nízkých dávkách, byl a stále často je užíván jako hypnotické léčivo v kombinaci s jinými antidepresivy. Údaje z roku 2018 dokládají, že trazodon je v České republice u 33 % pacientů podáván jen v hypnotické indikaci. U 74 % nemocných je pak užíván v denní dávce pouze do 100 miligramů. Dosud rozšířený terapeutický postup spočíval v léčbě depresivního pacienta pomocí kombinace SSRI preparátu, benzodiazepinu a trazodonu v malé dávce. Nemocné je však možno léčit monoterapeuticky plnou antidepresivní dávkou trazodonu ve výši 300 miligramů za den. To současně umožní léčbu bez nutnosti přídatného podávání medikace anxiolytik, hypnotik či jiných antidepresiv. Terapie deprese s pomocí nejčastěji užívaných SSRI antidepresiv často způsobí hned v prvních dnech medikace anxieta, insomni, psychomotorický neklid, sexuální dysfunkce i dyspepsii. Je to způsobeno agonistickým působením SSRI léčiv na 5-HT₂ receptorech. Nemocní pak léčbu netolerují, jejich compliance poklesá a jsou proto ohroženi další progresí deprese. Trazodon je naopak antagonistou na těchto receptorech, a proto zmíněné nežádoucí příznaky nevyvolává. To je faktor, který významně zlepšuje adherenci nemocných k léčbě. Klinická zkušenost autora svědčí pro dobrou účinnost a tolerabilitu trazodonu v obou dostupných formách.

Novinky v managementu obezity v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Jozef Čupka, MPH

Ordinace praktického lékaře Praha 6

Obezita je způsobena komplexní interakcí genů a zevního prostředí. Ačkoli obezita startuje jako problém životního stylu, rychle směřuje k narušení neurohormonální a energetické regulace jako výsledek poruchy hypotalamických signálů. Komplikace obezity jsou mechanické (kloubní a vertebrogenní, dušnost, komplikace chirurgických výkonů a úrazů) a metabolické – metabolický syndrom, hypertenze, dyslipidemie, prediabetes-diabetes a také vztahy k sterilitě, depresi i výskytu některých nádorů, např. nádory trávicího traktu kromě žaludku, gynekologické nádory včetně karcinomu prsu a nádory ledvin. Přednáška popisuje algoritmus managementu nadváhy a obezity v dospělé populaci v ordinaci praktického lékaře dle aktualizovaných doporučených postupů SVL a jednání s VZP o novém projektu Obezita PLUS. Projekt je založen na hodnocení kvalitativních kritérií, která souvisí s prevencí a organizací péče o pacienty trpící obezitou:

- sledování vývoje hmotnostně výškového poměru – BMI;
- sledování compliance pacienta;

- sledování vývoje krevního tlaku;
- sledování vývoje hladiny lipoproteinů a glykemie.

Cílem projektu je realizace sítě ordinací PL poskytujících obezitologickou péči, která je hrazena poskytovateli a částečně i farmakoterapie pacientům. Současně dochází k iniciaci nového intervenčního kódu u VZP pro PL – 001. Identifikace a sledování pacienta trpícího obezitou se u PLDD bude vykazovat signálním výkonem 02039 – (VZP) – Záchyt a sledování pacienta s obezitou v ordinaci PLDD (bude hrazen částkou ve výši 200 Kč se zařazením tohoto výkonu od 1. 1. 2020 v SZV pro odb. 002). Nové možnosti farmakoterapie dospělých léky Mysimba (tbl) a Saxenda (inj) dávají do rukou lékařů účinný nástroj k terapii neurohormonální a energetické regulace. Indikace a zkušenosti s terapií podrobněji shrne přednáška na konferenci.

Nově v rámci SVL vznikla „Pracovní skupina pro preventabilní onemocnění“, která se zabývá obezitou/nadváhou, managementem zdravého životního stylu, dále i odvykáním kouření tabáku či snižováním spotřeby alkoholu u pacientů v primární péči. Zájemci o tyto problematiky se můžou přihlásit na webu společnosti <https://www.svl.cz/o-nas/pracovni-skupina-pro-preventabilni-onemocneni/> a budou informováni o nejnovějších aktivitách k těmto tématům v rámci ČR.

Endokrinologie

garant doc. MUDr. Jan Jiskra, Ph.D.

pátek / 4. října 2019 / 16.50–18.00 hod.

Funkční tyreopatie v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Richard Stejskal

Lékařské centrum Václavka, Praha

Poruchy funkce štítné žlázy jsou díky dostupnější laboratorní diagnostice zachycovány stále častěji. Vzhledem k jejich stoupající incidenci je pro všeobecného praktického lékaře nutné se orientovat v jejich základním členění, možnostech laboratorní diagnostiky a možné interferenci laboratorních testů. Měl by dokázat rozlišit stavy, jejichž léčbu je třeba zahájit neprodleně, od stavů, které snesou odkladu, u kterých je vhodné laboratorní test s odstupem zopakovat nebo kdy je třeba léčbu vůbec nezahajovat a vyčkat endokrinologického vyšetření. Vzhledem k nárůstu endokrinologických pacientů jsou objednávací termíny k endokrinologickému vyšetření mnohdy dlouhé a praktický lékař musí někdy léčbu zahájit sám. Endokrinologická společnost ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství vydala pro tento účel doporučené postupy a praktický lékař je po jejich obeznámení se s nimi oprávněn k léčbě mnohých poruch funkce štítné žlázy a po endokrinologickém vyšetření je často požádán o zpětné převzetí pacienta do dispenzární péče s navrženým plánem postupu a endokrinologických kontrol.

Klinicky nejvýznamnější jsou tyreoidální hyperfunkce, které zejména u starších pacientů mohou vyústit v srdeční arytmií s možným oběhovým selháním. Podrobné rozlišení jednotlivých příčin tyreoidální hyperfunkce patří již do rukou endokrinologa, je však užitečné, aby měl praktický lékař o jejich odlišnostech alespoň základní povědomí. Tyreoidální hypofunkce má větší význam v některých životních obdobích – dospívání, graviditě a v reprodukčním věku obecně a poté v seniu. Subklinická hypofunkce je dnes jedna z nejběžnějších endokrinních diagnóz, po stanovení příčiny hypotyreózy je její léčba jednoduchá a o dispenzarizaci těchto pacientů by se měl endokrinolog dělit s praktickým lékařem tak, aby se pak mohl věnovat složitějším případům. Limitem této praxe jsou zavedené zvyklosti, a i pravidla úhrad zdravotní péče od zdravotních pojišťoven.

Přednáška je zaměřená na praktické ukázky vyšetření a léčby těchto tyreopatií.

Tyreoidální uzly v ordinaci praktického lékaře**doc. MUDr. Jan Jiskra, Ph.D.****3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha**

Tyreoidální uzly jsou časté. Naprostá většina z nich jsou uzly benigní bez hormonální nadprodukce. Základním vyšetřením u tyreoidálních uzlů je vyloučení tyreoidální dysfunkce a ultrazvuk za účelem správného posouzení, které uzly mají být vyšetřeny aspirační biopsií tenkou jehlou (FNAB) s následnou cytologií. V indikaci k FNAB se zvažuje zejména velikost uzlu, vzhled uzlu na ultrazvuku a klinické rizikové faktory. Z důvodu lepší standardizace dalšího postupu a zlepšení péče o pacienty s minimalizací nežádoucích důsledků z podhodnocení (přehlédnutá malignita) i nadhodnocení (zbytečné operace) by měly být výsledky ultrazvuku i FNAB kategorizovány podle rizika malignity. Ultrazvukových klasifikací je k dispozici několik, většinou podle různých národních odborných radiologických či endokrinologických společností (např. EU-TIRADS, ATA, ACR) včetně České endokrinologické společnosti ČLS JEP. Pro účely standardizace nálezů z FNAB se nejvíce používá klasifikace Bethesda.

Incidentalomy nadledvin – co může v ordinaci udělat praktický lékař?**MUDr. Jana Ježková****3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha**

Jako incidentalomy se označují náhodně zjištěné expanze nadledvin. Díky zvyšující se dostupnosti a kvalitě zobrazovacích metod se s nimi setkáváme stále častěji. Prevalence je u dospělých udávána kolem 3 % a roste s věkem. U dětí je nález incidentalomu nadledviny vzácný. Při nález incidentalomu je nejdůležitější zhodnocení rizika malignity a hormonální funkce. Povaha tumoru by měla být stanovena ihned při zjištění incidentalomu a opírá se o charakteristická kritéria jednotlivých zobrazovacích metod. Nejčastěji se vychází z CT nálezů, kdy pro benigní nález svědčí homogenní, hypodenzní (HU < 10) nádor < 4 cm na nativním CT. Frekvence výskytu jednotlivých typů incidentalomů je následující: adenom (80 %, převažují afunkční adenomy), feochromocytom (7 %), adrenokortikální karcinom (8 %), metastáza (5 %), jiné patologické procesy jsou vzácné. Posouzení hormonální funkce, tj. diagnostiky autonomní sekrece kortizolu, primárního hyperaldosteronismu a feochromocytomu spadá do kompetence endokrinologa. V praxi se nejčastěji setkáváme s drobnými, hypodenzními afunkčními tumory u starších nemocných, u kterých není potřebná léčebná intervence ani sledování. Při nález radiologicky suspektní expanze je nezbytné kontaktovat specialistu – endokrinologa, do jehož kompetence patří stanovení diagnózy a dalšího postupu v rámci konzultace v multidisciplinárním týmu.

Tělovýchovné lékařství**garant doc. MUDr. Jiří Radvanský, CSc.****sobota / 5. října 2019 / 9.00–10.10 hod.****Základy zátěžové fyziologie pro preskripci pohybu****doc. MUDr. Jiří Radvanský, CSc.****Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Praha**

Alespoň základní termíny zátěžové fyziologie potřebuje znát lékař, pacient i cvičitel pro racionální preskripci pohybového režimu. Definujme si (zjednodušeně) pohybovou preskripci jako repetitivně opakované fyzické zatížení přiměřené pro daný věk, zdravotní stav, funkční postižení, momentální tělesnou zdatnost a motivaci pacienta. Aby to nebyla nespílitelná „hraběcí rada“, musí být předpis i psychosociálně adekvátní: musí respektovat celkový stav, prognózu a v širším kontextu i reálnou dlouhodobou proveditelnost. Pacient musí být natolik srozuměn a ochotný jej provádět, že k němu bude dlouhodobě adherentní. Zátěž by měla být nastavena kvalitou ve smyslu převládajícího způsobu zatížení, intenzitou vyjádřitelnou například obecnou energetickou náročností v METs, tepovou frekvencí nebo pocitově – a za jakého stavu nemoci. Podstatná je i délka a frekvence cvičení v týdnu. Intenzita

cvičení je vždy nejtěžší část návodu. Základní termíny, které má obdobně chápat praktický lékař, pacient, rehabilitační pracovník i cvičitel v kontextu tohoto problému jsou: zátěžová reakce a zátěžová adaptace, typy tělesné zátěže, ve smyslu dynamické či statické (izometrické) zátěže a možnosti nahrazení izometrické zátěže odporovým tréninkem. Důležité je využití tepové frekvence pro stanovení intenzity zátěže. Pracujeme s ní ve formě zjištění tepové rezervy pro obecně spíše dynamickou zátěž, v praxi pro intervalový a vytrvalostní trénink. Z tepové rezervy lze dobře odhadnout i individuální anaerobní práh. Ten je ale pro potřeby pacientů v písemnictví až zbytečně zdůrazňován. Obdobně i schematickejší koncept 1 RM pro odporový trénink je snad vhodný pouze tam, kde pacienta svěříte do běžné posilovny s dominující klientelou zdravých mladých jedinců. Erudovaný specialista jej nepotřebuje. Algoritmické návody rozhodně nejsou dogmatem pro ty, kteří mají ke cvičení málo pozitivní vztah. Příliš přesný, striktně algoritmický návod bývá tím, co na papíře vypadá skvěle, ale v praxi funguje spíše výjimečně – za úspěch lze považovat i situaci, kdy ke cvičení přesvědčíte třetinu pacientů. Pokud cvičení vede erudovaný cvičitel, nejlépe fyzioterapeut bude řídit intenzitu zatížení zejména pomocí posturální, motorické a tepové odezvy + cílenými dotazy, co se dělo po tréninku minule. Příliš plytká klišé typu „cvičte do zadýchání“, „hodně chodte“ většinou nejen nevedou k benefitu, ale často odradí pacienta od dosavadního pohybu i od specificky zaměřené cílené rehabilitace.

Racionální přístup k preventivnímu vyšetření sportovce

MUDr. Kryštof Slabý

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Praha

Preventivní vyšetření je u sportovce nejčastěji požadováno sportovní organizací, méně často organizátorem závodu nebo na základě specifické legislativní úpravy a v neposlední řadě je sportovec vyšetřen z jeho vlastní iniciativy.

Vyšetřující lékař má k dispozici řadu odborných doporučení pro vyhodnocení nálezu a další management pacienta včetně finálního zhodnocení způsobilosti a vhodnosti zamýšlené nebo již provozované sportovní aktivity sportovce (ať už bez nebo s chronickým onemocněním). Současně je posuzování způsobilosti legislativně upraveno také z administrativního pohledu.

Preventivní vyšetření sportovce se provádí z řady důvodů, z nichž nejdůležitější (v různém pořadí v závislosti na věku, sportovní činnosti a předchozí anamnéze pacienta) jsou prevence náhlého úmrtí z kardiovaskulárních příčin, prevence náhlého nekardiálního úmrtí, prevence závažného akutního nefatálního rizika, prevence poškození zdraví dlouhodobě prováděnou sportovní aktivitou (zejména u interních onemocnění), prevence specifických sportovních úrazů a poškození z přetížení, prevence vzniku a progresu dalších (méně specifických) odchylek pohybového aparátu. Při preventivním vyšetření se dále hodnotí růst a somatický vývoj v kontextu pohybové aktivity, potenciální vzájemná interakce farmakoterapie (zejména) i nefarmakologické léčby a pohybové aktivity, vhodná a nevhodná režimová opatření, konzultovány suplementy, nutriční strategie a regenerační metody a je hodnocena úroveň zdatnosti pacienta pro zdravotní účely. Účelem preventivního vyšetření primárně není zjištění sportovně specifické výkonnosti, sestavení tréninkového plánu apod.

Závěrem nelze než konstatovat, že racionální indikaci preventivní péče o sportovce (kdy vyšetření požadovat a zejména kdy ho nepožadovat) nebrání státní legislativa, ale organizační opatření na úrovni sportovních organizací, která se daří korigovat jen velmi pomalu.

Racionální přístup k preventivnímu vyšetření sportovce – fyzioterapeutická část

PhDr. Andrea Pávová, Ph.D.

Rehabia Praha

Nejčastějším problémem u sportovců je bolest v pohybovém aparátu. Diagnostice pohybového systému se však preventivní sportovní vyšetření („sportovní prohlídka“) věnuje jen okrajově. Poptávka po tomto vyšetření však stoupá – jak ze strany sportovců, trenérů, tak i ošetřujících lékařů.

Cílem ČSTL je představit jednotné ucelené vyšetření pohybového systému, aplikovatelné na rekreační i závodní sportovce. Vyšetření by měl provádět specialista na pohybový systém: fyzioterapeut, příp. rehabilitační, sportovní lékař či ortoped.

Vyšetření (kineziologický rozbor) obsahuje analýzu základních pohybových funkcí se zřetelem ke sportovní zátěži. Kromě základní anamnézy obsahuje statické a dynamické vyšetření pohybového systému, vyšetření stabilizačních funkcí, čití a koordinačních funkcí.

Vyšetření se zaznamenává do formuláře, který je pak možné použít pro inter- i intraindividuální srovnání. Jednotný formulář také usnadňuje komunikaci s ošetřujícím lékařem, trenérem apod.

Komplexní vyšetření pohybového systému je základem pro správnou diagnostiku a terapii sportovce, současně má velký význam i preventivní, zejména u dětí.

Vyšetření je v současné době nepovinnou částí sportovní prohlídky. Seznam pracovišť, která provádí toto vyšetření, je uveden na www.cstl.cz/mapa-pracovist (pracoviště sportovní fyzioterapie).

Mezioborová sdělení

sobota / 5. října 2019 / 10.40–12.20 hod.

Paracetamol: hledání optimální dávky

PharmDr. Libor Číhal¹, MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.²

¹Ústav aplikované farmacie, Veterinární a farmaceutická univerzita Brno

²Ústav farmakologie, 3. LF UK, Praha

Analgetika jsou jednou z nejčastěji využívaných lékových skupin. Každé má svá specifika, své výhody i slabší stránky v podobě možných nežádoucích účinků či lékových interakcí. Předpokladem pro dosažení požadované léčebné odpovědi je přitom volba správné terapeutické dávky. Ne jinak je tomu i v případě paracetamolu, látky ze skupiny neopioidních analgetik.

Paracetamol je účinným medikamentózním nástrojem ke snížení horečky nebo k dosažení úlevy od bolesti. Jde o acetanilidový derivát (syn. acetaminofen, APAP) a svoji strukturou se tak velmi podobá dnes již obsoletnímu fenacetinu, jehož je metabolitem. Celosvětově se řadí k nejčastěji užívaným antipyretikům, přičemž jeho účinek je dán inhibicí cyklooxygenázové aktivity, a tedy potlačením tvorby prostaglandinů v termoregulačním centru. Zánět klinicky významně neovlivňuje. Je-li však správně dávkován, působí jako spolehlivé analgetikum určené k léčbě mírné až středně silné bolesti při používání bez lékařského předpisu. Na jeho analgetických účincích se přitom dominantně nejspíše podílí modulace descendentních drah pro bolest, tedy ovlivnění aktivity serotonergního systému a v ostatních jeho účincích zřejmě i modulace endogenního kanabinoidního a opioidního systému.

Jakkoliv je poznání jeho účinnostního a bezpečnostního profilu na velmi solidní úrovni, stále mnozí z nás tuto látku vnímají jako nedostatečně účinnou. Důvodem je časté nedodržení doporučené léčebné dávky, tj. je často poddávkován – dosis maxima pro die (DMD) pro adultis je 4 g (při delší době užívání by pak denní dávka neměla přesáhnout 2,5 g!); dosis therapeutica singula (DTS) pro adultis odpovídá 0,5 g – 1 g, v případě dětí pak 10–15 mg/kg (tj. 50 mg/kg t. hm.); odstup mezi dávkami je nejméně 4 hodiny. De facto stejná dávka platí i pro dospělé cca do 100 kg tělesné hmotnosti. V souladu s platnými SPC řady u nás dostupných volně prodejných léčivých přípravků je doporučeno dávkování odpovídající 1 tabletě (500 mg) pro dospělé do 60 kg a 2 tablety (1 000 mg) po osoby s hmotností vyšší.

V rámci prezentace je pojednána historická anabáze této, historicky velmi úspěšné, léčivé látky, a to společně s popisem základních farmakologických vlastností. Diskutován nicméně bude zejména vztah mezi dávkou a účinkem, a to s odkazem na výzkum realizovaný v České republice, který reflektuje postoje nemocných k paracetamolu a ke způsobu jeho užívání. Platí přitom, že je-li iniciálně správně zvolena velikost dávky paracetamolu, existuje předpoklad dosažení odpovídajícího účinku, a nemocný tak bude mít i menší potřebu užití další medikace, nezřídka v podobě kombinovaných léčivých přípravků, u kterých si obsah paracetamolu často ani neuvědomuje.

Vitamin D a pohybový aparát

MUDr. Jaroslav Novák, Ph.D.

Ústav tělovýchovného lékařství LF UK v Plzni

Před téměř 100 lety byla tehdy ještě neznámá látka, obsažená v tresčích játrech a vedoucí k vyléčení křivice, pojmenována jako vitamin D (E. V. McCollum 1879–1967). Krátce poté se Adolfu Windausovi (1876–1959) podařilo objasnit chemickou strukturu tohoto vitamínu. V r. 1927 byl fotochemicky syntetizovaný vitamin D jako preparát Vigantol uveden na trh.

Všeobecně známý je význam tohoto vitamínu v metabolismu vápníku a fosforu. Jeho nedostatek v těle budoucí matky ovlivňuje negativně vývoj kostry již v prenatálním období, jeho nedostatek v průběhu života od dětství až po kmetický věk vyvolává u dětí křivici, u dospělých osteomalicii. Výsledkem jsou kostní deformity různé lokalizace.

V současnosti byly objeveny mnohé další účinky vitamínu D na lidský organismus. Ve všech tkáních jsou totiž přítomny receptory pro vitamin D (VDR). To byl často důvod, proč se cíleně hledaly jeho funkce. Stručný výčet těch hlavních: stimulace buněčné diferenciace, imunitní funkce, regulace krevního tlaku, stimulace apoptózy maligních buněk, potlačení růstových stimulů, inhibice angiogeneze, regulace růstu, proliferace a morfologie kardiomyocytů, produkce inzulinu a další.

Vitamin D je důležitý také pro správnou funkci svalstva. Je účinným lékem u různých forem myopatií, zejména těch souvisejících s projevy osteomalacie. Řada studií ukazuje pozitivní vliv D-vitaminové suplementace u starší věkové populace. U osob s optimální hladinou vitamínu D a dostatečným obsahem kalcia v potravě nedochází k tak výrazné sarkopenii, současně vykazují příznivější silové parametry. Vitamin D ovlivňuje tvorbu polypeptidu IGF-1 (insulin-like growth factor-1), který vyvolává proliferaci, diferenciaci a hypertrofii svalu a je klíčovou komponentou v regeneraci svalu. Vyskytuje se v několika izoformách, z nichž jedna – IGF-1EC, označovaná jako MGF (mechano-growth-factor), je zodpovědná za tkáňové poranění, tkáňovou reparaci a hypertrofii.

Přímý účinek vitamínu D na svalovou funkci není zatím u sportovních výkonů jednoznačný. Publikované studie se v mnoha faktorech navzájem liší nejen výběrem osob a jejich zaměřením, ale i metodikou vyšetření. Za předpokladu, že kalcium je kritickým modulátorem funkcí kosterního svalu, je zřejmé, že hladina vitamínu D má významný dopad na svalovou funkci, svalový výkon i riziko poranění.

Nejméně dvě třetiny všech lidí, kteří žijí v severních zeměpisných šířkách, mají menší nebo větší nedostatek vitamínu D, především v zimních měsících. V našich sledováních v časném jarním období pouze třetina zimních plavců, ultramaratonců či členů skupiny dobrovolníků z různých sportů dosahovala doporučené hladiny nejméně 60 nmol/l. U ultramaratonců, měřených na podzim, naopak jen v jednom případě z devíti běžců nebylo dosaženo normy.

Lze očekávat, že další epidemiologické studie potvrdí všestranné účinky vitamínu-hormonu D. Na místě je zcela zřejmě preventivní vyšetřování hladiny vitamínu D u vybraných populačních skupin, zejména v kritických ročních obdobích zimy a jara. Vitamin D bude (možná už je) rutinní praxí při léčbě nádorů. Suplementace vitaminem D v zimním období se jeví jako potřebná nejen u vrcholových sportovců, ale i u dalších skupin obyvatel.

Novinky z oblasti střevního mikrobiomu – střevní mikrobiom a atopická dermatitida

RNDr. Petr Ryšávek

Pharmaceutical Biotechnology, s. r. o., Praha

Střevní mikrobiom ovlivňuje řadu fyziologických procesů v lidském organismu. Zásadním způsobem zasahuje do psychiky a hraje důležitou roli při vzniku neurodegenerativních onemocnění. Může zodpovídat za neplodnost a sexuální preference. Ukazuje se klíčový vliv mikrobiomu při jatrních a renálních onemocněních. Probiotika mohou pomoci modulovat strukturu střevního mikrobiomu a příznivě tak regulovat jeho vliv na řadu onemocnění.

Na základě nových vědeckých poznatků lze konstatovat, že moderním trendem při řešení opakovaných streptokokových tonzilitid je probiotická suplementace orálními probiotickými kmeny. Vhodně zvolená suplementace může snížit incidenci tohoto onemocnění až o 75 %. Využití kmene *Streptococcus salivarius* v orální hygieně představuje nový trend pro doplnění přátelské mikroflóry do dutiny ústní.

Poslední vědecké výzkumy potvrzují úzkou spojitost kožního a střevního mikrobiomu při patogenezi atopické dermatitidy (AD). Mikrobiom je životně důležitý zejména pro rozvoj imunitního systému a následné udržení homeostázy. V této přednášce shrnuji aktuální poznatky o vlivu střevního a kožního mikrobiomu na udržení zdravého stavu pokožky a systémové imunity se zaměřením na změny u pacientů s AD. Ačkoli je naše poznání osy gut-skin axis (střevo-kůže) značně omezené, objevuje se řada důkazů a studií naznačujících, že modulace střevní a kožní mikrobioty probiotiky může představovat perspektivní přístup k léčbě AD.

ATB atd., nebo ABT?

garantka MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

sobota / 5. října 2019 / 12.20–13.20 hod.

ATB atd., nebo ABT?

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.¹, MUDr. Václava Adámková²

¹Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a FN Bulovka, Praha

²Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha,

a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP Olomouc

Indikace antibiotické léčby musí být uvážlivým procesem zohledňujícím celou řadu faktorů týkajících se nemocného, jeho klinického stavu včetně komorbidit, charakteru a průběhu onemocnění. Na všech úrovních preskripce je nezbytné brát v úvahu rovněž rezistenci bakteriálních patogenů v daném prostředí či regionu. V primární praxi lze v posledních letech zaznamenat již jistý trend posunu k antibiotikům užšího spektra ve prospěch racionální antibiotické politiky. Částečné omezení dostupnosti některých přípravků rovněž modifikuje preferenci preskripčních zvyklostí. Navíc u některých infekcí nelze opomíjet nesporný benefit symptomatické a podpůrné léčby. Nemělo by se však zapomínat na důležitost mikrobiologického vyšetření, včetně průkazu agens nejen směrem k benefitu pro konkrétního nemocného, ale z obecného hlediska znalosti vlastností patogenů v dané komunitě. Každé vyšetření by však mělo mít své praktické opodstatnění, jeho výsledek by neměl být samoučelným bez dopadu na preskripci a mělo by být správně interpretováno. Principy správné antibiotické léčby s návazností na výsledky kultivačních a sérologických vyšetření, správné, především dostatečné dávkování v konkrétních klinických situacích, jsou v různých modifikacích opakovaným tématem našich interaktivních sdělení. Zpětná vazba včetně výsledků hlasování potvrzují, že i opakovaná sdělení mají v tomto směru svá opodstatnění. Aktuální sdělení je zaměřeno na připomenutí praktických situací v primární praxi, kdy je indikace antibiotické léčby sporná a problematická.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

HLAVNÍ PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
Broker Consulting, a.s.
Celia-život bez lepku o.p.s.
FAVEA Plus a.s.
Gilead Sciences s.r.o.
GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Czech Republic s.r.o.
HARTMANN – RICO a.s.
HERO CZECH s.r.o.
Imunoglukan CZ s.r.o.
inPHARM spol. s r.o., organizační složka
LAB MARK a.s.
Léčebna Dr. L. Filipa
Léčebné lázně Lázně Kynžvart
L'ORÉAL Česká republika s.r.o.
KRKA ČR, s.r.o.
M.C.M. Klosterfrau Healthcare s.r.o.
Medi Plus Servis, s.r.o.
Mediclinic a.s.
Medingo s.r.o.

Neuraxpharm Bohemia s.r.o.
Novartis s.r.o.
Nutricia a.s.
Olivova dětská léčebna, o.p.s.
Orion Diagnostica – organizační složka
Pfizer PFE, spol. s r.o.
PharmaSwiss Česká republika s.r.o.
Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.
PROFIMED s.r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
R.K. Studio
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.
ROCHE s.r.o.
RosenPharma a.s.
sanofi-aventis, s.r.o.
SHIRE CZECH s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
synlab czech s.r.o.
VEGALL Pharma s.r.o.
VITANA, a.s.
Všeobecný lékař s.r.o.
WALMARK, a.s.

PARTNER COFFEE BREAKU

