2019

# Medicína pro praxi

F

www.solen.cz | Med. praxi 2019; 20(Suppl F) | ISBN 978-80-7471-286-9 | **2019**

# ABSTRAKTA

## VI. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V PLZNI

kongres praktických lékařů

VI.
kongres Medicíny pro praxi
22.–23. 11. 2019
PLZEŇ

**22.–23. listopadu 2019**
**Vienna House Easy Pilsen**

Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o.,
a časopis Medicína pro praxi
Záštita: II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

20 let s vámi
SOLEN
MEDICAL EDUCATION

# PROGRAM – pátek 22. listopadu

**9.00** **ZAHÁJENÍ KONGRESU**

**9.00–11.00** **GASTROENTEROLOGIE**
garantka MUDr. Eva Mayerová

- **Idiopatické střevní záněty – up to date** – Koželuhová J.
- **Screening a dispenzarizace kolorektálního karcinomu – kde jsme a kam kráčíme?** – Balihar K.
- **Současný stav problematiky refluxní choroby jícnu** – Mayerová E.
- **Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby** – Šebor J.
- **Dva litry polyetylenglykolu s kyselinou askorbovou je dobře snášená a účinná očista střeva před endoskopickým vyšetřením** – Lukáš M.

**11.00–11.20** **PŘESTÁVKA**

**11.20–12.20** **VYBRANÉ KAPITOLY Z KARDIOLOGIE**
garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

- **Můžeme udělat více v léčbě arteriální hypertenze?** – Rosolová H.
- **Vaskulární věk** – Mlíková Seidlerová J.

**12.20–13.20** **OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**

**13.20–14.40** **DIABETOLOGIE**
garant prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D.

- **Je možné dosáhnout remise diabetu dietou?** – Rušavý Z.
- **Diabetes mellitus 2. typu a gravidita** – Čechurová D.
- **Hypoglykemie nejen u diabetika** – Žourek M.
- **Léčba diabetu 2. typu v ordinaci PL – jak začít a kdy přestat** – Krčma M.

**14.40–15.00** **PŘESTÁVKA**

**15.00–16.25** **AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**

- **Psoriáza není jenom onemocnění kůže** – Horažďovský J.
  *(Přednáška sponzorovaná společností Novartis, s. r. o.)*
- **Když duše hoří: neurozánět jako modulátor deprese** – Racková S.
- **Bolest zad u mladých dospělých z pohledu revmatologa** – Vořišek J.
  *(Přednáška sponzorovaná společností Novartis, s. r. o.)*
- IP **Dlouhotrvající, závažné až invalidizující nežádoucí účinky fluorochinolonů** – Vacková P.

**16.25–16.40** **PŘESTÁVKA**

**16.40–18.00** **AKUTNÍ STAVY V URGENTNÍ MEDICÍNĚ**
garantka MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

- **Hypotermie a jak ji řešit** – Kubalová J.
- IP **Péče o pacienta s popáleninovým traumatem** – Veselá K.
- **Závažné a nezávažné infekce a jak je rozeznat** – Šín R.
- **Kazuistiky zdánlivě banálních stavů** – Šeblová J.

# PROGRAM – sobota 23. listopadu

**8.45–9.45** IP **Atd… infekce? –** MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
- **Diskuzní interaktivní přednáška**

**9.45–9.55** **A NĚCO ČOKOLÁDOVÉHO NAVÍC ANEB ZKUŠENOSTI Z AFRIKY** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

**10.00–10.30** **MANAGEMENT ANAFYLAKTICKÉ REAKCE** – MUDr. Bc. Michal Ptáček

**10.30–11.00** **PŘESTÁVKA**

**11.00–13.00** **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE**
- **Nové poznatky o přínosu mastných kyselin EPA a DHA z rybích tuků pro děti a dospívající** – Suchánek P.
- **Rizikové skupiny vs. rizikové infekce** – Blechová Z.
- IP **Fabryho choroba součástí diferenciální diagnostiky v ordinaci praktického lékaře** – Dostálová G.
- **Nejčastější primární a sekundární imunodeficience** – Liška M.
- **Vitamin D a pohybový aparát** – Novák J.
- **Nové možnosti v managementu recidivujících infekcí močových cest** – Emmer J.

**13.00–14.00** **SYNKOPY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
- **… z pohledu kardiologa pro dospělé** – Šmíd J.
- **… z pohledu dětského kardiologa** – Mrázek J., Kašák F.
- **… z pohledu dětského neurologa** – Kuchař M.

**14.00** **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

*Změna programu vyhrazena*

## TIRÁŽ

### VI. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V PLZNI

### 22.–23. listopadu 2019 | Vienna House Easy Pilsen

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

**Záštita**
II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

**Odborný garant akce**
prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

**Organizátor**
SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@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 F Medicína pro praxi**

**Citační zkratka:**
Med. praxi 2019; 16(Suppl F).

**Vydal:** Solen, s.r.o., IČ 25553933

**ISBN** 978-80-7471-286-9

# Gastroenterologie

garantka MUDr. Eva Mayerová

pátek / 22. listopadu 2019 / 9.00–11.00 hod.

## Idiopatické střevní záněty – up to date

**MUDr. Jana Koželuhová, Ph.D.**
Oddělení gastroenterologie a hepatologie, I. interní klinika, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida jsou chronická střevní onemocnění vyplývající z neadekvátní imunitní reakce k antigenům běžné střevní, komensální mikroflóry u geneticky predisponovaných pacientů. Incidence a prevalence idiopatických střevních zánětů (ISZ) v posledních 10 letech stoupá, zejména v případě Crohnovy choroby. Každý pátý pacient s ISZ je dítě nebo adolescent. Přinášíme komplexní náhled na problematiku idiopatických střevních zánětů a přehled současných léčebných schémat, založených na medicínských důkazech u dospělých pacientů s idiopatickými střevními záněty. Velký počet kontrolovaných studií a analýz potvrzuje účinnost různých medikamentů v léčbě idiopatických střevních zánětů. Terapie mesalazinem je vyhrazena pro lehké, maximálně středně těžké formy UC, u Crohnovy nemoci mají velmi omezený význam, např. u CN postihující tlusté střevo. Kortikosteroidy a imunosupresiva jsou indikovány u středně těžkého až těžkého idiopatického střevního zánětu. Kortikosteroidy jsou vyhrazeny k léčbě aktivní středně těžké až těžké Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy k rychlému navození remise, nejsou však terapií vhodnou k udržení klidového stadia ISZ. Imunosupresiva a biologická terapie jsou velmi potentním lékem v dlouhodobé léčbě k prodloužení remise UC a CN, kromě kalcineurinových inhibitorů, které mají své výhradní postavení v léčbě akutní těžké ulcerózní kolitidy. Biologická terapie je indikována jak v terapii akutního ISZ v navození remise, tak v rámci udržovací terapie. Vyléčení idiopatických střevních zánětů není dosud možné, ale pokrok stále vede ke zlepšování terapeutických přístupů a možností. Důležité je stanovit v úvodu správnou diagnózu a pacienta s idiopatickým střevním zánětem časně indikovat k optimální léčbě.

## Screening a dispenzarizace kolorektálního karcinomu – kde jsme a kam kráčíme?

**MUDr. Karel Balihar, Ph.D.**
Oddělení gastroenterologie a hepatologie, I. interní klinika, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

Kolorektální karcinom (KRK) je jedna z 5 nejčastějších malignit v Evropě. V České republice díky screeningu, dispenzární péči, osvětě a zlepšené lékařské péči došlo v posledních 10 letech ke snížení incidence o 17 % a mortality o 34 % dle dat z národního onkologického registru (2006–2016). Česká republika (ČR) se posunula z nechvalných čelních pozic zemí s nejvyšší incidencí KRK a zaujímá nyní 15. místo v Evropě, což je horší průměr (Globocan 2018).

Screening KRK má v ČR dlouholetou tradici a začal jako jeden z prvních zemí Evropy nabývat organizované národní podoby. V současnosti (11/2019) stále platí věstník Ministerstva zdravotnictví z roku 2009, ve kterém je ustanoveno doporučené schéma screeningu pro každého občana staršího 50 let. V brzké době očekáváme novou verzi Věstníku, kde se má schéma upravit o možnost volby screeningové koloskopie již od 50 let. Hlavní bolístkou efektivity screeningu KRK je procento cílové populace, která podstoupila screening KRK v některé z doporučených podob. V ČR je screening tradičně nabízen cestou praktických lékařů a gynekologů. V době akce adresného zvaní (hromadné rozesílání pozvánek na preventivní vyšetření pojišťovnami), kterou provázela i mediální kampaň v letech 2014–2015 mělo provedený screeningový test či koloskopii 32 % cílové populace, v současnosti je tomu u 29 %. Dle doporučení EU je akceptovatelných 45 % a ideálních 65 %. Reálná efektivita screeningu je

však velmi pravděpodobně vyšší díky fenoménu „šedého" screeningu, tj provádění screeningových koloskopií i mimo akreditovaná centra, při jejich vykazování jako nescreeningové. 36 % asymptomatických osob, které podstoupí screeningovou koloskopii má odstraněný adenomový polyp a 3,2 % má diagnostikovaný kolorektální karcinom v časném, klinicky asymptomatickém stadiu. V roce 2016 vyšla národní doporučení pro dispenzární péči pro pacienty po provedené polypektomii, která pomohla sjednotit a zefektivnit následnou péči o tuto početnou skupinu pacientů. Další významnou aktivitou je snaha o kompletní přechod na kvantitativní imunochemické TOK s definovanou cut off hodnotou pro pozitivní nález a utlumit tak kvalitativní méně spolehlivé TOK.

Screeningový a dispenzární program KRK v ČR má své nesporné pozitivní výsledky, je zde však prostor ke zlepšení v řadě ohledů. Pevně věřím, že v následujících desetiletích budeme mít srovnatelně efektivní program jako nejlepší evropské země.

## Současný stav problematiky refluxní choroby jícnu

**MUDr. Eva Mayerová**

**II. interní klinika, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta UK v Plzni**

Prevalence refluxní choroby jícnu (GERD) se v rozvinutých zemích stále zvyšuje. Z výsledků epidemiologických studií vyplývá odhad prevalence v západních zemích na 10–20 %, v Asii pod 5 %. Incidence v západních zemích je odhadována na 5/1 000 obyvatel.

Patogenetické mechanismy jsou komplexní multifaktoriální a nejsou dosud zcela přesně objasněny. Uplatňuje se agresivita refluxátu, anatomické poměry, funkční dysmotilitní faktory, narušení obranných mechanismů jícnu, vliv faktorů zevního prostředí.

Klinický obraz onemocnění je pestrý, ne vždy jsou přítomny klasické symptomy, u části pacientů jsou přítomny nespecifické obtíže bez jasné příčinné souvislosti s refluxní chorobou, vzácněji se může GERD manifestovat izolovaně mimojícnovými projevy.

Péči (diagnostiku i léčbu) o převážnou část pacientů zajišťují praktičtí lékaři. Ke gastroenterologovi jsou odesíláni pacienti s diagnostickými pochybnostmi, nemocní neodpovídající na adekvátní léčbu, nemocní s alarmujícími příznaky, osoby nad 45 let věku, u kterých se refluxní obtíže objevily jako nový příznak a pacienti starší 50 let, kteří mají letité obtíže a dosud nebyli vyšetřeni gastroenterologem.

V prezentaci budou podrobněji diskutovány diagnostické a léčebné modality GERD, otázka refrakterní refluxní choroby jícnu, mimojícnové manifestace, diferenciální diagnostika a management komplikací GERD.

## Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby

**MUDr. Jindřich Šebor**

**Centrum jednodenní chirurgie a ortopedie, MN Privamed, a. s., Plzeň**

***Úvod:*** Autor seznamuje se základní anatomií oblasti anorekta, příčinami vzniku hemoroidálního onemocnění, rozdělením onemocnění na stupně, historií léčby.

***Vyšetření:*** Každý nemocný s análními potížemi, a to hlavně při krvácení, musí být vyšetřen endoskopicky. V první fázi jde o vyšetření anoskopické, ale i v případě nálezu hemoroidů při krvácení je nutné doplnit vyšetření kolonoskopické. Po anoskopii pak může ošetřující lékař (gastroenterolog, chirurg) navrhnout léčbu.

***Léčba:*** Jako první je nutná úprava stravovacích návyků, složení stravy ve prospěch vlákniny. Následuje lokální léčba neinvazivní ve smyslu různých čípků, mastí, sedacích koupelí. Tato léčba však nepostihuje příčinu vzniku hemoroidálního onemocnění, pouze zklidní subjektivní příznaky. Následuje léčba invazivní – sklerotizace, kryoterapie, termokoagulace apod. Většinou však i tato léčba není konečná a je indikováno chirurgické ošetření.

Radikální chirurgická léčba pak řeší hemoroidální onemocnění nejlépe. Jde o výkony jednoduché (Barronova ligace) a výkony, které řeší onemocnění definitivně. V minulosti byly operace – hemo-

roidektomie dle Whitehaeda, Milligana aj., nyní je v popředí tzv. anální mukosektomie dle Longa, metoda THD na podkladě dopplerometrické lokalizace hemoroidálních arterií.

Autor se zaměřuje vzhledem k jeho dlouholetým zkušenostem z gastroenterologické chirurgie hlavně na léčbu hemoroidů dle Longa.

***Závěr:*** Přístup k nemocným s hemoroidálním onemocněním je zcela individuální. V počátečním stadiu je vždy navrhována neinvazivní léčba společně s úpravou životních návyků, dle stavu a nálezu je pak indikována léčba invazivní, chirurgická.

# Vybrané kapitoly z kardiologie

garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

pátek / 22. listopadu 2019 / 11.20–12.20 hod.

## Můžeme udělat více v léčbě arteriální hypertenze?

**prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.**

Centrum preventivní kardiologie, II. interní klinika, LF UK a FN v Plzni

Léčba arteriální hypertenze (AH) je stále neuspokojivá v primární i sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění. V posledních evropských doporučených postupech z r. 2018 je opět tendence k dosahování nižších hodnot krevního tlaku (TK); nejen pod 140/90 mmHg, ale podle individuální tolerance i k hodnotám 130/80–85 mmHg. Více než 70 % hypertoniků potřebuje k dosažení cílového TK alespoň dvě antihypertenzní látky. Podle současných doporučení je kombinovaná léčba vhodná od začátku u všech pacientů s AH, tedy i u pacientů s mírnou AH. V evropské populaci se má dávat přednost kombinaci inhibitorů RAS s blokátory Ca kanálů (trandolapril + verapamil, perindopril + amlodipin, telmisartan + amlodipin aj.), o jejíž prospěšnosti existuje řada studií. Bylo zjištěno, že inhibitory ACE a blokátory Ca kanálů si navzájem potencují svůj vazodilatační účinek (stimulují produkci NO v endotelu arterií), který se projevuje snížením periferního i centrálního TK. Fibrinolytické a antiproliferativní účinky inhibitorů ACE se výborně kombinují s antisklerotickými, antiagregačními a také antianginózními účinky blokátorů Ca kanálů. Jejich vzájemná kombinace redukuje výskyt vedlejších účinků těchto léků.

Diuretika jsou nezastupitelnou součástí kombinované léčby arteriální hypertenze. Mají být vždy třetím lékem do kombinace antihypertenziv. Přednost se má dávat diuretikům ze skupiny ***thiazidům podobných diuretik***, kam se řadí chlorthalidon (u nás dostupný v kombinaci s K šetřicím amiloridem jako Amicloton) a indapamid (Indap), které mají delší dobu účinku ve srovnání s hydrochlorothiazidem. Indapamid je navíc neutrální k metabolismu glukózy a lipidů a má největší vazodilatační účinek ze všech diuretik. Kombinace indapamidu s inhibitorem ACE zamezuje vzniku hypokalémie, ke které může docházet při monoterapii indapamidem. Tato kombinace je velmi kardio-, nefro- a vazo-protektivní, jak prokázala řada studií (kombinace perindopril a indapamid).

V současné době máme k dispozici první fixní trojkombinaci perindoprilu, indapamidu a blokátoru kalciového kanálu amlodipinu – Triplixam. Tato trojkombinace je velmi účinná a dobře tolerovaná. Fixní kombinace více antihypertenziv je účinnější, přináší lepší adherenci i dlouhodobou perzistenci k léčbě a má méně nežádoucích účinků. Lze předpokládat, že tato trojkombinace antihypertenziv by mohla významně zlepšit kontrolu AH a snížit kardiovaskulární i celkovou mortalitu. Je však třeba více tuto trojkombinaci v léčbě AH využívat!

## Vaskulární věk

**doc. MUDr. Jitka Mlíková Seidlerová, Ph.D.**

II. interní klinika, Fakultní nemocnice Plzeň a Univerzita Karlova Lékařská fakulta v Plzni

Kardiovaskulární onemocnění jsou zodpovědná za zhruba 45 % úmrtí v České republice. Přestože se velmi zlepšila léčba manifestních onemocnění, hlavně v jejich akutních stadiích, je stále velká rezerva v sekundární a především primární prevenci.

Arterie mají dvě základní funkce: 1) vedení krve, tedy dodávku krve periferním tkáním – tuto funkci ovlivňuje negativně ateroskleróza; 2) nárazníková funkce, tedy snížení tlakových oscilací vyvolaných kontrakcí levé komory a přeměna přerušovaného proudu krve na plynulý – tuto funkci ovlivňují negativně především změny v arteriální medii, vedoucí ke zvýšené rigiditě tepen. Existuje řada možností, jak stanovit stav arteriálního řečiště (měření kalciového skóre, rychlost aortální pulzní vlny, poměr kotníko-pažního tlaku, albuminurie, sonografické vyšetření jednotlivých tepen), nicméně každá z těchto metod se týká pouze určité anatomické oblasti a odráží pouze určitý typ poškození, proto se hodí spíše pro podrobnější stanovení rizika a diagnostiku postižení. V běžné praxi můžeme využít dobře známý systém SCORE.

V současné době máme důkazy o tom, že řada antihypertenziv příznivě ovlivňuje cévní vlastnosti a je následně spojena s nižší morbiditou i mortalitou. Podobně užívání statinů je spojeno nejen se snížením LDL cholesterolu, ale navíc je spojeno s pozitivním pleitropním působením, zahrnujícím protizánětlivý účinek, stabilizaci aterosklerotického plátu atd. Protože tepenné vlastnosti jsou ovlivněné řadou patofyziologických procesů, měla by i snaha o jejich zlepšení být komplexní a postihovat několik mechanismů naráz.

# Diabetologie

## garant prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D.

**pátek / 22. listopadu 2019 / 13.20–14.40 hod.**

### Je možné dosáhnout remise diabetu dietou?

**prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D.**
Diabetologické centrum I. interní kliniky FN a LF UK v Plzni

Diabetes mellitus 2. typu je charakterizován progresivním snižováním inzulinové sekrece a rozvojem inzulinové rezistence. Hyperglykemie poškozuje beta buňky, urychluje aterosklerózu a vede k rozvoji mikrovaskulárních komplikací.

Existuje možnost dosažení remise diabetu pomocí tekuté diety s velice nízkou energetickou hodnotou (600–800 kcal/den). V průběhu několika dnů po zahájení léčby dietou dochází v experimentu k normalizaci glykemie na lačno (snížení jaterní inzulinové rezistence), k obnovení první fáze inzulinové sekrece a rychlé regresi jaterní steatózy. Po praktickém ověření účinku léčby diabetu extrémně nízkokalorickou dietou v randomizované studii bylo v Anglii zjištěno, že dieta vede k rychlému snížení hmotnosti (snížení inzulinové rezistence), k odstranění gluko-lipotoxicity (toxický vliv na beta-buňky) a k dosažení remise diabetu v průběhu jednoho roku u téměř poloviny osob. Proto je v Anglii v posledním roce doporučováno praktickým lékařům při prvozáchytu diabetu 2. typu doporučit tuto léčbu.

***Závěr:*** V přednášce je prezentován význam ochrany vlastní reziduální sekrece inzulinu u osob s diabetem 2. typu extrémně redukční dietou, která vede ke zlepšení glykemické kontroly a u poloviny osob dokonce k remisi diabetu v průběhu jednoho roku.

### Diabetes mellitus 2. typu a gravidita

**MUDr. Daniela Čechurová**
Diabetologické centrum I. interní kliniky FN a LF UK Plzeň

Diabetes mellitus (DM) v souvislosti s těhotenstvím rozdělujeme na pregestační – diagnostikovaný před graviditou (DM 1. typu, 2. typu, MODY, event. jiné typy diabetu) a gestační diabetes mellitus (GDM) – prvně diagnostikovaný až v graviditě.

Přes veškeré pokroky v medicíně těhotenství žen s pregestačným DM je stále spojené s několikanásobně vyšším rizikem perinatální morbidity i mortality. U dobře spolupracující pacientky s DM 2. typu lehčím způsobem dosáhneme výborné kompenzace diabetu (menší kolísaní glykemie,

výrazně menší riziko hypoglykemie), přesto rizika gravidity a výskyt komplikací není výrazně nižší než u DM 1. typu. S narůstajícím věkem rodiček (dle ÚZIS již v r. 2010 je více než polovina rodiček ve věku 30 a více let), stoupající prevalencí obezity a dalších rizikových faktorů metabolického syndromu výrazně narůstá počet gravidit žen s DM 2. typu. Rizika DM v souvislosti s těhotenstvím pro matku: gestační hypertenze, preeklampsie, porodní poranění při porodu velkého plodu, předčasný porod, porod císařským řezem. Rizika pro plod a novorozence: vývojové vady, akcelerace růstu plodu – LGA (porodní hmotnost nad 90. percentil) nebo makrosomie (nad 4000 g, ev. 4500 g), dystokie ramének, hypoglykemie, diabetická fetopatie, RDS (respiratory distress syndrom), předčasný porod. Dlouhodobá rizika pro potomka – porucha neuropsychického vývoje, obezita, DM 2. typu.

Plánováním gravidity, prekoncepční a multioborovou péčí v graviditě dokážeme osud gravidity zlepšit. Při nedostatečné kompenzaci DM (cíl HbA1c do 45 mmol/mol), s narůstající hodnotou HbA1c narůstá riziko velkých vývojových vad. Při neplánované graviditě přichází žena s DM k diabetologovi obvykle kolem 8. gestačního týdne – v době, kdy již toto riziko nemůžeme ovlivnit. Dalším významným rizikovým faktorem u DM 2. typu jsou komorbidity: obezita, arteriální hypertenze a ev. užívaná medikace. Z perorálních antidiabetik máme dostatečná data o bezpečnosti v době koncepce pouze pro metformin. Nebyl prokázán teratogenní efekt. Proto při neplánované graviditě metformin nevysazujeme až do kontroly u diabetologa. Základním lékem u DM 2. typu v graviditě stále zůstává inzulin (u vybrané skupiny žen můžeme zvažovat kombinaci s metforminem). Při neplánované graviditě je nutné ihned vysadit ACE-inhibitory, sartany, statiny, pro které máme jasné důkazy o jejich nežádoucích účincích pro vývoj plodu při používání v dalším průběhu gravidity. Při zjištění gravidity je doporučováno předat pacientku do péče Diabetologického centra (kontakty I. IK FN Plzeň, Alej svobody 80, vchod B, 5. patro, T: 377 103 518). Již při první kontrole u diabetologa je posuzováno individuální riziko gravidity, snažíme se šetrně, ale plně pacientku informovat. K tomu je nutné mít dostatek informací – rodinná anamnéza, z osobní anamnézy: doba trvání DM poslední hodnoty HbA1c, renálních testů, ev. kdy a jaký byl výsledek vyšetření očního pozadí, komorbidity, farmakologická anamnéza, ev. abúzus, gynekologická anamnéza. Diabetolog nebo gynekolog indikuje genetické vyšetření (kolem 12. týdne gravidity). Při výrazné dekompenzaci DM ev. i dříve. Po ukončení sledování na genetice, předáváme do péče Gynekologicko-porodnické kliniky. Doporučuje se porod v perinatologickém centru. Několik studií (více u DM 1. typu) jasně prokázalo lepší osud gravidity u plánovaného těhotenství. I v této oblasti u žen s DM je důležitá edukace, cíleně se ptát na ev. zvažování gravidity, ptát se na používanou antikoncepci a hlavně u žen s nedostatečnou kompenzací diabetu důsledně pacientku poučit o rizikovosti gravidity při neočekávaném otěhotnění, o výrazně zvýšeném riziku malformací plodu ve srovnání s běžnou populací. DM 2. typu je většinou spojený i s přítomností obezity, která také přináší řadu rizik pro průběh těhotenství. Při plánování gravidity je čas ovlivnit několik rizikových faktorů. Proto přebíráme ženy s DM k prekoncepční péči, ideálně minimálně půl roku před plánovanou koncepcí.

## Léčba diabetu 2. typu v ordinaci PL – jak začít a kdy přestat

**MUDr. Michal Krčma, Ph.D.**

**I. interní klinika FN Plzeň, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni**

Diabetes mellitus 2. typu postihuje každého desátého občana České republiky. Místem diagnostiky a léčby valné většiny pacientů jsou ordinace praktických lékařů. Makrovaskulární (aterosklerotické) a mikrovaskulární (orgánové v užším slova smyslu) komplikace diabetu se vyvíjejí s velkou setrvačností, což implikuje potřebu časné a intenzivní léčby, optimálně léky s dalšími přídatnými pozitivními efekty krom kontroly glykemie. Přednáška se věnuje potřebě depistáže diabetu u jednotlivých rizikových skupin, nefarmakologické i farmakologické léčbě poruchy glukózové tolerance (prediabetu) a novým doporučením léčby diabetes mellitus 2. typu a jejich uplatnitelnosti v praxi praktických lékařů s přihlédnutím k úhradovým limitacím zdravotních pojišťoven. Shrnuje současné názory na screening diabetických komplikací a poskytuje praktický návod, jakého pacienta již v ordinaci PL neléčit a předat do specializované diabetologické péče.

# Aktuality do vaší ordinace

pátek / 22. listopadu 2019 / 15.00–16.25 hod.

## Psoriáza není jenom onemocnění kůže

**MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.**
Kožní oddělení Nemocnice České Budějovice

Náhled na psoriázu jako chronické autoimunitní onemocnění. Přehled imunopatogeneze, prevalence, klinického obrazu onemocnění. Chronický prozánětlivý stav organismu, součinnost s celou řadou komorbidit, tímto výrazné ovlivnění kvality života. Léčebné možnosti lokální a systémové terapie, včetně nejmodernějších trendů biologické léčby.

## Když duše hoří: neurozánět jako modulátor deprese

**MUDr. Sylva Racková, Ph.D.**
Psychiatrická ambulance, Slovanská, Plzeň

Deprese patří mezi jedno z nejčastějších psychických onemocnění. Ačkoli k její léčbě máme v současné době k dispozici široké spektrum farmak (antidepresiva, antipsychotika…), přesto poměrně vysoké procento pacientů nedosáhne plné úzdravy.

Deprese je heterogenní skupina onemocnění, liší se etiopatogenezí, klinickým obrazem a odpovědí na léčbu. Za jeden z etiologických faktorů související se vznikem nejenom deprese jsou považovány změny v imunitním systému – přítomnost zánětu. Zánět hraje důležitou roli v řadě dalších onemocnění včetně somatických, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, diabetes, artritida...

Je k dispozici řada studií, které popisují pozitivitu zánětlivých parametrů u pacientů s depresí a jejich pokles při zaléčení onemocnění. Pokles hladin CRP (C-reaktivního proteinu) koreluje s úpravou psychického stavu a odpovědí na antidepresivní medikaci. Další práce poukazují na souvislost deprese a léčby ovlivňující imunitní odpověď organismu (interferony, kortikoidy...) nebo rozvoj poruch nálady po prodělaném infekčním onemocnění.

V léčbě deprese jsou pak s úspěchem používány látky ovlivňující imunitní odpověď organismu. Mezi ně patří léčba omega nenasycenými kyselinami, které jsou zodpovědné za řadu procesů v organismu, ovlivňují složení membrán, působí protizánětlivě. Náš organismus je není schopen syntetizovat, proto je musíme přijímat v potravě (mořské ryby, ořechy, len...). Nicméně naše běžná strava je na omega kyseliny poměrně chudá, nepokryje naši potřebu a je tedy doporučována suplementace.

V posledních letech byla publikována řada prací prokazující účinnost podávání omega kyselin v léčbě deprese. Podávání omega kyselin je uvedeno i v řadě oficiálních doporučených postupů v léčbě depresivní poruchy.

Přednáška je zaměřena na roli zánětu v rozvoji deprese a na použití nefarmakologických postupů v její léčbě.

## Bolest zad u mladých dospělých z pohledu revmatologa

**MUDr. Jan Voříšek**
Oddělení klinické farmakologie, FN Plzeň

Spondylartritidy (SpA) je souhrnný název pro heterogenní skupinu zánětlivých onemocnění, které mají společné klinické rysy, ale také i genetickou predispozici. Mezi tyto společné příznaky patří familiární agregace, častý výskyt antigenu HLA B27, tendence ke vzniku sakroiliitidy a spondylitidy, periferní asymetrická oligoartritida predilekčně postihující klouby dolních končetin, entezitidy, daktylitidy a časté mimoskeletální projevy – především postižení gastrointestinálního traktu, oční a kardiální postižení. Podle převažujícího postižení je můžeme dělit na převážně axiální formu a převážně periferní formu. Druhým možným hlediskem je dělení na jednotlivé klinické jednotky (mezi tradiční jednotky patří především ankylozující spondylitida a psoriatická artritida). Pojem axiální spondylartritida zahr-

nuje všechny axiální formy onemocnění, včetně časného onemocnění bez rentgenového průkazu poškození, tzv. non-radiografická axiální spondylartritida. V současné době pak můžeme využít nová moderní klasifikační kritéria ASAS pro axiální SpA, hlavní význam této nové klasifikace spočívá především v umožnění časné diagnostiky axiální formy onemocnění. Při časném stanovení diagnózy je větší šance na úspěch léčby a snížení rizika vzniku nevratných poškození. Odlišení predominantního axiálního a periferního postižení je důležité z pohledu terapeutického přístupu, neboť periferní artritidy jsou vesměs úspěšně ovlivnitelné konvenčními chorobu modifikujícími léky (např. methotrexát či sulfasalazin), zatímco u axiální formy nejsou tyto léky příliš úspěšné. Axiální SpA se typicky začíná projevovat již v rané dospělosti, kdy dominantním příznakem bývá bolest zad. Zánětlivá bolest zad se u těchto pacientů projevuje pozvolným nástupem obtíží, mírní se rozcvičením, maximum obtíží bývá v druhé polovině noci, v klidu se pak nedostavuje úleva. V České republice se průměrná doba od prvních bolestí zad k diagnóze ankylozující spondylitidy pohybuje kolem 9 let. Až 60 % pacientů bylo v průměru při desetiletém trvání onemocnění invalidních a 34 % vyžadovalo dopomoc druhé osoby při běžných denních činnostech. Z těchto dat vyplývá nutnost časné diagnostiky onemocnění. Nerozpoznání onemocnění je spojeno s trvalým postižením pacienta, přičemž nevratné poškození se objevuje již při relativně krátké době trvání nemoci. Argumentem pro časnou diagnostiku je prokázaná lepší odpověď na léčbu při krátkém trvání onemocnění.

## Dlouhotrvající, závažné až invalidizující nežádoucí účinky fluorochinolonů

**MUDr. Petra Vacková**
Státní ústav pro kontrolu léčiv, Praha

Fluorochinolonová chemoterapeutika byla do klinické praxe zavedena v 80. letech minulého století a díky jejich výhodným vlastnostem se jejich používání v některých státech EU výrazně rozšířilo. Fluorochinolony (FQ) mají široké spektrum působení proti nejrůznějším patogenům (novější z nich pokrývají i problematické nemocniční původce infekčních onemocnění), mají dobrou absorpci po perorálním podání a dobrý průnik do tkání i buněk. Tyto vlastnosti je činí důležitými pro léčbu závažných infekcí. Ovšem FQ jsou často nadužívány i pro léčbu nezávažných, běžně se vyskytujících infekcí. V ČR se podíl fluorochinolonů na celkové spotřebě ATB pohybuje pod 10 %, v roce 2008 to bylo 8 % s postupným poklesem na 5 % v roce 2016. Oproti významným výhodám FQ ovšem stojí negativa, která je nutno dobře zvažovat. Mezi hlavní negativa patří rychlý vznik mikrobiální rezistence, řada lékových interakcí a nežádoucí účinky. Mezi známé nežádoucí účinky spojované s FQ patří záněty a ruptury šlach, kloubní a svalové obtíže, postižení centrálního a periferního nervového systému, prodloužení QT intervalu, které predisponuje k rozvoji komorových arytmií a náhlého úmrtí, porucha funkce jater nebo ledvin. FQ jsou také velmi často spojovány s pseudomembranózní kolitidou způsobenou infekcí *Clostridioides difficile*. V posledních letech začaly narůstat počty hlášení informující o závažných, dlouhodobě přetrvávajících nežádoucích účincích, které často postihují několik orgánových systémů a vedou k těžké invaliditě. Jako první omezil v důsledku těchto nežádoucích účinků používání FQ americký Úřad pro potraviny a léky (FDA) v roce 2016 a mezi roky 2017–2018 proběhlo přehodnocení používání FQ v EU. V evropské databázi nežádoucích účinků bylo objeveno přes 2 000 případů dlouhotrvajících nežádoucích účinků, z nichž bylo identifikováno 286 klíčových případů bez zavádějících faktorů. Nejčastěji bylo hlášeno postižení šlach, svalů, kloubů, periferního a centrálního nervového systému, a to v různých kombinacích. Typicky se jednalo o pacienta, který byl před nasazením FQ celkově zdravý, často sportovec a po léčbě se změnil v těžce postiženého člověka, neschopného chodit do práce, ani si dojít nakoupit, trpícího trvalými bolestmi a paresteziemi, poruchami spánku a nejrůznějšími psychiatrickými problémy. Asi v 1/3 z těchto případů byla indikací pro podání FQ lehká infekce. Skutečný výskyt těchto závažných a dlouhotrvajících nežádoucích účinků není znám, ale ve vztahu k širokým spotřebám byl zaznamenán asi 1 klíčový případ na 1 milion preskripcí. V rámci přehodnocení byl zvažován poměr přínosů a rizik každé registrované indikace pro každou jednotlivou látku. Vzhledem

k širokým indikacím pokrývajícím téměř všechny orgánové systémy se jednalo o více než stovku variant různých indikací.

Na základě nahlášených případů dlouhotrvajících nežádoucích účinků došlo v EU k pozastavení registrace 4 starších nefluorovaných chinolonů (v ČR již nebyly registrovány) a k omezení indikací fluorochinolonů. Podávání FQ na závažné infekce typu břišní tyfus, mor, osteomyelitida, komplikované infekce kůže a podkoží a komplikované infekce močových cest, zápal plic atd. zůstává bez omezení, ale FQ již dále nemají být podávány k léčbě lehkých infekcí typu tonsilitida, laryngitida, faryngitida, akutní bronchitida a k prevenci cestovatelského průjmu nebo rekurentních infekcí dolních močových cest. K léčbě lehkých a středně závažných infekcí jakými jsou např. nekomplikovaná cystitida, akutní exacerbace chronické bronchitidy nebo CHOPN, akutní bakteriální rhinosinusitida a akutní otitis media mají být používány pouze jako poslední volba, tedy jen v případě, kdy léčba jinými antibiotiky není možná nebo selhala. FQ také nemají být podávány pacientům, kteří měli závažné nežádoucí účinky po chinolonech nebo FQ v minulosti.

# Akutní stavy v urgentní medicíně

garantka MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

pátek / 22. listopadu 2019 / 16.40–18.00 hod.

## Péče o pacienta s popáleninovým traumatem

**MUDr. Katarína Veselá**
Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy
Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV, Praha
Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Katedra Urgentní medicíny, Praha

***Úvod:*** Popáleninové trauma je jedním z nejčastějších úrazů, se kterými je možné se v přednemocniční neodkladné péči setkat. Již prvotní přístup a primární ošetření pacienta na místě může rozhodnout o jeho další prognóze.

***Teoretická východiska:*** Popáleninové trauma vzniká dostatečně dlouhým, přímým nebo nepřímým působením nadprahové hodnoty tepelné energie na lidský organismus. Dochází k částečné či úplné destrukci kůže, event. hlubších tkání. Hlavními faktory závažnosti jsou mechanismus úrazu, sdružená poranění či polytrauma, rozsah postižení, věk postiženého, hloubka postižení, lokalizace postižení, podezření na inhalační trauma a přidružené choroby.

***Výsledky:*** Analýzou léčebných postupů u pacientů přijatých do popáleninového centra od záchranné služby byly identifikovány nejčastější chyby v terapeutické strategii a přístupu k pacientovi s termickým traumatem. Nejčastější příčinou nesprávného přístupu k popálenému pacientovi je nezvládnutý odhad závažnosti popáleninového traumatu, který určuje strategii primárního terapeutického postupu v přednemocniční neodkladné péči. Autoři překládají komplexní přehled aktuálních trendů v péči o popáleného pacienta, včetně zásadních změn v tekutinové resuscitaci, či analgetické terapii.

***Závěr:*** Popáleninový úraz patří k závažným zraněním, které mohou pacienta bezprostředně ohrozit na životě. Správné zhodnocení závažnosti traumatu v přednemocniční neodkladné péči, zahájení adekvátní léčby a transport pacienta do popáleninového centra signifikantně zlepšuje prognózu pacienta.

## Závažné a nezávažné infekce a jak je rozeznat

**MUDr. Ing. Robin Šín, MBA**
Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice Plzeň
Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje, příspěvková organizace

Vzhledem k celoročnímu absolvování zahraničních zájezdů a pracovních cest svými pacienty se všeobecní praktičtí lékaři často setkávají ve své praxi s cestovatelskými průjmy. Takovým průjmem

je každý, který se objeví v průběhu zahraniční cesty nebo do 10 dnů po návratu. Velké množství cestovatelů nevyužívá před odjezdem možnosti konzultace se svým lékařem nebo centrem cestovního lékařství. Hlavním úkolem lékaře primární péče je pak až po návratu z cesty odhalit závažná onemocnění a odlišit je od běžně probíhajícího nezávažného průjmu cestovatelů.

Nejčastějším původcem akutních cestovatelských průjmů, a to ve více než 50 % případů, jsou enterotoxigenní kmeny *Escherichia coli*. V menší míře se uplatňují i další kmeny této bakterie. Dalšími častými bakteriálními původci jsou kampylobaktery, shigely a salmonely. Z virů jsou to pak noroviry a rotaviry. Možné je také setkat se s průjmovým onemocněním způsobeným prvoky *Giardia intestinalis* nebo *Entamoeba histolytica*. Ani napadení střeva červi není zcela vzácné.

Při prvním kontaktu je nutné, mimo jiné, odebrat cestovní anamnézu. Lékař se ptá na místa pobytu a délku setrvání v nich. Cíleně je nutné ptát se na způsob stravování a příjmu tekutin. Vhodné je ptát se na kontakt se zvířaty. Svůj význam má také dotaz na napadení hmyzem. V rámci související epidemiologické anamnézy je nutné pátrat po obtížích u dalších osob, se kterými byl pacient v kontaktu. Z pohledu dalšího vyšetřovacího a léčebného postupu je nutné zjistit, jakou samoléčbu již pacient absolvoval před vyhledáním lékařské pomoci.

Které pacienty je možné ponechat v péči všeobecného praktického lékaře s léčbou v jejich sociálním prostředí? Jedná se o pacienty, kteří vykazují pouze známky lehké dehydratace. Takovými známkami jsou ztráta tělesné hmotnosti pod 5 %, pacient udává mírnou žízeň, objektivně je normální turgor kožní, pulz je na periferii plný, krevní tlak je normální, sliznice jsou vlhké a pacient udává, že normálně močí. Pacienti se střední a těžkou dehydratací při cestovatelskému průjmu vyžadují nemocniční stupeň péče.

Také pacienti, u kterých praktický lékař pojme podezření na průjem jako příznak jiného vážnějšího infekčního onemocnění, musí být neprodleně odesláni na lůžkové pracoviště infekčního lékařství. Jedná se především o malárii. Na toto závažné onemocnění je nutné pomýšlet v případě pobytu v malarických oblastech, především v rovníkové Africe, severní části jihoamerického kontinentu, Indii a jihovýchodní Asii. Onemocnění se projevuje opakujícími se malarickými záchvaty s vysokou horečkou, zimnicí, třesavkou, při ústupu horečky pak výrazným pocením. Nemocný trpí bolestmi hlavy, kloubů, vyskytnout se může právě také zvracení a průjem. Onemocnění nelze vyloučit ani u osob při zahraničním pobytu užívajících antimalarika. Dalším závažným importovaným průjmovým onemocněním mohou být břišní tyfus a paratyfy vyvolané tyfovými sérovary bakterie *Salmonella enterica*. Vysoká incidence je v celé Africe, Jižní Americe, jižní a jihovýchodní Asii. Onemocnění nelze vyloučit u všech pacientů, kteří z jakéhokoli důvodu nepodstoupili doporučené očkování.

## Kazuistiky zdánlivě banálních stavů

**MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., FESEM**
**Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, p. o., Kladno**
**Urgentní příjem Oblastní nemocnice Kladno, a. s.**
**Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí Fakultní nemocnice Motol, Praha**

Lékař urgentní medicíny, ať již pracuje v přednemocniční péči nebo na urgentním příjmu, je v klinické praxi konfrontován se symptomy pacienta, nikoliv s oborově zařazenými diagnózami. Je nutné především řešit závažnost klinického stavu na základě zhodnocení stavu vitálních funkcí. Tento proces, pokud je v některé fázi záchranného řetězce formalizován (např. na vstupu do nemocnice), se nazývá triáží. Na základě výsledků triáže vyplyne priorita naléhavosti ošetření pacienta, od režimu „okamžitě", do režimu odkladného vyšetření až v řádu dvou a více hodin. Po stanovení priority ošetření je nutné případně stabilizovat ohrožené vitální funkce bez ohledu na vyvolávající podle principu „treat first what kills first". Teprve po stabilizaci pacienta následuje další diagnostický proces včetně fyzikálního vyšetření, odběru relevantní anamnézy a stanovení spektra a naléhavosti komplementárních vyšetření včetně indikace vhodných zobrazovacích metod.

Diagnostika a terapie v urgentní medicíně není oborově vázaná, i když je na urgentním příjmu žádoucí a nutná mezioborová spolupráce. Zodpovědnost za předání do další navazující péče (od

ambulantní přes hospitalizaci na standardním oddělení nebo na jednotce intenzivní péče až po transfer do zdravotnického zařízení vyššího typu s centrovou péčí) však musí mít vedoucí služby na urgentním příjmu. Lékař urgentní medicíny musí mít komplexní pohled na pacienta, znát diferenciální diagnostiku širokého spektra akutních stavů mnoha lékařských oborů a musí zhodnotit i význam jednotlivých chronických onemocnění pacienta ve vztahu k vedoucímu příznaku, pro která je pacient léčen.

V prezentaci je uvedeno několik kazuistik, které charakterizují výše popsaný přístup urgentní medicíny. Bezpečné poskytování zdravotní péče může být ohroženo nespecifickými či necharakteristickými příznaky, neúplným odebráním anamnézy, ztrátou informací při předání z přednemocniční do nemocniční péče, intuitivní diagnostikou bez provedení indikovaných komplementárních vyšetření, podceněním stavu, nárazovým přeplněním urgentního příjmu či příjmové ambulance a dalšími faktory. Cílem prezentace je upozornit na význam pečlivého a systematického vyšetření pacientů a racionální syntézu informací získaných ze všech zdrojů.

## Sobota 23. listopadu 2019

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete na stranách 23–28 v abstraktech Pediatrie pro praxi.

VI. kongres Medicíny pro praxi
22.–23. 11. 2019
PLZEŇ

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

## HLAVNÍ PARTNEŘI

Takeda

SERVIER

## MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

ALBATROS MEDIA

GRADA

Medicína pro praxi

portál

## PARTNEŘI

**Akacia Group, s.r.o.**
**Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.**
**Angelini Pharma Česká republika s.r.o.**
**ELVA Pharma CZECH s.r.o.**
**FAVEA Plus a.s.**
**HARTMANN – RICO a.s.**
**HERO CZECH s.r.o.**
**LAB MARK a.s.**
**L'ORÉAL Česká republika s.r.o.**
**Mediclinic a.s.**
**Merck Sharp & Dohme s.r.o.**
**Novartis s.r.o.**
**Nutricia a.s.**
**Olivova dětská léčebna, o.p.s.**
**Onapharm, s.r.o.**
**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.**
**RosenPharma a.s.**
**sanofi-aventis, s.r.o.**
**SHIRE CZECH s.r.o.**
**SWISS PHARMA, spol.s.r.o.**
**synlab czech s.r.o.**
**VITANA, a.s.**
**WALMARK, a.s.**