

Medicína pro praxi

2019

E

www.solen.cz | Med. praxi 2019; 16(Suppl E) | ISBN 978-80-7471-278-4 | 2019

ABSTRAKTA

V. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V BRNĚ

kongres praktických lékařů

18.–19. října 2019

Hotel International, Brno

Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Medicína pro praxi
Záštita: II. interní klinika FN u sv. Anny Brno



20 let s vámi
SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PROGRAM – pátek 18. října

9.00 ZAHÁJENÍ PROGRAMU

9.00–10.40 PNEUMOLOGIE

Garant prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

- **CHOPN z pohledu spolupráce pneumologa a praktického lékaře** – Zatloukal J.
- **Obtížně léčitelné astma – již méně obtížné** – Voláková E.
- **Respirační infekce – jakou roli hraje pneumokok?** – Kolek V.
- **Jak poznáme a jak léčíme sarkoidózu?** – Žurková M.
- **Péče o nemocné s transplantací plic** – Jakubec P.

10.40–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.00 VYBRANÉ KAPITOLY Z KARDIOLOGIE

Garant prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

- **Nečekat a jednat** – Souček M.
- **Vaskulární věk** – Soška V.

12.00–13.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.00–14.30 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- **Dva litry polyetylen glykolu s kyselinou askorbovou je dobře snášena a účinná očista střeva před endoskopickým vyšetřením** – Lukáš M.
- **Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby** – Ihnát P.
- **Bolest zad u mladých dospělých z pohledu revmatologa** – Filková M.
(Přednáška sponzorovaná společností Novartis, s.r.o.)
- **Stručný průvodce džunglí antidepressiv** – Holanová M.
- **Swiss Life Medical – komplexní řešení administrativy, financí a daňové zátěže lékaře** – Ullsperger A.

14.30–14.50 PŘESTÁVKA

14.50–16.30 ONEMOCNĚNÍ A BOLEST HORNÍ KONČETINY

Garant doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

- **Bolesti oblasti palce – základní diagnostika a možnosti řešení** – Čižmář I.
- **Nejčastější zdroje bolestí zápěstí – možnosti ovlivnění** – Čižmář I.
- **Možnosti a limity ovlivnění bolestí lokte fyzioterapeutem** – Mrázová H.
- **Bolesti ramene v ambulanci praktického lékaře** – Hudeček F.
- **Neuropatie horní končetiny** – Korpa P.

16.30–16.50 PŘESTÁVKA

16.50–17.50 ONKOLOGIE V ORDINACÍCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

Garanti MUDr. Katarína Petráková, Ph.D., doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

- **Sledování onkologických pacientů praktickým lékařem po skončení léčby – pohled onkologa** – Petráková K.
- **Nejčastější situace, se kterými se může praktický lékař setkat v průběhu léčby u onkologického pacienta** – Lakomý R.
- **Péče o onkologického pacienta z pohledu praktického lékaře** – Seifert B.

Workshopy / pátek 18. října

12.00–13.00 Správné měření ABI a EKG v ambulanci praktického lékaře

14.50–15.50 Praktický nácvik kardiopulmonální resuscitace

Workshopy vedou pracovníci záchranné služby.

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

PROGRAM / sobota 19. října

- 8.40–9.40** **IP ATB atd., nebo ABT?**
Garantka MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
■ Diskuzní interaktivní přednáška
- 9.40–9.50** **A něco čokoládového navíc aneb zkušenosti z afriky** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
- 9.50–10.50** **TECHNOLOGIE V ŽIVOTĚ DĚTÍ A DOSPĚLÝCH**
Garantky Mgr. Michaela Slussareff, Ph.D., MUDr. Bc. Daniela Zmeškalová, Ph.D.
■ Základní pravidla, jak technologie zdravě implementovat do života dětí a jak nastavit zdravé hranice v jejich používání u dospělých
■ Digitální závislosti, možnosti jejich rozpoznání a prevence
■ Digitální závislosti rodičů a problémy s tím spojené
- 10.50–11.20** **PŘESTÁVKA**
- 11.20–13.15** **MEZIOBOROVÁ SDĚLENÍ**
■ Novinky z oblasti střevního mikrobiomu – střevní mikrobiom a atopická dermatitida – Ryšávková P.
■ Rizikové skupiny vs. rizikové infekce – Blechová Z.
■ Kdy myslet na primární imunodeficienci? – Hlaváčková E.
■ **IP** Fabryho choroba součástí diferenciální diagnostiky v ordinaci praktického lékaře – Dostálová G.
■ Vitamin D a pohybový aparát – Novák J.
■ Ibuprofen: účinné nejenom „analgetikum“ – Slíva J.
■ Doporučení chůze jako pohybové intervence v ordinaci praktického lékaře – Poděbradská R.
- 13.15–13.45** **VYZVANÁ PŘEDNÁŠKA**
Garantka prof. Ing. Jana Dostálová, CSc.
■ Mýty a fakta o potravinách
- 13.45** **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

V. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V BRNĚ kongres praktických lékařů

18.–19. října 2019 | Hotel International Brno

Pořadatel

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

Záštita

II. interní klinika FN u sv. Anny Brno

Prezident akce

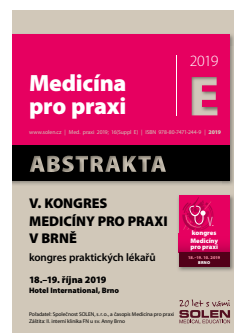
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Marta Boučková, 770 194 701, bouckova@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jiša, 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 E Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2019; 16(Suppl E).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-278-4

Pneumologie

garant prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

pátek / 18. října 2019 / 9.00–10.40 hod.

Obtížně léčitelné astma – již méně obtížné

MUDr. Eva Voláková

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, FN a LF UP Olomouc

Astma bronchiale je definováno jako chronické onemocnění dýchacích cest projevující se záchvatovitou dušností, pískoty a tíhou na hrudi, vznikajících na podkladě variabilní obstrukce dýchacích cest v důsledku chronického zánětu a zvýšené reaktivity průdušek na okolní podněty.

Poznání zánětlivé podstaty bronchiálního astmatu vedlo k rozvoji nových, účinnějších léků, které změnily obvyklý průběh nemoci i prognózu nemocných. Velkým skokem v tomto směru byl objev inhalačních kortikosteroidů. Ve vyspělých zemích, kde jsou základní léky dobře dostupné, je dnes 90–95 % astmatiků účinně léčeno. Zvýšená pozornost je tak věnována především zbývajícím 5–10 % astmatiků, u kterých se běžnými léky onemocnění stabilizovat nedaří. Tito pacienti představují skupinu tzv. těžkých astmatiků. Mezi ně patří astmatici s obtížně léčitelným astmatem (OLA), nedostatečně odpovídající na léčbu a nestabilitou nemoci v důsledku komorbidit (nejčastěji refluxní nemoc jícnu, rinosinusitida, alergie, obezita, psychické nemoci). Další část těžkých astmatiků tvoří pacienti s tzv. těžkým refrakterním astmatem, kdy důvodem nestability je samotné astma, na běžnou terapii nereagující. Do této skupiny patří také tzv. kortikodependentní astma, kdy stabilizace (často jen částečná) je možná pouze za cenu trvalé systémové kortikoterapie, se všemi nežádoucími účinky, které tato terapie přináší (osteoporóza, metabolické poruchy, kožní změny).

Nově vyvíjené léky, určené pro pacienty s těžkým astmatem, vycházejí z poznatků imunopatogeneze astmatu a cílí na určité mediátory zánětu. Jelikož jde o monoklonální protilátky, patří tyto léky do skupiny léků označovaných jako „biologická léčba“. V současnosti dostupné molekuly k biologické léčbě astmatu jsou omalizumab (anti-IgE), mepolizumab a reslizumab (anti IL-5), benralizumab (anti IL-5 receptor na povrchu eozinofilů) a dupilumab (anti IL-4 receptor), blokující současně dráhu IL-4 a IL-13.

Biologická léčba astmatu spadá do kompetence „Národních center pro těžké astma“ (NCTA), při plicních a alergologických odděleních napříč republikou (www.tezke-astma.cz). Základem úspěšné léčby je správné a včasné odeslání pacienta do některého z center, které začíná mnohdy již v ordinaci praktického lékaře, dobrým zvládnutím základních poznatků o bronchiálním astmatu a včasným odesláním pacienta ke specialistovi.

Respirační infekce – jakou roli hraje pneumokok?

prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, FN a LF UP Olomouc

Streptococcus pneumoniae (pneumokok) je patogen se zásadním významem u respiračních infekcí. Je dobře adaptován na lidský organismus a kolonizuje horní dýchací cesty zdravých lidí. Kolonizace je variabilní, dynamický a kompetitivní proces. Za různých okolností dochází k napadání buněk hostitele, proliferaci, pronikání přes imunitní bariéry a invazi do dolních dýchacích cest. K infekci dochází vnějším přenosem vzdušnou cestou nebo jde o vnitřní infekci u bacilonosičů. Pneumokok patří různou mírou k vyvolavatelům řady respiračních infekcí, jako jsou tracheobronchitidy, pneumonie, exacerbace CHOPN, astmatu, bronchiektazií a cystické fibrózy. V předantibiotické době se prokazoval pomocí inokulace na zvířatech u pneumonie až v 95 %, nyní je tomu podstatně méně. Důvodem je pokles používání kultivačních mikrobiologických testů, empirické podávání antibiotik před testováním, nárůst atypických a gram-negativních rezistentních patogenů, lepší diagnostika lehkých a intersticiálních pneumonií. Pneumokok se zásadně podílí na invazivních infekcích spojených s bakteriemi a dalšími

komplikacemi. Mortalita na tyto infekce se pohybuje od 10 % do 28 % a u seniorů je 3x vyšší než na jiné typy pneumonií. Jako léčba se u těžkých pneumonií doporučuje empirické podání kombinace aminopenicilinů s makrolidy, která snižuje riziko smrti u těžké pneumonie o 22 %. Očkování pneumokokovou konjugovanou třináctivalentní vakcínou je účinné zvláště u osob nad 65 let, u nichž vakcína navozuje 45% redukci mortality na pneumokokové pneumonie.

Pneumonie je nejčastější infekční onemocnění, které vyžaduje neustálou pozornost. Je definována jako akutní zánětlivé onemocnění postihující plicní alveoly, respirační bronchioly a plicní intersticiu. Ohrožuje především děti do 5 let věku a pak seniory od 65 let. V posledních letech je patrná snaha zracionalizovat přístup k pneumoniím a využít současné způsoby podávání účinných antibiotik ke snížení výskytu komplikací, omezení počtu hospitalizací a zkrácení délky léčby. Při znalosti většiny potenciálních agens převažuje léčba empirická, která je navíc podpořena znalostí regionální epidemiologické situace, dobrou diagnostikou a zkušenostmi s racionální antibiotickou léčbou. Velmi důležitá je kategorizace pacienta podle možných rizik komplikací a mortality. Z toho následně vyplývá zvolený způsob léčby: ambulantní nebo formou hospitalizace.

Morbidity i mortalita pneumonií je sice stále nejvyšší mezi infekčními nemocemi, klesla však vlivem zavedení moderní ATB terapie a pravděpodobně i očkování proti chřipce a pneumokokům. Očkování dospělých protichřipkovou vakcínou je vhodné především u osob nad 65 let věku, nad 50 let, jestliže mají chronické respirační nebo kardiální onemocnění. Výskyt pneumonií pneumokokové etiologie lze ovlivnit očkováním dětí i dospělých pneumokokovou vakcínou, která se rovněž doporučuje u populace starší 65 let a opakovaně u osob v riziku, především se sníženou imunitou. Používá se 13valentní konjugovaná vakcína (PCV 13), která obsahuje purifikované kapsulární polysacharidy *Streptococcus pneumoniae* konjugované s netoxickým difteriovým toxinem. Další vakcínou je 23valentní vakcína z purifikovaných kapsulárních polysacharidových antigenů (PPSV 23). Vakcíny jsou cíleny na snížení invazivních pneumokokových nákaz. Účinnost v prevenci „invazivních pneumonií“ v dospělé populaci byla prokázána řadou studií i jejich metaanalýzou, účinnost na neinvazivní pneumonie je prokázána méně přesvědčivě. Z chronických plicních nemocí mají nejvyšší riziko vzniku pneumonie idiopatická plicní fibróza, chronická obstrukční plicní nemoc a astma. U nich přináší kombinované očkování proti chřipce i pneumokokům významné snížení zdravotních rizik i nákladů na zdravotní péči.

V případech zjištění pneumonie je zásadní co nejrychlejší empirické podání antibiotika (do 8 hod. od potvrzení diagnózy) a ohodnocení rizika komplikací u konkrétního pacienta. Při hospitalizaci je ideální podat antibiotikum již během příjmu – do 1 hod. od diagnózy. Celková doba léčby se u současných antibiotik doporučuje 5–10 dnů, déle je nutná v individuálních případech dle klinického a laboratorního nálezu u infekcí způsobenými atypickými agens a gramnegativními patogeny.

Indikaci hospitalizace lze objektivizovat.

Ambulantně se empiricky většinou podává amoxicilin, lze však podat i jiná účinná antibiotika (cefalosporiny 2. generace, makrolidy nebo doxycyklin) s tím, že preference je bez znalosti agens obtížná. V těchto souvislostech není dost dokladů pro tvrzení, že některé antibiotikum je účinnější než jiné. Ryze praktické doporučení zní: používejte antibiotika, s nimiž máte zkušenosti a která nejsou u konkrétního pacienta potenciálně škodlivá svými vedlejšími účinky. Nicméně je jisté velmi důležité sledovat stav rezistence patogenů vůči jednotlivým skupinám antibiotik v komunitě. V některých zemích je doslova alarmující. Zvláště je obava z přenesené rezistence na fluorochinolony. Je třeba si uvědomit, že amoxicilin (včetně formy kombinované s inhibitorem betalaktamáz), stejně jako cefalosporiny, jsou účinné pouze na pneumokoky a jiná typická agens, nikoliv na *Mycoplasma pneumoniae* a *Chlamydophila pneumoniae*. Makrolidy jsou účinné na pneumokoky a atypická agens, ale velmi málo na *Haemophilus influenzae* nebo *Moraxella catarrhalis*. Doxycyklin se uznává pro výhodnou cenu, ale i dostatečnou účinnost na pneumokoky i atypická agens. Aminopeniciliny s inhibitory betalaktamáz jsou vhodné u starších polymorbidních nemocných nebo při průkazu kmenů *Haemophilus influenzae* nebo *Moraxella catarrhalis* produkujících betalaktamázy. Při alergii na peniciliny lze alternativně podat cefalosporiny 2. generace. Při neúspěchu s prvním antibiotikem je možné antibiotikum vyměnit nebo přidat 2. antibiotikum do kombinace (aminopenicilin + makrolid).

V ambulanci se lze již opřít o výsledky mikrobiologických testů spíše jen teoreticky a cílená léčba je většinou možná až po selhání prvního antibiotika. Součástí celkové terapie při febrilních stavech je podávání antipyretik, analgetik při bolestech, antitusik při suchém, dráždivém kašli, a naopak mukolytik při produktivní fázi.

Jak poznáme a jak léčíme sarkoidózu?

**MUDr. Monika Žurková, Ph.D.¹, MUDr. Vladimíra Lošťáková, Ph.D.¹,
prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.¹, doc. Ing. Eva Kriegová, Dr.²**

¹Klinika plicních nemocí a TBC, LF UP a FN Olomouc

²Ústav imunologie, LF UP a FN Olomouc

Sarkoidóza je multisystémové granulomatózní onemocnění neznámé etiologie, které obvykle postihuje jedince středního a staršího věku, nejčastěji dospělé ženy starší 40 let. Jedná se o nejčastější intersticiální plicní onemocnění. Prevalence sarkoidózy kolísá mezi 6–213/100 000 obyvatel a je rovněž závislá na rase a pohlaví. V České republice je incidence tohoto onemocnění 8,5/100 000 a prevalence přes 78,8/100 000 obyvatel. Sarkoidóza se projevuje nejčastěji nitrohrudním postižením s bilaterální hilovou lymfadenopatií a/nebo plicními infiltráty, vzácněji s postižením pleury a bronchů. Přestože se hovoří o systémovém onemocnění, velmi často se sarkoidóza projevuje ve formě klinicky limitované pouze na plíce. U přibližně 50 % případů se však setkáváme také s mimohrudním postižením, které bývá ve více než 90 % asociováno s plicní sarkoidózou. Diagnózu sarkoidózy lze postavit na typickém klinickém obrazu, histologickém průkazu nekazeifikujících granulomů a současném vyloučení jiných onemocnění s obdobným klinickým a histologickým obrazem. Optimální diagnosticko-terapeutická úvaha zahrnuje: potvrzení diagnózy, stanovení rozsahu a tíže orgánového postižení a posouzení aktivity onemocnění (neaktivní, stabilizované, progredující). Skiagram hrudníku je základním vyšetřením nejen pro stanovení diagnózy, ale především pro určení stadia onemocnění. Někdy se tak odhalí jinak klinicky asymptomatické onemocnění. Podle nálezů na skiagramu hrudníku rozlišujeme pět stadií sarkoidózy. **Stadium 0:** Na skiagramu hrudníku je zcela normální nález. Pacient má mimoplicní formu sarkoidózy. **Stadium I:** Bilaterální hilová lymfadenopatie (BHL) spočívá v symetrickém polycyklickém zvětšení hilových lymfatických uzlin. Obvykle bývají zvětšeny všechny mediastinální uzliny, na skiagramu jsou patrné hilové a paratracheální lymfatické uzliny. **Stadium II:** Na skiagramu hrudníku trvá bilaterální hilová lymfadenopatie, avšak dochází i k postižení plicního parenchymu. **Stadium III:** V tomto stadiu jsou patrné změny v plicním parenchymu, převládá retikulonodulace, bez výraznějších fibrózních změn. **Stadium IV:** Změny v plicním parenchymu mají charakter plicní fibrózy, poměrně vzácným obrazem je voštinovitá plíce. Výpočetní tomografie s vysokou rozlišovací schopností (high resolution computed tomography, HRCT) představuje v současné době jedno z rozhodujících vyšetření při plicní lokalizaci sarkoidózy, protože zásadně upřesňuje posouzení aktivity a především umožňuje rozlišení stadií III a IV. Endoskopické metody mají pro diagnostiku sarkoidózy nezastupitelné místo. V souladu s klinickým obrazem volíme místo získání bioptického vzorku. Při postižení plicního parenchymu je preferována transbronchiální biopsie. Za pomocné pro diagnózu se považuje zvýšení poměru CD4+/CD8+ nad 3,5 v bronchoalveolární tekutině získané bronchoalveolární laváží. K léčbě se přistupuje po individuálním posouzení rozsahu nemoci. Podle většiny doporučení nejsou léčeny plicní formy sarkoidózy u pacientů s lehkou (až středně těžkou) poruchou plicních funkcí bez klinických příznaků a doporučuje se pouze sledování. Jsou léčeni symptomatictí pacienti (dušnost, kašel, bolesti na hrudníku) s postižením plicních funkcí a asymptomatictí pacienti s těžkou poruchou plicních funkcí. Dalším lékem volby jsou antimalarika, methotrexát je obvykle využíván u rezistentních forem onemocnění, často v kombinaci s kortikoidy, u nichž pomáhá redukovat dávky nutné k dosažení léčebného efektu. Z léků blokujících účinek TNF- α jsou u sarkoidózy zkoušeny infliximab a etanercept, které jsou zatím rezervovány pro léčbu refrakterních nebo chronických forem sarkoidózy. V rámci experimentální léčby je využívána i léčba dalšími inhibitory cytokinů a selektivními imunosupresivy, např. leflunomidem, cyklosporinem A, mykofenolát mofetilem a tacrolimem.

Grantová podpora: IGA_LF_2019_014, MH CZ – DRO (FNOL, 00098892)

Péče o pacienty po transplantaci plic

MUDr. Petr Jakubec, Ph.D., MUDr. Monika Žurková, Ph.D., MUDr. Lenka Hajdová, MUDr. Jiří Kufa, MUDr. Samuel Genzor, prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, FN a LF UP Olomouc

Transplantace plic je poslední možností léčby terminálních stadií řady respiračních onemocnění u indikovaných skupin pacientů. V posledních letech se počet transplantací plic v České republice neustále zvyšuje a dosahuje již průměru vyspělých evropských zemí. Od roku 2016 došlo ke změně, kdy superspecializovanou péčí o pacienty po transplantaci plic neprovádí již jen transplantáční chirurgické centrum (III. chirurgická klinika FN Motol), ale tito pacienti jsou převáděni do péče pneumologů, resp. dvou center pro transplantované pacienty, a to na plicních klinikách ve FN Motol a ve FN Olomouc. Sledování a léčba pacientů po transplantaci plic jsou velmi náročné, vyžadující časté kontroly klinického stavu, ventilačních funkcí a řady laboratorních testů. Průběh po transplantaci plic může být zhoršován řadou komplikací. Jde především o komplikace vyplývající z těžce imunokompromitovaného stavu pacientů, tedy řada infekčních postižení včetně oportunních, z nichž nejobávanější je cytomegalovirová infekce. Imunosupresivní léky mají řadu nežádoucích účinků, které vedou k selhávání ledvin, poruchám krevního obrazu, častějším nádorům hematologickým i solidním a k řadě dalších komplikací. Na druhé straně jsou obávanými komplikacemi u transplantovaných rejekce štěpu. Existuje řada rejekčních stavů. V řádu hodin po transplantaci se může objevit hyperakutní rejekce. Častá je akutní rejekce, a to především akutní celulární rejekce. S delším časovým odstupem po transplantaci se kromě akutní rejekce objevuje chronická rejekce (chronic lung allograft dysfunction – CLAD), která má dva základní typy, a to obstrukční formu (bronchiolitis obliterans syndrome – BOS) a restriktivní formu (restrictive allograft syndrome) s horší prognózou. V rámci péče o transplantované pacienty je nutná nejen superspecializovaná pneumologická péče, ale vzhledem k možným komplikacím, které postihují řadu tělesných orgánů a systémů, taktéž dobrá multioborová spolupráce s řadou dalších lékařských odborností.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 18. října 2019 / 13.00–14.30 hod.

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.

Bolest zad u mladých dospělých z pohledu revmatologa

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 rozcvíčením 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 TNF α (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.

Onemocnění a bolest horní končetiny

garant doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

pátek / 18. října 2019 / 14.50–16.30 hod.

Bolesti oblasti palce – základní diagnostika a možnosti řešení

doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

IC Klinika Brno

Zásadní význam palce v úchopové funkci ruky dává predispozici k jeho přetěžování a tím rozvoji strukturálních a následně degenerativních změn. Nejčastější obtíže s palcem jsou naštěstí jen úžínové syndromy šlachové, dále pak u žen vidíme vznik rhizartrózy. Z poúrazových stavů nejčastěji v ambulanci vidíme nestabilitu z úrazového poškození vazů. Klinická symptomatologie a případně rtg jsou hlavními nástroji v diagnostice. Míra obtíží pacienta rozhoduje o intenzitě terapeutických postupů od konzervativní terapie až po chirurgickou léčbu.

Nejčastější zdroje bolesti zápěstí – možnosti ovlivnění**doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.**

IC Klinika Brno

Bolesti zápěstí jsou principiálně vázány na dva druhy postižení – nestabilitu mezi karpálními kostmi a na degenerativní změny karpu. Míra vnímání bolesti zápěstí pacientem je velmi rozdílná, a tak pacienti přichází k lékaři v rozdílných stadiích klinické symptomatologie. Neúrazová bolest mladých pacientů je velmi často vázána na dynamickou nestabilitu proximální řady. Z poúrazových diagnóz dominují degenerativní změny po zlomenině navikulární kosti či nepoznaném vazivovém poranění. Konzervativní terapie je indikována u funkčního postižení či u strukturálního, kdy obtíže v běžných aktivitách nejsou výrazné.

Možnosti a limity ovlivnění bolestí lokte fyzioterapeutem**Mgr. Hana Mrázová**

IC Klinika Brno

Tématem přednášky jsou bolesti lokte s podkladem traumatickým, degenerativním i funkčním, hlavním motivem pak entezopatie laterálního epikondylu humeru. Ačkoliv si tato diagnóza stále nese pseudonym „tenisový loket“, jen 2–5 % případů má v dnešní době souvislost s tenisem. Konkrétní příčina podložená evidence based studií nebyla zatím prokázána, stejně tak nebyla sestavena oficiální guidelines pro terapii. Přesto můžeme na základě studií a současných trendů v medicíně předložit vhodné postupy léčby i opatření k zabránění rekurence.

Méně než 10 % případů epicondylitis je třeba řešit chirurgicky, využití obstrukce je vzhledem k vyvrácení přítomnosti zánětlivých složek kontroverzní. Úloha lékaře je tedy v terapii epicondylitis omezená. Cílem přednášky je nastínit možnosti a limity fyzioterapie v rámci poruch pohybového systému a poukázat na potřebu mezioborové spolupráce.

Pod obrazem epicondylitis se může skrývat plika syndrom, jehož podkladem je chronická lokální synovitis. Strukturální porucha ve formě bolestivé hypertrofické pliky lokte je indikací k artroskopické operaci a její řešení patří tedy do rukou lékaře. V postoperační (nebo i preoperační) fázi pomáhá fyzioterapeut se zmírněním bolestivých změn v okolních měkkých tkáních a plynulému obnovení rozsahu a funkce.

Bolesti ramene v ambulanci praktického lékaře**MUDr. Filip Hudeček**

IC Klinika Brno

V přednášce se posluchači dozví, jak přistupovat k pacientovi s bolestí ramene s důrazem na 3 aspekty:

- jak nepřehlédnout závažnou patologii vyžadující specializované řešení
- jak v diagnostice s limitovanými prostředky dosáhnout maximální úspěšnosti v rozpoznání patologie
- která jednoduchá režimová doporučení a léčebná opatření mohou přinést překvapivě velký efekt

Znalost souvislostí, několik cílených otázek a krátké klinické vyšetření by měly stačit k zjištění nejpravděpodobnější diagnózy i stanovení plánu, jak pacienta léčit, jak ho došetřit, a nebo kam jej odeslat.

Neuropatie horní končetiny**MUDr. Pavel Korpa**

IC Klinika Brno

Neuropatie horní končetiny jsou častou diagnózou objevující se v ambulancích lékařů více specializací. Statisticky jen syndrom karpálního tunelu postihuje až deset procent dospělé populace.

Diagnostická rozvaha je kombinací klinického pohledu a anamnézy s doplněním neurologického vyšetření a EMG. Pokud pacient nedorazí již v pokročilém stadiu onemocnění, primárně na našem pracovišti vždy začínáme s konzervativní terapií – kombinací cílené rehabilitační léčby, systémové farmakoterapie a režimových opatření. Teprve v druhém sledu přichází na řadu intervenční léčba. Cílem sdělení je představit současné chirurgické možnosti u nejčastějších typů neuropatií horní končetiny – tedy syndromu karpálního tunelu či syndromu kubitálního kanálu, ale zmínit i méně časté diagnózy, o nichž je dobré vědět, jako je např. syndrom Guyonova kanálu či úžinová onemocnění nervus radialis. Chirurgická terapie neuropatií horní končetiny většinou není metodou první volby, nicméně má své nezastupitelné místo v pokročilých fázích onemocnění, kdy se nakonec stává léčbou jedinou možnou.

Onkologie v ordinacích praktických lékařů

garanti MUDr. Katarína Petraková, Ph.D.,

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

pátek / 18. října 2019 / 16.50–17.50 hod.

Sledování onkologických pacientů praktickým lékařem po skončení léčby – pohled onkologa

MUDr. Katarína Petraková, Ph.D.

Masarykův onkologický ústav, Brno

Celkové přežití pacientů se solidními nádory se za posledních 10 let výrazně prodloužilo, a to u pacientů s časným i metastatickým onemocněním. Hlavní podíl na tomto příznivém faktu má zavedení nových léčebných postupů a screening. Důsledkem těchto úspěchů je nárůst prevalence (počtu žijících pacientů s nádorovým onemocněním), a to hlavně u některých solidních nádorů jako je karcinom prsu, kolorektální karcinom, karcinom prostaty, renální karcinom, maligní melanom a testikulární nádory. S prodlužujícím se přežitím pacientů s nádorovým onemocněním narůstá i počet následných malignit. S odstupem času od primární onkologické léčby pacienta ohrožuje více vznik následných malignit a komorbidit než relaps samotného onkologického onemocnění. Pravidelné komplexní preventivní prohlídky a screening mají pro pacienta v této životní etapě větší význam než samotný follow-up pro nádorové onemocnění. Je proto racionální předávat tyto pacienty do péče praktického lékaře.

Cílem follow up je včasný záchyt relapsu s cílem prodloužení přežití a prevence a léčba dlouhodobých komplikací nádorové nemoci a protinádorové léčby. Volit méně intenzivní sledování je možné individuálně po zvážení stavu pacienta a komorbidit. Naopak v individuálních případech, například při přítomnosti výrazných hereditárních, environmentálních nebo behaviorálních rizikových faktorů může být indikováno intenzivnější sledování pacienta. O převedení dispenzarizace k praktickému lékaři rozhoduje onkolog, který zná riziko recidivy a dlouhodobých komplikací u daného pacienta. Samotné předání pacienta do další péče praktického lékaře by se mělo uskutečnit formou písemnou, tedy formou lékařské zprávy. Zpráva by měla obsahovat diagnózu pacienta včetně TNM klasifikace, prodělanou léčbu pro onkologické onemocnění a popřípadě komplikace léčby (např. přetrvávající neurotoxicita po léčbě taxany, zhoršení renálních funkcí po předchozí léčbě cisplatinou a jiné). Vhodné je upozornit praktického lékaře na možné individuální riziko u daného pacienta (např. sekundární malignity po předchozí léčbě zářením). Pacient bude po předání dále sledován výhradně u praktického lékaře. V případě podezření na relaps onemocnění nebo jinou potřebu konzultace onkologem, odešle praktický lékař po telefonické domluvě pacienta na regionální onkologické pracoviště. Doporučený postup má sloužit jako pomocný materiál při sledování pacientů s nádorovým onemocněním v anamnéze. Dispenzarizaci v intervalu vyznačeném žlutě obvykle provádí onkolog. Dispenzarizaci v zeleně vyznačených intervalech lze převést k praktickému lékaři. Pro sledování po uplynutí 10 let od primární onkologické léčby zpravidla doporučení

a důkazy neexistují a postup zde je individuální. U diagnóz onkologem praktickému lékaři – v těchto případech onkolog navrhne individuální plán sledování v předávací lékařské zprávě.

Nejčastější situace, se kterými se může praktický lékař setkat v průběhu léčby u onkologického pacienta

MUDr. Radek Lakomý, Ph.D., MUDr. Jiří Navrátil, Ph.D.

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav a LF MU, Brno

Onkologická léčba může být provázena četnými nežádoucími účinky. Pacienti jsou o možných komplikacích poučeni, bývají vybaveni záchrannou medikací a telefonním kontaktem na ošetřujícího onkologa. Přesto bývá praktický lékař často první, na kterého se pacient při potížích obrátí. S příchodem nových léků se rozšiřuje spektrum vedlejších účinků. V době samotné chemoterapie dominovala hematologická a gastrointestinální toxicita různého stupně s/bez komplikací (pancytopenie, sekundární infekce a krvácení, nevolnost, zvracení, průjemy, afty), ale i další toxicity jako neurotoxicita, nefrotoxicita, kardiotoxicita. Díky moderní podpůrné léčbě – růstové faktory pro bílou krevní řadu, nová antiemetika, se daří rozvoji velké části toxicit předejít nebo zkrátit délku a intenzitu jejich trvání. Po zavedení cílené léčby, ať již samotné nebo v kombinaci s chemoterapií se objevily nové vedlejší účinky jako kožní toxicita typu akneiformních exantémů (cetuximab, panitumumab), hypertenze (bevacizumab, tyrozinkinázové inhibitory), proteinurie, poruchy funkce štítné žlázy a mnoho dalších. Spektrum vedlejších účinků se pak ještě rozšiřuje při nástupu moderní imunoterapie – protilátky proti kontrolním bodům imunitní odpovědi (ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab). Zde dominují především autoimunitně podmíněné vedlejší účinky jako kožní exantémy, průjemy, hepatitidy, endokrinní toxicita a další. Základním lékem, na rozdíl od předchozích toxicit, jsou zde kortikoidy, případně další imunosupresiva. Důležitá je časná diagnostika těchto specifických nežádoucích účinků a zahájení imunosupresivní léčby. Problémem je často diferenciativní diagnostika příčiny potíží – vyloučení infektů (infekční průjem, hepatitida, pneumonie) nebo jiných onemocnění. Základem je vždy anamnéza – typ onkologického onemocnění a léčby, komorbidita, přítomnost žilních vstupů (PICC, Port, CŽK), rány, délka trvání a typ potíží, odstup od léčby. Důležité je poté fyzikální a laboratorní vyšetření (krevní obraz a diferenciál, biochemie, CRP) a při nejasnostech je nutná konzultace onkologa. Potíže pacienta mohou souviset s onkologickou léčbou, ale také nemusí. Péče o onkologického pacienta je dnes multioborová, a to jak v rámci diagnostiky, vlastní léčby, řešení jejích nežádoucích účinků a poté v období dispenzarizace. Role praktického lékaře, jako lékaře prvního kontaktu, je ve všech těchto oblastech nezastupitelná. Správné řešení nežádoucích účinků protinádorové léčby má zásadní vliv na její konečné výsledky a na kvalitu života našich společných pacientů. V přednášce budou shrnuty základní typy toxicit chemoterapie, cílené léčby a moderní imunoterapie.

Péče o onkologického pacienta z pohledu praktického lékaře

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

Zvyšování incidence nádorů souvisí s prodlužováním lidského věku, rozvojem diagnostiky a screeningu. Zlepšená diagnostika a úspěchy v onkologické léčbě pak znamenají snižování mortality a nárůst prevalence. Onkologičtí pacienti žijí déle, kvalitněji a s daleko menším rizikem relapsu. Remise s ohledem na základní nádorové onemocnění ale nesnižuje riziko komorbidit, zejména kardiometabolických, a nesnižuje riziko nádorových duplicit. Systematické sledování těchto rizik je nad rámec možností přetížených onkologických pracovišť. Naopak praktický lékař i pacient může podlehnout iluzi, že vše je zabezpečeno sledováním na specializovaném onkologickém pracovišti.

Tyto skutečnosti vedly k dohodě zástupců onkologů a všeobecných praktických lékařů (VPL) o předávání vyléčených onkologických pacientů zpět do péče praktických lékařů. Společnost všeobecného lékařství ve spolupráci s Českou onkologickou společností ČLS JEP vytvořily v roce

2018 doporučený postup Péče o vybraná onkologická onemocnění, který popisuje formální způsob předání a stanovuje obecný i specifický obsah prohlídky u vybraných onkologických onemocnění. Do seznamu výkonů byly uvedeny od 1. ledna 2019 dva nové kódy: 01186 – Převzetí pacienta po onkologické léčbě do péče praktického lékaře, a 01188 – Následná prohlídka pacienta s onkologickým onemocněním. Za první tři měsíce roku 2019 byly tyto dva kódy vykázány u 541 klientů VZP a alespoň jednoho pacienta převzalo 338 VPL. Data naznačují výraznou regionální variabilitu. Potenciál pro předání je daleko vyšší; v registru každého VPL je v průměru 60 pacientů se zjištěným nádorovým onemocněním v různých stádiích, 5 z nich ročně zemře a 11 přibude. Nejčastěji jde o nádor střev, konečníku, prsou, plic, prostaty nebo ledvin. Pro VPL, který je nejbližší pacientovi v době diagnózy nádoru i v průběhu náročné léčby, je předání pacienta v onkologické remisi k dalšímu sledování přirozené. Zapadá do reformního záměru, ve kterém praktičtí lékaři přebírají klíčovou roli v managementu chronických onemocnění. Data pojišťoven umožní do budoucna sledovat a vyhodnocovat implementaci uvedené změny.

Sobota 19. října 2019

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete na stranách 26–31 v abstraktech Pediatrie pro praxi.



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.
APOTEX (ČR), spol. s r.o.
CK Radynacestu, s.r.o.
FAVEA Plus a.s.
Fincentrum & Swiss Life Select a.s.
Galenoderm s.r.o.
HARTMANN - RICO a.s.
HERO CZECH s.r.o.
IDS Media CZ s.r.o.
Imunoglukan CZ s.r.o.
inPHARM spol. s r.o., organizační složka
Jihomoravské dětské léčebny,
příspěvková organizace
KRKA ČR, s.r.o.
LAB MARK a.s.
L'ORÉAL Česká republika s.r.o.
MARK DISTRI, spol. s r.o.
Medi Plus Servis, s.r.o.
Mediclinic a.s.
Medingo s.r.o.
Merck Sharp & Dohme s.r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.

Neuraxpharm Bohemia s.r.o.
Novartis s.r.o.
Nutricia a.s.
Odborný léčebný ústav Metylovice-Moravsko-
slezské sanatorium, příspěvková organizace
Olivova dětská léčebna, o.p.s.
Orion Diagnostica - organizační složka
Pfizer PFE, spol. s r.o.
PharmaSwiss Česká republika s.r.o.
PROBIOTICS PROVITA s.r.o.
Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.
PROFIMED s.r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
RBP, zdravotní pojišťovna
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.
RosenPharma a.s.
sanofi-aventis, s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
synlab czech s.r.o.
TEREZIA COMPANY s.r.o.
VEGALL Pharma s.r.o.
VITANA, a.s.
WALMARK, a.s.

PARTNER COFFEE BREAKU

