

Medicína pro praxi

2019

A

www.solen.cz | Med. praxi 2019; 20(Suppl A) | ISBN 978-80-7471-256-2 | 2019

ABSTRAKTA

VI. kongres Medicíny pro praxi v Ostravě – kongres praktických lékařů

15.–16. února 2019

Clarion Congress Hotel Ostrava

Pořadatel: Společnost SOLEN, s.r.o.,

a časopis Medicína pro praxi

Záštita: Klinika anesteziologie, resuscitace

a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF OU



20 let s vámi
SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PROGRAM – pátek 15. února

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.
- 9.05–10.25 VÝŽIVA V NEFROLOGII**
garant prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.
- **Nutrice u konzervativní léčby chronického onemocnění ledvin** – Teplan V.
 - **Nutrice u chronicky dialyzovaných** – Valkovský I.
 - **Výživa u akutního selhání ledvin** – Petejová N.
 - **Parenterální výživa u nefrologických nemocných** – Těšínský P.
- 10.25–11.00 PŘESTÁVKA**
- 11.00–12.00 LÉKÁRNICTVÍ A PRAKTICKÝ LÉKAŘ**
garant PharmDr. Pavel Grodza
- IP** ■ **Co může přinést spolupráce zdravotníků první linie?** – Grodza P.
- **Lékové problémy ve veřejné lékárně v kazuistikách** – Šolínová J.
- 12.00–13.00 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- **Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby** – Ihnát P.
 - **2 litry polyetylenglykolu s kyselinou askorbovou je dobře snášená a účinná očista střeva před endoskopickým vyšetřením** – Lukáš M.
 - **Život není jen sen**
- 13.00–14.00 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 14.00–15.15 OSTEOPORÓZA A PŘIDRUŽENÁ ONEMOCNĚNÍ**
garant prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr. h. c.
- **Kdy má praktický lékař myslet na osteoporózu a jak má reagovat** – Palička V.
 - **Diagnostika pacientů se sekundární osteoporózou a její nejčastější příčiny** – Horák P.
 - **Identifikace rizikového pacienta s osteoporózou a rizikovými zlomeninami v ambulanci praktického lékaře s přihlédnutím k možným kardiovaskulárním komplikacím** – Vyskočil V.
- 15.15–16.15 KARDIOLOGIE**
- **Včasná intervence vysokého krevního tlaku dle nových guidelines** – Nykl R.
 - **Včasnou léčbou rizikových faktorů zlepšíme KV prognózu pacienta** – Špaček R.
- 16.15–16.35 PŘESTÁVKA**
- 16.35–17.50 PRACOVNÍ LÉKAŘSTVÍ**
garanti prof. MUDr. Petr Brhel, CSc., MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D.
- **Nemoci z povolání podle současné legislativy, spolupráce praktických lékařů se středisky nemocí z povolání** – Malenka P.
 - **Onemocnění pohybového aparátu a nervů končetin jako nemoci z povolání – diagnostika, uznávání, odškodňování** – Petrovová M., Brhel P.
 - **Hraniční kontraindikace pro práci** – Volf J.
 - **Zdravotní způsobilost k práci u vybraných rizik ohrožení zdraví** – Petrovová M.

Workshopy / pátek 15. února / Salonek Silver

- 13.00–14.00** Praktický nácvik kardiopulmonální resuscitace
- 14.15–15.15** Správné měření ABI a EKG v ambulanci praktického lékaře

Workshopy vedou pracovníci záchranné služby.

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENA – NUTNÉ PŘIHLÁSIT SE NA MÍSTĚ

PROGRAM – sobota 16. února

9.00 ZAHÁJENÍ

9.00–10.30 PALIATIVNÍ PÉČE

garanti prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc., MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

- Akutní stavy v domácí paliativní péči – Sláma O.
- Symptomy a syndromy v paliativní medicíně – Kušnířová J.
- Lůžkový hospic – hospitalizace pacienta v terminální fázi, ale i dny naplněné životem – Čubová A.
- Mobilní specializovaná paliativní péče a home care – podobnosti a rozdíly – Navrátilová P.

10.30–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.00 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- Jsme připraveni na setkání s meningokokem? – Petroušová L.
- Fabryho choroba součástí diferenciální diagnostiky v ordinaci praktické lékaře – Dostálová G.
- Kdy myslet na primární imunodeficienci? – Novák V.

12.00–13.00 ATB atd., nebo ABT? – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D., MUDr. Václava Adámková

IP ■ Diskuzní interaktivní blok

13.00–13.10 A něco čokoládového navíc aneb zkušenosti z Konga – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

13.15 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

VI. kongres Medicíny pro praxi v Ostravě – kongres praktických lékařů

15.–16. února 2019 | Clarion Congress Hotel Ostrava

Pořadatel

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

Záštit

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF OU

Prezident akce

prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazebná 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 12 kredity pro lékaře.



Supplementum A Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2019; 16(Suppl A).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-256-2

Výživa v nefrologii

garant prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.

pátek / 15. února 2019 / 9.05–10.25 hod.

Nutrice u konzervativní léčby chronického onemocnění ledvin

prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.

Subkatedra nefrologie IPVZ/IKEM Praha

Katedra interních oborů a Interní klinika FN a LF OU Ostrava

V posledních desetiletích se významně zvýšil počet nemocných ve vyšších a vysokých věkových kategoriích se závažným onemocněním ledvin. Přes rozvoj dialyzačních technologií a transplantačního programu proto přibývá nemocných, u kterých biologický věk s dalším orgánovým poškozením neumožňuje úspěšnou transplantaci ledviny, ale často ani dlouhodobou léčbu v dialyzačním programu. V posledním údobí se objevily studie o úspěšné dlouhodobé konzervativní léčbě s podáváním modifikovaných restriktivních nízkobílkovinných diet doplněných suplementy i u nemocných nad 80 roků věku. K podpoře léčebné alternativy konzervativní nefrologie přispívají i studie deklarující, že pozdější zahájení dialyzačního léčení u seniorů může prodloužit údobí kompenzace při konzervativní léčbě v predialýze a celkově prodloužit dobu aktivního života těchto nemocných. Druhou velmi významnou možností užití modifikované nízkobílkovinné diety se suplementy ketoanalog esenciálních aminokyselin je příprava k preemptivní transplantaci (s vynecháním dialyzační léčby).

V našich předchozích studiích u více než 3 000 nemocných bylo prokázáno, že starší nemocní mohou velmi dobře tolerovat nízkobílkovinnou dietu (NBD) doplněnou ketoanalogy esenciálních aminokyselin (KA), která pomáhá dlouhodobě stabilizovat metabolický stav nemocných. Navíc při většinou dobré kompliance je riziko skryté malnutrice nízké. V prospektivní randomizované, dvojité slepé, placebem kontrolované multicentrické studii CEKAD (Central European Keto Amino Acid Diet) bylo sledováno po dobu tří let celkem 300 nemocných ve stadiu CKD 3–4, diabetiků a nedialybetiků, z čehož 100 nemocných bylo z ČR. Průměrný věk souboru činil 62 ± 6 roků. Následně byla provedena reanalýza dat s ohledem na věkové složení. Soubor byl rozdělen na skupinu I (nemocní ve věku 65 let a starší) a skupinu II kontrolní (nemocní mladší než 65 let). Obě skupiny měly srovnatelnou vstupní úroveň GF $0,57\text{--}0,71 \pm 0,32$ ml/s. Při tříletém sledování jsme u skupiny I prokázali signifikantně vyšší pokles proteinurie a snížení TK ve srovnání s kontrolní skupinou II ($p < 0,025$). Bylo zachyceno i zpomalení progresu GF měřené Ckr a úprava parametrů sacharidového a lipidového metabolismu ($p < 0,05$). Compliance nemocných byla dobrá a adherence k dietě přesahovala 80 % ($p < 0,02$). U sledovaných seniorů bylo při standardní nutriční kontrole dlouhodobé podávání NB diet s KA bezpečné a účinné, a představuje tak alternativní léčebný postup u nemocných vyšších věkových kategorií se špatnou perspektivou na dialyzační léčbě.

LITERATURA

1. Teplan V a kol. Nefrologie vyššího věku. Aesculap, Mladá fronta, Praha 2015: 263–277.
2. Aparicio M, Bellizi V, Chauveau P, et al. Do ketoanalogues still have a role in delaying dialysis initiation in CKD predialysis patients? Seminars in Dialysis 2013; 26(6): 714–719.
3. Teplan V. Suplementované restriktivní diety u nemocných vyššího věku s chronickým onemocněním ledvin. Vnitř Lék 2016; 52(12, Suppl. 6): 6588–6596.

Nutrice u chronicky dialyzovaných

MUDr. Ivo Valkovský, Ph.D.

Interní klinika FN a LF OU Ostrava

Při progresi chronického onemocnění ledvin do terminálního stavu s nutností dialyzační léčby dochází ke změně dietních opatření, dieta však nadále zůstává velmi důležitou součástí léčby. Dobře vybalancovaná dieta by měla zajistit přiměřený příjem proteinů, energie, vody, minerálů a vitaminů.

Stanovení optimálního dietního plánu a jeho dodržování pacienty ale není jednoduché. Nemocní v dialyzační léčbě jsou především zatíženi dietními omezeními a nutností perorálního příjmu vázů fosfátů vzhledem k hyperfosfatemii a také restrikcí příjmu tekutin, sodíku a draslíku, zvláště výraznou při oligoanurii. Další dietní opatření pak neřídka vyplývají z přidružených onemocnění (diabetes mellitus atd.).

Výživa u akutního selhání ledvin

MUDr. Naděžda Petejová, Ph.D, MSc.

Interní klinika FN a LF OU Ostrava

Katedra Interních oborů LF OU, Ostrava

III. interní klinika LF UP, Olomouc

Úvod

Akutní poškození ledvin (AKI) je závažným onemocněním v klinické medicíně s obecně vysokou mortalitou a zároveň je jedním z nezávislých prediktorů mortality u kriticky nemocných pacientů. Akutní intenzivní nefrologie se v posledních letech dostává do popředí zájmu odborné veřejnosti a v praxi zahrnuje komplexní nefrologickou péči o kriticky nemocného pacienta s využitím poznatků více oborů: nefrologie a intenzivní medicíny. Akutní intenzivní nefrologie v komplexním pohledu nepředstavuje pouze akutní poškození ledvin. Těžká malnutrice je diagnostikována u > 42 % pacientů s AKI s rizikem zvýšení mortality, prodloužení pobytu na JIP a zvýšeným rizikem vzniku komorbidit (sepe...).

Východisko

Etiologie a patofyziologie AKI u kriticky nemocných pacientů je multifaktoriální a nemalou mírou ovlivňuje diagnostický a terapeutický postup, kde má své nezastupitelné místo i adekvátní nutriční podpora. Etiologii AKI lze rozdělit na prerenální, renální a postrenální nebo na v komunitě získané, nozokomiální a AKI u kriticky nemocných. Přičemž rizikové faktory pro vznik AKI jsou specifické pro jednotlivé skupiny: sepe, trauma, velké operační výkony, nefrotoxická léčba (antibiotika, chemoterapeutika), crush syndrom nebo otravy chemickými a jinými toxickými látkami. AKI je tedy stresovou situací, která navodí hypermetabolickou a hyperkatabolickou odpověď organismu se základní triádou nutričních změn: hyperglykemie, hypertriglyceridemie a hyperkatabolismus. Tyto změny jsou výsledkem patofyziologických procesů s aktivací periferní inzulinové rezistence, proteinového katabolismu a s inhibicí lipolýzy.

Cíle

Včasná a správná diagnostika základního onemocnění, které k AKI vedlo, i samotné tíže akutního poškození ledvin, což umožňuje adekvátní léčebnou a nutriční podporu se zvýšením šance pacienta na návrat funkce ledvin a v neposlední řadě i na přežití. Posouzení nutričního stavu a proteinového katabolismu u kriticky nemocného je možné antropometricky, klinickým, fyzikálním vyšetřením, stanovením hladiny sérových proteinů a dusíkové bilance. Potřeba energie je individualizována na základě výpočtu nebo měřením indirektní kalorimetrií. Zvláštní skupinou jsou pacienti v kritickém stavu s AKI léčení různými eliminačními metodami s výrazným ovlivněním proteinového metabolismu a potřebou úpravy nutriční podpory.

Závěr

Správná nutriční podpora u pacientů v kritickém stavu je trvalou výzvou pro lékaře v intenzivní péči. Kriticky nemocní v intenzivní péči jsou velmi heterogenní skupinou a doporučení pro nutriční opatření pro tak různorodou skupinu nemohou být v zásadě paušalizována. Každá diagnóza, pooperační průběh a vývoj klinického stavu včetně komplikací (kardiopulmonální resuscitace, umělá plicní ventilace a dlouhodobý pobyt na JIP) musí být vzat v úvahu a komplexní postup individualizován podle aktuálního stavu pacienta.

Lékárnictví a praktický lékař

garant PharmDr. Pavel Grodza

pátek / 15. února 2019 / 11.00–12.00 hod.

Co může přinést spolupráce zdravotníků první linie?

PharmDr. Pavel Grodza

Sdělení přináší různé myšlenky a návrhy, jak navázat spolupráci praktický lékař-lékárník v první linii péče o pacienty. Popsány jsou i historické souvislosti vztahu lékař-lékárník i rozdělení jejich léčebných kompetencí. Přináší informace i o možnostech elektronické preskripce dle současné legislativy, elektronické substituce. Pro informaci jsou uvedena i některá data o systému lékárenské péče v České republice a pro srovnání i v jiných zemích. Dalším tématem je polyfarmacie a polypragmatie a rady, jak se jí bránit a co nejvíce farmakoterapii redukovat na nezbytně nutná léčiva hlavně u seniorů, u kterých pak dochází k někdy i zbytečným interakcím mezi užívanými léky. V České republice se slibně rozvíjí obor klinická farmacie, budoucnost směřuje k tomu, že kliničtí farmaceuti budou působit i v návaznosti na ambulantní zdravotnická zařízení a budou sloužit jako poradci nejen ambulantním lékařům, ale i pacientům. Podobně tomu je např. i ve Velké Británii, kde jsou i jiné možnosti spolupráce s lékaři – např. preskripce léčiv lékárníkem u chronických pacientů, vakcinace v lékárnách. Ve Švýcarsku a Nizozemsku se třeba regionálně scházejí lékárníci a lékaři v malých kolektivech k řešení problematičtějších lékových kazuistik. Výstupy z těchto setkání byly předány i tamějším zdravotním pojišťovnám. Ty zjistily úsporu financí a začaly aktivitu ekonomicky podporovat. Myslím, že jednou z možností spolupráce je i setkávání se na podobných kongresech jako je tento. Možná by bylo dobré v diskuzi připomenout další témata, která by z úst lékárníků mohla zaznít v budoucnu.

Lékové problémy ve veřejné lékárně v kazuistikách

PharmDr. Jana Šolínová

Lékárna U Zlatého hada, Cvikov

Jako lékové problémy označujeme všechny události spojené s farmakoterapií pacienta, které mohou zasahovat do zamýšleného a očekávaného výsledku terapie. Terminologie lékových problémů je v různé literatuře nepatrně odlišná, existuje více podobných definic, totéž se týká i klasifikace jednotlivých typů lékových problémů, různé klasifikace mají rozdílné hierarchie lékových problémů a jsou vhodné pro různá prostředí (pracoviště klinické farmacie, lékárna). Rizikový může být nejen samotný lék, ale i chování zdravotníků a pacientů. Mezi lékové problémy řadíme např. nežádoucí účinky léčiv, interakce léčiv, duplicitní užívání léčiv, volbu nesprávné dávky, problémy se správným užitím lékových forem, špatně poskytnuté informace o léčivu, non-adherenci pacienta ke zvolené terapii, zbytek léčiva, chybějící léčivo aj. Prevence, identifikace a řešení lékových problémů vhodnými intervencemi patří mezi nástroje farmaceutické péče vedoucí ke zvyšování kvality péče o pacienta, minimalizaci rizik a maximalizaci účinku terapie. Na management lékových problémů jsou rovněž zaměřeny dispenzační a konzultační služby lékárny. Dlouhodobé vedení lékových záznamů, náhled do zákulisí farmakoterapie, znalost situace a stavu pacienta, dobrá a efektivní komunikace, případná možnost pohovoru s pacientem v soukromí konzultační místnosti, to vše může přispět k odhalení potenciálních či existujících lékových problémů. Pokud se podaří lékové problémy identifikovat, předcházet jim nebo je řešit ideálně ve spolupráci s ošetřujícími lékaři a dalšími zdravotníky, je možno hovořit o komplexní individualizované péči o pacienta. Znalost záměru lékaře a dobrá mezioborová komunikace je pro intervenci vedoucí k odstranění potenciálního či existujícího lékového problému velmi důležitá. V prezentaci budou stručně představeny kazuistiky pacientů řešené v praxi veřejné lékárny. Jedná se o různé typy lékových problémů zachycených jak při individuální konzultaci, tak při dispenzaci za tárou. V zajímavých odkazech jsou uvedeny dvě již dříve publikované kazuistiky pacientů, kteří ve veřejné lékárně přijali pozvání k individuální konzultaci na základě zachytu potenciálních lékových problémů.

LITERATURA

1. Šolínová J, Malý J. Problematika non-adherence k léčbě u staršího pacienta a její řešení při individuální konzultaci ve veřejné lékárně. Prakt. Lékáren. 2016; 12(3): 118–121.
2. Šolínová J, Malý J. Individuální konzultace poskytované starší pacientce ve veřejné lékárně. Prakt. Lékáren. 2015; 11(2): 64–67.
3. PCNE classification for Drug Related Problems: V 8.02. In: PCNE [online]. 2019 [cit. 2019–01–06]. Dostupné z: <https://www.pcne.org/working-groups/2/drug-related-problem-classification>
4. Pracovní skupina pro konzultační činnost v lékárně. In: ČFS [online]. 2019 [cit. 2019–01–07]. Dostupné z: <https://www.cfs-cls.cz/Sekce/Sekce-klinicke-farmacie/Pracovni-skupiny/Konzultacni-cinnost-v-lekarne/>
5. Odborné poradenství v lékárnách. In: ČLnK [online]. 2019 [cit. 2019–01–06]. Dostupné z: <https://www.lekarnici.cz/Pro-veřejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach.aspx>

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 15. února 2019 / 12.00–13.00 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–Detralex). Semiinvasivní 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.

Osteoporóza a přidružená onemocnění

garant prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr. h. c.

pátek / 15. února 2019 / 14.00–15.15 hod.

Kdy má praktický lékař myslet na osteoporózu a jak má reagovat

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.

Osteocentrum, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta UK Hradec Králové

Osteoporóza patří mezi „moderní“ civilizační choroby s masovým výskytem. Diagnostika a léčba musí probíhat v úzké součinnosti klinických osteologů a praktických lékařů. Role praktických lékařů je naprosto nezbytná v několika rovinách:

- Primární podezření: Vzhledem k tomu, že především počáteční stadia onemocnění jsou obvykle bezpříznaková, je základní podmínkou včasného zachytu dobrá znalost pacienta, jeho rodinné i osobní anamnézy, habitu a životosprávy. Na možnost osteoporózy je nutné myslet především u žen po klimaxu, s pozitivní rodinnou anamnézou (fraktury proximálního femuru), astenického habitu, s nedostatečným příjmem kalcia a vitamínu D.

- Záchyt sekundární osteoporózy: mimo postmenopauzální osteoporózu je velké množství nemocných se sekundární osteoporózou. I když tady by na možnost jejího vzniku měl myslet ošetřující lékař-specialista, role praktického lékaře může být mimořádně přínosná. Na sekundární osteoporózu je nezbytné myslet u nemocných s dlouhodobou terapií glukokortikoidy, antiepileptiky, některými antikoagulancii, u diabetiků (obou typů), chronických zánětlivých onemocnění, revmatoidní artritidy, hypogonadismu (jakéhokoli původu) a dalších chorob.
- Diagnostika: výraznou nápomocí ke zjištění závažnosti rizika rozvoje osteoporózy a následných zlomenin může být program odhadující riziko osteoporotické fraktury v příštích deseti letech. Je volně dostupný na webové adrese <https://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=cz> a je vyplnitelný i laikem. Znalost kostní minerální hustoty není podmínkou.
- Včasné odeslání pacienta ke změření kostní minerální hustoty na osteologické pracoviště: vyplývá z předchozích kroků, které by ale neměly být vynechány. Cílená indikace zlepšuje kvalitu záchytu a diagnostickou citlivost.
- Dobrá spolupráce s pracovištěm klinické osteologie: v současných legislativních podmínkách je většina cílené terapeutické škály limitována preskripčně na ambulantního specialistu. Praktický lékař by však měl pacienta sledovat, preskribovat kalcium a vitamin D a sledovat compliance pacienta s léčbou pravidelnými kontrolami. Samozřejmostí je monitoring sekundárních rizikových faktorů.
- Sekundární prevence: pacienti, kteří utrpěli první osteoporotickou frakturu jsou jen v minimálních procentech nadále sledováni a léčeni. Odborný lékař mnohdy řeší aktuální frakturu, ponechává ale stranou příčinu, kterou může být osteoporóza. Každý pacient po fraktuře s nepřiměřeným úrazovým dějem ve věku nad 50 let by měl být praktickým lékařem sledován jako suspektní, s vyšetřením rizikových faktorů a případným odesláním ke klinickému osteologovi.
- Naprosto nezbytnou složkou dobré spolupráce jsou pravidelná setkání praktických lékařů a klinických osteologů a edukační aktivity.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNHK, 00179906) a programem Q40

Diagnostika pacientů se sekundární osteoporózou a její nejčastější příčiny

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická, endokrinologická FN a LF UP Olomouc

Osteoporóza je definována jako onemocnění skeletu charakterizované sníženou pevností kostí, jež člověka predisponuje ke zvýšenému riziku zlomeniny. Pevnost kosti odráží především spojení kostní denzity a kvality kosti. Kostní minerál i organické části kosti jsou strukturálně normální a jsou přítomny ve fyziologickém poměru. Primárním defektem je snížení kvantity kosti, trabekulární i kortikální části kosti vykazují sníženou tloušťku. Je identifikovaná řada rizikových faktorů pro rozvoj osteoporózy (viz tabulka). Mezi nejvýznamnější patří ženské pohlaví, věk, hypogonadismy (včetně menopauzy), nízká kostní denzita či dlouhodobé užívání glukokortikoidů. K primárním osteoporózám se řadí idiopatická a involuční osteoporóza, jež se zase dělí na typ postmenopauzální (osteoporóza I. typu) a senilní (II. typu). Sekundární osteoporózy mají příčinu v primární chorobě, poruše či medikaci. Sekundární osteoporózy jsou méně časté, je na ně potřeba pomyslet zejména u nemocných s velmi nízkou kostní hmotou a nízkoprahovou zlomeninou při absenci běžných rizikových faktorů. Glukokortikoidy indukovaná osteoporóza je nejčastějším typem léky vyvolané osteopatie. Až u 50 % nemocných bez rozdílu věku a pohlaví léčených dlouhodobě glukokortikoidy se objeví osteoporotická zlomenina či aseptická nekróza kosti. Velmi závažnými, často však přehlíženými, faktory rozvoje osteoporózy jsou přítomnost chronických zánětlivých chorob, dlouhodobý deficit vitaminu D spojený se sekundární hyperparatyreózou, latentní h či sarkopenie. Tabulka sumarizuje nejčastější příčiny rozvoje osteoporózy. Sdělení diskutuje problematiku včasné diagnostiky a léčebné intervence, která je v případě sekundární osteoporózy často velmi efektivní.

Tab. 1. Faktory a stavy spojené s rizikem rozvoje primární a sekundární osteoporózy

Věk
■ s každou další dekádou života se riziko zlomeniny zvyšuje 1,4 až 1,8x
Genetické faktory
■ etnické pozadí
■ pohlaví: ženy mají vyšší riziko zlomenin než muži
■ rodinná anamnéza s přítomností osteoporotických zlomenin
Faktory zevního prostředí
■ výživa (nedostatek vápníku či vitamínu D)
■ fyzická aktivita (zatěžování kostí je podmínkou jejího zdravého vývoje)
■ kouření
■ alkohol
■ nadměrné pití kávy
■ sklon k pádům
Léky
■ glukokortikoidy
■ hormony štítné žlázy
■ léky navozující hypogonadismus (androgen deprivace, inhibitory aromatáz)
■ inhibitory protonové pumpy
■ antikoagulační
■ kličková diuretika
■ antidepresiva, antiepileptika
■ inhibitory kalcineurinových receptorů
■ antiretrovirová terapie
Endokrinní poruchy
■ deficit sexagenů
■ hypopituitarismus
■ hypertyreóza
■ hyperparatyreóza primární i sekundární
■ Cushingův syndrom
■ diabetes mellitus (I. i II. typu)
■ hyperprolaktinémie
■ anorexia nervosa
Chronické choroby
■ malabsorpční syndromy (primární i sekundární)
■ cirhóza jater
■ chronická renální insuficience
■ Crohnova choroba, ulcerózní kolitida
■ chronické zánětlivé choroby (revmatické choroby, IBD, CHOPN)
■ některé hematologické a maligní choroby (mnohočetný myelom, karcinom prsu, mastocytóza, chronické anémie)
■ roztroušená skleróza
Různé
■ stav po transplantaci ledvin
■ gastrektomie
■ bariátrické operace

Identifikace rizikového pacienta s osteoporózou a rizikovými zlomeninami v ambulanci praktického lékaře s přihlédnutím k možným kardiovaskulárním komplikacím

doc. MUDr. Václav Vyskočil, Ph.D.

Osteocentrum, II. interní klinika LF UK a Fakultní nemocnice Plzeň

Osteoporóza je civilizační onemocnění postihující až 80 % žen nad 65 let. Víme, že 50 % žen do konce života utrpí alespoň jednu osteoporotickou zlomeninu a 30 % žen ve věku nad 50 let dokonce utrpí zlomeninu jednoho či více obratlů. Z výše uvedeného jasně plyne, jak významné je rizikového pacienta správně a včas identifikovat a jak s takovými pacienty pracovat v oblasti prevence.

Ve své práci se autor nejprve zabývá rizikovými faktory, které přehledně uvádí a jasně definuje. Další část se pak zabývá prevencí, která je nedílnou součástí práce lékaře ve vztahu k pacientům ve věku 50 let a výše. Prevence je rozdělena na primární a sekundární. Zvláštní pozornost je pak věnována prevenci vzniku zlomenin, které jsou nejčastější komplikací osteoporózy. Autor detailně popisuje metodu predikce zlomeniny FRAX, která je základem pro posouzení rizika zlomeniny u pacienta a také je nezbytnou základnou pro nastavení správné léčby. Nicméně se zabývá i dalšími

skórovacími systémy, které uvažují kratší horizont ve vyhodnocení zlomeniny a jsou tak příznivější z hlediska představy pacienta o skutečném riziku a zvyšují perzistenci na léčbě.

Další část práce je věnována měnící se stavbě kosti s ohledem na věk pacienta a s tím související měnící se potřebnou dávkou přijímaného vápníku jako nezbytného prvku pro modelaci a remodelaci skeletu. Na potřebu dostačujícího příjmu vápníku během celého života navazuje potřeba adekvátní hladiny vitamínu D v organismu. Proto je vitamínu D – jeho optimální hladině a změnám výše jeho hladiny v průběhu života věnována další část přednášky.

Poslední část je věnována terapii osteoporózy. V této části autor uvádí kritéria pro nasazení terapie a detailně rozebírá jednotlivé typy terapie s ohledem na maximální přínos pro pacienta. První část je věnována antiresorpční terapii – principům jejího fungování, druhům terapie a přínosům léčby pro pacienta. Druhá část se stejným způsobem věnuje terapii osteo-anabolické.

Závěr práce přehledně shrnuje význam prevence, včasné detekce rizikových pacientů a především přínos jednotlivých druhů terapie ve vztahu k rizikovým faktorům identifikovaných u pacienta. Vše toto se zaměřením na možnosti a význam praktického lékaře.

Kardiologie

pátek / 15. února 2019 / 15.15–16.15 hod.

Včasná intervence vysokého krevního tlaku dle nových guidelines

MUDr. Radomír Nykl

Interní klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Arteriální hypertenze je onemocnění, které má v české populaci vysokou prevalenci (cca 35–40 % populace ve věku 25–64 let s výrazně rostoucím výskytem ve vyšším věku), a které společně s diabetem, dyslipidemií, kouřením, obezitou a neoptimálním životním stylem patří mezi zásadní rizikové faktory kardiovaskulárních chorob. Nemoc se (bohužel) často projeví až svými komplikacemi, což se spolupodílí na velmi obtížném dosažení cílových hodnot u jednotlivých pacientů.

Nová guidelines evropské kardiologické společnosti, publikována v Mnichově roku 2018, týkající se hypertenze, mírně pozměňují pohled na diagnostiku, režimová opatření a cílové hodnoty. Výraznější změny se týkají strategie léčby hypertenze, zejména je kladen důraz na **fixní** kombinační terapii, která se stává základním kamenem jak při **zahájení** terapie (dvojkombinační terapie – inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu a blokátory kalciového kanálu), tak vzhledem k prokazatelně lepší compliance (řekněme spolupráci) pacientů i při rozšiřování terapie (trojkombinační terapie – výše uvedené doplněné o diuretikum).

Vzhledem k nadále se rozšiřujícím poznatkům, které se týkají arteriální hypertenze i její léčby (správná, adekvátní, pacientem tolerovaná a akceptovaná) je nutná úzká mezioborová spolupráce mezi praktickými lékaři, ambulantními internisty, kardiology a dalšími specialisty, a lékaři pracujícími ve specializovaných ambulancích v nemocnicích.

Pracovní lékařství

garanti prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.,
MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D.

pátek / 15. února 2019 / 16.35–17.50 hod.

Nemoci z povolání podle současné legislativy, spolupráce praktických lékařů se středisky nemocí z povolání

MUDr. Petr Malenka, Ph.D.

Klinika pracovního lékařství, FN u sv. Anny v Brně a LF MU Brno

Cílem sdělení je seznámit praktické lékaře se správným postupem při posuzování a uznávání nemocí z povolání a upozornit na nejčastější chyby při odesílání pacientů na středisko nemocí z povolání příslušného KPL k vlastnímu šetření nemoci z povolání.

Při podezření na profesionalitu onemocnění odesílá ošetřující lékař pacienta k šetření na místně příslušné středisko nemocí z povolání, kde pracovní lékař ověří, zda diagnóza NZP nebo ohrožení NZP je řádně objektivizována příslušným odborným vyšetření včetně stanovení stupně onemocnění dle seznamu NZP. Hlavním zdrojem informací pro zjištění zdravotního stavu před vznikem posuzovaného onemocnění je zdravotnická dokumentace od registrujícího praktického lékaře a event. i smluvního lékaře pracovnělékařských služeb zaměstnavatele. Ověření podmínek vzniku onemocnění na pracovišti provádí hygienická stanice, v jejímž spádovém území je pracoviště, na kterém pracovník vykonával posuzovanou práci.

Onemocnění pohybového aparátu a nervů končetin jako nemoci z povolání – diagnostika, uznávání, odškodňování

MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D., prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.

Klinika pracovního lékařství, FN u sv. Anny v Brně a LF MU Brno

Onemocnění pohybového aparátu a nervů končetin patří k nejčastěji diagnostikovaným nemocem z povolání (NZP) v Evropě i v ČR. Postižení mohou být pracovníci v řadě odvětví a povolání. Příčinou vzniku těchto onemocnění je nerovnováha mezi biologickou odolností tkání organismu a fyzickými nároky konkrétní práce na organismus. Z medicínského hlediska se jedná o širokou skupinu nozologických jednotek, zahrnující různá neurologická, ortopedická a revmatologická onemocnění pohybového systému. Jejich jednotícím faktorem je primární příčinná souvislost s profesním dlouhodobým nadměrným přetěžováním horních nebo dolních končetin, vysokou četností pracovních pohybů a nevhodnou pracovní polohou při výkonu práce, práce s vibrujícím nářadím nebo kombinace těchto dvou rizikových faktorů. K rozvoji onemocnění přispívají další faktory pracovního prostředí, zejména častá ruční manipulace s břemeny, nevhodná ergonomie pracoviště, vlhko a chlad a také individuální faktory na straně zaměstnance.

Zcela dominantní postavení mezi profesními nemocemi pohybového aparátu a nervů končetin mají zhruba dvoutřetinovým podílem periferní neuropatie typu úžinových syndromů, zejména syndrom karpálního tunelu, méně syndrom kubitálního tunelu a vzácněji syndrom Guyonova kanálu, event. ojediněle jiné. Často se setkáváme s profesními aseptickými tendosynovitidami flexorů nebo extenzorů předloktí a ruky, entezopatiemi, zvl. převažujícími epikondylitidami humeru, impingement syndrom III. stupně s degenerativní rupturou rotátorové manžety nebo lokalizovanou artrózou kloubů končetin. Aseptické burzitidy z tlaku, např. pracovního nástroje nebo způsobené polohou, vidíme méně často. Profesní aseptické nekrózy zápěstních či záprstních kůstek z působení nadlimitních vibrací přenášených při práci na ruce, stejně jako poškození menisků kolenních kloubů, která se mohou vyskytnout u pracujících po mnohaleté práci v podřepu a v kleči, jsou dnes vzácná.

Při šetření profesionality je pracovním lékařem střediska ověřována diagnóza nemoci, event. stupeň postižení a hygienické podmínky vzniku onemocnění na pracovišti. Po vystavení posudku o uznání NZP má poškozený nárok na příslušné náhrady.

Na závěr je třeba konstatovat, že onemocnění páteře t.č. mezi nemoci z povolání v České republice nepatří. Tato onemocnění byla v souladu s doporučením Evropské komise již v řadě členských států Evropské unie do jejich seznamů nemocí z povolání implementována. Také v České republice jsou zhruba v horizontu 1 až 2 let chronická onemocnění bederní páteře způsobená dlouhodobým přetěžováním těžkou fyzickou prací velmi pravděpodobným kandidátem na nové zařazení do seznamu nemocí z povolání.

Hraniční kontraindikace pro práci

MUDr. Jaroslav Volf, Ph.D., MUDr. Zdeňka Hajduková, Ph.D.

Oddělení pracovního a preventivního lékařství Fakultní nemocnice Ostrava

Posuzování zdravotních kontraindikací způsobilosti k práci je v současné podobě spojeno s aplikací zákona 373/2011 Sb., resp. vyhlášky č. 79/2013 Sb. v aktuálním znění, resp. s její přílohou. Při posuzování nemoci vylučující zdravotní způsobilost k práci i při posuzování nemoci, u kterých lze posuzovanou osobu uznat za zdravotně způsobilou k práci na základě závěru odborného vyšetření jde o infinitivní výčty nemocí a nálezů. Pracujeme s pojmy jako „závažné“ chronické onemocnění, „prognosticky nepříznivé“ nemoci.

Na druhé straně jsou zde zákony, například zákon o zaměstnanosti, antidiskriminační zákon (198/2009 Sb.), které brání uchazeče o práci před diskriminací pro zdravotní stav.

Podle zákoníku práce se však za diskriminaci (ani přímou ani nepřímou) nepovažuje rozdílné zacházení, pokud z povahy pracovních činností vyplývá, že toto rozdílné zacházení je podstatným požadavkem nezbytným pro výkon práce.

Na kazuistikách profesionálního řidiče motorového vozidla a na kazuistice relativně hraničních nálezů prodlouženého distálního motorického vedení středového nervu ukazujeme možné přístupy k aplikaci zdravotních kontraindikací pro práci.

Zdravotní způsobilost k práci u vybraných rizik ohrožení zdraví

MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D.

Klinika pracovního lékařství, FN u sv. Anny v Brně a LF MU Brno

Legislativa a zejména praxe v pracovním lékařství rozlišuje rizikové faktory pracovních podmínek a rizika ohrožení zdraví.

Klasické rizikové faktory pracovních podmínek jsou chápány jako negativní podmínky, za kterých je práce prováděna a které ovlivňují zdravotní náročnost vykonávané práce. K nejvýznamnějším rizikům patří chemické, fyzikální a biologické faktory a faktory fyzické a psycho senzorické zátěže.

Rizika ohrožení zdraví jsou rovněž rizikové faktory pracovních podmínek. Jejich základní odlišností je, že působí komplexně při určité práci nebo při práci v rámci předmětu činnosti zaměstnavatele jako celku. Taxativní výčet rizik ohrožení zdraví je uveden v části II. přílohy 2 vyhlášky o pracovně lékařských službách. Jde například o práce ve školství, ve zdravotnictví a sociálních službách, o činnosti epidemiologicky závažné, obsluhu jeřábů, vazačů břemen, nakládání s výbušninami, práce v hlubinných dolech, práce ve výškách, práce záchranářů, práce v náročných oblastech zahraničí, hlasovou zátěž, noční práce.

Struktura právní úpravy vyhlášky o PLS je v příloze 2. totožná pro část I i část II. Rozdílně je pro rizika ohrožení zdraví stanovena periodicita prohlídek (jednou za 4 roky a u zaměstnanců ve věku 50 let a u starších jednou za 2 roky). Příspěvek se na základě praktických zkušeností lékařů Kliniky pracovního lékařství zabývá dalšími specifiky posuzování zdravotní způsobilosti k práci u řidičů (pojmy řidič z povolání a řidič referent), u držitelů zbrojních průkazů, u zdravotníků a při zařazování učňů, studentů středních a vysokých škol na výuková pracoviště.

Paliativní péče

garanti prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.,
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

sobota / 16. února 2019 / 9.00–10.30 hod.

Akutní stavy v domácí paliativní péči

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Masarykův onkologický ústav Brno

Za akutní stavy považujeme v kontextu paliativní péče takové stavy a klinické situace, které jsou spojeny s významným diskomfortem a distresem pro pacienta a jeho blízké. Tyto stavy vyžadují rychlé a kvalifikované řešení a mohou být zdrojem zbytečného utrpení. Jsou častým důvodem aktivizace zdravotní záchranné služby, zdravotních převozů a akutních hospitalizací v závěru života. Závěr života většiny chronických onemocnění je charakterizován velkou klinickou nestabilitou. Ataky spojené s vysokou intenzitou symptomů (např. bolest, dušnost, úzkost a panika, zmatenost, krvácení, zvracení a neschopnost p.o. příjmu stravy a tekutin, kolapsové stavy nebo epileptické záchvaty) jsou v závislosti na základním onemocnění rámcově očekávatelné. Kvalitní plán paliativní péče vycházející z pacientových preferencí a přání by měl obsahovat konkrétní doporučený postup k řešení očekávatelných akutních stavů v domácím prostředí včetně jasné instrukce na koho se pacient/rodina může obrátit a za jakých okolností a kam by měl být pacient hospitalizován. Je zřejmé, že bezpečná paliativní péče o pacienty v závěru života předpokládá trvalou dostupnost (24/7/365) paliativně kvalifikovaných zdravotníků. Právě nedostupnost takové služby a absence kvalitního plánu paliativní péče jsou častým důvodem problematických „terminálních“ hospitalizací. V rámci sdělení budou prezentovány základní rozhodovací a léčebné postupy pro řešení nejčastějších akutních stavů u pacientů v závěru života a budou diskutovány organizační aspekty zajištění paliativní péče v domácím prostředí.

Symptomy a syndromy v paliativní medicíně

MUDr. Jarmila Kušnírová

Centrum léčby bolesti, KARIM, Fakultní nemocnice Ostrava

Charita Ostrava – Hospic sv. Lukáše

Cílem sdělení je stručný přehled nejčastějších symptomů a syndromů vyskytujících se u pacientů indikovaných ke specializované paliativní péči, a to jak v nemocnici, tak i v lůžkovém hospici. Pro praktické lékaře nabízí konkrétní představu o tom, jaký užitek pro jejich pacienty může přinést konzultace paliatra v období, kdy nevyčlelitelná nemoc přináší pacientovi řadu obtěžujících, těžce zvládnutelných až refrakterních symptomů. Přednáška rovněž nastíní nově se rozvíjející systém specializované paliativní péče o pacienty hospitalizované ve Fakultní nemocnici v Ostravě ještě před jejich propuštěním do péče praktických lékařů, úlohu paliativního týmu a nově vzniklé Ambulance paliativní a podpůrné péče.

Lůžkový hospic – hospitalizace pacienta v terminální fázi, ale i dny naplněné životem

Mgr. Bc. Alexandra Čubová

Charita Ostrava – Hospic sv. Lukáše

Příspěvek je zaměřený na představení lůžkového hospice nejen jako zdravotnického zařízení, které poskytuje péči léčebnou ve smyslu mírnění a tišení nepříjemných projevů nemoci, ale zároveň se snaží vytvořit pacientovi místo příjemné, bezpečné a důstojné v závěru života.

Z čeho čerpám?

Již deset let pracuji v Hospici sv. Lukáše na pozici zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Lůžkový hospic je pro mě místo, kde jsou dny, měsíce umírajícího člověka naplněné životem a v určitém okamžiku končí smrtí. Umírání nemusí být o bolesti, samotě a ztrátě důstojnosti.

Cesta do hospice – jak se do hospice dostat?

Pacient je do hospice přijímán na základě písemné žádosti, kterou vypisuje ošetřující lékař. Formulář je možné stáhnout na webových stránkách hospice nebo si ho osobně vyzvednout v hospici. Nezbytnou součástí je informovaný souhlas. Žádost v hospici přijímá osobně, emailem nebo poštou sociální pracovnice, která ji předává ke schválení do 24 hodin. Následný den sociální pracovnice informuje žadatele, rodinu nebo ošetřujícího lékaře o schválení a dle potřeby žádá o doplnění informací a možnostech přijetí. Žádost je zamítnuta v případě, že pacient nespadá do indikační skupiny nebo odmítá do hospice nastoupit.

Jaké informace od lékaře má žádost obsahovat?

Dostatečné informace o zdravotním stavu a o průběhu nemoci. Symptomy, které mají být léčeny a současná léčba. Vyjádření, že možnosti kurativní (někdy i paliativní) léčby jsou vyčerpány a je indikována léčba symptomatická.

Jaké informace od rodiny v žádosti jsou důležité?

Telefonický kontakt na blízkou osobu, kterou můžeme informovat v případě přijetí.

Hospic, ale...

V přijetí do hospice mnohdy brání mylné informace s přijetím pacienta. Nejčastěji se setkáváme s tím, že:

- *Hospic nemá volné místo:* tomuto zádrhelu je možné předejít včasným podáním žádosti a komunikací se sociální pracovnicí o naléhavosti přijetí. Přijetí ze dne na den je opravdu někdy z důvodu plné kapacity nemožné, ale čekací doba v průměru nepřesahuje týden.
- *Hospic je finančně náročný:* nedostatek financí není důvod k nepřijetí. Pacientovi je možné úhradu snížit nebo prominout. Platba za lůžkový hospic je přibližně 250 Kč/den.
- *Hospic je pouze pro křesťany:* do hospice jsou přijímáni pacienti bez rozdílu vyznání.
- *Hospic neposkytuje zdravotní péči:* hospic je zdravotnické zařízení, kde je zdravotní lékařská služba i služba zdravotní sestry zajištěna 24 hodin. V hospici ale nepodáváme krevní transfuze a parenterální výživu.

Život v hospici – co říct pacientovi a rodině o hospici

Péče o pacienta je směřována k jeho jedinečnosti – kdo je člověk, o kterého se staráme, co je pro něho důležité, co mu pomáhá, co si přeje nebo naopak nepřeje. Je to místo, kde má nemocný možnost se zastavit ve svém životě, dokončit nehotové, rozloučit se, ale i do poslední chvíle bojovat o každou vteřinu svého života. Ubytování je převážně na jednolůžkovém pokoji s přistýlkou, na kterém může přespávat blízký nemocného a být s ním celý den i noc. Pacienti mohou mít své oblečení, pokoj si vybavit a vyzdobit osobními drobnými věcmi. Během dne mohou sledovat televizi, poslouchat rádio, číst si nebo být v tichu. Hospic disponuje zahradou, každý pokoj má svoji terasu nebo balkon, kde mohou i na lůžku pacienti pobývat a trávit svůj den i venku, mnohdy tam pijí kávu, jí nebo kouří. V hospici je možné účastnit se mše svaté nebo společenské a kulturní akce. Návštěvy blízkých jsou neomezené, mohou zde i malé děti a dokonce i pes. Personál také pečuje o rodinu nemocného, věnuje jim čas a prostor si popovídat – nebýt na to sám.

Co říct závěrem?

Pacient s nevyléčitelnou diagnózou se v určité chvíli dozvídá, že léčba jeho základního onemocnění je vyčerpána, ale on žije a má čas do konce svého života. Kolik? Na tuto otázku nezná nikdo přesnou odpověď, ale může tyto dny, týdny, měsíce prožít, tak, aby netrpěl, nebyl sám a neztratil svoji důstojnost.

Mobilní specializovaná paliativní péče a home care – podobnosti a rozdíly

MUDr. Pavla Navrátilová

Mobilní hospic Ondrášek, o.p.s.

Agentura domácí péče a mobilní specializovaná paliativní péče (tzv. domácí hospic) jsou dvě terénní zdravotní služby, které pracují ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Mají odlišnou organizaci a režim práce, spektrum pacientů i odlišné financování. Znalost odlišností a specifik obou služeb pak vede k jejich správnému využívání a indikování v praxi. Cílem přednášky jsou ucelené praktické informace shrnující podobnosti a rozdíly těchto dvou terénních služeb s příkladnou kazuistikou.

ATB atd., nebo ABT?

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D., MUDr. Václava Adámková

sobota / 16. února 2019 / 12.00–13.00 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 problematičtější.

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

HLAVNÍ
PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.

Angelini Pharma Česká republika s.r.o.

EXBIO Olomouc s.r.o.

FINCLUB PLUS, a.s.

IDS MEDIA CZ s.r.o.

Imunoglukan CZ s.r.o.

IPSEN PHARMA, organizační složka

LAB MARK a.s.

Mary Kay (Czech Republic), s.r.o.

Mediclinic a.s.

Medingo s. r. o.

MUCOS Pharma CZ, s.r.o.

Nutricia a.s.

Odborný léčebný ústav Metylovice-Moravskoslezské sanatorium, příspěvková organizace

Orion Diagnostica – organizační složka

Pfizer PFE, spol. s r.o.

PharmaSwiss Česká republika s.r.o.

Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.

R.K. Studio

RosenPharma a.s.

S & D Pharma CZ, spol. s.r.o.

sanofi-aventis, s.r.o.

SWISS PHARMA, spol.s.r.o.

VEGALL Pharma s.r.o.

VITANA, a.s.

WALMARK, a.s.

Zentiva, k.s.

předplatné časopisu **Medicína pro praxi**



MLADÍ LÉKAŘI

50% SLEVA
325 Kč

Fandíme mladým lékařům, a proto předplatitelé do 35 let získají 50% slevu.

Stačí jen při objednávce do poznámky uvést rok narození.



TIŠTĚNÝ ČASOPIS

5 čísel / rok
650 Kč

Přístup k aktuálnímu číslu na www.medicinapropraxi.cz

Supplementa a odborné publikace

Aktuální informace o připravovaných kongresech



ELEKTRONICKÁ VERZE

5 čísel / rok
488 Kč

Elektronická verze se slevou 25 % k zakoupení na www.alza.cz/media

Čtete nás na počítači nebo na mobilních zařízeních

OBJEDNÁVEJTE

na webu www.medicinapropraxi.cz | e-mailem predplatne@solen.cz | telefonem 585 204 335



předplatné časopisu **Pediatric pro praxi**



MLADÍ LÉKAŘI

50% SLEVA
540 Kč

Fandíme mladým lékařům, a proto předplatitelé do 35 let získají 50% slevu.

Stačí jen při objednávce do poznámky uvést rok narození.



TIŠTĚNÝ ČASOPIS

6 čísel / rok
1 080 Kč

Přístup k aktuálnímu číslu na www.pediatricpropraxi.cz

Supplementa a odborné publikace

Aktuální informace o připravovaných kongresech



ELEKTRONICKÁ VERZE

6 čísel / rok
810 Kč

Elektronická verze se slevou 25 % k zakoupení na www.alza.cz/media

Čtete nás na počítači nebo na mobilních zařízeních

OBJEDNÁVEJTE

na webu www.pediatricpropraxi.cz | e-mailem predplatne@solen.cz | telefonem 585 204 335

