

Medicína pro praxi

2019

B

www.solen.cz | Med. praxi 2019; 20(Suppl B) | ISBN 978-80-7471-260-9 | 2019

ABSTRAKTA

XVII. kongres Medicíny pro praxi v Olomouci – kongres praktických lékařů

11.–12. dubna 2019

Clarion Congress Hotel Olomouc

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 – čtvrtek 11. dubna

- 9.00 ZAHÁJENÍ PROGRAMU**
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- 9.05–10.30 PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE**
garant prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- Příprava kardiaka před operací – Vítovec J.
 - Předoperační příprava diabetika – Olšovský J.
 - Předoperační vyšetření z pohledu pneumologa – Jakubec P., Kolek V.
 - Předoperační vyšetření z pohledu anesteziologa – Urbanec R.
- 10.30–11.00 PŘESTÁVKA**
- 11.00–11.55 IP ATB, atd. nebo ABT**
MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
- Diskuzní interaktivní přednáška
- 11.55–12.05 A něco čokoládového navíc aneb zkušenosti z Afriky** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
- 12.05–12.45 BOLEST FYZICKÁ, BOLEST DUŠEVNÍ**
- Konopí v léčbě bolesti – Hák M.
 - Život není jen sen – Kamarádová D.
- 12.45–13.40 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 13.40–14.50 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- Nádorová onemocnění slinivky břišní – chirurgická léčba v olomouckém kraji – Loveček M.
 - Nové možnosti v managementu recidivujících infekcí močových cest – Emmer J.
 - Hamletovská otázka očkování – Blechová Z.
 - Lékové interakce při prevenci a terapii demencí a kognitivních poruch ve stáří – Vranová V.
- 14.50–15.25 LÉČBA UROINFEKČÍ V PRIMÁRNÍ PÉČI Z POHLEDU BAKTERIÁLNÍ REZISTENCE**
- Bakteriální rezistence a možnosti antibiotické terapie v současné době (se zřetelem na infekce močových cest) – Tejkalová R.
 - Role nifuratelu v terapii močových infekcí – Štefan M.
- 15.25–15.50 PŘESTÁVKA**
- 15.50–16.30 HIV A HEPATITIDA C V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
- Role praktického lékaře v diagnostice a léčbě hepatitidy C – Dlouhý P.
 - Hovory o HIV – Snopková S., Štolfa J.
(Přednášky sponzorované firmou Gilead Sciences s.r.o.)
- 16.30–18.00 NOVINKY V OBEZITOLOGII**
garantka MUDr. Dita Pichlerová
- Mýty o dietách obézního diabetika 2. typu – Uhlířová L.
 - Konzervativní léčba obezity – co je nového? – Pichlerová D.
 - Bariatrické operace a diabetes – Šrámková P.
 - Komunikace s obézním pacientem v ordinaci praktického lékaře – Herlesová J.

Workshopy / čtvrtek 11. dubna / Salonek Plato Seneca

- 11.00–12.00** Praktický nácvik kardiopulmonální resuscitace
- 12.45–13.45** Správné měření ABI v ambulanci praktického lékaře

Workshopy vedou pracovníci záchranné služby.
VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

PROGRAM – pátek 12. dubna

8.30–9.45 ZÁVISLOST NA LÉČÍCH JAKO SPOLEČENSKÝ PROBLÉM

- Výsledky průzkumu závislosti na léčivech v algeziologické praxi – Popperová N.
- Zdravotní komplikace dlouhodobého užívání sedativ a Z-hypnotik a jejich léčba – Konečný M.
- Nejčastější projevy zneužívání návykových látek v ordinaci praktického lékaře – Štolfa J.

9.45–10.45 KARDIOLOGIE

garant prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

- Včasná intervence vysokého krevního tlaku dle nových guidelines – Souček M.
- Pacient s ICHS v ordinaci praktického lékaře – Šnejdrová M.
- Lze efektivně snížit KV riziko diabetika s dyslipidemií? – Soška V.

10.45–11.20 PŘESTÁVKA

11.20–12.50 PACIENT V KRITICKÉM STAVU V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

garantka MUDr. Jana Kubalová

- Zástava oběhu v ordinaci praktického lékaře – Kubalová J.
- Cévní mozková příhoda – čas je mozek – Ningerová K.
- Zuby – pohroma nejen huby (kolemčelistní zánět) – Fiala H.
- Akutní aortální syndrom jako komplikace dekompenzované hypertenze u pacienta na LPS – Popela S.
- Indikace a využití Letecké záchranné služby v ČR – Jakubů M.

12.50–13.25 GASTROENTEROLOGIE

- Dva litry polyetylenglykolu s kyselinou askorbovou je dobře snášena a účinná očista střeva před endoskopickým vyšetřením – Kojecký V.
- Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby – Ihnát P.

13.25–13.30 LOSOVÁNÍ ANKETY

13.30–14.30 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

Workshopy / pátek 12. dubna

14.30–16.00 ODBORNÝ PROGRAM BUDE ZAKONČEN PARALELNĚ PROBÍHAJÍCÍMI WORKSHOPY:

- EKG pro praktické lékaře – vede doc. MUDr. Čestmír Číhalík, CSc. / Hlavní sál
- Péče o nehojící se rány – vede MUDr. Dominika Diamantová, Ph.D. / Salonek Marconi
- Diferenciální rozvaha u vertebrogenních pacientů a klinické testování – vede PhDr. Markéta Musilová a Bc. Tomáš Dvořák / Salonek Plato Seneca

SOLEEN MEDICAL EDUCATION 20 let s vámi



ČASOPISY,
ODBORNÉ PUBLIKACE



ELEKTRONICKÉ
PUBLIKACE



KONGRESY
A SEMINÁŘE



E-LEARNING

Předoperační vyšetření a jejich interpretace

garant prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

čtvrtek / 11. dubna 2019 / 9.05–10.30 hod.

Příprava kardiaka před operací

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.

I. interní kardiologická klinika FN u sv. Anny a LF MU Brno

Krok 1: Pacient nebo specifické chirurgické faktory určují strategii a nedovolují další kardiologické vyšetření a léčbu. Specialista doporučuje perioperační léčbu, monitoraci kardiologických komplikací a pokračování chronické kardiovaskulární léčby.

Krok 2: Léčebné možnosti by měly být prodiskutovány multidisciplinárním týmem zahrnujícím lékaře poskytujícího perioperační péči, jelikož případná intervence může ovlivnit anesteziologickou a chirurgickou léčbu. Např. u nestabilní anginy pectoris může tým doporučit koronární intervenci a zahájení duální antiagregační léčby, pokud je možné operaci odložit, nebo rovnou provedení operace spolu s optimální farmakoterapií, pokud operaci odložit nelze.

Krok 3: Specialista určí rizikové faktory a doporučuje úpravu životního stylu a farmakoterapii podle doporučení ESC. U pacienta s jedním nebo více klinickými rizikovými faktory lze zvážit provedení předoperačního EKG, aby bylo možno monitorovat EKG změny perioperačně.

Krok 4: U pacienta se známou ICHS nebo ischemií myokardu lze zvážit zahájení léčby titrovanou nízkou dávkou betablokátoru před operací. U pacienta se srdečním selháním a systolickou dysfunkcí LK je třeba zvážit podávání ACEI před operací. U pacienta podstupujícího vaskulární operaci je třeba zvážit zahájení léčby statiny.

Krok 5: Společně s výše uvedenými návrhy: u pacienta s jedním a více klinickými rizikovými faktory lze zvážit neinvazivní zátěžové vyšetření.

Krok 6: Společně s výše uvedenými návrhy: u těchto pacientů lze zvážit provedení klidové echokardiografie a vyšetření biomarkerů ke zhodnocení funkce LK a získání prognostické informace s ohledem na perioperační a pozdní kardiovaskulární komplikace.

Krok 7: Provést plánovaný operační výkon.

Předoperační příprava diabetika

MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D.

II. interní klinika, FN u sv. Anny, Brno

Diabetici mají větší morbiditu, takže až polovina jich potřebuje v průběhu života podstoupit operaci. Bylo by chybou odkládat potřebnou operaci z falešné představy, že pro DM znamená neúnosné riziko. Samotný diabetes svými chronickými komplikacemi predisponuje k řadě chirurgických výkonů (cévní rekonstrukce, oční operace, ortopedické operace, cholecystektomie, transplantace...). Podstatné je si uvědomit patofyziologické změny, ke kterým dochází v reakci na chirurgické trauma, a to jak v oblasti hormonální, tak v oblasti metabolické. Úkolem je pacienta připravit tak, aby byl průběh operace, ale i perioperační a pooperační stav co nejméně komplikován.

Vyšetření pacienta musí být takové, abychom mohli posoudit rizika a doporučit opatření, jak možným komplikacím předcházet. Jiné bude posouzení a doporučení před elektivní operací a jiný bude postup u urgentních operací. U elektivních operací budou doporučení vycházet z typu a rozsahu operačního výkonu, ale také z předchozí léčby DM a pochopitelně komorbidit a dalších rizik pacienta, např. můžeme očekávat určité komplikace při přítomnosti orgánových komplikací diabetu.

Konkrétní doporučení i opatření budou předmětem vlastního sdělení. Předmětem sdělení bude i upozornění týkající se pooperační péče.

Předoperační vyšetření z pohledu pneumologa**MUDr. Petr Jakubec, Ph.D., prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.**

Klinika plicních nemocí a TBC Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Palackého Olomouc

Respirační komplikace se řadí k nejčastějším pooperačním komplikacím. Incidence je 1–2 % u menších nebo středně velkých výkonů. U operací hrudníku a horní části břicha, které jsou z tohoto hlediska nejrizikovější, se ale vyskytují až u 10–20 % případů. Komplikace dělíme z hlediska závažnosti na velké (respirační selhání, reintubace a UPV za dobu kratší 48 hodin, pneumonie, zhoršení obstrukční spánkové apnoe – OSAS, pooperační arytmie/srdeční selhání u pacientů s plicní hypertenzí) a malé (atelektáza, purulentní tracheobronchitida, bronchospasmus, exacerpace preexistující respirační choroby). K rizikovým faktorům patří věk (> 60 let), ASA kategorie ≥ 2 , preexistující plicní choroby (zvláště CHOPN), OSAS, plicní hypertenze, kardiální selhání, poruchy vědomí, obezita, malnutrice (hypoalbuminemie), kouření, alkoholismus, chronická léčba kortikoidy.

Základem předoperačního vyšetření je pečlivá anamnéza (včetně pátrání po expozici pneumotoxickým látkám a lékům) a podrobné fyzikální vyšetření. Další vyšetření již provádíme jen při suspektních nálezech zjištěných anamnesticky nebo při fyzikálním vyšetření a pak také u určitých skupin osob. Indikacemi skiagramu hrudníku v předoperačním vyšetření jsou věk nad 60 let, kardiopulmonální onemocnění známé nebo suspektní, respirační infekce v anamnéze s přetrváváním klinického nálezu, malignity s možností plicních metastáz, cizinci z oblastí s endemickým výskytem TBC, kuřáci, pacienti ve stavu: ASA II–III/B–C, ASA IV–V/A–C (A – malé výkony, B – střední výkony, C – velké výkony). Spirometrie je indikována u pacientů před operacemi plic a nitrohrudními výkony, chronickými plicními chorobami, deformitami hrudníku, těžkou obezitou, neurologickými a svalovými chorobami omezujícími ventilační funkce. Vyšetření krevních plynů a acidobazické rovnováhy (ASTRUP) je prováděno jen u pacientů s chronickými respiračními onemocněními, zvláště u osob se středně těžkou až těžkou obstrukční ventilační poruchou. Před jakoukoliv operací respiračního systému je nutné vyšetření zobrazovacími metodami (CT hrudníku, PET/CT vyšetření) a bronchoskopie k vyloučení endobronchiální patologie, která by mohla kontraindikovat operační výkon.

Složitější je vyšetřovací algoritmus před resekcí plic. Základem je spirometrie (hodnota FEV1) a vyšetření difuze (hodnota DLCO – transferfaktor). Pokud pacient dosahuje výsledků > 80 % náležitých hodnot FEV1 a DLCO, je schopen navrhovaného výkonu až do rozsahu pneumonektomie. Pokud tato kritéria nejsou dosažena, jsou nutná další vyšetření, jako jsou zátěžové testy (stair climbing test, shuttle walk test, 6minutový test chůze) a spirometrie hodnotící maximální spotřebu kyslíku (VO_2 max). Hodnota VO_2 max > 20 ml/kg/min nebo > 75 % očekávané hodnoty značí nízké operační riziko, naopak hodnoty VO_2 max < 10 ml/kg/min nebo < 35 % očekávané hodnoty jsou kontraindikací operace. U pacientů s hodnotami VO_2 max 10–20 ml/kg/min nebo 35–75 % očekávané hodnoty se provádí výpočet předpokládaných pooperačních funkcí (ppo-FEV1, TLCO, VO_2 max), který stanoví dopad resekce na ventilační funkce pacienta. Ventilačně perfuzní scintigrafie pak porovnává stranovou ventilaci plic v případě plánované pneumonektomie.

U pacientů s chronickými plicními chorobami je často před samotnou operací indikována předoperační příprava zahrnující intenzivní terapii těchto onemocnění po dobu několika dnů. Mimo farmakologické postupy, zvláště infuzní a inhalační, je velmi důležitá také respirační fyzioterapie. Týká se to hlavně, ale ne pouze, pacientů s obstrukčními plicními nemocemi jako jsou chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), astma bronchiale, bronchiektázie, cystická fibróza. Aktivní kuřáci by měli přestat kouřit minimálně 2–4 týdny před operací.

Předoperační vyšetření z pohledu anesteziologa

MUDr. René Urbanec

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice v Ostravě

Předoperační vyšetření, jak je zřejmé z vlastního názvu, je vyšetření pacienta před operací. Operace z pohledu pacienta i anesteziologa může být plánovaná nebo neodkladná a může mít charakter diagnostického nebo terapeutického výkonu. Hlavní úlohou anesteziologa je převedení pacienta operací bez duševní nebo fyzické újmy. Vlastní předoperační vyšetření anesteziologem nazýváme předanestetickým vyšetřením. Provádíme jej především na anesteziologické ambulanci nebo u lůžka nemocného, v případě, že pacient není schopen do ambulance dojít. Cílem předanestetického vyšetření je zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta, zamyšlení se nad pacientovým očekávaným invazivním či neinvazivním výkonem. Důležitá je vzájemná domluva pacienta a lékaře o typu anestezie, možných nežádoucích účincích a komplikacích se závěrečným potvrzením informovaného souhlasu o anestezii vlastnoručním podpisem. Dle doporučení odborných společností by platné předoperační a předanestetické vyšetření nemělo být starší 14 dnů. V podmínkách Fakultní nemocnice Ostrava (FNO) fungují denně dvě anesteziologické ambulance, kterými projde průměrně 48 pacientů za den. Pečují o ně sestry a dva anesteziologové. V denním operačním programu 17 centrálních operačních sálů FNO podstoupí operační zákrok zhruba 50 pacientů, včetně anesteziologických pracovišť mimo centrální operační sály. O tyto pacienty se stará tým 50 anesteziologů a intenzivistů.

ATB atd., nebo ABT?

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

čtvrtek/ 11. dubna 2019 / 11.00–11.55 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 samoúčelným bez dopadu na preskripci a mělo by být správně interpretováno. Principy správné antibiotické léčby s návazností na výsledky kulturačních 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 potvrzuje, že i opakovaná sdělení mají v tomto směru svá opodstatnění. Aktuální sdělení je zaměřeno na připomenutí praktických situací v primární praxi, kdy je indikace antibiotické léčby sporná a problematická.

Bolest fyzická, bolest duševní

čtvrtek / 11. dubna 2019 / 12.05–12.45 hod.

Konopí v léčbě bolesti

MUDr. Marek Hakl, Ph.D.

Klinika algeziologie a preventivní péče Medicinecare, s.r.o., Brno

Chirurgická klinika FN Brno a LF MU

Endokanabinoidní systém ovlivňuje v těle řadu biologických pochodů; účastní se procesů vyrovnání organismu s fyziologickým, biochemickým a psychickým stresem (analgezie, myorelaxace, protizánětlivý účinek, zlepšení nálady, stimulace chuti k jídlu, antiemetický účinek, neuroprotektivní a imunosupresivní účinek). Endokanabinoidy působí prostřednictvím vazby na kanabinoidní receptory. K popsaným endokanabinoidům, tedy endogenním ligandům, řadíme například anandamid (arachidonoyl ethanolamid), ester 2-arachidonoyl glycerol či 2-arachidonoyl glyceryléter. Kanabinoidní receptory se nacházejí v mnoha tkáních (centrální nervový systém, imunitní systém, gastrointestinální trakt, kardiovaskulární a reprodukční systém). Rozlišuje se několik podtypů receptorů, mezi detailně popsanými jsou podtypy CB1 a CB2, které se liší distribucí v organismu.

Konopím pro léčebné účely se rozumí usušená vrcholičnatá samičí květenství rostlin *Cannabis sativa* L. (konopí seté) nebo *Cannabis indica* L. (konopí indické). Hlavními účinnými látkami jsou delta-9-tetrahydrokanabinol (THC) a kanabidiol (CBD), jejichž obsah musí být specifikován. Jako přípustné hodnoty je uveden obsah THC v rozmezí 0,3–21,0 % (s maximální povolenou odchylkou ± 20 % hodnoty uváděné pěstitelům) a CBD v rozmezí 0,1–19,0 % (opět s ± 20 % povolenou odchylkou). Mezi další látky obsažené v konopí patří silice, terpeny, flavonoidy a alkaloidy.

Konopí lze podávat perorálně nebo pomocí vaporizéru. V našich zařízeních se osvědčilo perorální podávání dekarboxylovaného konopí, které se získá jednoduchou lékárenskou přípravou. Na konopí se po dobu 30 minut nechá působit teplota 120 stupňů Celsia v uzavřeném obalu, následně je plněno do želatinových tobolek. V případě potřeby se použije plnidlo. Obvyklá počáteční dávka je 0,0625 g užívaných večer, často však i výrazně méně, v případě potřeby se dávka pomalu titruje až po dosažení kýženého efektu, který je však pod hranicí oblužujícího účinku. Mezi nejčastější nežádoucí účinky, se kterými se v klinické praxi setkáváme, je vertigo, což byl téměř jediný nežádoucí účinek, pro který pacienti nemohli léčebné konopí užívat. S typickými příznaky předávkování: nauzea, zvracení, halucinace, světloplachost, disociace ve vnímání času jsme se nesetkali.

Život není jen sen

doc. MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.

Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta UP

Poruchy spánku patří mezi nejčastější příčiny návštěvy jak psychiatrické ambulance, tak ambulance praktického lékaře. Nespavost se může objevovat buďto samostatně, pak hovoříme o primární insomnii, nebo může být součástí konvolutu dalších příznaků, jako je tomu například v případě deprese nebo úzkostných poruch. Důležitým úkolem lékaře, je nejprve rozlišit, o jaký typ nespavosti se jedná, a poté přistoupit k řádné léčbě. Zejména v případě depresivní poruchy by se mělo jednat o komplexní přístup, který si nebude klást za cíl pouze ovlivnění spánku, ale který povede i k úpravě dalších příznaků, jakými jsou například pokles nálady, nedostatek energie, ztráta prožívání radosti. Při lehčích formách deprese je možné zvolit i některý z non-farmakologických přístupů (úprava životního stylu, zvýšení fyzické aktivity, spánková hygiena apod.), u středně těžkých až těžkých forem deprese je doporučováno podávání antidepresiv. V současné chvíli patří mezi léky volby skupina inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (fluvoxamin, citalopram, escitalopram, fluoxetin, sertralin, paroxetin), duální antidepresiva (venlafaxin) nebo látky z dalších skupin (trazodon, mirtazapin, mianserin, bupropion, moclobemid).

Aktuality do vaší ordinace

čtvrtek / 11. dubna 2019 / 13.40–14.50 hod.

Nádorová onemocnění slinivky břišní – chirurgická léčba v olomouckém kraji

MUDr. Martin Loveček, Ph.D., MUDr. Mgr. Pavel Skalický, Ph.D., MUDr. Jana Tesaříková, prof. MUDr. Roman Havlík, Ph.D., prof. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.

I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc

Karcinom pankreatu představuje celospolečenský problém. Na základě odhadů vývoje výskytu karcinomu pankreatu lze očekávat, že kolem roku 2030 bude toto onemocnění dominovat v úmrtnosti na nádorová onemocnění a jeho výskyt významně vzroste. České republice celosvětově patří přední místa v incidenci i mortalitě na toto onemocnění. Přesto se prevalence u karcinomu pankreatu v naší populaci zvyšuje. V současné době je velká pozornost věnována výzkumu tohoto onemocnění na všech úrovních včetně molekulární a genetické diagnostiky, časné diagnostiky, identifikace prekursorových lézí.

Léčba karcinomu pankreatu je významně ovlivněna skutečností, že nemá časné příznaky a v mnoha případech nemá příznaky žádné. I když je časový rámec vzniku a progresu onemocnění poměrně dlouhý, z důvodu asymptomatického průběhu je prakticky nemožné zjistit toto onemocnění cíleně v kurabilním stavu. Screening karcinomu pankreatu neexistuje. Symptomy provázející toto onemocnění jsou již symptomy pozdními (bolesti v zádech, úbytek na váze, nechutenství, slabost, nevolle) a jejich objevení se již znamená pokročilost onemocnění s velmi omezenými léčebnými možnostmi. Pokud se objeví bezbolestný ikterus, je to příznak lokalizace tumoru v hlavě slinivky či periampulárně. Tito nemocní mají nepatrně lepší prognózu. Nejlepší pak mají nemocní s incidentálními asymptomatickými časnými tumory pankreatu. Nejlepší prognózu tak mají nemocní s tumory do 1 cm, kde je 5leté přežití kolem 60 %. Pozdní příznaky však má až 90 % nemocných s karcinomem pankreatu.

Radikální chirurgická léčba je tak možná u velmi malého počtu nemocných s karcinomem pankreatu. Cílem chirurgické léčby u nemocných s karcinomem pankreatu je zasáhnout do vývoje nemoci tak, aby bylo možné z těla nemocného odstranit primární nádorovou lézi včetně spádové lymfatické a perineurální retropankreatické tkáně tak aby bylo docíleno stavu radikální odstraněnosti nemoci (R0). Vzhledem k tomu, že nemoc se ve svém průběhu stane systémovou často dříve, než je zjištěna, a tato skutečnost zároveň není konvenčními metodami prokazatelná, nezanedbatelné množství nemocných je tak operováno jako již skrytě mikrometastatické. Vzhledem k tomu, že rozsáhlé zahraniční studie s využitím pooperační chemoterapie prokazují smysluplnost podání pooperační chemoterapie, která pozitivně ovlivňuje dlouhodobé přežívání, je nutné, aby chirurgická léčba umožnila co nejkratší hospitalizaci, brzké funkční zhojení a bez dlouhého odkladu zahájení pooperační protinádorové léčby. Časový faktor hraje v léčbě nemocných s karcinomem pankreatu významnou roli.

V zájmu urychlení managementu nemocných s operabilním karcinomem pankreatu byl vypracován algoritmus pro urychlení jejich diagnostiky a léčby. Pro jeho realizaci byl podán grantový projekt MZČR a NV18-09-00097, který si klade za cíl vytvořit funkční komunikační kanály umožňující rychlé řešení u nemocných s podezřením či nově zjištěným karcinomem pankreatu.

Podle posledních známých dat NOR a ÚZIS je v Olomouckém kraji každoročně více než 130 nových nemocných s karcinomem pankreatu (6,5 % nových případů v ČR).

Práce je podpořena grantem AZV NV 18-09-00097 (ML).

Nové možnosti v managementu recidivujících infekcí močových cest

MUDr. Jiří Emmer

Onapharm, s.r.o., Praha

Zatímco akutní IMC (cystitida) není v běžné praxi velké téma, rekurentní cystitidy (RIMC) představují pro první linii nelehkou výzvu. Některé profylaktické režimy (intermitentní chemoterapeutika,

brusinky) neprokázaly léčebný přínos. D-manóza a bakteriální lyzáty představují efektivní alternativu chemoterapeutikům v dlouhodobém subinhibičním režimu.

Lékové interakce při prevenci a terapii demencí a kognitivních poruch ve stáří

PharmDr. MVDr. Vilma Vranová, Ph.D.

VFU Brno, Ústav aplikované farmacie, Farmaceutická fakulta Brno

Stárnutí populace je často diskutovaným problémem, zejména otázka zdravotního i sociálního zabezpečení. Častým problémem je pokles kognitivních schopností a demence, které významně ovlivňují kvalitu života starších lidí i jejich pečovateli. Demence tak představují velký terapeutický problém pro svoji četnost, zdravotní i sociální závažnost, finanční nákladnost i obtížnou léčitelnost, a proto jsou intenzivně hledány preventivní strategie snižující riziko jejich vzniku. Toto sdělení se zabývá nejčastěji užívanými preventivními farmakoterapeutickými postupy, jejich riziky se zaměřením na problematiku lékových interakcí.

Léčba uroinfekcí v primární péči z pohledu bakteriální rezistence

čtvrtek / 11. dubna 2019 / 14.50–15.25 hod.

Bakteriální rezistence a možnosti antibiotické terapie v současné době (se zřetelem na infekce močových cest)

MUDr. Renata Tejkalová

Antibiotické středisko, Mikrobiologický ústav LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Narůstající bakteriální rezistence dnes představuje veliký problém ve zdravotnictví. Rezistentní kmeny se vyskytují nejenom v nemocnicích, ale i v komunitě. Možnosti antibiotické terapie infekčních onemocnění jsou v řadě případů značně omezené.

Bakterie disponují obrovským počtem různých genetických mechanismů k vytvoření rezistence k antibiotikům. Může se tak stát chromosomálními mutacemi s expresí genů pro rezistence, mohou získat nový genetický materiál jeho přímou výměnou (konjugace), přes bakteriofágy (transdukce), přes extrachromosomální plazmidy (konjugace) nebo získáním nové DNA transformací. Takto získané genetické informace umožní bakteriím vytvořit rezistenci vůči antibiotikům různými mechanismy např. produkcí enzymů, které mají schopnost inaktivovat nebo zničit antibiotikum, změnou cílového místa vazby antibiotika, nebo zabráněním přístupu antibiotika k cílovému místu. Některé typy rezistencí vznikají spontánně genetickou mutací, jiné mechanismy jsou komplexnější, s genetickým zakódováním schopnosti bakterií vytvářet vysoce specifické enzymy, mající schopnost inaktivovat antibiotika pomocí širokospektrých betalaktamáz.

V naší zemi představují největší problém rezistentní gramnegativní tyčinky, jako je *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* či *Acinetobacter baumannii*, produkující nejrozličnější typy širokospektrých betalaktamáz.

Přednáška přináší aktuální data o výskytu bakteriální rezistence v naší republice (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) a racionální pohled na terapeutické možnosti komunitních infekcí močových cest (IMC) v dnešní době, s cílem omezit selekční tlak zbytečně používaných širokospektrých antibiotik v první linii. Dále upozorňuje na nezbytnost věnovat v komunitě při rozvaze o antibiotické strategii IMC pozornost předchozí anamnéze pacienta, jeho minulým hospitalizacím či různým invazivním diagnostickým postupům. Nezbytností je vždy před nasazením antibiotika odebrat moč ke kultivaci.

Bakteriální rezistence se stává globální hrozbou pro zdravotní stav celé populace. Je třeba si uvědomit, že možnosti antibiotické terapie nejsou nekonečné. Příčinou je řada faktorů a jedním z nich je i nadužívání či nesprávné užívání antibiotik.

Nifuratel v léčbě močových infekcí

MUDr. Marek Štefan

Klinika infekčních nemocí 1. LF UK a ÚVN, Praha

Nifuratel patří do skupiny nitrofuranů. Antibakteriální aktivita nitrofuranů byla zjištěna ve 20. letech minulého století. V klinické praxi se k léčbě močových infekcí používají z této skupiny léčiv nitrofurantoin a nifuratel. Mechanismus jejich účinku je zprostředkován redukcí nitrofuranu bakteriálními enzymy za vzniku dusíkatých radikálů. Ty pak vedou k poškození řady bakteriálních struktur (DNA, RNA, ribozomů, enzymů Krebsova cyklu).

Nitrofurany mají vysoký práh vzniku bakteriální rezistence. Je to dáno jejich působením na několika místech v bakteriální buňce. Antibakteriální spektrum nitrofurantoinu zahrnuje *E. coli*, některé kmeny *K. pneumoniae*, *E. cloacae*, *S. saprophyticus* a *E. faecalis*. Nifuratel má stejné spektrum močových patogenů, a navíc působí na vaginální a střevní patogeny (*G. vaginalis*, *T. vaginalis*, *G. intestinalis*, *E. histolytica*, kvasinky a *Chlamydia trachomatis*).

Nifuratel se podává 3× denně. Jde o přípravek, který se rychle vstřebává, je rychle metabolizován a vylučuje se močí, kde dosahuje vysoké koncentrace účinné látky. Není nutná úprava jeho dávky při postižení ledvin či jater. Pro praxi je důležité, že nebyla popsána jeho teratogenita u zvířat, a proto není kontraindikován v těhotenství. Pokud chceme nifuratel předepsat těhotné pacientce, měl by ale vždy převážet předpokládaný přínos nad riziky. Nifuratel nelze podávat kojícím ženám.

Výhodou nifuratelu je jeho dobrá snášenlivost. Gastrointestinální nežádoucí účinky jsou mírnější než u nitrofurantoinu. Na rozdíl od nitrofurantoinu nebyly u nifuratelu popsány závažné nežádoucí účinky plicní, jaterní ani neurologické.

V klinické praxi se nifuratel používá k léčbě komunitních infekcí dolních cest močových (nikoliv pyelonefritid). Citlivost na nifuratel se netestuje; platí, že odpovídá citlivosti na nitrofurantoin. Dále ho lze využít u vulvovaginóz včetně anaerobní vaginózy a trichomoniázy (v lokální formě), u smíšených urogenitálních infekcí a také u střevní amebiázy a giardiázy jako alternativa po metronidazolu.

Lepší profil snášenlivosti vykazuje nifuratel nejen v porovnání s nitrofurantoinem, ale i s fosfomycinem, přičemž výhodou oproti fosfomycinu je určitě výrazně nižší riziko vzniku bakteriální rezistence. I když je u fosfomycinu oblíbené jeho jednorázové podávání, otázkou zůstává, zda je jeho indikace u nekomplikovaných uroinfekcí racionální. Antibiotikem první volby v léčbě komunitních infekcí močových cest je nitrofurantoin. Při jeho nesnášenlivosti je namístě zvážit podání nifuratelu.

HIV a hepatitida C v ordinaci praktického lékaře

čtvrtek / 11. dubna 2019 / 15.50–16.30 hod.

Role praktického lékaře v diagnostice a léčbě hepatitidy C

MUDr. Pavel Dlouhý

Infekční oddělení, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Eliminace hepatitidy C v České republice a podíl praktických lékařů na jejím dosažení je aktuálním tématem. Nové léky hepatitidy C ze skupiny přímo působících antivirotik (DAA) přinášejí zásadní posun v terapii onemocnění, které vede u neléčených osob k jaterní cirhóze, selhání jater či vzniku hepatocelulárního karcinomu. Díky vysoké účinnosti DAA se nyní z nákazy vyléčí 99 % pacientů, léčba trvá pouze 2–3 měsíce a má minimum nežádoucích účinků. Díky tomu se staly reálnými úvahy o vymýcení této závažné infekce a Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila eliminaci viru hepatitidy C jako významný cíl veřejného zdravotnictví. Členské státy mají do roku 2030 redukovat nové infekce o 90 % a úmrtnost na hepatitidu C snížit o 65 %. Autor se zabývá situací v České republice a úlohou praktických lékařů při uskutečnění tohoto cíle.

Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences s.r.o.

Hovory o HIV

MUDr. Svatava Snopková, Ph.D.¹, MUDr. Josef Štolfa^{2,3}

¹Klinika infekčních chorob, FN Brno

²Praktický lékař pro dospělé, Praha

³IPVZ, Katedra všeobecného lékařství, Praha

Možnosti testování na HIV na Olomoucku

800 800 980: Bezplatná a anonymní telefonní linka AIDS pomoci s non-stop provozem

Poradna České společnosti AIDS pomoc – pobočka Olomouc

Dům světla v regionu, poradna je ve spolupráci se Zdravotním ústavem se sídlem v Ostravě.

Adresa: Budova KHS, Wolkerova 74/6, Olomouc.

Testování: PONDĚLÍ a STŘEDA 13:30–16:30, výsledky osobně vždy v pondělí. Bezplatné, anonymní testování.

Výsledek testu se sděluje pouze ústně, není-li vyžadován certifikát do zahraničí.

Biochemická laboratoř MUDr. Popotrandovská

Adresa: Třída Svobody 32, Olomouc. Telefon: 585 506 136. E-mail: popotrandovska@polsro.cz.

Testování: PONDĚLÍ–ČTVRTEK 07:00–14:00, běžné testování, anonymní testování: 300 Kč

K-centrum krédo

Adresa: Temenická 1, Šumperk. Telefon: 583 550 235. E-mail: k-centrum@pontis.cz

Testování po předchozí telefonické domluvě. Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek.

Kontaktní centrum Prostějov

Adresa: Vrahovická 83, Prostějov. Telefon: 776 654 685. E-mail: kcentrum.pv@podaneruce.cz

Testování po předchozí telefonické domluvě. Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek.

Kontaktní centrum KAPPA HELP

Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek a klienty OSPOD.

Adresa: Kojetínská 11, 750 01 Přerov. Telefon: 773 821 001. E-mail: office@kappa-help.cz

Otevírací doba přímo pro testování: PONDĚLÍ 17:00–18:00, STŘEDA a PÁTEK 08:00–10:00

Otevírací doba pro objednání testu: PONDĚLÍ až ČTVRTEK 10:00–18:00, PÁTEK 10:00–16:00

Kontaktní centrum v Olomouci

Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek.

Adresa: Sokolská 48, 779 00 Olomouc. Telefon: 778 411 68,9. E-mail: kcentrum.ol@podaneruce.cz

Otevírací doba: PONDĚLÍ–ČTVRTEK 9:00–12:00, 13:00–16:00, PÁTEK 9:00–12:00

Odběrová místa v Olomouci bez poraden		
Adresa	Telefon	Odběry/testování
Nezvalova 984/2, Olomouc	585 206 211	PO–PÁ 07:00–14:00
Janského 24, Olomouc	585 418 150	PO–PÁ 07:00–11:00
Dlouhá 521/34, Olomouc	734 606 814	PO–PÁ 07:00–10:00
Olomoucká 87, Lutín	585 652 586	PO–PÁ 07:00–15:00
Horní lán 1310/10 A, Olomouc	734 606 805	PO–PÁ 07:00–11:00
Palackého 626/3, Olomouc	737 170 369	PO–PÁ 07:00–11:00

Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences s.r.o.

Novinky v obezitologii

garantka MUDr. Dita Pichlerová

čtvrtek / 11. dubna 2019 / 16.30–18.00 hod.

Mýty o dietách obézního diabetika 2. typu

Bc. Lucie Uhlířová

OB klinika, a. s., Praha

Přemíra dostupných informací a neschopnost laické veřejnosti analyzovat relevanci zjištěných informací má za následek dezorientaci velké části populace v oblasti výživy. V dietologii se bohužel stále vyskytují dokola se opakující mýty společně s nově vznikajícími. Snaha dosáhnout svých cílů co nejrychleji vede pacienty často k mylným krokům v sestavování svého jídelníčku. U lidí, kteří jsou postiženi onemocněním neodmyslitelně spjatým s výživou, jako je diabetes mellitus 2. typu a s tím související obezitou, je navíc tato neschopnost orientace v pravidlech redukčního režimu dosti zásadní. Obézní diabetik 2. typu má dva cíle – udržet hladinu glykemie v normě a zredukovat svoji hmotnost, aby eliminoval zdravotní rizika spjatá s těmito diagnózami a zlepšil kvalitu svého života. Na vzniku většiny výživových mýtů se velkou měrou podílí současné i nově vznikající trendy v oblasti nutriční bez jakýchkoli vědecky ověřených podkladů. Obézní diabetik často vybírá potraviny bohaté na skryté tuky, přidané cukry nebo s nedostatečným množstvím kvalitních bílkovin. Celkově se pacient dostává dlouhodobě do pozitivní energetické bilance a hyperglykemií. Velkým rizikem pro diabetiky jsou pak diety zaměřené na jednu konkrétní potravinu. Strava se tak stává jednotvárnou a dochází k živinovým deficitům. V důsledku toho se opět dekompenzuje stav glykemie a být může krátkodobě dojit k poklesu hmotnosti, často jsou tyto diety doprovázeny jojo efekty. Opakovaná a cílená nutriční edukace pacientů v oblasti výživy může přispět k dlouhodobé kompenzaci jejich onemocnění a snížení tělesné hmotnosti, a tím zkvalitnění jejich života. V prezentaci budou zmíněny hlavní chyby v dietách diabetiků a jejich správné řešení.

Konzervativní léčba obezity – co je nového?

MUDr. Dita Pichlerová

OB klinika, a. s., Praha

Nadále zůstávají pilířem konzervativní léčby režimová opatření. Důraz je kladen na **frekvenci jídel**, přičemž trendem poslední doby je značná individualizace přístupu k časování jídel. V zásadě mluvíme o **pravidle tří hodin, nebo pravidle šesti hodin**. Výjimečně zkoušíme u velmi spolupracujících pacientů **systém dvou jídel denně**. Trendem je **značné omezení sacharidů ve stravě**, do popředí se dostávají extrémně nízkosacharidové diety s příjmem sacharidů do 160 g, resp. pod 100 g/den. **Dostatečný přísun bílkovin** v množství alespoň 1,5 g/kg váhy pacienta a dostatečná hydratace 200 ml/kg zůstává zlatým standardem. Nutriční specialisté preferují tzv. **kombinační jídelníčky**, kdy pacient sám vybírá a kombinuje potraviny z více možností. Budou k dispozici konkrétní příklady těchto jídelníčků. **Pohyb** je doporučován jako doplňková, nicméně velmi důležitá aktivita, s doporučením **minimálně 30 min. denně nebo jedna hodina ob den** intenzivního pohybu, tedy ideálně ve spalovací tepové frekvenci. Znovu se klade důraz na svižnou **chůzi**, která se může stát denní běžnou aktivitou téměř všech obézních. Pokud bereme chůzi jako sport, měl by nám krokoměr ukázat denně alespoň **14 tisíc kroků**.

Farmakoterapie obezity může být součástí komplexní léčby obezity, potencuje účinek diety a zvýšené pohybové aktivity. Cílovými orgány pro působení léků proti obezitě jsou centrální nervový systém, sval, tuková tkáň a trávicí ústrojí.

Nabídka antiobezitik je v současné době v České republice značně omezená. K dispozici je **orlistat 120 mg (Xenical)**, který inhibuje pankreatické lipázy a tím snižuje vstřebávání tuků v GIT asi o jednu třetinu. Způsobuje hmotnostní úbytek 9–10 % v průběhu dvou let. Ze starších antiobezitik

se stále ještě používá **směs efedrinu a kofeinu**, tzv. **Elsinorské prášky** připravované magistraliter, které zvyšují termogenezi a tím i kalorický výdej, ovšem jeho užívání je opět spojeno s řadou nežádoucích účinků, stejně jako **fentermin (Adipex retard)**, jehož preskripce je omezena jako u opiátů, tedy je třeba použít recept s modrým pruhem. Doporučuje se jen ke krátkodobému užívání nepřesahujícímu tři měsíce pro množství nežádoucích účinků, jako je palpitace, podrážděnost, nespavost, depresivní ladění apod.

Od podzimu 2016 je na českém trhu k dispozici nový kombinační preparát **Mysimba 8/90 mg**, což je kombinace **bupropion + naltrexon**. Obě látky v redukováných dávkách mají příznivý efekt na hubnutí při snížení nežádoucích tlumivých účinků. **Mysimba** je určena pro terapii obezity při BMI > 30 kg/m², nebo při BMI > 28 kg/m² s komorbiditami. **Mysimba** je určena pro dlouhodobou léčbu obezity, po více než dvou letech zkušeností v ČR můžeme říct, že pokud je lék správně natitrován, je velmi dobře tolerován s výborným efektem.

Na další kombinované preparáty teprve čekáme. V USA je schválen **Empatic** (bupropion + zonisamid), **Belviq** (lorcaserin, serotoninergní preparát, nástupce Adipexu?) a **Qsymia** (fentermin, 1/4 dávky oproti Adipexu + topiramatu). Efekt u všech tří preparátů je zhruba srovnatelný, tedy -5 až 10 % váhy za rok terapie.

Úplná novinka v České republice je injekční preparát na snížení hmotnosti **Saxenda** (3 mg liraglutid, v USA od 2014). V nižší dávce 1,8 mg se liraglutid již léta používá k léčbě diabetu pod obchodním názvem Vicoza. Podle studií dochází za 56 týdnů léčby Saxendou k poklesu hmotnosti o 9 % a preparát je velmi dobře snášen. Zatím máme v České republice sice krátkou zkušenost jen u pár desítek pacientů, ale zdá se, že půjde o lék s minimem nežádoucích účinků s velmi dobrým efektem. Aplikace je 1x denně s.c. injekce, cenově je zatím Saxenda zhruba 2x dražší než Mysimba.

EMA schválila i další analoga hormonů GIT pro obézní nediabetiky podávány **injekčně s.c. exenatid a albiglutid**. Nyní byla úspěšně ukončena studie se **semaglutidem, podávaným s.c. 1x týdně**, jehož účinnost byla 2x vyšší než u liraglutidu. Dále v ČR běží studie s **glifloziny** pro obézní nediabetiky s efektem na GLT-2 a GLT-1 receptory.

Jako antiobezitikum se občas používají i některá antidepresiva, jako např. **fluoxetin (Prozac)**, což je selektivní inhibitor reuptaku serotoninu. Sice není schválen jako antiobezitikum, ale často je obezitology využíván zejména u subdepresivních pacientů.

Bariatrické operace a diabetes

MUDr. Petra Šrámková

OB klinika, a. s., Praha

Prevalence obezity u diabetiků je 80 %. Léčba je diabetu, jako chronického celoživotního onemocnění, je obtížná, protože jedním z klíčových postupů je kontrola hmotnosti. Další možnost je nefarmakologické ovlivnění pomocí chirurgického zásahu. Ve světle posledních let je potvrzen výrazný vliv bariatrické-metabolické chirurgie na vyléčení či podstatné zlepšení T2DM. Současné Guidelines světových diabetologických organizací (ADA, IDF, DSS) doporučují bariatricko-metabolickou chirurgickou léčbu zvážit u všech diabetiků BMI ≥ 35, a u dekompenzovaných diabetiků s BMI ≥ 30. Vlastním efektem metabolické chirurgie je změna signálů jdoucích do hypotalamu vedoucích k fyziologickému pocitu sytosti, zejména ovlivněním sekrece GIT hormonů (GLP-1, GIP, PYY, ghrelinu, leptinu a řady dalších), změnou sekrece a charakteru žlučových kyselin, změnou bakterií GIT traktu a cestou stimulace n. Vagus. Krom ovlivnění hladu a chutí, a tedy snížení příjmu kalorií, dochází k zásadnímu zlepšení glukózové regulace. K dispozici je několik operačních možností, a to jak operace restriktivního charakteru (omezující kapacitu žaludku), tak malabsorpční operace (snižující vstřebávání živin). Cílem metabolické chirurgie je primárně ovlivnění komorbidit a hmotnosti jako takové až druhotně, i když dlouhodobě si pacienti udržují -20 až -25 % původní váhy. Mnoho metaanalýz s desítkami pacienty prokazují výrazný efekt na remisi – vymizení diabetu, remisi očekáváme u 85 % operovaných, zejména pokud je operace indikována včas, ideálně do 2 let od diagnostiky diabetu. Krom diabetu mají metabolické operace dlouhodobý vliv na pokles mikro (-25 %) a makro (-20 %) vaskulárních komplikací v horizontu 20 let. S metabolickými efekty se dostávají též efekty na zlepšení psychického stavu i pokles depresí.

Léčba je hrazena zdravotními pojišťovnami a provádí se z 99 % laparoskopicky. Není možné říci která metoda je vhodnější, u všech dochází k výraznému zlepšení či vyléčení diabetu. Nicméně každá bariatrická operace má pro obézního diabetika zásadně větší přínos a menší rizika než žádná.

Komunikace s obézním pacientem v ordinaci praktického lékaře

PhDr. Jitka Herlesová, Ph.D.

OB klinika, a. s., Praha

Obezita je chronické onemocnění s multioborovou etiologií a progresivním vývojem. Psychologická specifika dlouhodobé nemoci, konkrétní aspekty obezity a jejích komorbidit se odrážejí v chování, myšlení, cítění a komunikaci pacientů, kteří jimi trpí.

Léčba obezity vyžaduje od pacienta změny v každodenním režimu a trvalou spolupráci se zdravotnickou péčí bez vidiny rychlé či úplné úzdravy.

Úspěšnost pacienta je do značné míry ovlivněna fází motivace, ve které se právě nachází. Motivace se utváří mimo jiné díky subjektivně vnímaným ziskům a ztrátám z léčby, pacientovým názorům na zdraví a nemoc, pochopení a důvěře v diagnózu, prožívání její závažnosti a v neposlední řadě díky informačním zdrojům.

V rozhovoru pacienta s lékařem hrají roli kognitivní omyly spojené s nemocí i s vnímáním vlastních dovedností k jejímu zvládnutí. Odborníci se rovněž potřebují vypořádat s komunikačními strategiemi (tzv. hrami) na straně pacienta i zdravotníka.

Obezita i její komorbidity jsou spojeny s vyšší prevalencí psychických poruch, které bývají pod-diagnostikovány a tedy neléčeny. K obezitě 2. a 3. stupně je přidružena například porucha nálady depresivního spektra, úzkostné poruchy a syndrom týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství.

Během dlouhodobé péče o obézního pacienta se nejlépe osvědčuje navázání vztahu s nemocným, motivování k docházení na kontroly do zdravotnických zařízení a spolupráce v multidisciplinárním týmu.

Závislost na lécích jako společenský problém

pátek / 12. dubna 2019 / 8.30–9.45 hod.

Výsledky průzkumu závislosti na lécích v algeziologické praxi

MUDr. Nataša Popperová

Algeziologická ambulance, Lékařský dům, České Budějovice

Úvod: Cílem sdělení je upozornit na zvýšené riziko vzniku závislosti na lécích u pacientů v algeziologické praxi a na základě dat získaných z dvoufázového dotazníkového šetření získat základní informace především o počtech takových pacientů a profilu léciv. Účelem je také pokusit se navrhnout sjednocení terminologie s vyjasněním používaných pojmů.

Metoda: V roce 2017–2018 jsme provedli dvoufázové dotazníkové šetření u odborníků v algeziologii se 7 otázkami: první 3 otázky byly zacíleny na počet pacientů se závislostí na spektrum lékových skupin s adiktivním potenciálem a na návaznost spolupráce s odpovídajícími obory při řešení problémů s těmito pacienty. Další otázky byly zaměřeny na trendy preskripce silných analgetik, na četnost preskripce opioidních analgetik, a zda existuje korelace s výskytem závislosti na jednotlivých lécích. Zjišťovali jsme dále poměr pacientů se závislostí na lécích k celkovému počtu užívajících. Návratnost dotazníků v 1. fázi byla 40 %, v 2. fázi 45 %.

Výsledky: Celkový počet pacientů se závislostí byl odhadnut na 449 respondentů, medián 15 a průměr 19 pacientů na pracoviště. Jednotlivé lékové skupiny byly zastoupeny v poměru: 34 % opioidy II. st. WHO, 39 % opioidy III. st. WHO, 24 % benzodiazepiny, 2 % triptany a 1 % jiné. 92 % respondentů se domnívá, že chybí návaznost spolupráce s adiktologem nebo psychiatrem. Nejvíce preskribovaným silným analgetikem je oxycodone v denní dávce 40 mg. Toto zjištění nekoreluje s nejčastější závislostí na tramadolu a může svědčit o vyšším potenciálu tramadolu k jejímu rozvoji.

Výskyt závislých pacientů vzhledem k celkovému počtu léčených je průměrně 9 %. Trend preskripce silných analgetik zůstává po zohlednění nárůstu počtu pacientů v algeziologické praxi stacionární.

Závěr: Průzkum ukázal, že má smysl se touto problematikou zabývat a do budoucna bude zapotřebí jednotné terminologie „závislosti“ pro lepší komunikaci s dalšími odbornostmi. Pro klinickou praxi je zejména zapotřebí správný výběr farmaka pro individuálního pacienta, myslet i na jiné než farmakologické možnosti léčby, případně motivovat samotného pacienta k větší spolupráci a aktivitě při léčbě.

V budoucnosti může vyvstat i potřeba zdravotnických zařízení pro odvykací léčbu pacientů závislých na farmakách.

Zdravotní komplikace dlouhodobého užívání benzodiazepinů a Z-hypnotik a jejich léčba

MUDr. Martin Konečný

Psychiatrická, psychosomatická a psychoterapeutická ordinace, Oblastní nemocnice Příbram

Ačkoliv oficiální doporučení omezuje užívání benzodiazepinových sedativ a hypnotik a Z-hypnotik na dobu maximálně 4–6 týdnů, setkáváme se v praxi s vysokým počtem pacientů, kteří užívají tuto léčbu měsíce, roky i desítky let. Přitom i pouze dlouhotrvající občasné užívání je spojeno se značnými riziky a snižuje významně kvalitu života pacientů, zejména seniorů. Riziky nadužívání a závislosti se budu zabývat v první části své přednášky.

Přestože je problematika lékového abúzu vnímána obecně jako závažná, nejsou k dispozici relevantní data o počtu závislých (F132 dle MKN-10) a škodlivě užívajících (F131) pacientů v ČR. Z dat ÚZIS vyplývá, že závislých na benzodiazepinech je v ČR řádově necelá tisícovka, což představuje asi desetinu promile celé populace. Oproti tomu údaje o závislých pacientech na těchto lécích z jiných západních zemí se pohybují v řádu až desítek procent.

Na základě pravděpodobné spotřeby odvozené z databáze SÚKL o dodávkách jednotlivých preparátů do lékáren jsem se pokusil o provedení alespoň velmi hrubého odhadu počtu pacientů závislých a škodlivě užívajících návyková sedativa a hypnotika v ČR. Stanovené výsledky jsem porovnal s údaji ze srovnatelných zemí. Můj odhad spíše potvrzuje obavu, že jsme také v ČR svědky pandemie abúzu benzodiazepinů a Z-hypnotik.

V druhé části přednášky stručně představím léčebný postup, který jsem během let své praxe vytvářel a postupně přizpůsoboval potřebám pacientů. Vychází z doporučeného postupu léčby závislosti na sedativech a hypnotikách, rozšiřuji ho však způsobem, který má zásadní vliv na efektivitu této léčby, včetně radikálního snížení počtu relapsů. V letech 2012–2018 bylo v Psychiatrické ambulanci ONP tímto postupem úspěšně odléčeno kolem 500 pacientů. Zdravotní stav i kvalita života většiny z nich se po vysazení sedativ a hypnotik výrazně zvýšily. U dalších desítek nemocných léčba probíhá.

Mé zkušenosti ukazují, že používaný léčebný postup je efektivní a není pro lékaře nijak časově náročný. Úspěšné vysazení návykových léků je tak možné realizovat i v ordinacích praktických lékařů. Vyžaduje pouze správnou edukaci pacientů, kterou by měl provádět lékař, a předání rozpisu s instrukcemi pro postupné snižování substituční léčby, klonazepamu či diazepamu. Ty může předávat i sestra v ordinaci lékaře. Pro úspěch je rozhodující správné klinické vedení a postupné převedení na nenávykovou medikaci, která je k dispozici bez preskripčního omezení. Pouze ve výjimečných případech je nutná psychoterapeutická podpora nebo hospitalizace.

Nejčastější projevy zneužívání návykových látek v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Josef Štolfa

Praktický lékař pro dospělé, Praha

IPVZ, Katedra všeobecného lékařství, Praha

Zneužívání nelegálních návykových látek (NL) je jev, se kterým se většina lékařů jakékoli odbornosti (kromě adiktologie a speciální psychiatrie) setkává spíše nevědomky. Nicméně zneužívání NL

je často příčinou, nebo alespoň významným spolupůvodcem obtíží, které pacienta k lékaři přivádějí. V prezentaci upozorním na nejčastěji zneužívané NL, způsoby jejich užití a následné lokální a celkové symptomy, s nimiž může uživatel NL navštívit lékaře. Mnohdy si ani pacient sám není vědom možné souvislosti svých obtíží se zneužíváním nebo závislostí na NL. Včasným odhalením souvislosti symptomatologie pacienta se zneužíváním NL lze jednak včas zahájit „kauzální“ léčbu, resp. vyhnout se neúměrnému a neindikovanému kvantu komplementárních vyšetření, ale také například neindikované preskripci anxiolytik, sedativ a hypnotik.

Kardiologie

garant prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

pátek / 12. dubna 2019 / 9.45–10.45 hod.

Včasná intervence vysokého krevního tlaku dle nových guidelines

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

II. interní klinika, FN u sv. Anny, Brno

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.

Pacient v kritickém stavu v ordinaci praktického lékaře

garantka MUDr. Jana Kubalová

pátek / 12. dubna 2019 / 11.20–12.50 hod.

Zástava oběhu v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Jana Kubalová, MUDr. et. Bc. Barbora Zuchová

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje

Tématem prezentace je seznámit s incidencí NZO a postupem při náhlé zástavě oběhu v ordinaci praktického lékaře, včetně možnosti zapojení praktického lékaře do záchranného řetězce.

Současný stav: Incidence zástavy oběhu v ordinaci praktického lékaře v ČR a využití AED praktickým lékařem v ČR není systematicky sledována. V ČR není ani obvyklé zapojení praktických lékařů do systému first respondingu. V České republice je kladen důraz na včasné rozpoznání zástavy oběhu operátorem zdravotnického operačního střediska, zahájení telefonicky asistované resuscitace (TANR), vyslání first respondéra, obvykle ze složek IZS, systematické vzdělávání členů

výjezdových skupin ZZS v rozšířené neodkladné resuscitaci a v neposlední řadě vytvoření center postresuscitační péče, kde je pacientovi poskytnuta cílená léčba a kvalitní postresuscitační péče.

Cíl práce: Cílem práce je seznámit posluchače s incidencí mimonemocničních zástav oběhu, popsat klíčovou úlohu správně prováděné resuscitace do příjezdu zdravotnické záchranné služby, včetně možnosti efektivního zapojení praktika do záchranného řetězce. Hlavním výstupem je pak seznámit posluchače, jakým způsobem správně provádět neodkladnou resuscitaci v ordinaci praktického lékaře, vč. doporučení pro vybavení ordinace praktického lékaře pro případ řešení náhlé zástavy oběhu.

Metodika: Studium odborné literatury, vyhledávání odkazů, statistické sledování využití AED a úspěšnost KPR ve spolupráci s first respondéry v Jihomoravském kraji.

Výsledky: Incidence OHCA (mimonemocničních zástav oběhu) v Evropské populaci je v primární péči je 15,3–79,3/100 000 obyvatel, tj. cca 113 000–586 000 pacientů ročně, kde se může intervence praktika uplatnit. Data o zapojení praktických lékařů do resuscitačního řetězce v ČR nejsou dostupná, v literatuře lze však nalézt systematické sledování, vč. úspěšností KPR, se zapojením GP ve státech Velké Británie či Dánsku. Úspěšnost řešení NZO řešených praktickými lékaři významně stoupá, pokud je k dispozici automatizovaný externí defibrilátor (AED). V Jihomoravském kraji je v současné době k dispozici cca 150 AED, které jsou většinou v rukou složek IZS. V poslední době však stoupá i počet AED deponovaných v centrech ambulantních lékařů.

Závěr: Úloha rozpoznání náhlé zástavy oběhu, včasné zahájení resuscitace, správně prováděné resuscitace a provedení časného defibrilačního výboje je pro přežití pacienta stíženého náhlou zástavou oběhu klíčová. Zástava oběhu přímo v ordinaci praktického lékaře není příliš častá. Pokud k ní však dojde a praktický lékař je školený v KPR, úvodní rytmus je defibrilovatelný a je k dispozici AED, úspěšnost KPR stoupá.

Cévní mozková příhoda – čas je mozek

MUDr. Kateřina Ningerová

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, Územní oddělení Znojmo

Cévní onemocnění mozku je celospolečensky velmi závažným onemocněním. Je jednou ze tří nejčastějších příčin úmrtí v civilizovaném světě. Jedna třetina pacientů, kteří přežijí akutní cévní mozkovou příhodu, je plně invalidní a odkázaná na pomoc okolí, pouze necelá jedna třetina pacientů se zařadí bez nebo s lehkým postiktálním deficitem do původního života (osobního, rodinného, pracovního). V České republice se podařilo v rámci neurologických pracovišť vybudovat kvalitní síť center cerebrovaskulární péče (iktová centra = IC, komplexní cerebrovaskulární centra = KCC), která jsou po zhodnocení personálního, věcného a technického vybavení na návrh Cerebrovaskulárního výboru Neurologické společnosti akreditována Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ ČR). Odborná doporučení a metodický pokyn cerebrovaskulární péče (triáž, spádové oblasti KCC/IC, indikátory výkonnosti a kvality KCC/IC) byla vydána ve Věstnicích MZ ČR v roce 2010 (částka 8) a 2012 (částka 10).

Mozek patří mezi životně důležité orgány, které jsou velmi náročné na „provozní podmínky“ (cirkulace, resp. perfuze, saturace kyslíkem, energetické zdroje – glukóza). Akutní mozková příhoda je způsobená většinou (cca 75–80 %) nedokrvením (= ischemií), méně často krvácením do mozkové tkáně a ostatních intrakraniálních prostor. Obě tyto příčiny resultují do stavu, který je přímým ohrožením života pacienta, a to i tehdy, jsou-li náhlé příznaky tzv. přechodné (tranzitorní).

Exaktně jsou dána kritéria rychlého šetření pravděpodobnosti akutní mozkové příhody podle klinických projevů s ohledem na čas jejich vzniku (triážovací kritéria), která v praxi umožňují rychle, odborně korektně a účelně pacienta vyšetřit, ošetřit a stanovit správně směřování pacienta do zdravotnického zařízení adekvátního ošetření (tedy IC/KCC). Kromě precizní diagnostiky, léčby (hyposaturace, hypertenze, příp. vegetativní projevy, resp. zajištění vitálních funkcí) je jedním z nej důležitějších kritérií kvalitní péče čas. Čas je mozek. Je prokázáno, že s každou minutou prodlení je nevratně poškozeno až 2 miliony mozkových buněk.

Triáž pozitivní pacient je ten, u kterého v posledních 24 hodinách náhle vznikl jeden ze tří hlavních nebo minimálně dva z osmi vedlejších příznaků.

Hlavní příznaky: náhle vzniklá hemiparéza nebo monoparéza, náhle vzniklá centrální léze lícního nervu (n. facialis), náhle vzniklá porucha řeči (vyjadřování, porozumění) = fatická porucha.

Vedlejší příznaky: náhlá kvalitativní nebo kvantitativní porucha vědomí, porucha citlivosti na jedné polovině těla (hemiparestezie/hemihypestezie), setřelá řeč (dysartrie), náhlý výpadek zorného pole (část nebo celé), náhlé dvojité vidění (diplopie), prudká atypická dosud nepoznaná bolest hlavy, ztuhlost (opozice) šíje, závratě s nauzeou a zvracením, náhle vzniklá ztráta zraku na jednom oku přechodná (amaurosis fugax) nebo trvalá (retinální infarkt).

Všichni tito pacienti prokazatelně profitují z rychlé, přesné a odborně správné diagnostiky a správného směřování v nejvyšší prioritě naléhavosti (stejně jako srdeční infarkt, polytrauma, těžká dopravní nehoda, selhání vitálních funkcí atd.).

V běžné praxi praktického lékaře sice takový pacient nebývá často, ale vyskytnout se může jak v ordinaci, tak v rámci návštěvních služeb. Neurologické vyšetření není náročné a převzatý systém „FAST“ (Face-Arm-Speech-Time) zvládne bez problémů i laická veřejnost, která je v rámci osvěty edukována plošně (přednášky, média) i cíleně v odborných ambulancích. Při náhlém výskytu těchto poruch je nutné neprodleně volat tísňovou linku 155. Praktický lékař současně zjišťuje a léčí totéž, co posádka Zdravotnické záchranné služby (více než 60 % triáž pozitivních pacientů s akutní CMP je primárně ošetřeno posádkou bez lékaře, tedy RZP).

Zuby – pohroma nejen huby (kolemčelistní záněť)

MUDr. Hynek Fiala, Ph.D.¹, MUDr. Pavel Beneš², MUDr. Richard Pink, Ph.D.²

¹Oddělení urgentního příjmu, Fakultní nemocnice Olomouc

²Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie, Fakultní nemocnice Olomouc

Při explozivním rozvoji poznání v medicíně ve 20. století došlo zákonitě k jejímu roztříštění do specializací a subspecializací. Jsme tak svědky skutečnosti, kdy se diagnostika a terapie mnohých stavů neobejde bez spolupráce vícero oborů. Specializace je do určité míry zcela správná, ale často jsou příkopy mezi obory natolik hluboké, že ostatní specialisté přestávají mít i základní přehled o tom, co se děje jinde. Jedním z prvních oborů, který se zcela oddělil, byla stomatologie. A dnes se téměř všichni, přestože jsme absolventi všeobecného lékařství, záhy po absolutoriu zaměříme na úzkou výseč z lékařského umění. A náš rozhled se zákonitě velmi omezí.

Krása všeobecného lékařství a především oboru Urgentní medicína je mimo jiné v tom, že v nutně zhuštěné a zjednodušené formě zahrnuje celé umění medicíny. Nabídne tak dobrodružství interní diagnostiky, základní manuální chirurgickou práci i adrenalinovou zábavu při zajišťování kriticky nemocných. A jak ukazuje prezentovaná kazuistika, nejednou překvapí.

Autoři ve svém sdělení informují o kolemčelistních zánětech, onemocnění, které je sice deníkem stomatologů a především stomatochirurgů, ale v ordinacích všeobecných lékařů se diagnostikuje málokdy. Přitom se jedná o stav, který začíná jako obyčejný zubní kaz, ale při laxním přístupu nemocného progreduje. Pak vyžaduje rychlou diagnostiku a řešení. Může být zatížen vážnými komplikacemi – šířením zánětu do blízkého i vzdálenějšího okolí a sepsí. Kolemčelistní záněty způsobují běžné mikrobi dutiny ústní. Diagnostika se opírá o klinický obraz a zobrazovací vyšetření – CT hlavy se zaměřením na obličejový skelet a krk, případně orthopantomogram, pokud je dostupný.

Základním terapeutickým postupem je empirické nasazení běžných širokospektrých antibiotik a kortikoidů v dostatečné dávce a odeslání na stomatochirurgické pracoviště. Stomatochirurg pak podle aktuálního nálezu volí extraorální či intraorální incizi, extrakci příčinného zubu, popřípadě širokou incizi a nasazení VAC systému. Při adekvátní rychlé léčbě se stav upraví, ale pokud je zanedbán, může vést k dlouhodobým potížím, trvalým následkům i k úmrtí.

Akutní aortální syndrom jako komplikace dekompenzované hypertenze u pacienta na LPS

MUDr. Stanislav Popela

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje

Oddělení urgentního příjmu FN Olomouc

Hypertenze a bolesti na hrudi jsou jedny z nejčastějších klinických jednotek v přednemocniční péči a především v ambulancích urgentních příjmů. U Pacientů, kteří OUP navštíví s tímto problémem, je nutné po správně provedené triage, klinickém vyšetření, diagnostice, adekvátní terapii a stabilizaci stavu vyloučit život ohrožující komplikace. Následně navrhnout další léčebný postup, který bude možno realizovat cestou praktického ošetřujícího lékaře, popř. cestou hospitalizace pacienta. Právě již zmíněné život ohrožující komplikace mohou u těchto pacientů nastat náhle a neočekávaně, nebo mohou být doprovázeny prodromy s delším trváním. Mezi tyto komplikace řadíme např. akutní koronární syndrom, plicní embolii, maligní arytmie, akutní aortální syndrom a další, které mohou být pro pacienta během několika minut fatální.

Akutní aortální syndrom je jedním s život ohrožujících komplikací, která v klinické praxi není četná. Zahrnuje 3 podjednotky (Disekce aorty, penetrující vřed a intramurální hematom), z nichž je disekce aorty nejčastější příčinou komplikací v urgentní péči. Symptomy, které mohou být signifikantní právě pro tuto diagnózu, mohou mít celou škálu klinických příznaků, které se projevují od zanedbatelných až k vysoce pravděpodobným.

Cílem prezentace je demonstrovat kazuistický případ muže, který navštívil ambulanci LPS OUP pro bolesti zad, a u kterého postupem několika málo hodin progredoval stav v disekující aneurysma hrudní a břišní aorty. Dalším cílem je prezentovat management tohoto pacienta na OUP a outcome u tohoto zajímavého klinického případu.

Indikace a využití letecké záchranné služby v ČR

Mgr. Michal Jakubů, DiS.

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, p. o.

LZS je standardní součástí poskytování PNP v ČR, její vybavení a schopnost zásahu je ekvivalentní standardní posádce RLP. Vrtulníkem se zdravotnickou posádkou disponuje 10 zdravotnických operačních středisek, o aktivaci LZS však může požádat kterýkoli ze 14 KZOS v ČR.

Provoz vrtulníku zajišťuje 5 provozovatelů – státní AČR a PČR, nestátní – DSA, HAT, ATE. Zdravotnickou část posádky zajišťují jednotlivé zdravotnické záchranné služby (kromě středisek AČR). 4 střediska poskytují péči v režimu 24 hodin, ostatní od úsvitu do soumraku.

Vzlet vrtulníku LZS indikuje vždy příslušné krajské zdravotnické operační středisko, a to na základě kritérií uvedených v doporučeném postupu „Indikační kritéria nasazení letecké záchranné služby“.

Kazuistika 1 – Polytrauma s KPR

Kazuistika 2 – AKS

Kazuistika 3 – Urgentní noční transfer k mechanické trombektomii

8 z 10 středisek LZS poskytuje speciální činnosti – zásah s využitím lanového podvěsu (HEC) nebo palubního jeřábu (HHO) s celkovou četností za celou ČR cca 60 zásahů ročně.

LZS se v ČR účastní méně než 1 % všech událostí (6272 událostí LZS vs. 990 502 ZZS celkem), v naprosté většině případů však ošetřuje a transportuje pacienta s NACA 4 a vyšším.

Výhody a nevýhody nasazení LZS – rychlost a dosažení potenciálně jinak nedostupných míst zásahu vs. pomalejší start, nutný prostor pro přistání, omezený transportní prostor, hluk a vibrace, omezení povětrnostními vlivy.

Gastroenterologie

pátek / 12. dubna 2019 / 12.50–13.25 hod.

Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby

doc. MUDr. Peter Ihnát, Ph.D., MBA

Chirurgická klinika, FN Ostrava

Úvod: 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.

Metodika: Byl proveden průzkum odborné literatury a analýza dostupných dat evidence-based medicíny zaměřené na léčbu hemoroidálního onemocnění.

Výsledky: 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. 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.

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

Workshopy

pátek / 12. dubna 2019 / paralelně / 14.30–16.00 hod.

EKG pro praktické lékaře / Hlavní sál

doc. MUDr. Čestmír Číhalík, CSc.

I. interní klinika – kardiologická, FN Olomouc

Elektrokardiografie je spolu s radiologií nejstarší pomocnou vyšetřovací metodou v praxi lékařů. Bylo vždy samozřejmostí, že se každý internista (a praktický lékař má k interním disciplínám jistě blízko) dokázal orientovat v EKG křivce, stejně tak jako na snímku hrudníku.

Bylo by chybou, abychom se těchto historicky daných pravidel vzdávali. Vývoj směřuje k tomu, že jsme stále více odkázáni jen na zprostředkované informace, kdy sice vyšetření indikujeme, ale nález již nedokážeme sami posoudit, docenit jeho význam či naopak kriticky zhodnotit limitaci možností dané metody.

Elektrokardiografická křivka je technicky velmi jednoduše registrovatelná a je ji možno okamžité zhodnotit. Výsledek tak máme v řádu minut. Pokud umíme záznam správně interpretovat, je jeho přínos pro diagnózu neocenitelný.

Cílem mého sdělení je podpořit všeobecnou znalost interpretace EKG, poukázat na zálučnosti možné variability EKG křivky a na konkrétních příkladech ukázat na jedné straně možnosti, které tato metoda přináší, na druhé straně však i její limitace.

Diferenciální rozvaha u vertebrogenních pacientů a klinické testování / Salonek Plato Seneca

PhDr. Markéta Musilová, Bc. Tomáš Dvořák

Monada, Klinika komplexní rehabilitace MUDr. Jiřího Marka, spol. s r. o., Praha

Bolesti zad jsou všeobecně jednou s nejčastějších příčin obtíží v dnešní populaci dospělých pacientů, které nutí nemocného vyhledat lékařské ošetření. Počet nemocných s bolestí zad stále roste. Ve společnosti je bolest zad vnímána jako choroba, i lehčí formy bolestí jsou stále častějším důvodem k pracovní neschopnosti. Je patrné, že tento stav má nepříznivý dopad nejen na nemocného, ale i na jeho sociální interakce. Musíme mít na mysli, že za prostou bolestí zad se může skrývat závažné, dokonce i život ohrožující onemocnění. Pečlivá diferenciální diagnostika je základem úspěšné léčby, dobré prognózy a je aspektem ovlivňujícím kvalitu života pacienta.

Péče o vertebropaty je svou strategií terapie jedna z těch komplikovanějších. Zvláště u chronických pacientů, u kterých dochází již k fixaci myofasciálních, popř. myoskeletárních řetězení. Proto je pečlivá diferenciální rozvaha nad každým konkrétním pacientem zásadní. Vlivem těchto řetězení se bolest nemusí projevit přímo v místě obtíží, ale může se jednat o bolest přenesenou nebo bolest sekundární.

Cílem tohoto workshopu je seznámit přítomné s jednoduchými klinickými testy, které v ordinaci praktického lékaře pomůžou se základní diferenciální diagnostikou u vertebrogenních pacientů. Workshop bude doplněn i o „živé“ kazuistiky.

V závěru tohoto sdělení budou mít přítomní jasno v základních klinických testech využívaných u vertebropatů, porozumí provázanosti jednotlivých fyzioterapeutických úkonů a díky tomu budou schopni adekvátně doporučit případná speciální vyšetření či navrhnout vhodný fyzioterapeutický program do FT poukazu.

» **TIRÁŽ** »

XVII. kongres Medicíny pro praxi v Olomouci – kongres praktických lékařů

11.–12. dubna 2019 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

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

Záštit

II. interní klinika FN u sv. Anny Brno

Prezident akce

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

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

Kontaktní osoba: Mgr. Vendula Pávková, 777 714 679, pavkova@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 B Medicína pro praxi

Citací zkratka:

Med. praxi 2019; 16(Suppl B).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-260-9

ISSN 1214-8687

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.

BTL zdravotnická technika, a.s.

EXBIO Olomouc s.r.o.

FAGRON a.s.

Gilead Sciences s.r.o.

HARTMANN - RICO a.s.

KRKA ČR, s.r.o.

LAB MARK a.s.

M.C.M. Klosterfrau Healthcare s.r.o.

Medingo s.r.o.

Novartis s.r.o.

Onapharm, s.r.o.

Orion Diagnostica - organizační složka

Pascoe Česko s.r.o.

Pfizer PFE, spol. s r.o.

PharmaSwiss Česká republika s.r.o.

Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.

QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.

Schwabe Czech Republic, s.r.o.

STADA PHARMA CZ s.r.o.

SWISS PHARMA, spol.s.r.o.

TOPNATUR s.r.o.

Zentiva, k.s.

ZEPTER INTERNATIONAL s.r.o.