

Medicína pro praxi

2022

A

www.solen.cz | Med. praxi 2022; 19(Suppl. A) | ISBN 978-80-7471-387-3 | 2022

ABSTRAKTA

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

11.–12. února 2022

Clarion Congress Hotel Ostrava

Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci
s Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
FN Ostrava a LF Ostravské univerzity



SOLEN
MEDICAL EDUCATION

INZERCE

PROGRAM – pátek 11. února 2022

- 9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU**
prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.
- 9.05–10.35 HODNOCENÍ A POPIS EKG**
garantka prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA
- EKG známé a neznámé (základní tipy a triky) – Sovová E.
 - EKG u sportovce – co musí vědět praktický lékař – Moravcová K.
 - Zajímavé EKG kazuistiky s dobrým koncem – Sovová M.
 - EKG test
- 10.35–11.05 PŘESTÁVKA**
- 11.05–12.15 KARDIOLOGIE**
garantka MUDr. Petra Vysočanová
- Jak léčit hypertonika v roce 2022 aneb výběr antihypertenziva na základě mechanismu účinku a efektu na kardiovaskulární prognózu – Vysočanová P.
 - HMOD a jak se nedostat do bodu, odkud není cesty zpět – Plíva M.
 - **IP** Co je u nových tabulek SCORE opravdu důležité? Modelové situace v ordinaci a jak je řešit – Ožana J., Mačák M.
- 12.15–12.45 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I.**
- Varixy dolních končetin a možnosti léčby – Holod M.
 - Co očekávají pacienti od léčby deprese? – Hubeňák J.
- 12.45–13.45 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 13.45–15.15 AKUTNÍ MEDICÍNA V PRAXI**
garant prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.
- Novinky v resuscitačních doporučeních 2021 – Skříšvská T., Štourač P.
 - Předoperační nutriční podpora – role praktického lékaře – Swaczyna R., Káňová M.
 - Blood management v perioperačním období – role praktického lékaře – Lečbychová K.
 - Operant se vrací na obvod – pooperační péče v rukou praktického lékaře – Kutěj M.
- 15.15–16.00 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II.**
- Jak nejlépe bojovat s vysokým LDL-C u vašich pacientů po IM? – Homolová J.
 - **IP** HIV tady a teď – Zlámal M.
(Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s. r. o.)
 - Kdy a proč myslet na hepatitidu C? – Petroušová L.
(Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s. r. o.)
- 16.00–16.30 PŘESTÁVKA**
- 16.30–17.50 UROLOGIE**
garant MUDr. Roman Staněk
- Moderní diagnostika karcinomu prostaty – Musilová H.
 - Malý penis – Horák A.
 - Zúženiny močových cest – Míka D.
 - Chirurgické řešení adenomu prostaty – Staněk R., Pavelka J.
- 18:00 ZAKONČENÍ PRVNÍHO DNE KONGRESU**

PROGRAM – sobota 12. února 2022

9.00–10.00 **IP** NENÍ VŠECHNO JENOM COVID...

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

- Interaktivní přednáška s hlasováním publika

10.00–11.00 **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE**

- **Moderní léčba atopické dermatitidy** – Hudymačová M.

(přednáška sponzorovaná firmou sanofi-aventis, s. r. o.)

- **IP** **Ordinace budoucnosti aneb jak zlepšit organizaci a efektivitu lékařské praxe s využitím IT** – Sobotka O.

- **Prevence klíšťové encefalitidy – dárek k narozeninám** – Petroušová L.

(Přednáška sponzorovaná firmou Pfizer s. r. o.)

- **Urogenitální infekce – kazuistiky** – Emmer J.

11.00–11.40 **PŘESTÁVKA**

11.40–13.10 **OBEZITA – PROBLEMATIKA NEJEN DĚTSKÉHO VĚKU**

Odborný garant MUDr. Jan Boženský

- **Význam správné kolonizace střev na vývoj dítěte – prevence či časná forma terapie obezity?** – Boženský J.

- **Potravinový k prevenci a léčbě obezity a přidružených nemocí** – Tláskal P.

- **Výskyt obezity u českých dětí za poslední desetiletí** – Procházka B.

- **Pumpa zarezla** – Bednaříková K.

13.10 **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

8. kongres Medicíny pro praxi Ostravě – kongres praktických lékařů

11.–12. února 2022 | Clarion Congress Hotel Ostrava

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF Ostravské univerzity

Odborný garant

prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

Organizátor

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

Kontaktní osoba: Mgr. Kateřina Dostálová, 775 855 572, k.dostalova@solen.cz

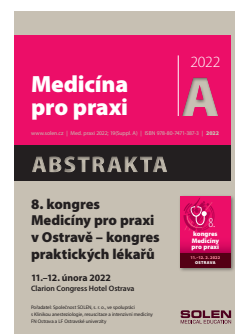
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jíša, 734 567 855, jisa@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Helena Zedníčková, 778 976 986, zednickova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: Mgr. Tereza Krejčí

Ohodnocení

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



Supplementum A Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2022; 19(Suppl A).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-387-3

INZERCE

INZERCE

Hodnocení a popis EKG

garant prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA

pátek / 11. února / 9.05–10.35 hod.

EKG známé a neznámé (základní tipy a triky)

prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace, FN a LF UP v Olomouci

EKG patří k základním vyšetřovacím metodám jak v praktickém a vnitřním lékařství, tak i v kardiologii. Přednáška se věnuje zopakování základních principů v popisu EKG a jeho interpretace, dále ukáže roli EKG v hodnocení předoperačního vyšetření. Na závěr budou uvedeny zajímavé nálezy z 24hodinové EKG monitorace.

EKG u sportovce – co musí vědět praktický lékař

MUDr. Katarína Moravcová

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace FN Olomouc

U sportovců dlouhodobě a opakovaně vystavovaným zvýšeným nárokům na kardiovaskulární systém dochází k adaptačním změnám, které souhrnně označujeme jako „atletické srdce“. Rozsah strukturálních i funkčních změn závisí na trvání, intenzitě a charakteru (statická, dynamická, kombinovaná) vykonávané sportovní zátěže.

Změny se projeví i na povrchovém elektrocardiografickém (EKG) záznamu. Mezi fyziologické změny na EKG patří změny spojené s hypertrofií jednotlivých srdečních oddílů a změny spojené s vagotonii. Jako vodítko pro hodnocení klidového EKG u sportovců (12–35 let věku) slouží tzv. international criteria, která byla publikována v roce 2017. Byla odsouhlasena European Society of Cardiology (ESC), American Heart Association (AHA), American College of Cardiology (ACC) a řadou národních kardiologických společností a společností sportovní medicíny.

Hlavním cílem těchto doporučení je rozlišit EKG nálezy na fyziologické, abnormální a hraniční. Nálezy fyziologické nevyžadují další vyšetření. U abnormálních nálezů je vyžadováno další vyšetření k vyloučení možného kardiovaskulárního onemocnění, které může vést k syndromu náhlé smrti u sportovce. Hraniční změny se mohou vyskytovat izolovaně, ale pokud se jich na EKG vyskytne více, je indikováno další vyšetření. Kritéria se týkají zcela asymptomatického sportovce v určeném věkovém rozmezí v rámci prevence. Znalost těchto kritérií je důležitá pro rozlišení mezi patologickým nálezem a normálními adaptačními změnami. V případě, že bychom normální adaptační změny označili za patologické a sport nedoporučili, poškodili bychom tak sportovce.

U výkonnostních sportovců posuzuje zdravotní způsobilost registrující lékař pro děti a dorost, praktický lékař nebo lékař s nadstavbovou atestací z tělovýchovného lékařství. Vrcholovým sportovcům nebo zájemcům o studium na školu se sportovním zaměřením vystavuje posudek pouze lékař s nadstavbovou atestací z tělovýchovného lékařství.

Cílem screeningu u sportovců je identifikovat skupinu sportovců, kteří mají kardiovaskulární onemocnění, a pomocí intervencí snížit riziko NSS. U sportovců nad 35 let etiologicky převládá ischemická choroba srdeční na podkladě koronární aterosklerózy, u mladých sportovců je jednou z nejvýznamnějších příčin náhlého úmrtí hypertrofická kardiomyopatie.

Zajímavé EKG kazuistiky s dobrým koncem**MUDr. Markéta Sovová, Ph.D.**

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace, FN a LF UP v Olomouci

Na příkladu pěti EKG kazuistik je demonstrováno, jak se EKG mění v čase, jak negativní nález na EKG může znamenat i těžké postižení koronárních tepen, jak je důležité hodnotit nálezy v rámci klinického obrazu a jak může pacient překvapit diagnózou, kterou bychom podle základního vyšetření nečekali.

Kardiologie**pátek / 11. února 2022 / 11.05–12.15 hod.****Jak léčit hypertonika v roce 2022 aneb výběr antihypertenziva na základě mechanismu účinku a efektu na kardiovaskulární prognózu****MUDr. Petra Vysočanová**

Interní kardiologická klinika, FN Brno

Vysoký krevní tlak je častým onemocněním a jeho léčbu bude během života potřebovat téměř polovina dospělých. Při jeho terapii nám nejde jen o dlouhodobé dosažení cílového krevního tlaku, ale hlavně o ovlivnění kardiovaskulárního (KV) rizika daného člověka a zlepšení jeho KV prognózy. K tomuto cíli nám napomáhá výběr vhodného antihypertenziva nebo jejich kombinace.

Při zahájení léčby mírné hypertenze zvláště u mladších nemocných, nebo naopak u těch velmi starých a křehkých, se snažíme o výběr ideálního antihypertenziva. Volíme lék z některé ze základních skupin antihypertenziv (blokátor RAAS, Ca blokátor, betablokátor, diuretikum), pro která máme k dispozici data o příznivém ovlivnění morbiditu a mortality z klinických studií. Vhodný lék nesmí v žádném případě snižovat kvalitu života nemocného. V opačném případě by rychle klesala adherence k léčbě zvláště u mladších nemocných a u starších by případné nežádoucí účinky mohly vést k nežádoucím komplikacím (ortostatická hypotenze, minerální rozvrat). Při výběru antihypertenziva bereme v úvahu fenotyp pacienta (věk, pohlaví, sympati-kotonie), jeho komorbiditu (palpitace, Raynaudův syndrom, migréna, autoimunitní či revmatické onemocnění), a také další vlastnosti použitého preparátu (poločas, interakce, kontraindikace).

Asi u 70 % hypertoniků, u kterých je léčba zahajována v ambulantním režimu, je vhodné použít hned vstupně kombinaci dvou antihypertenziv, ideálně kombinaci fixní. Zde ještě více záleží na výběru vhodné kombinace pro konkrétního nemocného. U většiny zahájíme blokátorem RAAS v kombinaci s Ca blokátorem nebo diuretikem v nízké dávce. Při nedostatečném efektu dávku postupně zvyšujeme nebo přecházíme k trojkombinaci. Protože u nemocných se závažnou či komplikovanou hypertenzí musíme počítat se zvýšeným KV rizikem, je výběr vhodného preparátu s maximální KV protekcí zcela zásadní. Zde má unikátní postavení kombinace ACEI + Ca blokátor, která má podle výsledků řady studií (ASCOT, ACCOMPLISH) příznivý efekt na KV riziko i celkovou mortalitu, který překračuje vliv samotného snížení krevního tlaku. Kombinace ACEI + diuretika (ideálně thiazid-like) je rovněž vysoce účinná a vhodná např. u starších hypertoniků, diabetiků, nebo u nemocných po CMP. Při použití vhodné trojkombinace v dostatečné dávce (blokátor RAAS + Ca blokátor + diuretikum) lze očekávat dosažení normotenze až u 80 % hypertoniků.

Pokud nám ani trojkombinace ke kontrole TK nestačí nebo její použití není možné pro lékovou intoleranci či kontraindikaci, je na místě použití některé z antihypertenziv další volby, jako je spironolakton, alfa-blokátory nebo centrálně účinkující antihypertenziva. I tady je důležité zvažovat benefit a riziko nežádoucích účinků pro konkrétního pacienta.

INZERCE

HMOD a jak se nedostat do bodu, odkud není cesty zpět**MUDr. Milan Plíva**

Kardiologické centrum AGEL Pardubice, a. s.

Arteriální hypertenze je hlavním ovlivnitelným rizikovým faktorem kardiovaskulárních chorob a celosvětově jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Cílových hodnot krevního tlaku dosahuje v ČR stále pouze menšina léčených pacientů. V hodnocení celkového kardiovaskulárního rizika hraje důležitou roli screening a sledování vývoje hypertenzí mediovaného orgánového postižení (HMOD). Aktuální verze evropských doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze klade důraz na včasné zahájení farmakologické léčby s cílem co nejrychlejšího dosažení cílových hodnot krevního tlaku. Nejlepší cestou k tomuto cíli je využívání moderní fixní kombinační léčby, která významně snižuje předčasnou morbiditu a mortalitu našich pacientů.

Co je u nových tabulek SCORE opravdu důležité? Modelové situace v ordinaci a jak je řešit**MUDr. Jaromír Ožana¹, MUDr. Michal Mačák²**¹Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace FN Olomouc²Soukromá ambulance MediKatze s. r. o.

Nové tabulky pro stanovení kardiovaskulárního (KV) rizika SCORE2 a SCORE 2-OP, které vydala Evropská kardiologická společnost v roce 2021, přinášejí několik změn. Jedná se především o zahrnutí nejen fatálních, ale i nefatálních KV příhod, které mohou být spojeny s invalidizací pacienta, dále o zařazení parametru non-HDL cholesterolu, o rozdělení zemí do 4 kategorií rizika (velmi vysoké, vysoké, střední, nízké, kdy ČR spadá mezi země s vysokým rizikem), a také o stratifikaci KV rizika podle věku.

Důvodem věkové stratifikace KV rizika je vyhnout se nedostačující léčbě u mladých osob a nadměrné léčbě u osob starších. U mladých pacientů s KV rizikovými faktory, zejména hypertenzí a dyslipidemií, lze využít dlouhodobé příznivé působení léčby, které sníží riziko rozvoje ireverzibilních cévních změn, KV příhod, ztráty pracovní schopnosti, snížení kvality života a předčasného úmrtí. Proto jsou prahové hodnoty KV rizika pro zvážení léčby u mladších osob nižší. Včasná a současná kompenzace všech rizikových faktorů nemusí být u mladších pacientů navíc tak agresivní (často stačí jediná tableta s fixní kombinací antihypertenziva a statinu), protože i malá příznivá změna, která působí dostatečně dlouho, znamená výrazné snížení KV rizika. Tak lze přispět ke zkrácení doby, kterou Češi prožijí v chronické nemoci (ta dnes činí 18–20 let), i ke snížení podílu osob se ztrátou pracovní schopnosti, což znamená přínos pro celou společnost. Tento přístup staví lékaře před problém, jak vysvětlit mladému asymptomatickému pacientovi jeho zvýšené KV riziko, protože ani sebestlepší lék není účinný, pokud jej pacient neužívá. Velmi efektivním nástrojem pro komunikaci s pacienty je cévní věk, který srozumitelně demonstruje, jaký dopad mají KV rizikové faktory na jejich cévy. Práce s tabulkami cévního věku je velmi jednoduchá. Vycházejí z běžných vyšetření (krevní tlak, cholesterol, věk, pohlaví, kouření), slouží jako srozumitelný argument pro potřebu kompenzace rizikových faktorů a změnu životního stylu i jako nástroj pro motivaci pacienta k zahájení léčby a adherenci s cílem prodloužení života v dobré kvalitě. U těchto mladých nemocných lze také s výhodou využívat fixních kombinací antihypertenziv se statiny. V diskuzi se budeme věnovat klíčové úloze praktického lékaře v záchytu a časném zahájení léčby KV rizikových faktorů, a ukážeme, jak v praxi standardně používat tabulky cévního věku pro názornější objasnění KV rizika pacientovi.

INZERCE

INZERCE

Akutní medicína v praxi

garanti prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc., MUDr. Martin Kutěj
pátek / 11. února / 13.45–15.15 hod.

Novinky v resuscitačních doporučeních 2021

MUDr. Tamara Skříšvská, prof. MUDr. Petr Štourač, Ph.D., MBA

Klinika dětské anesteziologie a resuscitace, LF MU a FN Brno

Cílem tohoto sdělení je seznámit posluchače s novinkami v doporučení Evropské resuscitační rady (ERC) při poskytování kardiopulmonální resuscitace a neodkladné péče, vzniklé v roce 2021. Základy kardiopulmonální resuscitace, jak je známe dnes, byly položeny v 60. letech společně s uvedením konceptu „řetězce přežití“ v roce 1967. Přestože jsou doporučení aktualizována přibližně každých 5 let, hlavní myšlenka záchrany života za pomoci vysoce kvalitní resuscitace, dostupné všem, zůstává neměnná. Doporučení jsou považována za standard péče a jsou členěna do jednotlivých kategorií. Kromě postupů kardiopulmonální resuscitace pro laiky (BLS) a zdravotní profesionály (ALS) u dospělých pacientů, dětí a novorozenců a postupů při srdeční zástavě za zvláštních okolností, zahrnují doporučení zásady přednemocniční péče první pomoci, poresuscitační péče, etické otázky spojené s resuscitací, epidemiologii srdeční zástavy v Evropě, důležitost vzdělání v rámci resuscitační péče a tzv. systémy zachraňující životy – systémové faktory, které mohou zlepšit outcome pacientů.

Doporučení kladou důraz na časné rozpoznání akutně se horšícího stavu pacienta s možností prevence samotné srdeční zástavy a adherenci k jednotlivým krokům „řetězce přežití“, pro maximalizaci přežití pacienta se srdeční zástavou. Praktičtí lékaři musí disponovat širokým spektrem znalostí při péči o své klienty a kardiopulmonální resuscitace není jejich každodenním chlebem. Proto je s výhodou osvěžit si zásady kardiopulmonální resuscitace dospělého či dětského pacienta s, nebo bez použití automatického externího defibrilátoru (AED). Praktik by měl být schopen provádět kvalitní resuscitaci, než předá pacienta do další péče. Během resuscitace patří mezi základní dovednosti správné zprůchodnění dýchacích cest a ventilace obličejovou maskou, dostatečná hloubka a frekvence kompresí hrudníku s minimálními přerušováními a v indikovaných případech časná defibrilace. Jednotlivé kroky kardiopulmonální resuscitace jsou přehledně shrnuty v jednoduchých algoritmech, které by měly být ihned dostupné pro usnadnění orientace ve vypjatých situacích poskytování kardiopulmonální resuscitace. Většina srdečních zástav v dospělém věku má primárně kardiální příčinu. Pacienti se synkopou, palpitacemi nebo dušností by měli být došetřeni pro riziko možnosti vzniku maligních arytmií. Prevence je často právě v diki pozorného praktického lékaře.

Předoperační nutriční podpora – role praktického lékaře

MUDr. Radan Swaczyna¹, MUDr. Marcela Káňová, Ph.D.^{1,2}

¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Ostrava

²Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

Nutriční příprava pacienta před operací je důležitou, i když stále často opomíjenou součástí předoperačního managementu. Cílem této přípravy je zvýšení metabolických rezerv, a tím zlepšení outcome pacienta po operačním traumatu. Operační trauma, jakožto odezva organismu na narušení integrity organismu, se skládá primárně ze dvou složek – složky metabolické a hemodynamické. Cílem této reakce je aktivovat hojící mechanismy organismu. Hemodynamická složka, jakožto projev změny propustnosti kapilár, perioperačních krevních ztrát, intravaskulární hypovolemie, se projevuje do 48–72 hodin po operaci. Riziko a tolerance této složky odhadujeme pomocí předoperační tolerance zátěže – např. chůze, běh, práce na zahradě. Druhou součástí operačního traumatu je složka metabolická. Ta se rozvíjí do 72 hodin,

přetrvává ovšem několik týdnů. Charakterizuje ji proteinový katabolismus (za účelem tvorby proteinů akutní fáze) a zvýšená inzulinorezistence. Při velkém inzultu a nízkých výchozích rezervách může dojít k vyčerpání zásob a k výskytu komplikací – poruchy hojení, infekce ran, snížený rehabilitační potenciál – které v důsledku vedou k prodloužení doby hospitalizace, snížení kvality života a často až ke smrti pacienta. Tímto jsou nejvíce ohroženi pacienti již předoperačně malnutriční – v naší populaci nejčastěji onkologičtí pacienti, pacienti s nespecifickými střevními záněty, pacienti po opakovaných hospitalizacích, či po závažných polytraumatech. Dále sem řadíme sarkopenické seniory a pacienty s hladinou sérového albuminu pod 30 g/l. Rizikové pacienty můžeme dále rozpoznávat pomocí několika jednoduchých nástrojů – nejčastěji používaný je Nutrition Risk Score 2002. Tento systém se zaměřuje na pacienty s BMI pod 20, u nichž v posledních měsících došlo k poklesu hmotnosti či snížení porcí přijímané stravy. U vysoce rizikových pacientů je jasný profit z odložení operace v délce ideálně 14 dní (nehrozí-li riziko z prodlžení) a adekvátní nutriční přípravy. U málo/středně rizikových pacientů by operace neměla být odkládána. Z terapeutických intervencí je vhodné začít nejjednoduššími opatřeními – vysvětlení situace pacientovi, úprava jídelníčku – adekvátní příjem bílkovin (1,5 g/kg/den), dle závažnosti stavu energetický příjem v požadované výši (25–35 kcal/kg/den), příjem ω -3 mastných kyselin, substituce chybějících vitaminů (hlavně vitamin D). V případě nemožnosti dosáhnout požadovaných cílů dietou jsou na řadě doplňky stravy – nutridrinky – určené k popíjení během dne, nikdy jakožto náhrada pravidelné stravy. Další opatření, jež brání pooperačnímu katabolismu, je vyhýbání se zbytečnému lačnění před celkovou anestezií – vyhnout se pevné stravě max. 6 hodin před operací, tekutiny lze přijímat 2 hodiny před výkonem. Toho lze využít a podat pacientovi večer a 2 hodiny před operací sacharidový nápoj s 50 g sacharidů – což doplní glykogenové zásoby, snižuje pooperační inzulinorezistenci a katabolismus. Stejně jako předoperační příprava je důležitá i pooperační péče o pacienta, obzvláště po velkém chirurgickém výkonu či akutním výkonu – snaha dosáhnout stejných nutričních cílů, zvýšení rezerv. Během nutriční přípravy je důležité sledování parametrů vnitřního prostředí a iontogramu s cílem vyhnout se refeeding syndromu. Zvláštní skupinu pacientů tvoří lidé, kteří záměrně hubnou – ti by měli přerušit dietu minimálně týden, ideálně dva před operací. Dále se jedná o pacienty s IBD, kteří jsou často chronicky malnutriční, po opakovaných operacích, často s porušenou integritou střeva a omezeným vstřebáváním. Tito pacienti by měli být v dispenzarizaci nutričního specialisty dlouhodobě, nežádka pro nutnost kombinace enterální a parenterální výživy.

Patient Blood Management v perioperačním období – role praktického lékaře

MUDr. Karolína Lečbychová

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava

Patient Blood Management (PBM) je multimodální, multidisciplinární a evidenced-based medicine přístup k péči o pacienty, kteří mohou vyžadovat krevní transfuze v průběhu svého pobytu v nemocnici. Jeho cílem je zvýšit bezpečnost a zlepšit outcome pacienta a omezit tak množství transfuzních preparátů, které pacient nutně nevyžaduje. Termín PBM byl poprvé užít před 17 lety, ale až v posledních letech se zvyšuje množství studií, které dokazují, že allogenní transfuze jsou nezávislým rizikovým faktorem perioperační morbidit a mortality.

Zároveň se ukazuje, že perioperační anémie je nezávislým rizikovým faktorem, který zvyšuje délku hospitalizace, nutnost intenzivní péče, pooperační komplikace a zvyšuje mortalitu. Data navíc říkají, že až jedna třetina pacientů indikovaných k operačnímu výkonu je anemických.

Perioperační období zahrnuje přípravu pacienta na výkon, fázi samotného výkonu a pooperační průběh. Následující text se primárně bude zabývat předoperační přípravou s ohledem na PBM.

Praktický lékař má jedinečnou možnost nastavit správný kurz PBM, jelikož hlavním pilířem celé problematiky je včasná diagnostika anémie a její léčba. V rámci PBM guidelines by

INZERCE

diagnostika stavu erythropoezy měla proběhnout 4–6(8) týdnů před plánovaným výkonem včetně identifikace problému, nastavení terapie nebo případně včasná konzultace s hematologem. Dle WHO je dolní hranicí normy hodnoty hemoglobinu 130 g/l pro muže a 120 g/l pro ženy. Substituce nedostatku železa perorálními přípravky patří mezi cenově příznivé intervence. V případě zásadního nedostatku železa lze zvážit i parenterální substituci. Terapie anémie taktéž zahrnuje podávání syntetického rekombinantního erythropoetinu, jehož užití se však doporučuje konzultovat s hematologem, jelikož potenciálně představuje zvýšené riziko trombotických komplikací u chirurgických pacientů. V terapii anémie, ať už předoperačně zjištěné nebo jako důsledek chirurgického výkonu, je nutné pokračovat i v pooperačním období a po dimisi pacienta z nemocničního zařízení.

K naplnění a realizaci konceptu PBM je zapotřebí aktivního zapojení všech zúčastněných složek, což však vyžaduje zásadní paradigm-shift, který však je a bude obtížně realizovatelný, ale je nezbytný.

Operant se vrací na obvod – pooperační péče v rukou praktického lékaře

MUDr. Martin Kutěj

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Ostrava
Katedra intenzivní medicíny, urgentní medicíny a forenzních oborů, Lékařská fakulta,
Ostravská univerzita
Lékařská fakulta, Masarykova univerzita v Brně

Operační zákrok lze definovat jako krátkodobé předání pacienta do péče specialistů za účelem provedení chirurgického výkonu. Smyslem je zlepšení nebo alespoň zachování stejné kvality života pacienta. Na přípravě a provedení samotného chirurgického výkonu se v naprosté většině případů podílí více medicínských oborů, zastoupených často hned několika specialisty. Tato interdisciplinární spolupráce, v moderní literatuře popisovaná jako perioperační medicína, má svá specifika a úskalí. Lékaři jednotlivých specializací přirozeně nahlíží na stejného pacienta jinou optikou a nalezení konsenzuálního řešení bývá někdy obtížné. Situace je o to komplikovanější, že není možné probírat zákrok na pacientovi tzv. „u kulatého stolu“, ale informace jsou předávány a sdílány formou lékařských zpráv a vyjádření.

Role praktického lékaře v perioperační medicíně spočívá jednak v přípravě pacienta před samotným nástupem do zdravotnického zařízení, ale také jeho převzetí zpět a zapracování závěru a doporučení z proběhlé hospitalizace do dlouhodobého konceptu ambulantní péče. Výstupním dokumentem je zvykle propouštěcí zpráva sepsána ošetřujícím lékařem. Jsou v ní jasně specifikovaná doporučení a postup v další péči z pohledu operačního oboru. Ne vždy ale propouštěcí zpráva obsahuje komentář anesteziologa k průběhu hospitalizace včetně doporučení k dalšímu postupu pro futuro např. k dalším operačním zákrokům. Důsledkem je, že praktický lékař nezíská cenné informace o svém pacientovi.

Tato přednáška se zaměřuje na nedostatky v komunikaci mezi anesteziologem a praktickým lékařem v pooperační fázi. Důraz je kladen na praktická doporučení a nejčastější chyby v ambulantní péči v souvislosti s anesteziologickou problematikou. Autor považuje téma za důležité, protože během perioperační péče dochází často k odhalení skrytých potenciálních rizik, ale není prostor pro jejich řešení. V neposlední řadě se přednáška dotkne některých moderních přístupů a pojetí perioperační péče s akcentem na úlohu praktického lékaře.

INZERCE

Aktuality do vaší ordinace II.

pátek / 11. února 2022 / 15.15–16.00 hod.

HIV tady a teď

(Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s. r. o.)

MUDr. Milan Zlámal

Klinika infekčních nemocí 1. LF UK a ÚVN, Praha

Infekce HIV vede postupně ke zhoršování funkce imunitního systému, což je spojeno s rozvojem oportunních infekcí a nádorů, a v terminální fázi k jeho úplnému selhání. I při současné pokročilosti medicíny zůstává infekce virem HIV nadále opředena řadou mýtů a iracionální stigmatizací, a to i mezi zdravotníky. V současnosti je k dispozici vysoce účinná antiretrovirová léčba, která pacientům umožňuje žít plnohodnotný život bez výrazných omezení, a to včetně založení rodiny. Stěžejní je zahájení léčby v časném stadiu onemocnění, což jde ruku v ruce s brzkým stanovením diagnózy. Zatím se stále setkáváme se zdravotníky, kteří mají obavy pečovat o HIV pozitivní pacienty. Je třeba podotknout, že diagnostikovaný a léčený pacient je výrazně méně infekční oproti pacientovi, který o svém nemoci zatím neví. K ovlivnění epidemiologické situace výskytu HIV v ČR je nutné používat všechny nástroje, které máme k dispozici, tedy osvětu a prevenci, preexpozici a postexpozici profylaxi, diagnostiku a léčbu již infikovaných pacientů. Role praktického lékaře je nezastupitelná jak v prevenci, tak ve vyhledávání HIV pozitivních pacientů.

Více informací naleznete na webu testujsevcas.cz.

CS-UNB-0016

Datum přípravy 8/2021

Kdy a proč myslet na hepatitidu C?

(Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s. r. o.)

MUDr. Lenka Petroušová, Ph.D.

Klinika infekčního lékařství FN a LF Ostravské univerzity

Infekce virem hepatitidy C patří mezi krví přenosné infekce. Hlavními cestami šíření HCV infekce v současné době je zejména injekční aplikace drog (i v případě jediné aplikace před více lety), tetování a piercing (zejména amatérsky) a vertikální přenos z HCV pozitivní matky na novorozence (perinatální přenos). Před rokem 1992 byla významnou cestou přenosu krevní transfuze či přenos orgánovým štěpem. V rámci zachytu virové hepatitidy C hraje primární roli stanovení reaktivity anti-HCV protilátek v séru, které provádí každá sérologická či biochemická laboratoř. Příznaky v akutní fázi infekce jsou velice mírné: nechutenství, nevolnost, bolesti svalů a kloubů, proto je akutní infekce zjištěna velice zřídka. Chronická infekce je obvykle zjištěna náhodou, při vyšetření krve z jiného důvodu nebo cíleným vyhledáváním jedinců s rizikem infekce v minulosti na základě znalosti rizikových faktorů jejího přenosu (tzv. screening). Pacienti si mohou stěžovat na únavu, bolest v pravém podžebří, bolesti kloubů. U 5–20 % osob s chronickou infekcí dojde během 20–25 let k rozvoji jaterní cirhózy. Osoby s jaterní cirhózou při chronické HCV infekci mají riziko rozvoje end-stage-liver disease (cca 30 % během 10 let) a riziko vzniku hepatocelulárního karcinomu (HCC, 1–2 % ročně). Anti-HCV pozitivního pacienta je třeba odeslat na specializované pracoviště pro terapii HCV (centra pro léčbu přímo působícími antiviroty). Antivirová terapie je v současné době v tabletové formě, obvykle trvá 8–12 týdnů a je dobře tolerovaná. U většiny pacientů vede k vyléčení a vyloučení viru a pacient se stává neinfekčním.

INZERCE

Urologie

garant MUDr. Roman Staněk

pátek / 11. února 2022 / 16.30–17.50 hod.

Moderní diagnostika karcinomu prostaty

MUDr. Hana Musilová

Urologické oddělení, Slezská nemocnice Opava

Téma karcinomu prostaty výrazně rezonuje v urologické společnosti. Rozvoj nových metod či zvýšení efektivity stávajících diagnostických metod karcinomu prostaty nabyly v posledních letech rychlé dynamiky.

Toto se týká již běžné metody vyšetření DRE, PSA (density, velocity, doubling time, iPSA), ale také PHI (Prostatic health index), které se odvíjí od PSA.

Je potřeba zohlednit rozvoj dalších biomarkerů vyšetřitelných z moče, například PCA3, SelectMDX, Mi Prostate score (MiPS), ExoDX.

Genetické vyšetření u pacientů se zatížením v RA – nositelů mutace BRCA 1, BRCA 2, hereditární karcinom ovaria a prsu, Lynch syndrom.

Zapojení MRI ke zvýšení pravděpodobnosti zachytu karcinomu prostaty při cílené biopsii prostaty.

Využití zobrazovacích metod k doplnění stagingu a restagingu karcinomu prostaty – CT, scintigrafie skeletu. Také rozvoj nových zobrazovacích metod využívaných při biochemickém selhání léčby karcinomu prostaty – choline PET/CT, Fluciclovine (Axumin) PET/CT, PSMA PET CT.

Všechny tyto metody zvyšují senzitivitu a specifitu diagnostiky karcinomu prostaty, které následně vedou k úspěšnější léčbě tohoto onemocnění.

Malý penis

MUDr. Aleš Horák

ANDROPHARM medical, s. r. o., Andrologicko-urologická ambulance, Ostrava-Poruba

Se zvyšováním životní úrovně a kvality zdravotní péče narůstá poptávka po operačních výkonech vedoucích k úpravě tělesného vzhledu nevylučující oblasti genitálu. Pro úpravu velikosti penisu máme k dispozici více či méně účinné postupy. Je nezbytné, aby lékař korigoval mnohdy nereálné až sebepoškozující představy pacienta. Volba metody by měla vycházet ze zdravotního stavu a aktuálních anatomických poměrů pacienta.

Z lékařského hlediska lze za výkony ze zdravotní indikace považovat pouze operace mikropenisu, posttraumatické stavy nebo stavy po předchozích operačních výkonech, kdy došlo k amputaci nebo výraznému zkrácení penisu. Obecně se nedoporučuje operovat pacienty s délkou penisu v erekci větší než 7,5 cm. Ostatní výkony jsou komerčního charakteru a při jejich neuvážené indikaci je třeba počítat s výskytem závažných komplikací, včetně úmrtí pacienta, vedoucích následně k forenzním dopadům pro provádějící lékařské zařízení.

Chirurgické řešení adenomu prostaty

MUDr. Roman Staněk¹, MUDr. Jakub Pavelka²

¹ProstataOstrava, Slezská nemocnice Opava

²Slezská nemocnice Opava

Benigní hyperplazie prostaty je nezhoubné zvětšení prostaty. U mužů se jedná o nejčastější benigní nádor, jehož prevalence stoupá s věkem. Jedná se o vůbec nejčastější příčinu vyhledání urologické péče z důvodu způsobení symptomů dolních močových cest (LUTS). Podíl pacientů s hyperplazií prostaty se zvyšuje s rostoucím věkem pacientů, přičemž příznaky tohoto one-

mocnění nejsou v přímé korelaci se symptomatologií. Operační řešení stojí obvykle na konci terapeutického postupu, v případě selhání medikamentózní terapie, případně nahrazuje farmakoterapii z důvodů jejích nežádoucích účinků. Operační řešení je mimo jiné indikováno při projevech dekompenzace onemocnění spojeného s nárůstem močového rezidua, močovou retencí a s ní spojeným ohrožením funkce močového měchýře, horních močových cest a ledvin. Dalšími příčinami volby operačního řešení adenomu prostaty může být i recidivující hematurie, přítomnost cystolithiázy či divertiklů močového měchýře, nezřídka i recidivující infekce. Trendem dnešní doby je snaha o co nejmenší invazivitu do lidského těla, a proto jsou původní otevřené operační výkony nahrazovány endoskopickými. V oblasti endoskopie se díky technickému pokroku a miniaturizaci koncových dílů podařilo vyvinout značné množství variant řešení. Uspěchaná doba pak tlačí na co nejkratší dobu hospitalizace, nejlépe pak ambulantní řešení, která lze zrealizovat pomocí miniinvazivních metod. Jejich volba je tedy závislá nejen na velikosti prostaty částečně limitující některé formy řešení, ale i na přání pacienta. V našem sdělení podáváme přehled operačních metod se souhrnem informací a taktikou výběru a individualizace operační péče.

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete v části Pediatrie pro praxi na stranách 24–26.

Zajímá nás váš názor – anketa

- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na kongrese?
- Využíváte on-line vzdělávání od Solenu?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků kongresu a časopisu. Anketu najdete na našem stánku Solen a za vyplnění můžete obdržet praktické ceny.

INZERCE