

Medicína pro praxi

2022

B

www.solen.cz | Med. praxi 2022; 19(Suppl. B) | ISBN 978-80-7471-390-3 | 2022

ABSTRAKTA

1. kongres Medicíny pro praxi v Českých Budějovicích

18.–19. března 2022

Clarion Congress Hotel
České Budějovice



Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci
s Gastroenterologickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a. s.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

INZERCE

PROGRAM – pátek 18. března 2022

- 9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU**
garant doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.
- 9.05–10.35 ORL**
garant MUDr. Lubor Mrzena, Ph.D.
- **IP Otolgie a výtok z ucha** – Huška M.
 - **IP Nedoslýchavost a závratě** – Průša D., Albrecht V.
 - **IP Zánětlivá onemocnění v ORL oblasti** – Střihavka P.
 - **IP Nádory ORL oblasti** – Mrzena L.
 - **IP Diagnostika a chirurgická léčba ronchopatie a syndromu spánkové apnoe** – Mrzena L.
- 10.35–11.05 PŘESTÁVKA**
- 11.05–12.15 KARDIOLOGIE**
garant MUDr. Pavel Rutar
- **Efekt kininové kaskády aneb klíč pro výběr antihypertenziva** – Rutar P.
 - **HMOD a jak se nedostat do bodu, odkud není cesty zpět** – Hauer T.
 - **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.**
- **Jak můžeme pomoci pacientům s CVD v ordinaci specialisty?** – Hauer T.
 - **Urogenitální infekce – kazuistiky** – Emmer J.
- 12.45–13.45 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 13.45–15.15 GASTROENTEROLOGIE**
garant doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.
- **Příprava ke koloskopickému vyšetření** – Horný I.
 - **Praktické desatero o idiopatických střevních zánětech** – Bortlík M.
 - **Cholelitiáza – aktuální přístup k léčbě** – Shon F.
 - **Antisekreční léčba – rub a líc** – Bultas J.
- 15.15–16.15 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II.**
- **IP Novinky v diagnostice a léčbě žilní tromboembolie** – Karetová D.
 - **Jak nejlépe bojovat s vysokým LDL-C u vašich pacientů po IM?** – Zlatohlávek L.
 - **IP Kdy pomýšlet na možnost HIV infekce?** – Jerhotová Z.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
 - **Léčba hepatitidy C v roce 2022** – Filipová P.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
- 16.15–16.45 PŘESTÁVKA**
- 16.45–18.15 ANGIOLOGIE**
garant MUDr. Tomáš Hauer
- **Pacient s defektem dolních končetin – jak ho posunout směrem ke kauzální léčbě?** – Hauer T.
 - **Endovaskulární zákroky na tepenném systému – možnosti léčby ischemie tepen dolních končetin v JČK** – Mašek P.
 - **Úskalí antitrombotické léčby v ordinaci PL – jak na antitrombotika v každodenních klinických situacích** – Hauer T.
- 18.15 PŘEDPOKLÁDANÝ KONEC ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE**

PROGRAM – sobota 19. března 2022

9.00–9.45 VYZVANÁ PŘEDNÁŠKA – EDUKACE DIABETIKA – prof. MUDr. Kateřina Štechová, Ph.D.

9.45–10.45 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- **Morbus Gaucher** – Malinová V.
(Přednáška sponzorovaná společností Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s. r. o.)
- **Moderní léčba atopické dermatitidy** – Horažďovský J.
(Přednáška sponzorovaná společností sanofi-aventis, s. r. o.)
- **Respirátor před klíšťovou encefalitidou nechrání** – Blechová Z.
(Firemní sympozium společnosti Pfizer s. r. o.)
- **MEDDI app jako zdroj dalších příjmů pro vaši ambulanci** – Benmammar S.

10.45–11.25 PŘESTÁVKA

11.25–12.30 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY OTRAV U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH

garantka prof. MUDr. Daniela Pelclová, CSc.

- **Toxikologické informační středisko v datech, antidota/antiinfektiva, sebevraždy v dotazech TIS** – Kotíková K.
- **Nejčastější lékové intoxikace u dětí** – Běhounková M.
- **Houby, rostliny, první pomoc v domácnosti** – Pelclová D.

12.30–13.30 IP NENÍ VŠECHNO JENOM COVID

garantka MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

- **Diskuzní interaktivní přednáška**

13.30 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

1. kongres Medicíny pro praxi Českých Budějovic

18.–19. března 2022 | Clarion Congress Hotel České Budějovice

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Gastroenterologickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a. s.

Odborný garant

doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Ing. Lucie Zlámalová, 733 111 013, zlamalova@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Helena Zedníčková, 778 976 986, zednickova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: Mgr. Tereza Krejčí, krejci@solen.cz

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře.



Supplementum B Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi. 2022;19(Suppl B).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-390-3

INZERCE

INZERCE

ORL

garant MUDr. Luboš Mrzena, Ph.D.

pátek / 18. března / 9.05–10.35 hod.

Otalgie a výtok z ucha

MUDr. Martin Huška, MUDr. Lubor Mrzena, Ph.D.

Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Bolest ucha je častým symptomem, který přivádí pacienty do ordinací praktických lékařů. Podle místa vzniku dělíme bolest na primární a sekundární. Většinou se jedná o primární otalgii, která má původ v uchu a při otoskopii nacházíme abnormální nález. Nejčastější onemocnění vyvolávající bolest ucha je akutní středoušní zánět. Sekundární otalgie, označovaná také jako přenesená, má původ mimo oblast ucha. Nalezení příčiny bolesti ucha může být v tomto případě obtížné kvůli bohaté inervaci ucha. Zevní a střední ucho je zásobeno senzitivními vlákny z V., VII., IX. a X. hlavového nervu a větvemi míšních nervů C2 a C3 z cervikálního plexu. Pro rozlišení původu bolesti ucha je podstatná anamnéza a fyzikální vyšetření vedoucí k odhalení např. arthropatie temporomandibulárního kloubu, kariézního chrupu, pharyngitidy apod. Otalgie ale může být také jediným příznakem závažných stavů, jako jsou např. maligní nádory hlitanu. Zvláště u pacientů nad 50 let věku, kuřáků, pacientů užívajících pravidelně alkohol je riziko maligního onemocnění vyšší. Pokud nepřináší úlevu symptomatická terapie, měl by být dále takový pacient dovyšetřen – zobrazovací vyšetření, ORL vyšetření, ev. další specializace dle příznaků. Otorea často doprovází otalgii, zvláště má-li hnisavý charakter. V tomto případně se nejpravděpodobněji jedná o zánět středouší nebo zvukovodu. Dále se můžeme setkat se sanguinolentní sekrecí, většinou s traumatickou etiologií. V souvislosti s traumatem se může objevit také čirý výtok, zde je nutné pomyslet na likvoreu.

Nedoslýchavost a závratě

MUDr. David Průša, MUDr. Václav Albrecht

Nedoslýchavost: sluchadlová protetika pro praktické lékaře

MUDr. David Průša

Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Podstatou nedoslýchavosti je buď blokáda vedení zvuku ze zevního prostředí do vnitřního ucha (typ převodní), porucha funkce vnitřního ucha nebo sluchové dráhy (typ sensorineurální), anebo kombinace obou uvedených faktorů (typ smíšený). Nejčastějším typem nedoslýchavosti jsou percepční vady, způsobené patologickými změnami v oblasti vnitřního ucha.

Ke korekci sluchových vad se používají v současnosti výhradně digitální sluchadla. Jedná se o elektroakustické přístroje, které pracují jako velice sofistikované zesilovače zvuku.

Koncepce moderního digitálního sluchadla:

Mikrofon → A/D převodník → Procesor → D/A převodník → Reproduktor

Sluchadla lze přizpůsobit velkému množství sluchových vad. Moderní sluchadla disponují pokročilými systémy pro potlačení rušivých zvuků, zvýraznění řeči, změkčování náhlých zvukových rázů či chytrými mechanismy vytvářejícími adaptivní směrovost mikrofonů. Jsou vybavena technologiemi, které umožňují připojení k televizi, audiosystémům, počítačům, tabletům či chytrým telefonům a streamování zvukového signálu ze zařízení přímo do sluchadla. Na aplikaci v tabletu nebo chytrém telefonu si uživatel může nastavovat hlasitost signálu nebo ovládat směrovost mikrofonů, ale může si i pouštět maskovací zvuky sloužící k odvedení pozornosti od vlastních ušních šelestů (tinnitus masking).

Závratě

MUDr. Václav Albrecht, MUDr. Jan Doležal

Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Porucha rovnováhy představuje jeden z nejčastějších symptomů vedoucích k návštěvě lékaře. Téměř polovina populace zažije během svého života závratě, zejména pak jde o starší pacienty. Cílem první části naší přednášky je seznámit zdravotníky s problematikou závratí z otorinolaryngologického pohledu. Pomoci tak posluchači základně se v této otázce orientovat, pacienta fyzikálně vyšetřit a seznámit ho s nejčastějšími diagnózami z ORL praxe. Rádi bychom předali doporučený algoritmus vyšetření pacientů s akutně vzniklou vestibulární symptomatikou. Dále se budeme věnovat možnostem naší speciální vestibulologické ambulance a také vestibulární rehabilitaci.

Zánětlivá onemocnění v ORL oblasti

MUDr. Pavel Střihavka

Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Zánětlivá onemocnění v oblasti horních cest dýchacích jsou jedním z nejčastějších důvodů, proč pacient vyhledá pomoc praktického lékaře. Do této skupiny patří široká škála onemocnění virových i bakteriálních. Tato onemocnění mohou mít relativně jednoduchý průběh, ale kvůli složité anatomii ORL oblasti mohou též probíhat s výraznými, dokonce až život ohrožujícími komplikacemi. V této přednášce se autor snaží posluchače seznámit s pohledem otorinolaryngologa na nejčastější zánětlivá onemocnění v ORL oblasti, se kterými se může praktický lékař setkat, a zaměřit se na varovné příznaky, které by měly vést k odeslání pacienta ke specializovanému ORL vyšetření.

Nádory ORL oblasti

MUDr. Lubor Mrzena, Ph.D.

Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Nádory hlavy a krku tvoří asi 5 % nádorů lidského těla. Nádory mohou vycházet z kteréhokoli orgánu a tkáně oblasti hlavy a krku. Mezi nádory hlavy a krku nepočítáme nádory CNS, oka a páteře. Do působnosti otorinolaryngologa naopak patří i nádory kůže oblasti hlavy a krku, které jsou vůbec nejčastějšími nádory lidského těla.

Z vlastních nádorů hlavy a krku jsou nejčastějšími a nejdůležitějšími karcinomy vycházející ze sliznic horních cest dýchacích a polykacích. Jde o 6. nejčastější nádor u mužů. Tyto nádory můžeme z hlediska etiopatogeneze a biologického chování rozdělit do 3 nestojně velkých skupin. Největší a nejdůležitější skupinu tvoří karcinomy dutiny ústní, orofaryngu, hypofaryngu a hrtanu. Další méně početnou skupinu tvoří karcinomy nosu a vedlejších nosních dutin. Poslední skupinou jsou u nás naštěstí poměrně vzácné karcinomy nosohltanu.

Karcinomy dutiny ústní, orofaryngu, hypofaryngu a hrtanu představují asi 90 % nádorů horních cest dýchacích a polykacích. Jedná se ve více než 90 % o spinocelulární karcinomy. Jejich hlavními rizikovými faktory jsou kouření a konzumace alkoholu. V časných stádiích mají poměrně dobrou prognózu. V pokročilých stádiích však 50–70 % pacientů umírá na recidivu primárního tumoru nebo uzlinových metastáz. Vzdálené metastázy jsou u těchto nádorů méně časté. V časných stádiích můžeme tyto karcinomy léčit chirurgicky nebo zářením. V pokročilých stádiích se kombinuje chirurgická léčba s pooperační radioterapií a někdy i chemoterapií.

V posledních desítkách let se z těchto nádorů vyděluje zvláštní etiologicky i prognosticky odlišná skupina spinocelulárních karcinomů orofaryngu, které mají etiologický vztah k infekci lidským papilomavirem. Zatímco karcinomů, které mají vztah ke kouření a konzumaci alkoholu, mírně ubývá, incidence karcinomů orofaryngu, které mají vztah k HPV infekci, prudce

INZERCE

stoupá. Tyto karcinomy postihují především mladší jedince a mají naštěstí výrazně lepší prognózu. Postihují výhradně patrové tonzily a kořen jazyka. Typický pro tento karcinom je nález poměrně malého, nenápadného primárního tumoru a rozsáhlých uzlinových metastáz.

Karcinomy nosu a vedlejších nosních dutin jsou ze ⅔ tvořeny spinocelulárními karcinomy, které vznikají působením dřevného prachu nebo výparů z těžkých kovů. Zbytek tvoří adenokarcinomy. Hlavní léčebnou modalitou je chirurgická léčba následovaná pooperační radioterapií.

Karcinom nosohltanu je poměrně málo častý u bělochů v Evropě a Severní Americe, ale jedná se o jeden z nejčastějších maligních nádorů v jihovýchodní Asii. Jedná se nejčastěji o nediferencovaný karcinom, který má etiologický vztah k EBV infekci. Jedná se o vysoce maligní tumor, pro nějž jsou typické časté a rozsáhlé metastázy do krčních uzlin i relativně časté vzdálené metastázy. Tento karcinom je naštěstí dobře citlivý na radioterapii a chemoterapii.

Důležitou skupinu nádorů hlavy a krku představují maligní nádory slinných žláz. Jedná se převážně o různé typy adenokarcinomů, které se liší biologickým chováním i prognózou. Asi 80 % nádorů slinných žláz postihuje příušní žlázu, ale pouze asi 20 % z nich je maligních. Submandibulární žlázu postihuje necelých 20 % nádorů slinných žláz, ale až 50 % z nich je maligních. Velmi vzácné jsou nádory sublinguální žlázy, ale velká většina z nich je maligních. Zhoubné nádory mohou vycházet také z malých slinných žláz, které se nacházejí v dutině ústní a orofaryngu. Nejčastěji postihují jazyk, kořen jazyka, tvrdé a měkké patro. Hlavní léčebnou modalitou u nádorů slinných žláz je chirurgická léčba, která je u pokročilých nádorů kombinována s pooperační radioterapií.

Přednáška podává přehled o klinickém obrazu, diagnostice a léčbě nádorů hlavy a krku se zaměřením na úlohu praktického lékaře v péči o tyto pacienty.

Diagnostika a chirurgická léčba ronchopatie a syndromu spánkové apnoe

MUDr. Lubor Mrzena, Ph.D.

Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Během spánku dochází u některých lidí k tak výraznému poklesu klidového tonu svalů horních dýchacích cest, že negativní tlak v dýchacích cestách, který vzniká při nádechu, způsobuje vibraci určitých struktur dýchacích cest a vznik chrápání nebo dokonce kolaps a obstrukci určitých etáží dýchacích cest vedoucí k zástavě dýchání ve spánku. Podle toho rozlišujeme prosté chrápání (ronchopatii) a syndrom obstrukční spánkové apnoe (OSAS). Od OSAS musíme vždy odlišit syndrom centrální spánkové apnoe, kdy k zástávám dýchání ve spánku dochází v důsledku poruchy řízení dýchání na úrovni CNS.

Cyklus zástavy dýchání ve spánku a následného tzv. mikroprobuzení, při kterém se dýchání obnoví, se může za hodinu spánku zopakovat i více než stokrát. Pacient se pak po probuzení cítí unavený, a to i po celonočním spánku. Onemocnění může kromě zhoršené kvality spánku způsobovat i opakovaný pokles saturace krve kyslíkem, a tím narušovat celkové zdraví pacienta. Spánková apnoe tak může způsobit další komplikace: únavu, depresi, poruchy koncentrace, vysoký krevní tlak a problémy se srdcem, diabetes 2. typu, metabolický syndrom, komplikace během narkózy, onemocnění jater a partnerské problémy.

Mezi nejčastější příznaky obstrukční spánkové apnoe patří hlasité chrápání, přerušované dýchání ve spánku, náhlé probouzení doprovázené dušností, suchými ústy a bolestí v krku, ranní bolesti hlavy, ospalost během dne, problémy s pozorností a podrážděnost.

Mezi rizikové faktory vzniku obstrukční spánkové apnoe patří obezita, větší obvod krku, nepříznivé anatomické poměry v horních cestách dýchacích, mužské pohlaví, věk, alkohol, drogy, sedativa, kouření, zhoršená nosní průchodnost.

Diagnóza OSAS má být kromě anamnézy vždy prokázána celonočním monitorováním spánku. Monitoraci dělíme podle počtu sledovaných parametrů na screeningovou, vícekanálovou a kompletní polysomnografii. Tíže OSAS je stanovena na základě apnoe hypopnoe indexu (AHI,

INZERCE

INZERCE

počet apnoí a hypopnoí za 1 hodinu spánku) zjištěného při spánkové monitoraci: lehký OSAS ($5 < \text{AHI} < 15$), středně těžký OSAS ($15 < \text{AHI} < 30$), těžký OSAS ($\text{AHI} < 30$). Součástí diagnostiky OSAS musí být vždy vyšetření otorinolaryngologem s pokusem o identifikaci místa obstrukce.

Jako první krok v léčbě OSAS je třeba zkusit zavést životosprávná opatření, především redukci váhy, polohování, případně zvážít orální aplikátory. Nejúspěšnější léčbou každého OSAS je přetlaková ventilace ve spánku. Léčba pomocí CPAP (trvalého přetlaku v dýchacích cestách) je doporučena pro léčbu střední a těžké spánkové apnoe. Léčba pomocí BPAP (dvouúrovňového přetlaku v dýchacích cestách) je doporučena pro léčbu střední a těžké spánkové apnoe při nedostatečném léčebném účinku CAP. Chirurgická léčba je indikována v případech, kdy přetlakovou ventilaci nelze z nějakého důvodu aplikovat (nesnášenlivost léčby, odmítnutí léčby). Je vhodná především k léčbě prosté ronchopatie a lehké spánkové apnoe.

Mezi chirurgické postupy indikované pro OSAS a ronchopatii patří operace ke zprůchodnění nosní dutiny a nosohltanu (septoplastika, funkční endoskopická chirurgie, redukce objemu nosních skořep, adenotomie) a dále operace zaměřené na korekci nepříznivých anatomických poměrů, které se podílí na obstrukci dýchacích cest ve spánku. Z nich nejdůležitější jsou uvulopalatofaryngoplastika (UPPP) a její modifikace, kterými jsou např. uvulaflap a laserová uvuloplastika (LAUP), dále radiofrekvenční termální terapie (RFITT) měkkého patra, tonsil a kořene jazyka, závěsy jazyky, maxilomandibulární předsun a tracheostomie.

Obsahem přednášky je rozbor klinického významu OSAS, jeho diagnostiky a léčby. V přednášce jsou podána praktická doporučení, jak postupovat u pacienta s podezřením na OSAS.

Kardiologie

garant MUDr. Pavel Rutar

pátek / 18. března / 11.05–12.15 hod.

Efekt kininové kaskády aneb klíč pro výběr antihypertenziva

MUDr. Pavel Rutar

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

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 morbidity 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 % hyperteniků, 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.

HMOD a jak se nedostat do bodu, odkud není cesty zpět

MUDr. Tomáš Hauer

Cévní Centrum České Budějovice, s. r. o.

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 poškození (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, které 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 Olomouc

²Soukromá ambulance Medikatze, s. r. o., Litovel

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,

INZERCE

protože ani sebelepší 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 diskusi 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.

Gastroenterologie

garant doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

pátek / 18. března / 13.45–15.15 hod.

Příprava ke koloskopickému vyšetření

MUDr. Ivo Horný

Interní oddělení, Nemocnice Strakonice, a. s.

Kvalitní očista tlustého střeva je zásadní podmínkou efektivní a bezpečné koloskopie. Spočívá v dodržení dietních opatření před vyšetřením a vypitím individuálně zvoleného roztoku. Optimální je dělená příprava, která spočívá v rozděleném podání přípravku večer před vyšetřením a ráno v den vyšetření s přihlédnutím k typu analgosedace pacienta. Stupeň kvality přípravy je nedílnou součástí vyšetřovacího protokolu. K přípravě pacienta ke koloskopii lze využít celé škály přípravků s přihlédnutím k individualitě pacienta, jeho nemocem, užívané medikaci, především lékům s konstipačním efektem, a sociálnímu zázemí pacienta. Výběr přípravku k očištění střeva před koloskopií může být ovlivněn i pozitivními lékovými listy jednotlivých nemocničních pracovišť.

Praktické desatero o idiopatických střevních zánětech

doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

1. lékařská fakulta UK, Praha

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

1. Idiopatické střevní záněty (IBD), mezi něž řadíme Crohnovu chorobu (CN) a ulcerózní kolitidu (UC), patří mezi zánětlivá onemocnění trávicí trubice se širokým spektrem projevů střevních i mimostřevních. Postihují především populaci ekonomicky vyspělých zemí, prevalence IBD v ČR se pohybuje kolem 0,5 % a trvale narůstá.
2. Význam hereditární komponenty pro vznik IBD je nesporný, relativní riziko vzniku IBD u prvostupňových příbuzných je 8–10. Rodinná anamnéza IBD je tak nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro vznik obou nemocí.
3. Mezi zevní faktory podílející se na vzniku IBD patří zejména kouření (zvyšuje riziko CN a zhoršuje její průběh), předchozí apendektomie (snižuje výskyt UC), nedostatek vitamínu D a některé faktory dietní, obecně zahrnující stravu „západního“ typu. Některé studie dokladují benefit tzv. středomořské stravy snižující riziko vzniku IBD. Nelze vyloučit ani vliv medikamentů (antibiotika, nesteroidní antirevmatika), hygienické aspekty a faktory psychologické (stres).
4. Crohnova choroba je chronický, granulomatózní zánět postihující segmentálně různé části trávicí trubice, nejčastěji oblast terminálního ilea a ileocekálního přechodu, časté je i postižení tlustého střeva včetně rekta. U třetiny až poloviny nemocných se

INZERCE

- objevují perianální projevy CN – abscesy a píštěle. Charakteristickou vlastností CN je diskrepance mezi intenzitou symptomů a morfologickým nálezem, řada nemocných má navzdory těžkým změnám jen minimální obtíže.
5. Ulcerózní kolitida má charakter chronického, povrchového, hemoragicko-katarálního zánětu, který postihuje sliznici tlustého střeva od rekta orálním směrem. Diagnostika UC je ve srovnání s CN jednodušší a je založena na:
 - a. typickém klinickém obrazu – krvácení z konečníku, tenesmy, průjem
 - b. endoskopickém a histologickém nálezu zánětlivých změn typických pro UC
 6. Medikamentózní léčba je základem terapie IBD. Spolu s ní se uplatňuje i léčba nutriční, chirurgická a endoskopická.
 7. Cílem léčby je dosažení a udržení tzv. hluboké remise. Ta je definována jako kombinace klinické remise (absence symptomů), zhojení morfologických známek zánětu (endoskopie, CT, MR, USG) a normalizace biologických markerů aktivity, především CRP a fekálního kalprotektinu.
 8. Základní terapeutické skupiny používané v léčbě IBD tvoří:
 - a. konvenční léky: aminosalicyláty, kortikoidy, imunosupresiva, antibiotika, probiotika
 - b. biologická a inovativní léčiva
 9. Konvenční léčba je efektivní přibližně u ¾ pacientů s UC a poloviny nemocných s CN. Ostatní vyžadují někdy v průběhu života léčbu biologickou nebo inovativní.
 10. Nejméně polovina pacientů s CN a 15 % pacientů s UC musí podstoupit chirurgickou léčbu. U CN není operace kurativním výkonem, řada pacientů je operována vícekrát.

Cholelitiáza – aktuální přístup k léčbě

MUDr. Filip Shon

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Cholelitiáza je jedno z nejčastějších onemocnění trávicího traktu a je nejčastějším důvodem hospitalizace pro gastroenterologické onemocnění v Evropě. Prevalence cholelitiázy se významně liší podle geografické a etnické příslušnosti. V Asii je okolo 5 %. V Evropě a Latinské Americe je okolo 20–25 % a u amerických indiánů dosahuje až 65 %. Západní styl diety zvyšuje prevalenci i u národů s původně nízkým výskytem, jako je Čína a Japonsko. Na základě chemického složení a makroskopického vzhledu rozdělujeme žlučové kameny do dvou hlavních skupin, tedy na cholesterolové a pigmentové. Na základě lokalizace potom rozlišujeme kameny intrahepatické, žlučnickové a kameny společného žlučovéhoodu. U pacientů se žlučnickem vzniká litiáza téměř vždy ve žlučnicku a do žlučových cest může vycestovat. Choledocholitiázu primárně vzniklou ve vývodech nacházíme u pacientů po cholecystektomii. Rizikovými faktory vzniku cholelitiázy jsou věk, ženské pohlaví, obezita, dieta s vysokým obsahem cholesterolu a tuků, těhotenství, rapidní váhový úbytek, diabetes a další stavy. Z hlediska vývoje choroby rozlišujeme asymptomatickou a symptomatickou litiázu. Symptomatická cholelitiáza se projevuje epizodickou bolestí v epigastriu nebo v pravém podžebří. Komplikace cholelitiázy jsou cholecystitida, choledocholitiáza, cholangitida a biliární pankreatitida. Mezi další vzácnější komplikace patří Mirizziho syndrom a cholecystoenterická píštěl. Základem diagnostiky je anamnéza, fyzikální vyšetření a břišní ultrasonografie. Další používané diagnostické, a v některých případech i terapeutické, metody jsou EUS, CT, MRCP, ERCP. Orální cholecystografie je považována za obsolentní a cholescintigrafie je v České republice používána minimálně. Metodou volby v léčbě symptomatické cholelitiázy je laparoskopická cholecystektomie. Disoluční terapie kyselinou ursodeoxycholovou a extrakorporální litotrypse rázovou vlnou nejsou doporučeny pro nedostatečný léčebný účinek a vysoké procento rekurence cholelitiázy po léčbě. U akutní cholecystitidy je preferovaná časná laparoskopická cholecystektomie, dle různých doporučení v době do tří až sedmi dnů od začátku hospitalizace, respektive až do

INZERCE

deseti dnů od začátku obtíží. Prevencí cholelitiázy je dle aktuálních doporučení zdravý životní styl s dostatkem pohybové aktivity a udržování ideální tělesné hmotnosti.

Antisekreční léčba – rub a líc

prof. MUDr. Jan Bultas, CSc.

Ústav farmakologie 3. LF UK Praha

Inhibice sekrece kyseliny solné v žaludku je jedním z nejrozšířenějších léčebných postupů, v České republice je chronicky léčeno téměř 20 % populace, prakticky všichni s užitím inhibitorů protonové pumpy (PPI). Paralelně jsou užívány inhibitory histaminových receptorů H₂ (famotidin) a přichází skupina „draslík-dependentních inhibitorů acidity“, čili prazanů.

Samo o sobě užití PPI s sebou nese řadu úskalí. Ta jsou na třech úrovních. První je vlastní snížení sekrece kyseliny solné v žaludku se vzestupem pH. To s sebou nese snížené vstřebávání řady léčiv či nutrientů. Klinicky významná je zejména nízká absorpce kyseliny acetylsalicylové se snížením až selháním protidestičkového účinku. Pokles acidity přináší i zhoršení bariéry proti infekcím, nejen alimentárních, ale též např. covidu-19.

Dalším problémem je to, že PPI neinhibují pouze protonovou pumpu v žaludku, ale též protonovou pumpu (tzv. vakuolární) v řadě orgánů – v nefronu, v osteoklastu, v epitelích nadvarlete či v lysozomech všech buněk. Při chronické expozici PPI se výrazně zvyšuje výskyt řady nefropatií až renálního selhání, zpomalení přestavby kostí s jejich degenerací a frakturami, poruchy zrání spermatozoí se sníženou motilitou spermií a řady dalších projevů. Data FDA dokládají též výrazný vzestup nervových, smyslových a kognitivních poruch.

Třetí nevýhodou dlouhodobého podávání PPI je jejich inhibice oxidázy CYP 2C19. Ta mimo jiné degraduje řadu antidepresiv (zvýšení jejich koncentrace může být významné) či aktivuje klopidoogrel na aktivní léčivo. Výsledkem je opět snížení až selhání protidestičkového účinku, tentokrát na jiném podkladě. Stran inhibice isoenzymu CYP 2C19 je nejpotentnější omeprazol, nicméně i ostatní PPI jsou středně silnými inhibitory.

Klinickou korelací těchto farmakokinetických a farmakodynamických vlastností PPI je vyšší výskyt velkých kardiovaskulárních příhod (infarktu myokardu, mozkových příhod i kardiovaskulární mortality), vyšší výskyt je zejména významný u rizikových osob, tj. seniorů léčených protidestičkovou léčbou. Vzestup velkých vaskulárních příhod se pohyboval u osob léčených PPI mezi 30 až 120 % (proti osobám neléčeným), resp. o pětinu proti osobám léčeným blokátory H₂ receptorů. O renálním riziku jsme se již zmínili, např. incidence akutní intersticiální nefritidy stoupla více než trojnásobně, akutní renální selhání stoupl prakticky dvojnásobně a chronické selhání o desítky procent. I u renálního postižení bylo riziko výrazně vyšší než při léčbě inhibitory H₂ receptorů.

Předložená fakta nás nutí zamyslet se vždy před preskripcí antisekreční léčby, položit si otázku: Je léčba skutečně indikována? Po jak dlouhou dobu je nutná? Nelze využít jiný postup, např. úpravu životosprávy či zvolit jinou skupinu léčiv? Pokud se nebudeme nad indikací PPI zamýšlet, naplní se slova nestora gastroenterologie, profesora Mařatky: „Jednou se budeme muset kyselině solné omluvit“.

Aktuality do vaší ordinace II.

pátek / 18. března / 15.15–16.15 hod.

Novinky v diagnostice a léčbě žilní tromboembolie

doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.

II. interní klinika kardiologie a angiologie, VFN a 1. LF UK, Praha

Žilní trombóza a plicní embolie se vyskytují stále jako potenciálně fatální onemocnění s incidencí 100–200 na 100 000 obyvatel, přičemž v posledních 2 letech byl zaznamenán

INZERCE

nárůst incidence díky onemocnění covid-19. Symptomy onemocnění jsou často nespecifické, což ztěžuje možnost promptní diagnostiky a zahájení adekvátní léčby. Nicméně hlavní vedoucí příznaky – jednostranný otok končetiny a nově vzniklá/nebo zhoršená dušnost – vedou k nutnosti přímého zobrazení žil a plicních tepen (duplexní sonografií žil nebo CT angiografií).

U méně specificky vyjádřených stavů by nejběžnější diagnostickou strategií v rámci ambulance praktického lékaře mělo být stanovení tzv. pravděpodobnosti přítomnosti nemoci (pomocí skórovacích systémů, obvykle dle Wellse), dále stanovení D-dimerů (se znalostí jejich adjustace na věk) a teprve poté by mělo následovat zobrazení (kompresní ultrasonografií v případě symptomů žilní trombózy a CT angiografií v případě suspekce na plicní embolii). V tu chvíli by také odesílající lékař měl zajistit nemocného před dosažením zpřesňujícího vyšetření první dávkou antikoagulancia (subkutánní aplikací nízkomolekulárního heparinu).

Po confirmaci diagnózy jsou nemocní léčeni buď ambulantně (v současnosti většina nemocných) nebo za hospitalizace (proximální trombózy, plicní embolie tzv. submasivní a masivní). Dle hemodynamického statutu a rizik krvácení je zvažována také v nemocničném zařízení trombolytická léčba. Ambulantní nemocní jsou léčeni buď přímými orálními antikoagulancii (apixaban nebo rivaroxaban) nebo po aplikaci LMWH (na minimálně 5 dnů) jsou převedeni na dabigatran nebo edoxaban. Obdobně nemocní po hospitalizaci jsou propouštěni na léčbu těmito přímými orálními antikoagulancii (DOAC), s výjimkou těhotných a kojících.

Základní délka léčby žilní trombózy i plicní embolie je 3 měsíce, často však nemocní mají extendovanou léčbu (př.: idiopatické stavy, recidivy, stavy po život ohrožující plicní embolii, trvající rizika rekurence stavu klinicky vyjádřené, vážné hereditární trombofilie). O délce léčby rozhoduje specialista (optimálně angiolog nebo internista, případně kardiolog).

Kdy pomýšlet na možnost HIV infekce?

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

MUDr. Zdeňka Jerhotová

Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

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

INZERCE

Léčba hepatitidy C v roce 2022

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

MUDr. Pavlína Filipová

Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Infekce virem hepatitidy C je onemocnění, kterému se lékaři věnují již přes 30 let. Má necharakteristický klinický obraz, důsledkem může být jaterní cirhóza a hepatocelulární karcinom. Na hepatitidu C je nutno aktivně myslet a vyšetřovat v tomto směru zejména pacienty z rizikových skupin – příjemce transfuzí před rokem 1992, osoby s anamnézou i. v. užívání drog, osoby s rizikovým sexuálním chováním. Současná farmakoterapie přímo působícími antiviroty přinesla možnost úplného vyléčení HCV infekce, je podstatně kratší a komfortnější ve srovnání s dříve užívanou interferonovou léčbou. Dlouhodobým cílem je eliminace HCV infekce v souladu se strategií WHO. Aktivní vyhledávání a testování infikovaných nemocných je nezbytné pro včasnou a úspěšnou léčbu. Předpokladem je spolupráce lékařů, sociálních pracovníků a nízkoprahových zařízení.

CS-UNB-0020

Angiologie

garant MUDr. Tomáš Hauer

pátek / 18. března / 16.45–18.15 hod.

Endovaskulární zákroky na tepenném systému, možnosti léčby ischemie tepen dolních končetin v Jihočeském kraji**MUDr. Petr Mašek**

Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Ischemická choroba dolních končetin je multioborové onemocnění. Nezbytná je spolupráce intervenčního radiologa s odesílajícími lékaři a vzájemná spolupráce s angiologem a cévními chirurgy. Přednáška je zaměřená na možnosti endovaskulární léčby ischemie dolních končetin, představení spektra prováděných intervenčních výkonů, budou probírány základní indikace k rekanalizační léčbě, technické limitace a výsledky. V přednášce budou vysvětleny základní principy léčby ischemické choroby dolních končetin včetně instrumentaria a ukázek výkonů. Nejčastěji se v léčbě ischemie tepen dolních končetin uplatňuje prostá angioplastika, stenting, mechanická aterektomie a léčba akutních tepenných uzávěrů.

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete v části Pediatrie pro praxi na stranách 20–24.

ABSTRAKTA K SOBOTNÍMU PROGRAMU
22.–23. října 2022
BRNO

**ZA VYPLNĚNÍ ANKETY
MŮŽETE VYHRÁT**

1. Dárkové balení
2. Volná vstupenka na kongres
Medicína pro praxi / Pediatrie pro praxi v roce 2022
3. Přidělení časopisu
Medicína pro praxi / Pediatrie pro praxi na rok 2022
4. Koupě dne výbory
Kongresový program / Zdobrová MŠV
5. Koupě dne výbory
Volná vstupenka na kongres / Dárkové balení
6. Koupě dne výbory
Dárkové balení / Dárkové balení
7. Přidělení časopisu Medicína pro praxi na rok 2022
8. Dárkové balení

Shromáždění anket na sobotní
pro účast v sobotním programu

Pro vyplnění ankety je třeba vyplnit
jméno, příjmení, adresu, e-mail, telefonní číslo

2022

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.