

Medicína pro praxi

2022



www.solen.cz | Med. praxi. 2022;19(Suppl. C) | ISBN 978-80-7471-395-8 | 2022

ABSTRAKTA

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

21.–22. dubna 2022

Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci
s II. interní klinikou FN u sv. Anny v Brně



SOLEN
MEDICAL EDUCATION

INZERCE

PROGRAM – čtvrtek 21. dubna 2022

9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

9.05–9.10 SLAVÍME 20. VÝROČÍ – VZPOMÍNKA NA PRVNÍ ROČNÍK KONFERENCE

MUDr. Hana Šarapatková, Ph.D.

9.10–10.40 GRAVIDNÍ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

garant prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

- **Akutní břicho v těhotenství** – Pilka R.
- **Metodika organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“ v České republice** – Ľubušký M.
- **Diabetes mellitus v těhotenství** – Hostinská E.
- **Hypertenze v těhotenství** – Durdová V.
- **Farmakoterapie v těhotenství** – Kratochvílová T.
- **Výživa v těhotenství** – Maděrková Tozzi M.

10.40–11.10 PŘESTÁVKA

11.10–12.25 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- **Morbus Gaucher – nálezy a ztráty** – Slezák P.
(Přednáška sponzorovaná společností Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s. r. o.)
- **Očkování proti klíšťové encefalitidě jako dárek k narozeninám a další novinky** – Petroušová L.
- **Kdy a proč myslet na hepatitidu C?** – Aiglová K.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
- **HIV pozitivní pacient v ambulanci praktického lékaře** – Bartková D.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
- **Jak nejlépe bojovat s vysokým LDL-C u vašich pacientů po IM?** – Homolová J.

12.25–13.25 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

13.25–14.45 TERMICKÁ PORANĚNÍ

(Spoluorganizováno se Společností popáleninové medicíny, ČLS JEP)

garant doc. MUDr. Břetislav Lipový, Ph.D., MBA

- **Základní aspekty z diagnostiky a terapie popálenin v 21. století** – Kubok R.
- **Lékařská první pomoc, kritéria pro překlad na specializované popáleninové pracoviště, ambulantní léčba malých popálenin** – Štětinský J.
- **Přednemocniční a navazující hospitalizační péče u pacientů s termickým traumatem** – Lipový B.
- **Následky popálenin a jejich současný management s ohledem na kvalitu života po popálení** – Zajíček R.

14.45–15.55 KARDIOLOGIE

garant MUDr. Pavel Rutar

- **HMOD a jak se nedostat do bodu, odkud není cesty zpět** – Pudil J.
- **Efekt kininové kaskády aneb klíč pro výběr antihypertenziva** – Rutar P.
- **Co je u nových tabulek SCORE opravdu důležité? Modelové situace v ordinaci a jak je řešit** – Ožana J., Mačák M.

15.55–16.25 PŘESTÁVKA

16.25–18.00 IMUNOLOGIE

garant prof. MUDr. Jiří Litzman, CSc.

- **Primární imunodeficeience v dospělém věku** – Litzman J.
- **Sekundární imunodeficeience u dospělých** – Chovancová Z.
- **Histaminová intolerance** – Hák R.

18.00 PŘEDPOKLÁDANÝ KONEC ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE

PROGRAM – pátek 22. dubna 2022

- 9.00–9.45** **IP PROMOŘENÍ COVIDEM... MÁME NOVÉ INFEKČNÍ VÝZVY?**
MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
■ Interaktivní přednáška s hlasováním publika
- 9.45–10.10** **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE I.**
■ Chronická žilní insuficience u pacientů s diabetes – Záhumenský E.
■ Anonymní alkoholici – normální je nepít – Martin K.
- 10.10–10.40** **PŘESTÁVKA**
- 10.40–11.40** **DOBŘÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE**
■ Chronická zácpa – možnosti léčby a samoléčby z pohledu lékárníka – Matušková J.
■ Dostupnost zdravotních služeb z pohledu zdravotní pojišťovny – Krkošková A.
■ MEDDI app jako zdroj dalších příjmů pro vaši ambulanci – Benmammar S.
■ Urogenitální infekce – kazuistiky – Emmer J.
- 11.40–12.25** **OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 12.25–13.45** **DIABETES MELLITUS A JEHO KOMPLIKACE**
garant prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.
■ Diabetes mellitus a oční komplikace – Šimičák J.
■ Diabetes mellitus a erektilní dysfunkce – Šrámková T.
■ **IP** Léčba obezity u nemocných s diabetem 2. typu – Cibičková L.
■ Algoritmus farmakoterapie diabetu 2. typu – Karásek D.
- 13.45–14.00** **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE II.**
■ Somaticky nemocný pacient v ordinaci psychiatra – Reguli L.
- 14.00–14.20** **PŘESTÁVKA**
- 14.20–16.00** **PSYCHOSOMATIKA**
garant MUDr. Michal Kryl
■ Základní teze psychosomatického přístupu – Kryl M.
■ Psychosomatika a VPL – Prokopová M.
- 16.00** **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY**

20. kongres Medicíny pro praxi Olomouci – kongres praktických lékařů

21.–22. dubna 2022 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

Společnost SOLEN, s.r.o., ve spolupráci s II. interní klinikou FN u sv. Anny v Brně

Odborný garant

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Rostislav Reininger, 778 775 664, reininger@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Helena Zednicková, 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 12 kredity pro lékaře.



Supplementum C Medicina pro praxi

Citační zkratka:

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

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-395-8

ISSN 1214-8687

INZERCE

INZERCE

Gravidní v ordinaci praktického lékaře

garant prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

čtvrtek / 21. dubna / 9.10–10.40

Akutní břicho v těhotenství

prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta, Fakultní nemocnice Olomouc

Jedním z nejvýznamnějších problémů současného porodnictví je narůstající věk rodiček. V roce 2001 představoval průměrný věk prvorodiček 25,3 let, zatímco v roce 2017 je průměrný věk žen rodících poprvé 28,9 let. Současně jsme zaznamenali dramatický nárůst počtu rodiček ve věku nad 40 let. V olomoucké porodnici bylo v roce 2001 z celkem 1 698 rodiček šest žen starších 40 let (0,35 %). Zatímco v roce 2017 porodilo v naší porodnici z celkem 2 545 žen 91 ve věku nad 40 let (3,5 %). To představuje desetinásobný nárůst v této věkové kategorii rodiček. S narůstajícím věkem rodiček velmi přirozeně přibývá i procento komorbidit přítomných v těhotenství, které jsou podmíněny věkem. Mezi nejdůležitější z nich patří diabetes mellitus a hypertenze. Kromě chronických onemocnění narůstá v rámci tohoto trendu i riziko akutních onemocnění břicha v těhotenství. Ta můžeme z hlediska příčiny řadit do dvou skupin: obecné a gynekologické. Do první skupiny můžeme zařadit: akutní appendicitis, akutní cholecystitis, akutní pankreatitis, netraumatické gastroduodenální perforace, symptomatické hernie břišní stěny, symptomatické diafragmatické hernie, intestinální obstrukce, akutní střevní zánětlivé onemocnění, slezina, břišní trauma, různé. Do skupiny druhé lze zařadit: torze adnex, torze (izolovaná) vejcovodu, ruptura ovariální cysty, ruptura ektopického těhotenství, spontánní ruptura dělohy, torze gravidní dělohy, degenerace děložního myomu, pánevní zánětlivá nemoc, tuboovariální absces. Appendicitis představuje 25–30 % operačních indikací pro akutní břicho v těhotenství. Její incidence je geograficky velmi variabilní. Pohybje se od 1/181 těhotenství na Tchajwanu po 1/8 770 v Mexiku. V Evropě a Česku se její incidence udává 1/1 000–1 500 těhotenství. U appendicitis v těhotenství je riziko případné perforace 2–3× vyšší a představuje až 28 % mateřské úmrtnosti následkem chirurgických komplikací v gestaci. Diagnostika je ztížena zejména ve druhé polovině těhotenství zvětšující se dělohou, přičemž na dělohou vyklenuté břišní stěně chybí příznaky peritoneálního dráždění. Kromě laboratorních známek přítomnosti zánětu patří ke standardům diagnostického postupu ultrazvukové vyšetření a magnetická rezonance. Do budoucna je možné zvažovat i nové CT přístroje s minimální dávkou radiace. V terapii dominuje agresivní chirurgická léčba, díky které se v průběhu posledních dekád podařilo snížit riziko perforace z 25–29 % na 15–20 %. Výskyt akutní cholecystitidy v těhotenství se uvádí 1/1 600–10 000 těhotenství a 40 % těchto žen vyžaduje cholecystektomii. Mezi rizikové faktory patří multiparita, obezita, diabetes mellitus a hormonální kontracepce. Z gynekologických příčin akutního břicha v těhotenství se nejčastěji vyskytuje ruptura ovariální cysty s incidencí 1/500–2 500 těhotenství. Optimální je konzervativní nebo laparoskopický přístup. V případě persistence ovariálního tumoru může dojít v 1/10 000 těhotenství k torzi adnex, kde prioritní snahou je laparoskopická detorse a záchrana ovariální funkce.

Závěr: Akutní břicho v těhotenství je stále velmi mimořádnou situací. Prioritou klinika je rychlé stanovení diagnózy, indikace a zahájení operačního výkonu se snahou o co nejnížší morbiditu a mortalitu.

20. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAKTIKU 21.–22. 4. 2022 OLOMOUČ

ZA VYPLNĚNÍ ANKETY MŮŽETE VYHRÁT

1. Křeslo Interny, 2. akreditované vzdělání (Vítejte)
2. Děkujeme za vaši účast (Solenu)
3. Volný vstup na kongres v roce 2022 do kteréhokoliv věku (Solenu)
4. Křeslo Velké knihy Českého lékaře (Solenu)
5. Přidělení Cestovního listu pro praxi 2022 (Solenu)
6. Přidělení Cestovního listu pro praxi 2022 (Solenu)
7. Křeslo Nemocniční rozvoje (Solenu)
8. Křeslo Akutní péče (Solenu)
9. Křeslo Těhotná v ordinaci gynekologa (Město)
10. Křeslo Zdraví NIV (Město)

Kongresové anketu na stránkách v rubrice 11. Akce pro členy odborného programu

☐ Anketu vyplníte a pošlete nám na adresu: MUDr. Radovan Pilka, Ph.D., Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta, Fakultní nemocnice Olomouc

ANKETA

Zajímá nás váš názor

- 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 Solenu a za vyplnění můžete obdržet praktické ceny.

Metodika organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“ v České republice

prof. MUDr. Marek Ľubušký, Ph.D., MHA¹, prof. MUDr. Marian Kacerovský, Ph.D.²,
prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.³, MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.⁴,
Ing. Miroslav Jankůj, Ph.D.⁵, Ing. David Šmehlík, MHA⁵

¹Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta, Fakultní nemocnice Olomouc

²Porodnická a gynekologická klinika, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové

³Gynekologicko-porodnická klinika, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

⁴Centrum ambulantní gynekologie a primární péče, Brno

⁵Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Praha

Metodika organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“ v České republice je koncipována v rámci spolupráce registrujícího gynekologa, specializovaných zdravotnických pracovišť a porodnice a je v souladu s nově publikovanými doporučenými postupy České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) i aktuálně platnými úhradovými mechanismy.

Cílem je zohlednit nejen hledisko medicínské, ale i organizační, legislativní a ve spolupráci s plátcí zdravotní péče i hledisko ekonomické.

ČGPS ČLS JEP schválila a publikovala celkem 42 aktuálně platných doporučených postupů, které řeší problematiku organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“.

Problematiku „Dispenzární prenatální péče“ řeší jen 3 z nich: č. 1/2021 Sb. „Zásady dispenzární péče v těhotenství“, č. 3/2019 Sb. „Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče“ a č. 4/2019 Sb. „Podrobné hodnocení morfologie plodu při ultrazvukovém vyšetření ve 20.–22. týdnu těhotenství“.

Vzájemně se komplementárně doplňují a materiál je konsenzuálním stanoviskem sekcí ČGPS ČLS JEP: Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny (SPFM), Sekce ultrazvukové diagnostiky (SUD) a Sekce ambulantních gynekologů (SAG).

Zbývajících 39 doporučených postupů řeší problematiku „Prenatální péče a vedení porodu“ převážně u rizikových těhotných nad rámec „Dispenzární prenatální péče“.

Při tvorbě metodiky organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“ je velmi důležitá spolupráce odborné společnosti, poskytovatelů a plátců zdravotní péče.

Diabetes mellitus v těhotenství

MUDr. Eliška Hostinská, prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Úvod: Těhotenství je doprovázeno inzulinovou rezistencí, zprostředkovanou primárně placentární sekrecí diabetogenních hormonů včetně růstového hormonu, kortikotropin uvolňujícího hormonu, placentárního laktogenu (chorionický somatomamotropin), prolaktinu a progesteronu. Tyto a další metabolické změny zajišťují, že plod má dostatek živin.

Definice: Gestační diabetes mellitus je porucha metabolismu glukózy různého stupně, která se objeví v těhotenství a spontánně odezní v průběhu šestinedělí (WHO 2013). V těhotenství může být kromě GDM zachycen také tzv. zjevný diabetes mellitus (dále také DM), který splňuje diagnostická kritéria diabetu platná pro všeobecnou populaci (glykemie nalačno $\geq 7,0$ mmol/l a/nebo v 120. min oGTT $\geq 11,1$ mmol/l) a zpravidla přetrvává i po šestinedělí. GDM v užším slova smyslu je nově definován jako diabetes zachycený ve II. až III. trimestru těhotenství u žen, u kterých nebyl přítomen zjevný diabetes před těhotenstvím (ADA 2017).

INZERCE

Screening GDM v těhotenství – dvoufázový: I. fáze: do 14. týdne, II. fáze: ve 24.–28. týdnu
Gyneologická a perinatologická péče

GDM rozdělujeme v závislosti na léčbě, kompenzaci a riziku komplikací na dvě skupiny:

- GDM s nízkým rizikem
- II. GDM se zvýšeným rizikem

Prenatální péče:

- Prenatální péče o ženy s GDM s nízkým rizikem – zajišťuje ambulantní gynekolog – ve 36.–38. týdnu těhotenství je nad rámec pravidelných ultrazvukových vyšetření v průběhu prenatální péče provedeno ultrazvukové vyšetření k vyloučení abnormálního růstu plodu.
- Prenatální péče o ženy s GDM se zvýšeným rizikem – zajišťuje perinatologické centrum intenzivní péče nebo perinatologické centrum intermediární péče.

Časování porodu dle Doporučeného postupu ČGPS

Vedení porodu:

- GDM není indikací k ukončení těhotenství císařským řezem – při rozhodování o způsobu vedení porodu je nutné postupovat vždy individuálně.

První návštěva v diabetologické poradně po zjištění diagnózy GDM

Léčba GDM – dieta, farmakoterapie, pohybová aktivita.

Hypertenze v těhotenství

MUDr. Veronika Durdová, Ph.D., prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta,
Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: Hypertenze a její komplikace v těhotenství významně zvyšují mateřskou a perinatální mortalitu a morbiditu. Nejzávažnější formou je preeklampsie a eklampsie. Hypertenze se vyskytuje přibližně u 10 % těhotných žen, incidence preeklampsie v ČR je cca 5 %. Preeklampsii dělíme na časnou formu (výskyt do 34. týdne těhotenství) a pozdní formu (po 34. týdnu těhotenství).

V těhotenství by měl být klientce nabídnut screening preeklampsie a růstové restriktce u plodu v rámci kombinovaného screeningu v I. trimestru, který dokáže zachytit až 80 % žen, u kterých se rozvine časná forma preeklampsie.

Užívání kyseliny acetylsalicylové v dávce 150 mg denně nasazené před 16. týdnem těhotenství do 36. týdne těhotenství výrazně snižuje incidenci časných forem preeklampsie.

Při zachytu hypertenze v těhotenství je nutné vyloučit preeklampsii a zajistit adekvátní konzultaci klientky se stanovením dalšího postupu na pracovišti s odborností „vnitřní lékařství“. Gestační a preexistující chronickou hypertenzi je doporučeno léčit od TK $\geq 150/100$ mm Hg, při potvrzení diagnózy preeklampsie již při tlaku $> 140/90$ mm Hg. Krevní tlak udržujeme kolem hodnoty 140/90 mm Hg, aby byla dostatečně zajištěna uteroplacentární perfuze.

Závěr: Preeklampsie je závažný stav u těhotné ženy s možností její predikce a prevence již v I. trimestru těhotenství. Léčba hypertenzních onemocnění v těhotenství by měla být zajištěna ve spolupráci s interním lékařem.

Farmakoterapie v těhotenství

MUDr. Tereza Kratochvílová, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta,
Fakultní nemocnice Olomouc

Věk těhotných v posledních desetiletích se výrazně zvýšil, a proto přibýlo i rizikových těhotenství u žen s preexistujícím interním onemocněním, u kterých je často nutné v medikaci v průběhu těhotenství pokračovat. Některé léky v těhotenství nelze užívat vůbec a je třeba u chronických pacientek medikaci upravit. Obsahem sdělení je přehledný popis podávaných léčivých přípravků v jednotlivých trimestrech těhotenství s upozorněním na

INZERCE

teratogenní potenciál některých z nich a doporučení léčivých přípravků u nejčastěji se vyskytujících nemocí.

Výživa v těhotenství

MUDr. Michaela Maděrková Tozzi

Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta, Fakultní nemocnice Olomouc

Smyslem zdravé výživy ženy jak v období těhotenství, tak v období kojení je vytvoření podmínek pro optimální vývoj plodu, eventuálně kojence, při zachování dobrého nutričního stavu matky. Vzhledem ke společné výživě dvou jedinců matky a plodu není jednoduché stanovit doporučení ve smyslu denního doporučeného příjmu jednotlivých živin a energie. Doporučení jsou proto většinou založena na tzv. faktoriálních odhadech, tj. navýšení dávky pro ženy netěhotné a nekojící o odhady potřeby plodu, eventuálně kojence. Tuto situaci nadále komplikuje výchozí nutriční stav matky na počátku gravidity, kdy podvyživené ženy potřebují pro optimální vývoj svého dítěte přibrat více, a tedy mít vyšší energetické dávky s porovnáním s ženami s přiměřeným nutričním stavem, či dokonce obézními. Nelze se tedy divit, že všeobecná výživová doporučení pro těhotné ženy se značně liší. V přednášce bude zmíněna problematika diagnostiky anémie a suplementace železem, ideální příjem bílkovin, některých vitaminů a jejich opodstatnění. Dotkneme se i problematiky abúzu alkoholu v těhotenství a kontroverzního tématu „pojídání placenty a jejích zázračných účinků“.

Aktuality do vaší ordinace

čtvrtek / 21. dubna / 11.10–12.25

Morbus Gaucher – nálezy a ztráty

MUDr. Přemysl Slezák

Hematologicko-transfuzní oddělení Nemocnice Šumperk, a. s.

Gaucherova choroba je nejčastějším lysozomálním stádavým onemocněním a je způsobena nedostatečnou nebo nulovou aktivitou enzymu glukocerebrosidáza. Při Gaucherově nemoci dochází k lysozomálnímu stádání glukocerebrosidu v buňkách makrofágového původu. Stádání je nejvíce vyjádřeno v retikuloendotelu sleziny, kostní dřeni a v parenchymu jater.

Onemocnění je multisystémové s trvalou progresí obtíží a s postižením různých orgánů či tkání.

Pacienti s Gaucherovou chorobou se díky individuální variabilitě a intenzitě příznaků a různému věku mohou vyskytovat také v ambulanci praktického lékaře. Mezi nejčastější projevy Gaucherovy choroby patří:

- Trombocytopenie – mukokutánní krvácení (např. epistaxe, krvácení dásní, silnější menstruační krvácení), masivnější pooperační krvácení.
- Hepato/splenomegalie – bolesti břicha, abdominální distenze; infarkt jater a sleziny manifestující se náhlou příhodou břišní, extrémně spodní okraj sleziny může zasahovat až do podbříšku.
- Skeletální postižení – bolesti kostí / kostní krize, avaskulární nekróza, patologické fraktury, časná osteoporóza, artrotické změny na kloubech.
- U dětí – růstová retardace, opožděný nástup puberty, celkové neprospívání.

Gaucherova choroba je autosomálně recesivní genetické onemocnění, kdy obdobné projevy onemocnění mohou postihnout především sourozence daného jedince.

INZERCE

Pokud máte pacienta se suspektními příznaky Gaucherovy choroby, lze onemocnění jednoduše potvrdit nebo vyvrátit stanovením aktivity enzymu či genetickým vyšetřením. Diagnostický test pomocí metody suché krevní kapky (DBS) lze objednat na screening@takeda.com.

HIV pozitivní pacient v ambulanci praktického lékaře

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

MUDr. Daniela Bartková

Klinika infekčního lékařství Fakultní nemocnice Ostrava

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

Termická poranění

(Spoluorganizováno se Společností popáleninové medicíny, ČLS JEP)

garant doc. MUDr. Břetislav Lipový, Ph.D., MBA

čtvrtek / 21. dubna / 13.25–14.45

Základní aspekty z diagnostiky a terapie popálenin v 21. století

MUDr. Richard Kubok, doc. MUDr. Robert Zajíček, Ph.D.

Klinika popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady, Praha, 3. lékařská fakulta
Univerzity Karlovy, Praha

V naší prezentaci vám ukážeme třídění dle závažnosti poranění v souvislosti s věkem, a z toho vyplývající zásady 1. lékařské pomoci, zajištění pacienta, indikace a doporučení k odeslání pacienta na spádové chirurgické pracoviště nebo specializované popáleninové centrum (Ostrava, Brno, Praha).

Lékařská první pomoc, kritéria pro překlad na specializované popáleninové pracoviště, ambulantní léčba malých popálenin

MUDr. Jiří Štětinský, Ph.D.

Popáleninové centrum Fakultní nemocnice Ostrava

Lékařská první pomoc, po zjištění okolností úrazu, spočívá v zajištění dostatečné oxygenace. Intubaci a UPV je nutno provést u podezření na inhalační trauma, popálení obličeje a krku, kde hrozí bezprostřední otok dýchacích cest. Následuje zajištění kvalitního žilního vstupu, event. intraoseální infuzní terapie. Vhodné jsou alkalizující krystaloidní roztoky (Hartmann, Ringerlaktát).

INZERCE

U rozsáhlých traumat lze použít orientační Brookovu formuli ($3 \times \% \text{ TBSA} \times \text{hmotnost v kg}$). Polovina vypočteného množství se podá v prvních 8 hodinách, 2. polovina v následujících 16 hodinách. Kalkulujeme max. s 50 % TBSA (total body surface area). U dětí do 3 let lze použít modifikovanou Brookovu formuli: $2 \times \% \text{ TBSA} \times \text{hmotnost v kg} + (140 - 10 \times \text{věk}) \times \text{hmotnost v kg}$. Polovinu množství podáme v prvních 8 hodinách. U nerozsáhlých popálenin lze orientačně podat 10 ml/kg hod. K analgetizaci preferujeme i. v. podání Ketaminu 0,5–1 mg/kg (intramuskulárně aplikujeme trojnásobnou dávku), u dětí je vhodné doplnit Midazolamem 0,1–0,2 mg/kg. U opiátů je třeba myslet na možný útlum dechového centra. Neopiodní analgetika můžeme použít u nerozsáhlých popálenin. Chladíme pouze v omezeném rozsahu do 5 % TBSA (obklady s fyziologickým roztokem, Water Jel roušky), především obličej, krk, genitál, ruce. Ostatní plochy kryjeme sterilními rouškami. Z chirurgických výkonů se urgentně provádí uvolňující echarotomie na krku, jako prevence decerebrace. Před samotným transportem avizujeme telefonicky pracovišti popálenin, kam by měl být popálený přivezen do 1,5 hod k definitivnímu ošetření. K transportu na spec. popáleninové pracoviště jsou indikováni dospělí pacienti s popálením II. st. nad 20 % TBSA (senioři 65 let a více nad 10 % TBSA), III. st. nad 5 %. U dětí je indikace do 3 let nad 5 % TBSA, do 10 let nad 10 % TBSA, do 15 let nad 15 % TBSA, 15–18 let nad 20 %. Hluboká popálení IIb., III. a IV. st. jsou vždy indikována k hospitalizaci na spec. popál. pracovišti. Při popálení obličeje, rukou, plošek nohou a genitálu je pacient také směřován na popáleninové centrum, dále jsou to elektrotraumata vysokým napětím, radiační popáleniny, inhalační trauma spojené s popálením.

Při ošetřování malých popálenin pacienta analgetizujeme, plochy chladíme oplachy FR o teplotě 8 °C, v případě chemického traumatu zajistíme neutralizaci oplachy vodou min. 20 minut. Provedeme dezinfekci ploch, perforujeme bullu a vypustíme jejich obsah, epidermis nestrháváme, sterilně kryjeme. K lokální léčbě malých popálenin je dnes k dispozici široká škála preparátů. Z naší praxe je nyní hojně používán přípravek Flamigel či Mepilex Ag. Iodové preparáty (Betadine, Inadine) se dlouhodobě osvědčují při léčbě starších mírně infikovaných popálenin.

Přednemocniční a navazující hospitalizační péče u pacientů s termickým traumatem

doc. MUDr. Břetislav Lipový, Ph.D., MBA, LL.M.¹, MUDr. Filip Raška¹,
MUDr. Martin Hladík¹, MUDr. Jana Kubalová², MUDr. Jana Bartošková^{1,2}

¹Klinika popálenin a plastické chirurgie FN Brno a LF MU, Brno

²Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje

Adekvátní poskytnutí přednemocniční péče (PNP) u pacientů s termickým traumatem, jejich správné směřování a transport bez zbytečné časové prolongace, vede k dramatickému zvýšení šance na přežití těchto pacientů. Právě důležitost PNP v terapii pacientů s popálením vyústila v roce 2017 v implementaci klíčového dokumentu definujícího základní aspekty této fáze „Přednemocniční péče o termický úraz (Prvotní odborné ošetření popáleninového traumatu)“. V prezentaci bude poukázáno na skutečnost, jak v praxi vypadá implementace zásad tohoto dokumentu. Diskutovány budou také nejdůležitější chyby, které se v rámci PNP vyskytnou a mohou dále ovlivnit jak navazující hospitalizační péči, tak také samotnou prognózu popálených pacientů.

Následky popálenin a jejich současný management s ohledem na kvalitu života po popálení

doc. MUDr. Robert Zajíček, Ph.D., MUDr. Richard Kubok

Klinika popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady, Praha, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Péče o pacienta s popáleninami má tři období. Po období popáleninového šoku, akutního období spojeného s léčbou ran, nastupuje období rehabilitace a rekonstrukce. Termické trauma je často spojeno s trvalými následky. Hlavním cílem komplexní multidisciplinární popáleninové

INZERCE

péče je kvalita života a návrat pacienta do společnosti. Závažný popáleninový úraz má dlouhodobý odraz v metabolismu pacienta, jeho respirační a kardiovaskulární kapacitě a v neposlední řadě v jizevnatém poškození kožního krytu. Přednáška zmíní základní patologii/patofyziologii jizevnatého hojení, typy jizev (hypertrofickou, keloidní), jejich odlišnosti a hlavně možnosti prevence a léčby jizevnatých následků úrazu.

Kardiologie

garant MUDr. Pavel Rutar

čtvrtek / 21. dubna / 14.45–15.55

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

MUDr. Jan Pudil

II. interní klinika – klinika kardiologie a angiologie Všeobecné fakultní nemocnice
a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

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 kombinací léčby, která významně snižuje předčasnou morbiditu a mortalitu našich pacientů.

Efekt kininové kaskády aneb klíč pro výběr antihypertenziva

(Kininová kaskáda, významný hráč na poli redukce kardiovaskulárního rizika hypertoniků)

MUDr. Pavel Rutar

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

Pro léčbu arteriální hypertenze máme v současnosti k dispozici širokou škálu bezpečných, efektivních a prověřených molekul. Volbu konkrétního antihypertenziva přitom vždy ovlivňuje několik faktorů – těmi hlavními dvěma faktory jsou individuální potřeby pacienta a cíl našeho snažení, tedy zejména redukce kardiovaskulárního rizika pacienta. Mezi základní skupiny antihypertenziv řadíme betablokátory, blokátory kalciových kanálů, diuretika a ACE inhibitory (ACEI) či AT1 blokátory (sartany). Mezi dvě poslední zmiňované lékové skupiny kladou některé, zejména starší, doporučené postupy pro léčbu arteriální hypertenze rovnítko, zatímco novější doporučení pro léčbu hypertoniků preferují využití ACE inhibitorů před sartany. Na první pohled by se toto doporučení mohlo zdát zvláštní, neboť přece studie ONTARGET prokázala dokonce mírně vyšší klinický efekt na snížení arteriálního krevního tlaku při využití telmisartanu oproti ramiprilu. Při bližším pohledu na data studie ONTARGET však zjistíme, že kardiovaskulární riziko pacientů v obou větvích bylo srovnatelné, u pacientů v telmisartanové větvi se ale i přes vyšší pokles krevního tlaku vyskytlo o 7 % více akutních infarktů myokardu a o 12 % byla vyšší nutnost hospitalizací oproti ramiprilové větvi. Z těchto dat je tedy zjevné, že pro redukci kardiovaskulárního rizika pacienta nejde jen o snížení hodnoty jeho arteriálního krevního tlaku, ale zásadní roli hraje, jakou cestou a jakými farmaky snížení krevního tlaku dosáhneme. Vysvětlení příčiny rozdílného efektu ACE inhibitorů a sartanů na redukci kardiovaskulárního rizika hypertonika nalezneme při rozboru jejich efektů na patofyziologické děje v organismu. Zatímco ACE inhibitory blokuji angiotensin konvertující enzym, čímž na jedné straně zvyšují produkci bradykininu s protizánětlivým, antiagregačním, vazodilatačním a antifibrózním účinkem, a na straně druhé blokuji celou další kaskádu přeměny

INZERCE

angiotenzinogenu I a snižují tak rovnoměrně stimulaci všech typů receptorů pro angiotenzin II, sartany blokují jen a pouze receptory AT1 (receptory pro angiotenzin II typu 1), čímž dochází k hyperstimulaci ostatních typů receptorů pro angiotenzin II (AT2, 3, 4), přičemž konečný efekt této hyperstimulace je vazokonstrikční, prozánětlivý a profibrotický. Sartany současně, na rozdíl od ACE inhibitorů, nevedou k navýšení produkce endotel protektivních bradykininů.

Z výše uvedeného tedy jednoznačně vyplývá významně vyšší přínos ACE inhibitorů proti AT1 blokátorům, a jako racionální se jeví neklást mezi ACEi a sartany rovnítko, nýbrž ponechat sartany pouze pro ty pacienty, kteří ACE inhibitory netolerují. ACE inhibitory lze efektivně využívat v souladu s platnými doporučeními pro léčbu arteriální hypertenze ve fixních kombinacích s dalšími základními antihypertenzivy. Molekulou s nejprokázanějším přínosem ze skupiny ACE inhibitorů je bezesporu perindopril arginin, který významně snižuje jak kardiovaskulární riziko, tak mortalitu hypertoniků. Kombinační terapie perindopril arginin + amlodipin je asi nejčastěji využívanou dvoukombinací v terapii arteriální hypertenze, přičemž tato kombinace snižuje kardiovaskulární mortalitu a riziko vzniku cévní mozkové příhody u hypertoniků o téměř jednu čtvrtinu a o více jak 30 % pak snižuje riziko rozvoje nového diabetu mellitu u těchto pacientů.

Co je u nových tabulek SCORE opravdu důležité? Modelové situace v ordinaci a jak je řešit

MUDr. Jaromír Ožana

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace FN Olomouc

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 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.

IMUNOLOGIE

garant prof. MUDr. Jiří Litzman, CSc.

čtvrtek / 21. dubna / 16.25–18.00

Primární imunodeficiency v dospělém věku

prof. MUDr. Jiří Litzman, CSc.

Ústav klinické imunologie a alergologie, FN u sv. Anny v Brně, Lékařská fakulta MU, Brno

Ačkoliv jsou primární imunodeficiency považovány za doménu pediatrie, je nutno si uvědomit, že jejich problematika se významně dotýká i medicíny dospělých. Dokonce je možno říci, že většina pacientů s primárními poruchami imunity je léčena lékaři pro dospělé. Důvody jsou tři:

1. Nemocní se závažnými primárními imunodeficiency jsou nyní adekvátně léčeni a běžně se dožívají dospělého věku. V této kategorii je potřeba zdůraznit zejména nemocné s různými formami primárních agamaglobulinemií, kterým včas zahájená adekvátní imunoglobulinová substituce umožňuje kvalitní život po mnoho desetiletí. Dospělého věku se ale běžně dožívají i nemocní s poruchami komplementového systému, nemocí se syndromem DiGeorge, lidé s poruchami fagocytózy. Sem by bylo možno zařadit i nemocné se závažnými primárními imunodeficiency, kteří podstoupili transplantaci hematopoetických buněk, případně i genovou léčbu.
2. Druhou skupinu nemocných jsou osoby, jejichž imunodeficiency může být tak mírná, že diagnóza je stanovena až v dospělém věku. Příkladem mohou být nemocní se selektivním deficitem IgA (kteří mívají velmi nevýraznou manifestaci), nebo osoby s některými poruchami komplementu. Opakovaně se setkáváme se situací, kdy je u dítěte diagnostikován syndrom DiGeorge a až genetické vyšetření zjistí, že stejnou chorobu má i jeden z rodičů.
3. Velmi podstatným a medicínsky závažným onemocněním je tzv. běžná variabilní imunodeficiency (CVID – z anglického Common Variable Immunodeficiency). Nejčastěji bývá diagnostikována koncem druhého decennia, i když rozpětí je široké od časného dětství až po pozdní, důchodový věk. U těchto nemocných se objevují především opakované bakteriální respirační infekce s tendencí ke komplikacím (sinusitidy, pneumonie, otitidy, dochází k rozvoji bronchiektázií). U některých nemocných může být v anamnéze již dříve přítomný sklon k častějším respiračním infekcím, u jiných předchodby neupozorňují na možnost imunodeficiency. Pacienti mají sklon ke vzniku autoimunitních komplikací, typická je atrofická gastritida s rozvojem perniciozní anémie, někdy v poměrně časném věku. Další častou autoimunitní komplikací je imunitní trombocytopenická purpura, ta může být prvním příznakem CVID. Nemocní mají sklon k chronickým průjmům. Laboratorně nacházíme výrazný pokles hladiny IgG spolu s poklesem IgA a/nebo IgM. Důležitým diagnostickým kritériem je porušená specifická imunitní odpověď na vakcinaci. Jedinou adekvátní léčbou je imunoglobulinová substituce.

Přestože pojem nedostatečnost imunity je v poslední době velmi zprofanován, je třeba počítat s tím, že poruchy imunity doopravdy existují, byť mnohem méně často než je v obecném povědomí.

Sekundární imunodeficiencie v dospělém věku

MUDr. Zita Chovancová, Ph.D.

Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Sekundární imunodeficiencie (SID) tvoří skupinu získaných poruch funkce imunitního systému, které se rozvíjí v důsledku poškození organismu působením nejrůznějších vnějších či vnitřních vlivů, díky jinému základnímu onemocnění nebo léčbě.

Získaná porucha funkce imunitního systému často zasahuje její humorální i buněčné mechanismy. Mezi nejčastější SID patří deficiencie protilátkové, které jsou způsobeny získanou poruchou tvorby imunoglobulinů nebo ztrátou bílkovin. Porucha buněčné imunity následuje po prodělání některých virových infekcí. Kombinovaná imunodeficiencie nastává při chronickém poškození jater, ledvin nebo v důsledku malnutrice. Příčinou porušené funkce fagocytů může být dřeňový útlum, přítomnost autoprotilátek proti neutrofilům, stavy po závažných chirurgických zákrocích nebo při diabetu. Deficiencie komplementového systému nastávají v důsledku konsumpce komplementu při jeho nadměrné aktivaci nebo při poruchách jeho syntézy v játrech. Podstatnou příčinou SID je také iatrogenního působení (např. systémová kortikoterapie, imunosupresivní terapie, chemoterapie, radioterapie, závažné chirurgické zákroky nebo splenektomie a další).

Základní klinickou manifestací SID bývá zvýšená frekvence infekcí. Ty často nereagují adekvátně na běžnou léčbu, mohou být způsobeny atypickými patogeny nebo se rozvíjí v neobvyklých lokalizacích. Kromě pečlivě odebrané anamnézy a klinického vyšetření se imunologická diagnostika SID opírá zejména o laboratorní vyšetření humorální a buněčné imunity. Nicméně pacient by měl být k imunologickému vyšetření odeslán až s výsledky krevního obrazu a diferenciálního rozpočtu leukocytů, základního biochemického vyšetření séra a moči. Základním terapeutickým přístupem je stabilizace onemocnění, které stojí za rozvojem SID. U pacientů s klinickými příznaky je možno nasadit antibiotickou profylaxi. Pacientům se SID není doporučeno aplikovat živé vakcíny a při použití polysacharidových vakcín je vhodné volit vakcíny konjugované. U některých symptomatických pacientů s poruchou tvorby protilátek je vhodná substituční imunoglobulinová léčba. O efektu bakteriálních imunomodulátorů nejsou dostupné relevantní údaje.

Sekundární imunodeficiencie představují heterogenní skupinu onemocnění s poměrně častým výskytem a rozmanitou etiologií, se kterými se lékaři různých odborností mohou běžně setkávat v klinické praxi. Výskyt SID se v poslední době i v důsledku rozšiřujícího se portfolia biologické léčby zvyšuje, proto je třeba na jejich rozvoj myslet a u symptomatických pacientů doplnit podrobnější imunologické vyšetření.

Histaminová intolerance

MUDr. Roman Hakl, Ph.D.

Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Histaminová intolerance (HIT) je neimunologická nežádoucí reakce organismu na požitý histamin. Příčinou HIT je nefunkční enzym diaminoxodáza (DAO). Nedostatečná funkce DAO vede k akumulaci histaminu v plazmě. Histamin pak realizuje své působení skrze prakticky všudypřítomné receptory H1, H2, H3 a H4. Výsledkem jsou systémové projevy působení histaminu. Projevy zahrnují intestinální a negastrointestinální projevy.

Stanovení diagnózy HIT je v současnosti postaveno na anamnéze a vyloučení ostatních možných příčin. Diagnóza je následně potvrzena pozitivním efektem nízkohistaminové diety. Existuje celá řada kandidátních vyšetření, nicméně v současnosti se jedná pouze o doplňkové vyšetřovací metody a je třeba prokázat jejich význam na větších souborech pacientů.

Základním pilířem léčby HIT je v současnosti nízkohistaminová dieta. Další terapeutické možnosti jako suplementace DAO, léčba antihistaminiky nebo probiotiky jsou zatím považovány jako doplňková léčba.

INZERCE

Mezioborová spolupráce

pátek / 22. dubna / 9.45–10.10

Anonymní alkoholici – normální je nepít

Martin K. (AA se představují jen křestními jmény)

Anonymní alkoholici je společenství lidí, kteří spolu sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že dovedou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholismu. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít. Nemáme žádné povinné poplatky ani vstupné, jsme soběstační díky vlastním dobrovolným příspěvkům.

Anonymní alkoholici nejsou spojeni s žádnou sektou, církví, politickou organizací či jakoukoliv jinou institucí. Nepřejí si zaplést se do jakékoli rozepře, neodporují, ale ani nepodporují žádné vnější programy. Naším prvotním účelem je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům střízlivosti dosahovat.

Dobrá rada do vaší ordinace

pátek / 22. dubna / 10.40–11.40

MEDDI app jako zdroj dalších příjmů pro vaši ambulanci

MUDr. Sam Benmammar

MEDDI hub, a. s., Praha

Aktuální trendy ve zdravotnictví přinášejí zvýšenou administrativní zátěž praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost. Využitím nástrojů platformy MEDDI dosáhnete časové úspory 90 minut denně a vymýtíte nekonečné vyzvánění telefonu díky automatickému objednávání pacientů, online třídění požadavků, převodu dokumentace do elektronické podoby s využitím šifrované komunikace s pacienty a dalším chytrým funkcím.

Další výhodou je možnost nahlížet do lékového záznamu a zaslat recept z mobilu mimo ordinaci.

Samozřejmostí je možnost propojení ambulantního informačního systému a platformy MEDDI.

Nabídněte vašim pacientům prémiový program péče MEDDI app a získejte tak pravidelný příjem pro vaši ambulanci, aniž byste museli pracovat déle.

Diabetes mellitus a jeho komplikace

garant prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

pátek / 22. dubna / 12.25–13.45

Diabetes mellitus a oční komplikace

MUDr. Juraj Šimičák

Oční klinika Lékařské fakulty Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc

Diabetická retinopatie (DR) je nejčastější příčina slepoty lidí v produktivním věku ve vyspělých zemích. V roce 2017 bylo v ČR asi 928 000 lidí s diabetem a tento počet od roku 2007 vzrostl zhruba o 123 000. S narůstajícím počtem diabetiků stoupá i počet pacientů s DR. Každý osmý diabetik má diabetickou retinopatii. Nejzávažnější proliferativní forma DR byla zjištěna v roce 2015 u 20 930 pacientů, tj. u 2,4 % z celkového počtu diabetiků. V ČR žije momentálně 2 500 lidí slepých v důsledku diabetické retinopatie.

Dokonalou kompenzací základního onemocnění dokážeme výrazně oddálit vznik DR a zpomalit progresi již přítomné diabetické retinopatie. Zároveň máme v současnosti k dispozici řadu

nových možností v léčbě diabetické retinopatie (např. intravitreálně podávaná léčiva, pars plana vitrektomie). Spolupráce praktického lékaře (diabetologa) a oftalmologa je pro úspěšnou léčbu DR zásadní.

Velká část diabetologů, praktických lékařů a internistů neindikuje správně pravidelný oftalmologický screening. Zde platí doporučení odeslat pacienta k vyšetření oftalmologem v době stanovení diagnózy diabetes mellitus (oba typy DM) a dále minimálně 1× za rok. Česká diabetologická společnost (ČDS) zavedla velmi podrobné diabetické průkazy, které informují lékaře jiných oborů o kompenzaci diabetika. Bohužel tyto průkazy nemívají vyplněné všechny předepsané údaje a oftalmolog v nich často marně hledá aktuální hodnoty glykovaného hemoglobinu, krevního tlaku nebo hladiny lipidů.

Na druhé straně při očním vyšetření nedochází vždy ke kvalitnímu vyšetření. Pacient musí být při každé kontrole rozkapán a vyšetřen v mydriáze. ČDS navrhuje definovat síť očních ambulaní typu I, II a III. Oční ambulance typu I umožňují plošně kvalitní screening diabetické retinopatie s možností provádět barevné fotografie sítnice. Ambulance typu II mají možnost komplexně diagnostikovat DR pomocí fluorescenční angiografie s možností laserové terapie. A nakonec pracoviště typu III provádějí vitreoretinální chirurgii a intravitreální aplikaci léčivých přípravků u diabetiků s pokročilou formou DR a diabetické makulopatie.

Důsledná spolupráce praktického lékaře (diabetologa) a oftalmologa je tedy zásadní pro prevenci, diagnostiku a léčbu DR. Lékaři by se měli vzájemně informovat o svých postupech. Pacient by měl vždy dostat s sebou zprávu, kde lékař srozumitelně uvede své nálezy a plánovaný postup léčby. Praktičtí lékaři musí pečlivě hlídat pravidelnost oftalmologických vyšetření a odesílat pacienty k vyšetření včas. Oftalmolog musí zajistit kvalitní vyšetření a léčbu pacienta, eventuálně odeslat pacienta na vyšší pracoviště, pokud si to jeho nález vyžaduje.

Diabetes mellitus a erektilní dysfunkce

doc. MUDr. Taťána Šrámková, CSc.

Sexuologické oddělení Fakultní nemocnice Brno

V závislosti na věku, typu DM a jeho trvání je prevalence diabetické erektilní dysfunkce (ED) 32–90 %. ED se u diabetiků může manifestovat jako první projev cukrovky, v období její metabolické dekompenzace, či po různé době od stanovení její diagnózy. Kompenzace diabetu hodnocená pomocí glykovaného hemoglobinu je nezávislým prediktivním faktorem erektilní funkce.

Hlavní faktory hrající roli v komplexní patogenezi diabetické ED jsou diabetická neuropatie, endoteliální dysfunkce, dyslipidemie, arteriální hypertenze, venookluzivní dysfunkce, hypogonadismus, strukturální přestavba corpora cavernosa, psychogenní komponenta a vedlejší účinky léků. Klíčovou roli hraje úbytek schopnosti relaxace hladkého svalstva topořivých těles a insuficientní systém syntéz oxidu dusnatého (NOS). V důsledku cévních změn dochází k omezení přítoku krve do topořivých těles až u 95 % diabetiků. Chronická dysglykemie poškozuje mechanismus relaxace hladkého svalstva a vazodilatace corpora cavernosa. Neurogenní ED, která vzniká při polyneuropatii autonomních i somatických nervů, participuje na 30–80 % případů ED. Třetina diabetiků > 40 let trpí hypogonadismem s pozdním začátkem v dospělosti s rizikem kardiovaskulární morbidity i mortality, stejně tak i ED je silným prediktorem kardiovaskulární morbidity a mortality u diabetiků s něhou formou ICHS. Terapie statiny v kombinaci s PDE5i (inhibitory fosfodiesterázy pátého typu) může redukovat vznik závažné kardiovaskulární příhody u diabetiků s ICHS.

Účinnost perorální léčby PDE5i je u diabetiků nižší než u běžné populace. Denní podávání tadalafilu 5 mg v rámci penilní rehabilitace zlepšuje nejen erektilní, ale i endoteliální funkci, zlepšuje obstrukci odtoku moči u diabetiků s LUTS (dysfunkce dolních močových cest). Suplementace androgenů u symptomatických diabetiků s hypogonadismem eliminuje symptomy spojené s mužskou involucí a současně zvyšuje terapeutický efekt podávaných PDE5i. U non-respondérů PDE5i je indikována lokální léčba prostaglandinem E1(PGE1). Diabetici patří k hůře léčitelné skupině mužů s ED, proto zlatý standard léčby představuje intrakavernózní aplikace PGE1. Kvalitní

podtlakové přístroje se uplatňují i v penilní rehabilitaci. Použití rázové vlny nízké intenzity má svoje opodstatnění nejen v léčbě, ale i v prevenci ED diabetiků. Implantace penilní protézy je indikována, pokud výše uvedené možnosti léčby ED selhaly.

Léčba obezity u pacientů s diabetes mellitus 2. typu

MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.

3. interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Diabetes mellitus (DM) 2. typu je typicky spojen s obezitou, která zapříčiňuje rozvoj inzulinorezistence. Léčba obezity pak vede k zlepšení citlivosti na inzulin a kompenzaci diabetu. Léčba obezity je tedy základním přístupem v péči o pacienty s DM 2. typu. Komplexní léčba obezity zahrnuje vždy režimová opatření – především úpravu životosprávy, stravování a navýšení fyzické aktivity. Pokud tento přístup nestačí, je vhodné jej doplnit o farmakoterapii. Ta zároveň může pomoci zredukovat hmotnost před nejefektivnějším způsobem redukce hmotnosti, a sice bariatrickou operací. Tato zároveň představuje možnost úplného vyléčení DM 2. typu.

Farmakoterapie obezity u pacientů s DM 2. typu zahrnuje léky omezující chuť na jídlo (fentermin a kombinace naltrexonu s bupropionem), zvyšující výdej glukózy močí (glifloziny), zpomalující vyprazdňování žaludku (GLP-1 agonisté), anebo snižující vstřebávání tuků (orlistat).

V přednášce budou rozebrány jak možnosti léčby obezity pomocí farmakoterapie, tak pomocí bariatrických operací.

Algoritmus farmakoterapie diabetu 2. typu

prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická,
Fakultní nemocnice Olomouc

Počet nemocných s diabetem 2. typu neustále narůstá. Farmakoterapie diabetu znamenala v posledních letech dynamický vývoj a algoritmus léčby prošel řadou změn. Antidiabetika mají různý mechanismus účinku, z čehož vyplývá nejen rozdílná účinnost, ale také odlišný vliv na tělesnou hmotnost a riziko hypoglykemie. Je také důležité, že některé zejména nové léky mají potenciál ovlivnit kardiorenální osud nemocných. Předmětem sdělení je aktuální doporučení pro léčbu diabetu 2. typu se zaměřením na novinky v oblasti neinzulinových antidiabetik.

Psychosomatika

garant MUDr. Michal Kryl

pátek / 22. dubna / 14.20–16.00

Základní teze psychosomatického přístupu

MUDr. Michal Kryl

Privátní psychoterapeutická praxe, Olomouc

Přednáška uvede posluchače do problematiky integrativního pojetí medicíny vycházející z tradičního modelu bio-psycho-sociálního přístupu definovaného již v 70. letech minulého století. Ukazuje se, že navzdory vzrůstajícím počtům pacientů s tzv. nevysvětlitelnými medicínskými symptomy (MUS), převažuje v pregraduální výuce studentů lékařských fakult i ve vlastní lékařské praxi zavedený způsob atomizované specializace jednotlivých oborů bez integrujícího rámce. O toto „nadžánrové přemostění“ se snaží obor psychosomatické medicíny zosobněný v českých podmínkách odbornou Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP předkládající koncepci oboru, jejíž základní body ve sdělení zazní.

Dále se budeme věnovat některým charakteristikám psychosomatických pacientů s důrazem na psychosociální aspekty jejich stonání, které jsou současnou medicínou spíše podceňovány a opomíjeny.

Cílem přednášky je vzbudit zájem o integrativní pojetí lékařské péče, eventuálně poslechače povzbudit k postgraduálnímu vzdělání v předmětu Základní psychosomatická péče.

Psychosomatika a VPL

MUDr. Marcela Prokopová

Ordinace praktické lékařky pro dospělé, Ostrava

Přednáška praktické lékařky pro dospělé a psychosomatické lékařky se zabývá postavením psychosomatické medicíny v systému dnešního moderního lékařství, vztahem k EBM. Zdůrazňuje nutnost komplexního biopsychosociálního přístupu v diagnostice i léčbě. Objasňuje, jak se může složitá psychosociální situace pacienta odrážet v tělesných symptomech. Všímá si některých etiologických faktorů důležitých v běžné praxi VPL. Poukazuje na důležitost vztahu lékař – pacient. V závěru uvádí kazuistiky pacientů.



Děkujeme Vám,
že jste s námi již **20 let!**

Bez Vás bychom neměli co slavit.

A proto od nás každý účastník obdrží malý dárek.

INZERCE