

Medicína pro praxi

2023

D

www.solen.cz | Med. praxi. 2023;20(Suppl. D) | ISBN 978-80-7471-454-2 | 2023

ABSTRAKTA

8. kongres Medicíny pro praxi v Hradci Králové

26.–27. května 2023
Hotel Nové Adalbertinum



Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci
s I. interní kardioangiologickou klinikou FN HK

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

detralex[®]

MPFF[®] – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce



DETRALEX[®] – JEDINÝ S MPFF[®]



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

ČÍSLO 1

v mezinárodních i národních doporučeních^{1,2}

Zkrácená informace o přípravku Detralex[®]

SLOŽENÍ*: Flavonoidum fratio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE*:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ*:** Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. Hladina sodíku: bez sodíku. **INTERAKCE*.** **FERTILITA*.** **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ*:** Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Podávání v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se léčivá látka/metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence /dítě nelze vyloučit. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Žádný vliv. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*.** **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*:** Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ*:** Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ*:** 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. Datum revize textu: 16. 12. 2022. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Registrační číslo: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz.

*Pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku

** Všímněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Detralex

23C2DEMA270

1. Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol 2018 June; 37(3):181-254. 2. Karetová D. a spol. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře - chronická žilní onemocnění. Novelizace 2021. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. SVL ČLS JEP. 2021.

SERVIER
moved by you

PROGRAM – pátek 26. května 2023

9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

9.05–10.35 NEUROLOGIE – RMS

odborný garant prof. MUDr. Martin Vališ, Ph.D., FEAN

- Roztroušená skleróza – přehled problematiky – Vališ M.
- Vysoko účinná terapie u RS – Pavelek Z.
- Význam nutrice a fyzioterapie u roztroušené sklerózy – Halúsková S.

10.35–11.05 PŘESTÁVKA

11.05–12.45 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- Jak rozpoznat a léčit bolest hlavy při nadužívání analgetické medikace – Pavelek Z.
- Rozacea v ordinaci praktického lékaře – Nevoralová Z.
- Racionalizace antisekreční léčby – žhavé téma současnosti – Maceček J.
- Pacient s infekcí HIV v ordinaci praktického lékaře – Kapla J.
(přednáška sponzorovaná společností Gilead)
- **IP** Virová hepatitida C aneb kdy na ni myslet v ordinaci praktického lékaře – Volfová M.
(přednáška sponzorovaná společností Gilead)
- Léčba symptomů souvisejících s cévní a lymfatickou nedostatečností pohledem dermatologa – Myjavcová V.
- Biofilmová probiotika nové generace, patentované kmeny, bakteriální lyzáty a možnosti jejich využití – Vagnerová H.

12.45–13.45 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

13.45–15.15 PALIATIVNÍ PÉČE V TERÉNU

odborný garant MUDr. Bc. Michal Hrnčiarik

- Poskytování paliativní péče z pohledu nemocničního paliativního týmu – Hrnčiarik M.
- Paliativní péče v domácím prostředí pacienta. Jaké služby se nabízí praktickým lékařům v péči o paliativní pacienty? – Molnárová V.
- Paliativní péče v domovech pro seniory – Hrnčiariková D.
- Paliativní drobnosti všedního dne praktika – Mazancová V.

15.15–16.15 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

odborná garantka MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

- Na co si dát pozor při farmakoterapii kardiovaskulárních onemocnění – Mayer O.
- Hypertenze ničí mozek – jak tomu zabránit? – Kociánová E.
- Tepová frekvence u hypertoniků – co říkají nová doporučení a jak postupovat v praxi – Šnejdrová M.

16.15–16.45 PŘESTÁVKA

16.45–18.30 CESTOVNÍ MEDICÍNA A INFEKTOLOGIE

odborný garant MUDr. Petr Prášil, Ph.D.

- Vybraná úskalí perorální antibiotické léčby – Prášil P.
- Nová doporučení přístupu k CDI v ambulantní péči – Šmahel P.
- Novinky v očkování v ordinaci praktického lékaře – Rumlarová Š.
- Zdravotní rizika pro občany ČR v souvislosti s migrací – Pellantová V.
- Nejčastější obtíže po návratu ze (sub)tropů – Siráková L.

18.30 PŘEDPOKLÁDANÉ ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONGRESU

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

PROGRAM – sobota 27. května 2023

- 8.30–9.30 PRÁVNĚ SPRÁVNĚ**
JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.
- 9.30–9.50 PŘESTÁVKA**
- 9.50–10.50 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE**
- **Systémová enzymoterapie a její možnosti léčebného využití v medicíně** – Kočár A.
 - **Praktické zkušenosti s efektivnější komunikací s pacienty** – Příkryl V.
 - **Urogenitální infekce – kazuistiky II** – Emmer J.
 - **Recidivující virové infekce kolem nás** – Humlová Z.
- 10.50–11.20 INFECTOLOGIE**
- **Praktické aspekty použití antivirotik v léčbě covidu-19** – Koblížek V.
(přednáška sponzorovaná společností Pfizer, spol. s r. o.)
- 11.20–12.05 ORGANIZACE SYSTÉMU ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE**
MUDr. Libor Seneta
- 12.05–12.30 PŘESTÁVKA**
- 12.30–14.00 AKUTNÍ STAVY**
odborní garanti doc. MUDr. Tomáš Vymazal, Ph.D., MHA, prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, FESAIC
- **Rozpoznání akutně nemocného dítěte a život zachraňující postupy** – Jonáš J.
 - **Akutní stavy v ordinaci dětského praktického lékaře a jejich léčba** – Mičica S.
 - **Vybrané akutní stavy u dospělých** – Škulec R.
 - **Akutní stavy u dospělých – poučení ze znalecké praxe pro lékaře prvního kontaktu** – Černý V.
- 14.00 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

Změna programu vyhrazena

8. kongres Medicíny pro praxi v Hradci Králové 26.–27. května 2023 | Hotel Nové Adalbertinum

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s l. interní kardioangiologickou klinikou FN HK

Odborný garant

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Rostislav Reininger, 778 775 664, reininger@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jíša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Helena Zedníčková, 778 976 986, zednickova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: Mgr. Tereza Krejčí, krejci@solen.cz

Ohodnocení

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



Supplementum D Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi. 2023;20(Suppl D).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-454-2

COVID?

PAXLOVID.

Jedněte rychle. I u pacientů s lehkými symptomy může onemocnění rychle přejít do závažné formy.^{3,4}

Josef, 65 let, kuřák*

Zahajte terapii přípravkem PAXLOVID co nejdříve po stanovení diagnózy COVID-19 u všech vašich rizikových pacientů.^{1†}



snížení relativního rizika hospitalizace nebo úmrtí ve studii EPIC-HR ve srovnání s placebem ($p < 0,001$)^{1**}

* Výše uvedené hypotetické popisné informace, obrázky a lékařské údaje mají pouze ilustrativní charakter a netýkají se skutečných pacientů. Informace jsou určeny pro odborné zdravotnické pracovníky a jsou poskytovány pouze pro vzdělávací účely. Veškerá rozhodnutí týkající se péče o pacienty musí být učiněna s ohledem na individuální charakteristiky pacienta, včetně posouzení možných přínosů a rizik.

** Studie EPIC-HR (N = 2 246) je randomizované, dvojité zaslepené, placebem kontrolované klinické hodnocení fáze II/III zahrnující nehospitalizované, symptomatické dospělé pacienty s laboratorně potvrzenou diagnózou infekce virem SARS-CoV-2, u nichž je vysoké riziko progresu do závažné formy onemocnění COVID-19. Primárním cílovým parametrem byl podíl pacientů, kteří museli být hospitalizováni v souvislosti s onemocněním COVID-19 nebo kteří zemřeli z jakékoliv příčiny do 28. dne, pokud u nich byla léčba zahájena do 3 dnů od nástupu příznaků. Sekundární cílový parametr podobným způsobem hodnotil pacienty, u nichž byla léčba zahájena do 5 dnů od nástupu příznaků.²

† Pacienti definováni jako dospělí, kteří nevyžadují doplňkovou léčbu kyslíkem a kteří mají zvýšené riziko progresu do závažné formy onemocnění COVID-19.¹

COVID-19, koronavirové onemocnění 2019; **CYP**, cytochrom P450; **EPIC-HR**, Evaluation of Protease Inhibition for Covid-19 in High-Risk patients; **EU**, Evropská unie; **HIV**, virus lidského imunodeficitu; **OPA/AI/PVC**, polyamid/hliník/polyvinylchlorid; **p**, hladina statistické významnosti; **SARS-CoV**, syndrom akutního respiračního selhání způsobený virem SARS-CoV; **SPC**, Souhrnná informace o přípravku.

Reference: 1. SPC Paxlovid. 2. Hammond J et al. N Engl J Med. 2022;386(15):1397-1408. 3. Siddiqui H, et al. J Heart Lung Transplant. 2020;39(5):405-407. 4. Bestetti R, et al. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(13):7212.

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování.

Zkrácená informace o přípravku: Paxlovid 150 mg + 100 mg potahované tablety. **Složení:** nirmatrelvir 150 mg, ritonavir 100 mg; a další pomocné látky. **Indikace:** K léčbě onemocnění COVID-19 u dospělých pacientů, kteří nevyžadují doplňkovou léčbu kyslíkem a u kterých je zvýšené riziko progresu do závažné formy onemocnění COVID-19. **Dávkování a způsob podání:** 300 mg nirmatrelviru (dvě 150 mg tablety) se 100 mg ritonaviru (jedna 100 mg tableta). Užívá se společně perorálně, každých 12 hodin po dobu 5 dnů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na pomocnou látku. **Léčivé přípravky,** jejichž clearance je vysoce závislá na CYP3A nebo které jsou silnými induktory CYP3A. **Léčivé přípravky,** které jsou kontraindikovány pro souběžné užívání s léčivým přípravkem Paxlovid. **Zvláštní upozornění:** Interakce s léčivými přípravky metabolizovanými CYP3A. **Nepodávat** pacientům s těžkou poruchou funkce ledvin, s těžkou poruchou funkce jater; opatrnost u pacientů s již existujícím onemocněním jater. **Riziko** rozvoje rezistence HIV-1. **Interakce:** S léčivými přípravky, které jsou metabolizovány CYP3A; má afinitu k cytochromu P450, k P-glykoproteinu (P-gp). **Interakce** s mnoha léčivými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nedoporučuje se užívat během těhotenství a u žen ve fertilním věku, které neužívají antikoncepci. **Kojení** má být přerušeno během léčby a i po dobu 7 dnů od dokončení léčby. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Neočekává se vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$): dysgeuzie, průjem, bolest hlavy, zvracení, nauzea. **Předávkování:** Neexistuje žádné specifické antidotum. **Uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** OPA/AI/PVC blistry obsahující 30 tablet. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/22/1625/001. **Datum poslední revize textu:** 24.2.2023. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku.



Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
Tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

PP-PAX-CZE-0092



Paxlovid™
(nirmatrelvir 150 mg tablety | ritonavir 100 mg tablety)

Neurologie – RMS

odborný garant prof. MUDr. Martin Vališ, Ph.D., FEAN

pátek / 26. května / 9.05–10.35

Roztroušená skleróza – přehled problematiky

prof. MUDr. Martin Vališ, Ph.D., FEAN

NEUROHK, s. r. o., Hradec Králové

Roztroušená skleróza (RS) je chronické zánětlivé demyelinizační a neurodegenerativní onemocnění autoimunitní povahy, postihující centrální nervový systém. Onemocněním trpí celosvětově asi 2,8 milionu lidí a jejich počet konstantně narůstá. RS začíná u přibližně 85 % nově diagnostikovaných případů relaps-remitentním stadiem (RR-RS), charakterizovaným střídáním epizod nových či rekurentních symptomů (relapsů) s různě dlouhými obdobími relativního klidu (remise). Vrchol výskytu prvních příznaků nemoci je u RR-RS mezi 20.–40. rokem života a stejně jako u většiny autoimunitních chorob, i v tomto případě jsou ženy ohroženy více než muži. Sekundárně-progresivní RS (SP-RS) představuje druhou nejčastější formu nemoci. Navzdory vysoké globální prevalenci však zůstává její diagnostika, management i úspěšné terapeutické ovlivnění dosud velkou výzvou. Od roku 1995, kdy na evropský trh vstoupily interferony beta jako první léky modifikující průběh choroby (DMD), se léčba RS posouvá mílovými kroky kupředu. Jednotlivé preparáty se liší nejen svým mechanismem působení, způsobem aplikace, dávkovacím schématem, účinností, tolerabilitou, ale též bezpečnostním profilem a specifickými nároky na pravidelný monitoring v průběhu léčby či adhezenci při dlouhodobém podávání. Volba optimálního DMD pro konkrétního pacienta se odvíjí od mnoha faktorů medicínské i nemedicínské povahy, nicméně cíl je vždy přesně daný – terapeutickým imperativem u RS zůstává časná nasazení účinné léčby, čímž lze v dlouhodobém horizontu oddálit invaliditu, která negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů a má i významný socioekonomický dopad.

Vysoko účinná terapie u roztroušené sklerózy

doc. MUDr. Zbyšek Pavelek, Ph.D.

MS centrum pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění,

Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

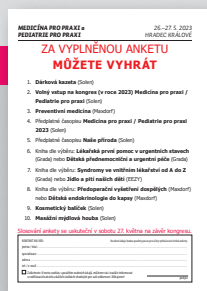
Léčba roztroušené sklerózy zaznamenala v posledních dvou dekadách významný pokrok. V současné době neexistuje univerzální léčebné paradigma, ani nejsou schválené jednoznačné terapeutické algoritmy odsouhlasené odbornými společnostmi. HET (high efficacy therapy) spočívá v nasazení vysoce účinného léku již z počátku onemocnění i s vědomím případného rizika výskytu závažných nežádoucích účinků. Pro relaps-remitentní formu RS jsou mezi HET terapii řazeny perorální léky: cladribin, fingolimod, ozanimod a ponesimod, injekční: ofatumumab a infuzní: alemtuzumab, natalizumab a ocrelizumab. Pro aktivní sekundárně progresivní RS je k dispozici siponimod. V prezentaci jsou diskutovány jednotlivé léky z hlediska krátkodobé i dlouhodobé bezpečnosti a ve vztahu k těhotenství.

Význam nutriční a fyzioterapie u roztroušené sklerózy

MUDr. Simona Halúsková

Neurologická klinika, Nemocnice Pardubice

Podle v současnosti akceptovaného názoru se na rozvoji roztroušené sklerózy (RS) podílí přibližně z jedné třetiny genetické pozadí a ze dvou třetin vlivy zevního prostředí. Přestože neexistují oficiální nutriční doporučení ani univerzální RS dieta, vhodně zvolený jídelníček a stravovací režim může pomoci ulevit od určitých obtíží a celkově pozitivně zasáhnout do kvality života pacientů s RS. Změna stravování je jednou z prvních věcí, o které přemýšlí mno-



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 Solen a za vyplnění můžete obdržet praktické ceny.



NATUREVIA®



2 × VÍCE EPA A DHA* OMEGA 3 než běžný rybí olej



EPA a DHA přispívají ke **správné činnosti srdce**
DHA přispívá k udržení **správné činnosti mozku**
a **normálního zraku***

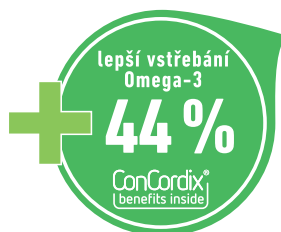
OMEGA 3 SMART KIDS

- 1 želé denně, vhodné pro děti i dospělé
- 100% bez cukru a přírodní příchut
- žádná rybí chuť ani reflux

*DHA 250 mg denně

1 želé obsahuje:

500 mg koncentrovaného rybího oleje s obsahem min. 360 mg Omega 3,
BEZ cukru, umělých barviv a konzervantů, lepku, laktózy.



30 ŽELÉ

balení na měsíc

DOPORUČENÁ CENA

233 Kč

OMEGA 3 One-a-Day

- **koncentrovaný** rybí tuk obsahující **75 % omega-3**
- ultra čistý olej z ančoviček z oblasti Peru
- žádná rybí pachut
- farmaceutická čistota bez těžkých kovů a toxinů
- 1 kapsle denně

1 kapsle obsahuje:

1000 mg koncentrovaného rybího tuku, z toho: EPA 360 mg, DHA 270 mg,
celkem Omega-3 nenasycených mastných kyselin min. 700 mg



60 KAPSLÍ

balení na 2 měsíce

DOPORUČENÁ CENA

340 Kč

Doplňky stravy

www.naturevia.cz

NATUREVIA – vaše cesta ke zdraví

ho nemocných poté, co jim byla nemoc diagnostikována. Jídelníček sestavený podle zásad zdravé výživy a individuálních potřeb nemocného v kombinaci s dodržováním režimových opatření a pravidelnou fyzickou aktivitou může vhodně podpořit efekt léčby a významně zlepšit celkovou kondici pacienta – především zmírněním patologické únavy, která patří mezi nejčastější příznaky pacientů s RS se značně negativním dopadem na jejich každodenní život. Žádná změna ve stravovacích návycích ale nedokáže zamezit vzniku RS, ani ji vyléčit a nemůže nahradit cílenou terapii indikovanou neurologem.

Rehabilitace představuje nedílnou součást komplexní péče o pacienty s RS. Měla by nemocné provázet již od stanovení diagnózy a vhodný pohybový režim a individuální fyzioterapie by měly být prováděny dlouhodobě – v podstatě celoživotně. Vždy by měl být stanoven individuální reálný cíl této péče a terapie by měla být pravidelně vyhodnocována a upravována ve své frekvenci i čase. Do budoucna lze jen doufat, že se možnosti fyzioterapie pacientů s RS budou rozvíjet alespoň částečně tak rychle jako farmakoterapie.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 26. května / 11.05–12.45

Jak rozpoznat a léčit bolest hlavy při nadužívání analgetické medikace

doc. MUDr. Zbyšek Pavelek, Ph.D.

MS centrum pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění,
Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Bolesti hlavy představují častou problematiku, se kterou se setkávají praktičtí lékaři nebo neurologové. Bolesti hlavy z nadužívání analgetik (MOH – Medication-Overuse Headache) pak představují její poměrně značnou část. Je prokázáno, že časté a pravidelné užívání analgetik, nesteroidních antirevmatik, triptanů, opioidů nebo kombinace těchto léků může vést k léky indukované bolesti hlavy. Nejčastěji je MOH postižena populace v produktivním věku (30–50 let), 2–5× častěji ženy. Přesný patogenetický mechanismus vzniku MOH není znám. Léčba MOH se opírá o tři základní pilíře: 1. vysazení nadužívaného léčiva, 2. farmakologická a nefarmakologická podpora, 3. prevence relapsu. Detoxikace je metoda volby léčby, která je úspěšná až u dvou ze tří pacientů. Benefit vyplývající z úspěšné léčby je vysoký – individuální pro pacienta a sociálně-ekonomický pro společnost.

Rozacea v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.

Akné poradna, kožní oddělení, Nemocnice Jihlava, p. o.

Růžovka (rozacea) je velmi častá choroba, postihuje 5–22 % obyvatel. Nejčastěji se vyskytuje u osob mezi 30.–60. rokem. Predispozice jsou: keltský fenotyp, světlá pleť, modré oči, světlé nebo černé vlasy.

Příčina vzniku není stále plně objasněna. Patogenetický mechanismus předpokládá především tyto faktory: vrozenou imunitu, vaskulární změny, ultrafialové záření, volné kyslíkové radikály a mikroby. Velký význam mají provokační faktory, které nezpůsobují rozaceu, ale zhoršují její příznaky. Mezi ně patří: UV záření, horké podnebí, horké koupele, sauna, emocionální stres, pikantní, kořeněná a horká jídla a horké nápoje, kosmetické přípravky obsahující fluoridy, fluorované zubní pasty, potraviny s vysokým obsahem histaminu (červené víno, přezrálé sýry, jogurt, pivo, slanina), fyzické aktivity spojené s pocením, tlakem, třením, z léků nikotináty, vazodilatancia, některá antihypertenziva, steroidy, některá biologika a dále kosmetika s obsahem alkoholu, acetonu, kyseliny sorbové, abrazivní a peelingové přípravky.

VENO-LYMFATICKÁ INSUFICIENCE A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA HEMOROIDŮ

Cyclo3 Fort®

RUSCUS ACULEATUS
HESPERIDIN METHYLCHALCON
Kyselina askorbová



TROJNÁSOBNÁ SÍLA pro plnou úlevu



ZVYŠUJE ŽILNÍ
& LYMFATICKÝ TONUS²⁻⁴

CHRÁNÍ
MIKROCIRKULACI^{5,6}

REDUKUJE
ZÁNĚT⁶⁻⁸

Nově na trhu velké balení
180 tvrdých tobolek



* Grade 1A pro bolest, těžké nohy, pocit oteklých nohou, parestézie a otok

Reference: 1. Nicolaides, A. *et al.* Management of chronic venous disorders of the lower limbs - Guidelines According to Scientific Evidence: Chapter 8 - Venoactive drugs. *Int Angiol* 37, 232-254 (2018). 2. Marcelon, G. *et al.* Eff ect of Ruscus aculeatus on isolated canine cutaneous veins. *Gen. Pharmac.* 14, 103-106 (1983). 3. Marcelon, G. *et al.* Eff ect of Ruscus on the adrenoreceptors of the canine lymphatic thoracic duct. *Phlebology* 109-112 (1988). 4. Jäger, K. *et al.* Pharmacodynamic Eff ects of Ruscus Extract (Cyclo 3 Fort®) on Superficial and Deep Veins in Patients with Primary Varicose Veins: Assessment by Duplexsonography. *Clinical Drug Investigation* 17, 265-273 (1999). 5. Pouget, G. *et al.* Eff ect of Ruscus extract on peripheral lymphatic vessel pressure and fl ow. in *Return Circulation and Norepinephrine: an update* 89-95 (P.M.Vanhouette, John Libbey Euronext, 1991). 6. Thebaud, J. J. Studies concerning the activity of a phlebotonic agent. *Fortschr. Med.* 101, 1206-1212 (1983). 7. Bouskela, E. *et al.* Inhibitory eff ect of the Ruscus extract and of the flavonoid hesperidine methylchalcone on increased microvascular permeability induced by various agents in the hamster cheek pouch. *Journal of Cardiovasc. Pharmacol.* 22, 225-230 (1993). 8. Rauly-Lestienne, I. *et al.* Contribution of muscarinic receptors to in vitro and in vivo eff ects of Ruscus extract. *Microvascular Research* 114, 1-11 (2017).

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Název přípravku: CYCLO 3 FORT 150 mg/150 mg/100 mg tvrdé tablety

Složení: 1 tvrdá tableta obsahuje Ruscus extractum siccum 150,0 mg (obs. heterosida sterolica), Hesperidini methylchalconum 150,0 mg, Acidum ascorbicum 100,0 mg. Pomocné látky: oranžová žluť. **Léková forma:** Tvrdá želatinová tableta s neprůhlednou spodní částí žlutou, neprůhlednou vrchní částí oranžovou. **Indikace:** Léčba symptomů souvisejících s cévní a lymfatickou nedostatečností (pocit těžkých nohou, bolestí, otoky, parestézie DK, křeče v lýtku). Symptomatická léčba hemoroidů. Přípravek je určen k léčbě dospělých osob. **Dávkování a způsob podání:** Při cévní a lymfatické nedostatečnosti: 2-3 tablety denně (tj. 2-3 x 1 tableta denně). V proktologii: 4-6 tobolek denně (tj. 2 x 2-3 tablety denně), udržovací léčba je 2 tablety denně (2 x 1 tableta denně). Tablety se polykají celé a mají se řádně zapít vodou. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na kteroukoliv složku přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pokud se vyskytne průjem, léčba musí být přerušena. Hemoroidální ataka: Léčba musí trvat jen krátce. Podávání přípravku není náhrada specifické léčby jiné proktologické nemoci. Pokud se symptomy rychle nevytláčejí, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba musí být přehodnocena. Poruchy ukládání železa (talasémie, hemochromatóza, sideroblastická anémie) vzhledem k přítomnosti kyseliny askorbové ve složení léčivého přípravku. V rámci dietních opatření se doporučuje omezit maximální denní přísun kyseliny askorbové na 500 mg. Tento léčivý přípravek obsahuje také azobarvivo [oranžovou žluť FCF (E110)] a může způsobit alergické reakce. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí s jinými léčivými přípravky nebo jídlem. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Těhotenství: Existuje omezené množství údajů z užívání přípravku CYCLO 3 FORT u těhotných žen. Studie na zvířatech nenaznačují přímé ani nepřímé škodlivé účinky s ohledem na reprodukční toxicitu. Jako preventivní opatření je vhodné vyhnout se používání přípravku CYCLO 3 FORT během těhotenství. Kojení: Není známo, zda metabolity přípravku CYCLO 3 FORT jsou vylučovány do lidského mateřského mléka. Riziko pro novorozence / kojence nelze vyloučit. Je nezbytné rozhodnout zda přerušit kojení nebo přerušit léčbu přípravkem CYCLO 3 FORT po zvážení přínosů kojení pro dítě a přínosů léčby pro ženu. Fertilita: Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se fertility. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nebyly provedeny žádné studie. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji průjem a bolest břicha. Závažný průjem spojený se ztrátou váhy a s poruchou iontové rovnováhy velmi rychle ustupuje po vysazení léčby. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25° C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** PIERRE FABRE MEDICAMENT, Les Cauquillous, 81500 Lavaur, Francie. **Registrační číslo:** 85/106/96-C. **Způsob výdeje:** Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku se seznámte s úplným zněním SPC. **Datum první registrace /prodloužení registrace:** 14. 2. 1996 / 21. 11. 2007. **Datum revize textu:** 15. 1. 2022. Hlášení podezření na nežádoucí účinky: Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: **Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. Webové stránky:** HYPERLINK „<http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>“ www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek

Určené pouze do rukou lékaře.

Lokální zastoupení: PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o., Kolbenova 1021/9, Praha 9, 190 00, e-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.

Růžovka se vyskytuje pouze na obličeji. Hlavními příznaky růžovky jsou návaly horka, blushing (zarudnutí), nejdříve přechodné, později trvalé, dále papuly, papulopustuly a teleangiektázie. U mužů může dojít ke zbytnění některé části obličeje, nejčastěji nosu. Kůže bývá citlivá, často s šupinkami. Pozor: Řada pacientů má oční obtíže!

V léčbě jsou důležitá režimová opatření včetně odstranění nebo alespoň minimalizace provokačních faktorů. Terapie samotná je možná pomocí řady místních, u závažných případů i celkových léků, je vedena dermatologem.

Praktický lékař by měl umět:

1. "Diagnostikovat" pacienta s růžovkou + určit závažnost postižení. Všechny závažnější případy odeslat k vyšetření na kožní ambulanci!
2. Vhodné je i poučení pacienta o nutnosti odstranění či minimalizace provokačních faktorů a volbě správné kosmetiky: šetrné běžné kosmetiky (čištění pleti, promazávání, make-up), vhodný prostředek s ochranným faktorem. U lehčích forem je možné doporučení vhodné léčebné kosmetiky (především ke snížení erytému a ektázií).
3. U očních obtíží je vhodné doporučit umělé slzy, sluneční brýle, event. odeslat pacienta co nejdříve k očnímu vyšetření.

Přednáška je doplněna řadou obrázků choroby, je připojena jedna krátká kazuistika.

Pacient s infekcí HIV v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Jaroslav Kapla, Ph.D.

Klinika infekčních nemocí Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty v Hradci Králové

Infekce HIV byla v České republice dosud diagnostikována u 4967 osob. Nicméně pokroky moderní medicíny, zejména v oblasti terapie umožnily, že z choroby dříve fatální se stala nemoc chronická, úspěšně léčitelná. V souladu s celosvětovým úsilím je i naší snahou diagnostikovat co největší procento pacientů, kteří jsou již infikováni. U osob s prokázanou infekcí by měla být co nejrychleji zahájena antiretrovirová terapie, jejímž cílem je v maximální možné míře potlačit replikaci viru v organismu.

Péče o osoby s infekcí HIV je soustředěna do HIV center. Zde je pacientům poskytována komplexní specializovaná léčba, včetně spolupráce s ostatními specialisty (stomatolog, gynekolog, urolog apod.). Nedílnou součástí práce center je i zajištění postexpoziční profylaxe po profesionálním poranění s kontaminací krví od HIV+ osoby nebo po neprofesionální expozici (např. nechráněný pohlavní styk s osobou s infekcí HIV). Dále centra provádějí i preexpoziční profylaxi infekce HIV u osob s rizikovým sexuálním chováním.

Role praktického lékaře je důležitá v tom, že může prokázat infekci HIV u svého pacienta velmi záhy od manifestace obtíží. Zná pacientův dlouhodobý zdravotní stav i výsledky laboratorních vyšetření. U již dispenzarizované HIV+ osoby může být pro infektologa rovněž spolupracujícím lékařem při řešení jiných komorbidit. V neposlední řadě má praktický lékař významnou úlohu i v pracovních posudkových činnostech, neboť zná lépe sociální zázemí a pracovní prostředí pacienta.

Biofilmová probiotika nové generace, patentované kmeny, bakteriální lyzáty a možnosti jejich využití

Hana Vagnerová

FAVEA Plus, a. s., Praha

Účinnost konkrétních probiotických kmenů je potvrzena četnými klinickými studiemi. V doporučeném postupu WGO (Světová gastroenterologická společnost) najdeme přehledné informace o účinnosti probiotik v konkrétních diagnózách v oblasti GITu. Nejvyšší úroveň vědeckých důkazů je spojena s léčbou akutního průjmu a s prevencí postantibiotického průjmu. Se stejnou účinností redukuje probiotika i příznaky intolerance laktózy. Umíme už ovlivnit



Gilead – váš partner v léčbě infekčních onemocnění

HIV

Více než tři desetiletí Gilead pracuje na zlepšování péče o lidi žijící s HIV. Zabývá se jak léčbou a prevencí, tak také výzkumem. Kromě toho vystupuje jako partner při řešení příčin epidemie HIV a pracuje na tom, aby lidé žijící s HIV i osoby v riziku měli přístup k našim lékům jak na prevenci, tak i na léčbu.

Virové hepatitidy

Gilead je přední společností ve vývoji léků pro pacienty s virovými hepatitidami. V současné době je k dispozici léčba jak pro pacienty s hepatitidou typu B a C, tak i D. Především u hepatitidy C se podařilo dosáhnout významného úspěchu ve formě vysoce účinných antivirotických léků, které umožňují úplné vyléčení chronické hepatitidy C.

COVID-19

Gilead se díky znalostem a dlouhodobým zkušenostem s antivirotiky zaměřil na pomoc pacientům a společnostem v boji s pandemií COVID-19. Během prvních měsíců pandemie Gilead přinesl možnost antivirotické terapie pro léčbu onemocnění COVID-19.

CS-UNB-0202



i mikrobiom dutiny ústní (účinným kmenem *Streptococcus salivarius* K12). Poslední vědecké výzkumy potvrzují úzkou spojitost kožního a střevního mikrobiomu při patogenezi atopické dermatitidy. WAO (Světová alergologická společnost) považuje za přínosné a doporučuje podávání probiotik pro prevenci alergického ekzému. Dnes už jsme dál i v kvalitě probiotik. Patentovaná biofilmová probiotika představují novou generaci se zvýšenou odolností vůči antibiotikům. Což nám otvírá nové možnosti při podávání probiotik během antibiotické léčby.

Paliativní péče v terénu

odborný garant MUDr. Bc. Michal Hrnčiarik

pátek / 26. května / 13.45–15.15

Poskytování paliativní péče z pohledu nemocničního paliativního týmu

MUDr. Bc. Michal Hrnčiarik

Oddělení podpůrné a paliativní péče, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Díky podpoře České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, nadačního fondu Abakus a MZ ČR došlo v posledních letech k výraznému rozvoji paliativní péče v nemocnicích. Ve zdravotnických zařízeních v rámci celé ČR vznikají konziliární týmy paliativní péče, které si kladou za cíl poskytovat specializovanou paliativní péči a podporovat rozvoj obecné paliativní péče na jednotlivých pracovištích nemocnic. Cílem je popsat komplexní přístup paliativního týmu ve všech dimenzích péče o pacienta (medicínská rozvaha, psychologická a spirituální podpora, sociální a etické poradenství, doprovázení pacientů i jejich rodin). Vlastní specializovaná paliativní péče se týká zejména těchto situací:

- Přetrvávají závažné symptomy (bolest, dušnost, delirium...), a to i přes maximalizovanou léčbu vyvolávající příčiny.
- Komunikace s pacientem či rodinou je obtížná (nereálná očekávání, nepřijetí či neporozumění nepříznivé zprávě, nesoulad v rodině v rozsahu další péče).
- Objevují se nejasnosti při rozvaze nad rozsahem další nemocniční péče pacienta se závažným nevyléčitelným onemocněním, nad limitací péče (např. rozvahy o KPR, o napojení na UPV, indikaci nutriční podpory, přechodu kurativního záměru péče na paliativní).
- Je vhodná komplexní psychosociální a spirituální podpora.

Důležitým vstupem je identifikace pacienta vhodného pro paliativní péči, včetně možnosti využití screeningových nástrojů, jako je surprise question, NECPAL nebo SPICT, či dotazníků IPOS a ESAS hodnotící tíži symptomů pacientů. Následně je důležitý odběr anamnestických údajů (informovanost pacienta, osoba důvěry, hodnoty a preference pacienta). Klíčem je pak správná komunikace a dokumentace plánu paliativní péče. Do paliativního plánu je nutné zapracovat návaznost péče dle potřeb konkrétního pacienta, tedy spolupráce s praktickým lékařem, agenturou domácí péče, ambulancí paliativní péče, domácím nebo lůžkovým hospicem, event. i doporučení pro urgentní příjem či záchrannou službu.

Patentovaná probiotika a bakteriální lyzáty

Bactoral

Streptococcus salivarius K12
pro doplnění přátelské mikrobioty
krku, dutiny ústní a středouší



Bactoral
Bactoral s vitamínem D
Bactoral Baby s vitamínem D

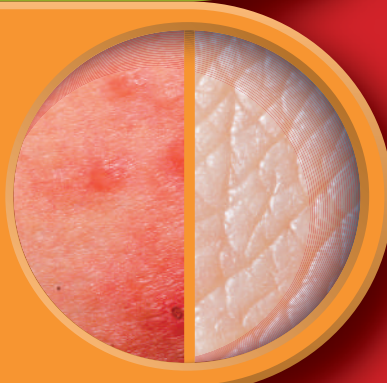
Bactorrhino ^{+VITAMIN D}

Účinné probiotické řešení
pylové sezóny



Bactodermal

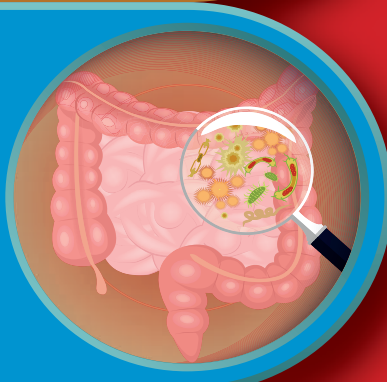
Péče o atopickou pokožku
začíná ve střevě



Bactodermal
Bactodermal Baby

ProbioLact

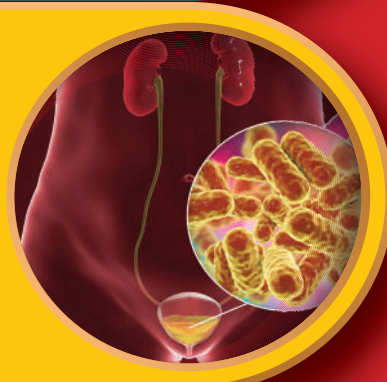
Biofilmová probiotika 4. generace
- základem imunitního systému
jsou dobře fungující střeva



Probiolact
Probiolact Forte

NefroVaxin

Kombinace bakteriálních
lyzáátů, které jsou vyrobeny
z nejčastějších původců zánětů
močových cest



favea
plus pro vaše zdraví



Zpříjemněte si den kávou a zmrzlinou od Solenu

SOLEN MEDICAL EDUCATION



ABSTRAKTA

PALIATIVNÍ PÉČE V TERÉNU

Paliativní péče v domácím prostředí pacienta. Jaké služby se nabízí praktickým lékařům v péči o paliativní pacienty?

MUDr. Veronika Molnárová

Domácí hospicová péče, Oblastní charita Hradec Králové

Paliativní medicína se věnuje péči o pacienty s nevléčitelným onemocněním a snaží se zaměřovat na jejich potřeby nejen fyzické, ale i psychické, sociální a spirituální. V časných stádiích nevléčitelných onemocnění nabízí paliativní péče řešení symptomů, podporu při zvládání nemoci jak nemocnému, tak pečujícím, komunikaci o porozumění nemoci i o možném vývoji nemoci. S tím je spojeno stanovení cílů péče individuálně dle pacientových hodnot a vytvoření plánu péče i s možností např. sepsání předem vysloveného přání. V terminální stadiu onemocnění jsou k dispozici nemocným lůžková zařízení, péče v domácím prostředí za podpory domácích hospiců či konzultační činnost, pokud je pacient v terminálním stavu v péči praktického lékaře.

A kam se tedy může pacient nebo praktický lékař mimo nemocnici obrátit?

Pokud je pacient se závažným onemocněním v nemocnici, kde funguje paliativní tým, a vrací se domů či do sociálního zařízení, kde žije, může praktický lékař pacienta požadovat konzultaci paliativního týmu a vytvoření plánu péče. Pacient může docházet do nemocniční paliativní ambulance. Velmi často při domácí hospicové péči fungují také mobilní paliativní ambulance. Lékař paliatr je schopen přijet za pacientem domů a provést paliativní konzilium ve vlastním domácím prostředí pacienta včetně poskytnutí navazujících služeb psychosociálních a duchovních. Pro 80 % pacientů v terminálním stavu nemoci je dostačující obecná paliativní péče, poskytovaná praktickým lékařem, kdy lékař paliatr může sloužit jako konzultant cestou mobilní paliativní ambulance či nemocniční paliativní ambulance. Asi 20 % terminálních pacientů tíží symptomové zátěže nebo i náročností péče přesahují možnosti péče praktických lékařů a potřebují specializovanou paliativní péči. Těm je k dispozici služba 24/7 – domácí hospicová péče, která pokud je poskytována provozovatelem se smlouvou se zdravotní pojišťovnou, přebírá veškerou péči o pacienta od praktických lékařů.

Paliativní péče v domovech pro seniory

MUDr. et Mgr. Dana Hrnčiariková, Ph.D.

III. interní gerontometabolická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Paliativní péče v domovech pro seniory má svoji nezastupitelnou roli. Ne všichni klienti však paliativní péči potřebují anebo ji nepotřebují ihned při přijetí do domova pro seniory. Přesto je vhodné, aby klient byl při nástupu do domova pro seniory informován o možnostech paliativní péče, pokud ji příslušný domov nabízí, stejně jako o ostatních službách domova pro seniory, které jsou v konkrétním zařízení k dispozici.

Problematika paliativní péče v domovech pro seniory by měla být komplexní a brát v úvahu specifické prostředí domovů pro seniory – domov pro seniory nahrazuje svým klientům pobyt v jejich původním prostředí a péče o ně je většinou dlouhodobá, dle zaměření konkrétního zařízení se jedná většinou o stabilizované klienty bez významnější symptomatologie. Pro pobyt v domově pro seniory je důležitá znalost životního příběhu každého konkrétního klienta, což vede k získání vzájemné důvěry a spolupráce a umožňuje otevírat i otázku eventuální paliativní péče. 80 % klientů by chtělo zemřít ve svém přirozeném prostředí v domovech pro seniory, ale 80 % z nich umírá v nemocnici. Nezbytnou podmínkou pro zajištění paliativní péče v domově pro seniory je školený personál, optimálně zdravotní sestra 24/7 a navázání účinné spolupráce s paliatrem nebo

MSPP. V případě dobrého zvládnutí terminální péče je vhodné pokusit se implementovat paliativní péči i do časnějších fází onemocnění a delšího časového úseku pobytu klienta v domově pro seniory. Poskytování paliativní péče v domovech pro seniory vede k úspoře nákladů na péči, ale především k prodloužení a zkvalitnění života klientů těchto zařízení.

Paliativní drobnosti všedního dne praktika

MUDr. Vendula Mazancová

Praktický lékař, Vysočina, s. r. o., Černovice

ZaPa Vysočina, s. r. o., Pelhřimov

Domácí paliativní péče, Nemocnice Pelhřimov

ZZSJČK České Budějovice

Byla to výzva, do deseti minut vměstnat zkušenosti 25 let a několika oborů. Zda se povedlo a je pro vás užitečný alespoň malý kousek, musíte hodnotit sami, každý sám za sebe. Možná se nedozvíte nic nového, i to je přínosné a prostě jste si to už objevili sami a pak jsme v tom společně. A to je dobré.

Inspirace z paliativní práce na prvním místě přináší aktivní vytváření týmu s otevřenou komunikací, vzájemnou podporou a kontakty na externí služby. Simplexní myšlenka? Kde se informujete, když potřebujete pečovatelskou službu, sociální poradenství, psychologa, spirituální služby? Pokud vám ihned naskočily konkrétní odpovědi, je to dobré. Využíváte totiž celé spektrum bio psycho socio spirituálního přístupu, víte, kde jsou vaše hranice a znáte místa předání do další péče. A to je dobré.

Další výzvou je přijmout umírání a smrt jako integrální součást naší práce a někdy jako její cíl. Umírání důstojné a smrt klidnou. A v kulisách, které si konkrétní pacient a jeho blízcí přáli. A s podporou pozůstalých. K tomu je vhodné seznámit se s paní Kübler Ross, tedy s procesem vyrovnávání se se závažnou diagnózou a dojít ke smíření sami se sebou, pak můžeme doprovázet ostatní. A to je dobré.

Plán péče. Co si pod tím představíte? Začneme něčím banálním. Třeba respirační infekce. Jak se mění přístup u různých pacientů? Co všechno zohledňujete při výběru léčebné strategie? U ženy, která má mimino, u manažera s 12hodinovým dnem, u dělníků ve směnách, seniora osaměle žijícího, v domově se zvláštním režimem, namátkou. Asi se shodneme, že pokaždé to bude trochu jiné. A to je plán péče. Upravení doporučených postupů na míru konkrétního člověka. A to je dobré.

Ostatně doprovázení si také žádá pár slov. Pacienty vždy doprovázím. To mi umožňuje zůstat vně jejich životů, rozhodnutí a přístupu k mým radám a doporučením. Doprovázení je aktivní proces aktivního pacienta, nemohu za někoho jít a žít jeho život, ale mohu ho podpořit, nasměrovat, kousek doprovodit. A pak mohu jít domů žít ten svůj. Třeba si to udělat hezké, říká moje instruktorka jógy. Nebo objevovat mystéria přírody, zajít do divadla, uvařit večeři, cokoliv. A to je dobré. A tady bychom mohli skončit.

A pokud chcete jít v paliativě dále, doporučuji postupovat od konce, pomalu a vědomě.

Péče o pozůstalé, tam to začíná. Přichází třeba paní v černém s bolestí zad, opakujícími se infekty, nespavostí. Léčba se úplně nedaří. Od kdy to má? Pokud od smrti svého blízkého, je to ten moment na podpůrný rozhovor, někdy stačí pár slov: chápu vaši ztrátu, stres způsobuje vaše potíže, pojďme se na ně podívat z této perspektivy...

List o prohlídce zemřelého a jeho vystavení, indikace pitvy. To je na samostatnou přednášku. Ale! Mrtvý nemá přednost před živými, problém mám s tím, že kolem lůžka zemřelého stojí i živí lidé a potřebují doprovodit v těžké chvíli. Jak se k tomu postavíte?

A pak tu máme proces umírání. Odvézt do nemocnice nebo podpořit v péči doma, vracíme se na začátek. Máte síť pro tyto potřeby? Revize medikace, symptomatická péče. Otázka jídla a pití. Sociální dávky. Neklid. Obtížné dýchání. Víte, o čem mluvím? Ano? To je dobré. Ne? To je také dobré, teď už znáte základní body.

A pak tu máme les možností uprostřed. V odvaze vkročit nám může dopomoci doporučení pro neodkladnou resuscitaci SUMMK. Uvádí kontraindikace k zahájení KPR, které v bodě 3 říká: Terminální stadium nevléčitelného chronického onemocnění. A pokud nemáme zahajovat resuscitaci, je čas na paliativní přístup. Plánování péče, požádání o pomoc.

Položme si otázky: Je toto nevléčitelné chronické onemocnění? Už je onemocnění v terminálním stadiu? Jaké známe nástroje toto rozpoznat? Jak dlouho terminální stadium potrvá? Jaké léčebné možnosti jsou racionální a adekvátní? Jaké jsou hranice mých možností? A co etické principy? Ještě vás napadají další? To je dobré. A dobré je vědět, že konečné a vždy platné odpovědi těžko naleznete. Hledáme stále znovu a znovu a v hledání nalézáme smysl naší práce. Alespoň já ano. Pro mě dobré, a pro vás?

Indikace do paliativní péče, jak uvádí paliativní společnost. Možná jsem trochu poupravila. Najděte a porovnejte sami.

1. Intuitivní otázka (The Surprise Question): Překvapilo by mě, kdyby tento člověk zemřel v průběhu následujících 1–3–6 měsíců v důsledku přirozeného vývoje své nemoci?
2. Má pacient nádorové onemocnění, CHOPN, srdeční selhání, demenci nebo jiné orgánové onemocnění ve velmi pokročilém stadiu? Má bohatou medikaci, často upravovanou, rozsáhlou anamnézu invazivních vyšetření, symptomy nemoci jsou trvale přítomné i přes plnou léčbu?
3. Je stav spíše postupným zhoršením chronického stavu než akutním stavem náhle vzniklým, nebo akutní stav již odeznívá a lze ho vysvětlit jako přechodný symptom pokročilého chronického onemocnění?
4. Byl tento pacient opakovaně či dlouhodobě hospitalizován v posledním roce? Volal si ZZS opakovaně pro podobné potíže? Intervence nevedly k významnému zlepšení, celkový stav se spíše zhoršuje?
5. Je závislý na péči 2. osoby?
6. Zhubl pacient za poslední rok o 10 % a více, nebo je kachektický, nemá chuť k jídlu?
7. Je unavený, většinu dne nebo celý stráví v lůžku, vyjadřuje přání zůstat doma, nechce další intenzivní léčbu v nemocnici? Nebo není schopen komunikace a celková kondice ukazuje na trvalé ubývání rezerv s minimální schopností obnovy, stav se vyvíjí v řádu minimálně dnů?
8. Pacient nebo rodina uvádí, že poslední hospitalizace nepřinesla zlepšení stavu?

A nesmíme zapomenout na FRAILTY, tedy křehkost. Já pro svoji potřebu jen nahrubo shrnuji vidlemi:

- Věkem podmíněná zvýšená senzitivita vůči stresu, jakémukoliv.
- P5P: podněty, potrava, pohyb, postel, příbuzní (neodolala jsem jazykové výzvě).
- 1 min. vyšetření: jak a s kým vchází do ordinace, jak si sedá, jak mluví, jak je oblečený.
- Paměť, svaly, kůže, kondice – teď a tady a také vývoj v čase.
- Jídlo, vyprazdňování, pohyb, spánek, podněty, pohoda.
- Biopsychosociospirituální model neboli léčba v kontextu životního příběhu.

O křehkosti se dají napsat knihy a dlouhé články. Ale Einstein by se zeptal, jak bych to vysvětlila svojí babičce. Takhle, to by určitě pochopila a řekla: „Dobrý, holčičko, krátký. Není čas se s tím mazat.“

A to už se dostáváme na počátek. Jak na časně intervence? Například: Jak vysvětlit potřebu plánování další péče v 1. stadiu demence? Paliativní výkony u onkologických onemocnění? CKD 5. st., HD ano či ne? Implantace KS, ICD, TEP, když CSF je 7 a výše. A jistě vás napadnou další a další...

A co když na to pacient chce znát náš názor? Jak se vyhnout nátlaku k převzetí rozhodnutí a jak naopak vhodně nasměrovat? Protože děláme most mezi vědou a životem, přeložte do jazyka jeho kmene, jaký výkon má nastat, jaké rozhodnutí je třeba učinit a jestli jsou i jiné možnosti.

Jak se připravit? Ptejte se sami sebe: Co bych dělala, kdyby se to týkalo mě, mé rodiny? Jak bych to chtěla pro sebe a své blízké? Jak bych se rozhodla, kdybych se nebála?

A to je konec. Jestli to bylo dobré, to musí rozhodnout každý sám za sebe.

Možná ještě několik mých oblíbených zdrojů do začátku:

www.paliativnimedicina.cz

www.paliativnicentrum.cz

www.umirani.cz

Vorlíček, Sláma, Kabelka: Paliativní medicína pro praxi

Marková: Hospic do kapsy

A to je opravdu konec. Nebo začátek? Jestli jsem vás inspirovala v hledání odpovědí, je to dobré. To si říkal bůh na konci každého dne tvoření světa v té knize. Protože nebyl nikdo další, kdo by ho pochválil, zhodnotil si svoji práci sám. Pojďme a hledejme hluboké vnitřní uspokojení v naší práci.

Kardiovaskulární onemocnění

odborná garantka MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

pátek / 26. května / 15.15–16.15

Na co si dát pozor při farmakoterapii kardiovaskulárních onemocnění

prof. MUDr. Otto Mayer, CSc.

II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Navzdory příznivému populačnímu trendu z hlediska kardiovaskulární (KV) mortality i pokroku v terapeutickém managementu zůstává prognóza pacientů, u nichž došlo k manifestaci KV příhody poměrně nepříznivá. Na základě našich vlastních pozorování, do 5 let po infarktu myokardu zemře více než pětina pacientů (navzdory faktu, že u nich došlo k revaskularizaci), zatímco po proběhlé ischemické cévní mozkové příhodě je to již takřka polovina a po hospitalizaci pro kardiální dekompenzaci dokonce ještě o něco více (≈55 %). Tyto neradostné perspektivy akcentují význam dlouhodobých (ve většině případů celoživotních) léčebných opatření nad rámec významu léčby těchto pacientů v akutním stadiu.

Základem dlouhodobého managementu (či spíše sekundární prevence) všech hlavních KV chorob je preskripce lékových skupin s prokázaným přínosem z hlediska mortality a rekurence těchto KV příhod. Jejich skutečný impakt však naráží ze strany lékařů na důslednost, s jakou jsou předepisovány, dávkovány a nakolik skutečně dojde k zamýšlenému farmakodynamickému efektu (např. náležité kontrole příslušného rizikového faktoru). Ze strany pacientů je to zase skutečná adherence k této předepsané medikaci, z hlediska toho, zdali je dotýčný vůbec ochoten léčbu užívat a pokud ano, například jak často tak neučiní. Vzájemná interakce všech těchto jevů pak vede k tomu, že v praxi zdaleka nedosahujeme plného potenciálu z hlediska zlepšení zdravotního stavu populace, kterého by současná farmakoterapie KV chorob mohla teoreticky dosáhnout.

Hypertenze ničí mozek – jak tomu zabránit

MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

1. interní klinika – kardiologická, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc

Orgánové poškození u hypertenze zahrnuje kromě jiných orgánů i poškození mozku, přičemž tato klinická konsekvence bývá opomíjena. Mechanismus mozkových změn zahrnuje

zvýšení arteriální tuhosti, progresi aterosklerózy, mikrokrvácení, lakunární infarkty a léze bílé hmoty. Všechny tyto změny vedou ke zhoršení kognitivních funkcí a zvýšenému výskytu demence. Jedinců s poruchou kognitivních funkcí nebo demencí celosvětově přibývá. Demence snižuje kvalitu života, soběstačnost a zvyšuje riziko závislosti na péči, hospitalizace a úmrtí.

Čím dříve se hypertenze v životě rozvine, tím je, zvláště při nedostatečné kompenzaci, její dopad na funkce mozku z důvodu kumulace navozených změn závažnější. Vznik hypertenze ve středním věku urychluje atrofii mozku a je spojen s 61% nárůstem rizika demence. Hypertenze, která se objeví před 35. rokem života, ovlivní kognitivní funkce již po 50. roce věku.

Léčba hypertenze prokazatelně snižuje riziko poškození mozku. Těsná kontrola systolického krevního tlaku – pod 120 mmHg vedla ve studii SPRINT (JAMA. 2019;322(6):524-534) k poklesu rizika zhoršení kognitivních funkcí a výskytu demence spolu s dalšími benefity, proto je celosvětový trend hypertenzi dříve vyhledávat a intenzivněji léčit. Tento trend platí pro všechny věkové kategorie, tedy i pro pacienty velmi mladé. Ani u seniorů nevede antihypertenzní léčba ke zhoršení kognice a u hypertoniků, u nichž je již lehčí kognitivní deficit přítomen, zpomaluje jeho progresi. Jako nejvíce prospěšné se jeví časné nasazení kombinační léčby a snížení variability krevního tlaku využitím léků s dlouhodobou účinností.

Včasná a správná léčba arteriální hypertenze může pomoci zastavit nárůst demence a kognitivních poruch. Prioritou je přitom pečlivější vyhledávání pacientů s arteriální hypertenzí i pomocí měření tlaku mimo ordinaci, zahájení léčby kombinovanými preparáty u většiny pacientů, vysoký nárok na dosažení cílového krevního tlaku s časnou intenzifikací napříč věkovým spektrem, hlavně u mladších pacientů, kteří v nemoci stráví většinu svého života. Podpora adherence a udržení stability krevního tlaku může být podpořena i lepší informovaností pacientů o nebezpečí kognitivních poruch při neuspokojivé kompenzaci krevního tlaku.

Tepová frekvence u hypertoniků – co říkají nová doporučení a jak postupovat v praxi

MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Zvýšená tepová frekvence (TF), která se vyskytuje přibližně u 30 % hypertoniků, je dalším, leč často přehlíženým nezávislým rizikovým faktorem kardiovaskulární morbidity i mortality, a kardiovaskulární riziko významně stoupá od TF přibližně 75/min. U hypertoniků s vysokou TF hraje zásadní roli v patofyziologii arteriální hypertenze zvýšená aktivita sympatického nervového systému. Tuto nadměrnou aktivitu lze terapeuticky ovlivnit zejména betablokátory s centrálním i periferním účinkem, dále blokátory systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) a non-dihydropyridinovými kalciovými blokátory (verapamil), nicméně je nutné preferovat preparáty s dlouhým biologickým poločasem; léky s krátkým biologickým poločasem ordínované nevhodně jednou denně mohou naopak po odeznění efektu zvýšenou sympatickou aktivitu vyprovokovat. Betablokátory jsou stále lehce opomíjenou skupinou antihypertenziv, v souladu s doporučeními odborných společností jsou správně přednostně voleny u pacientů s ischemickou chorobou srdeční, se srdečním selháním se sníženou TF či jako kontrola srdeční frekvence u pacientů s fibrilací síní, nicméně jsou také výbornou lékovou skupinou pro pacienty s hyperkinetickou cirkulací a chronickým stresem, kde už nižší či střední dávka betablokátoru vede k požadovanému snížení TK i TF. Dle doporučení České společnosti pro hypertenzi je doporučeno udržovat klidovou TF pod 80/min, u pacientů s ICHS je doporučováno cílit na hodnoty nižší 55–60/min.



Začátek informace o přípravku TRIPLIXAM: SLOŽENÍ: Triplixam s mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu-argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam s mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu-argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam s mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu-argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu-argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlodipinu, podáványi současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Při kombinaci není vhodná pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávky, dávka jevýchodně složena by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAIKADICE:** Dialyzovaní pacienti. Pacient s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závazná porucha funkce ledvin (Clcr < 30 ml/min). Středně až závažná porucha funkce ledvin (Clcr 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty hydroxydipridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) související s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Interakce). Dědičný/diagnostický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závazná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. výstup štěrny sténózy atd.). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sacubitril/Valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sacubitril/Valsartanu** (viz body Upozornění a Interakce). Mimosňální léčba vedoucí ke kontaktu kůže se záporně nabitými povrchem (viz Interakce). Signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění). **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění:** **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteronu (RAAS):** duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokádů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikací faktorů, zvláště při extenzivní poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypertenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívatelka faktor. Ztráta renální funkce se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sacubitril/Valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sacubitrilem/Valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sacubitrilem/Valsartanem ukončena, léčbu nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sacubitril/Valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s raskedatolitem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok jehyčných cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání) (viz bod Interakce). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání raskedatrolu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin**). **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedním blokádových. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dčasně vsaďte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-aférey:** před každou aférou dčasně vsaďte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzátorní membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacient s primárním hyperaldosteronismem obvykle nedopovídá na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** nezahajovat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavte léčbu a zahajte vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie, která může vyvolat jaterní kómu:** ukončte léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončte léčbu. **Opasení pro použití:** **Renální funkce:** U některých hypertoniků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální funkce testů ukazuje funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypertenze a/nebo renální insuficience (v případech srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s jinými krvinnými kádky, stenózou renální arterie, místným srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu dvakrát nížší dávkou a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodku:** riziko nižší hypertenze v přítomnosti preexistující deplece sodku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie): sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižšími standardními dávkami nebo pouze jednou složkou přípravku. **Hladina sodku:** kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretická léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzaci metabolické alkalóze: výsledky a stupni tohoto jevu je mály. **Hladina draslíku:** hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současně užívání kalium-Sfědrických diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokádů receptorů angiotensinu**. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium-Sfědrická diuretika a blokátory receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin. **Hypokalemie:** Hypokalemie může způsobit svalové poruchy, zejména v souvislosti se závažnou hypokalemii, byly hlášený případy raskedolymy; vysoké riziko u starších a/nebo podvýživných osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, kornárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoj torsades de pointes, které mohou být fatální. Hypokalemie zjištěná v souvislosti s nízkou koncentrací hořčiny u séru může být v nízké hodnotě, pokud není korigován sérový hořčík**. **Hladina vápníku:** hyperkalemie: před vyšetřením funkce příštítných tělísek ukončete léčbu. **Hladina hořčiny:** bylo prokázáno, že thiazidy a podobná diuretika včetně indapamidu zvyšují vylučovací hořčíkové moči, což může mít za následek hypomagnezémii**. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Suchy kůže, Ateroskleróza:** u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenzní krize, Srdeční selhání/žádná srdeční insuficience:** v případě srdečního selhání postupujte opatrně. Ťěžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV): zahajte léčbu nižšími iniciálními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertroftická kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** V případě inzulín-dependenčního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciální nížší dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Černáží:** vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie:** přerušete léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater:** mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počínající cholestatickou žloutenkou a progredující až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie: zvýšená tendence k začatým dny. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladinu draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **Hladina sodku:** v podstatě bez sodku. **Choroidální efuze, akutní myopia a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem:** Sulfonamidy mohou deriváty sulfonamidu mohou způsobit idiosynkratickou reakci vedoucí k choroidální efuze s defektem zorného pole, předchodné myopii a akutnímu glaukomu s uzavřeným úhlem. Příznaky zahrnují náhlý pokles zrakové ostrosti nebo bolesti očí a obvykle se objevují během hodin až týdnů po zahájení léčby. Neléčený akutní glaukom s uzavřeným úhlem může vést k trvalé ztrátě zraku. **Primární ledvika spočívá v co nejrychlejší vyšetření ledviky.** Pokud se nitrovní tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba vyvolat rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikové faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným úhlem mohou zahrnovat alergii na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. **Sportovci:** tento léčivý přípravek obsahuje ledviku látku, která může vyvolat pozitivitu dopingových testů. **INTERAKCE:** **Kontraindikováno:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimosňální léčba. **Sakubitril/Valsartan. Nedoporučuje se:** lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitory ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-Sfědrický léky (např. triamteren, amilorid, ...), soli draslíku, dantrolen (inhibitor), grapefruitu šťava. **Výžadující zvláštní opatrnost:** bakofen, nesteroidní antilgistiká (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiidiabetika (inzulín, perorální antiidiabetika), kalium-Nešedřící diuretika a kalium-Sfědrická diuretika (epreneron, spironolakton), raskedatol, inhibitor mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirol

SERVIER 
moved by you

Cestovní medicína a infektologie

odborný garant MUDr. Petr Prášil, Ph.D.

pátek / 26. května / 16.45–18.30

Vybraná úskalí perorální antibiotické léčby

MUDr. Petr Prášil, Ph.D.

Klinika infekčních nemocí Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Perorální antibiotika jsou frekventně předepisovaná antimikrobiální léčiva nejen v praxi praktického lékaře. Sdělení stručně shrnuje indikace této terapie, charakterizuje jednotlivé skupiny těchto léčiv a především upozorňuje na řadu záležitostí při jejich preskripci, uvádí časté nežádoucí účinky léčby a hodnotí některé interakce těchto antibiotik s ostatními léčivy. Zároveň upozorňuje na některá novější perorální antibiotika, která je možno využít v klinické praxi a na jejich potenciál.

Nová doporučení přístupu k CDI v ambulantní péči

MUDr. Petr Šmahel

Klinika infekčních nemocí, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Klostridiová kolitida zůstává i nadále jednou z nejčastějších nozokomiálních nákaz. Původcem onemocnění je anaerobní bakterie *Clostridioides difficile*, jejíž schopnost vytvářet spóry odolné vůči vlivům vnějšího prostředí usnadňuje její šíření. Přestože onemocnění může probíhat asymptomaticky nebo jen s mírnými obtížemi, časté recidivy vedou k postupnému vyčerpání organismu. Zejména u starších a polymorbidních pacientů může být průběh fulminantní a s nepříznivou prognózou. Jedním z hlavních rizikových faktorů rozvoje floridního onemocnění je narušení střevního mikrobiomu v důsledku předchozí antibiotické terapie.

I když je šíření CDI mnohem snazší v nemocničním prostředí, nejedná se pouze o problematiku hospitalizovaných pacientů. V roce 2022 byla vydána nová aktualizovaná česká doporučení přístupu k diagnostice, léčbě a přístupu k pacientům s klostridiovou kolitidou.

Nadále platí obecná pravidla kladoucí důraz především na prevenci v podobě racionální antibiotické politiky a důsledných protiepidemických opatření. Nově se lékem první volby na klostridiovou kolitidu stává selektivní perorální antibiotikum fidaxomicin, které je však určené pouze pro použití za hospitalizace. Pro ambulantní praxi je lékem volby perorálně podáván vankomycin, v případě první epizody a mírného průběhu u nerizikového pacienta lze nadále podat metronidazol. Samostatnou problematikou je pak indikace fekální bakterioterapie. Ta má u pacientů s recidivující klostridiovou kolitidou zatím nezastupitelnou roli, její dostupnost je však limitovaná zejména některými právními aspekty.

Zdravotní rizika pro občany ČR v souvislosti s migrací

MUDr. Věra Pellantová, Ph.D.

Centrum očkování a cestovní medicíny

Klinika infekčních nemocí, Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Dětská klinika, Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Jestliže v roce 2000 žilo na území ČR kolem 200 000 cizinců, v roce 2022 to bylo přes milion lidí. Jen od počátku válečného konfliktu na Ukrajině přijala Česká republika zhruba 400 000 uprchlíků, z nichž asi 140 000 jsou děti do 17 let. Epidemiologická situace v některých zemích není zcela přehledná. Znepokojující je situace zejména v případě výskytu tuberkulózy, virové hepatitidy B a C, HIV, ale i dalších nemocí. Důležité je zajištění vakcinace a dispenzární péče

dětských uprchlíků. Současně je však třeba vyřešit zdravotní péči o osoby v dospělém věku. Zabránění šíření infekčních chorob musí patřit mezi prioritní zájmy České republiky.

Nejčastější obtíže po návratu ze (sub)tropů

MUDr. Lucie Siráková

Katedra epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové,
Univerzita obrany Hradec Králové

Každoročně přibývá turistů navštěvujících tropické a subtropické oblasti, čímž vzniká riziko importu tropických onemocnění. Mezi nejčastější patří průjemová onemocnění, zejména při cestování do oblastí s nízkým hygienickým standardem. Obvyklým etiologickým agens jsou bakterie (80–85 %), především enterotoxigenní kmeny *E. coli* (50–75 %). Virového či parazitárního původu je přibližně 5–10 % cestovatelských průjmů. Mezi oblasti s vysokým rizikem patří Latinská a Jižní Amerika, Afrika, Střední Východ, Indie a jihovýchodní Asie. Zhruba jedna třetina průjmů se projeví již během pobytu, popř. časně po návratu. U dospělých osob se většinou jedná o klinicky nezávažné infekce, spontánně odeznívající. Léčba je symptomatická se zaměřením na dietní a režimová opatření a důslednou rehydrataci. Antibiotika jsou nasazována pouze u těžších stavů vyvolaných invazivními bakteriemi (shigelóza, salmonelóza, kampylobakterií), při průjmech s patologickou příměsí a s vysokými febriliemi. V případě protrahovaných průjmů je nutné provést parazitologické vyšetření stolice (giardiáza, amébová dyzenterie). Základem prevence cestovatelských průjmů zůstává konzumace nezávadné vody a stravy. Mezi další obtíže po návratu z tropů patří horečnaté stavy (malárie, břišní tyfus, rickettsií), které mohou cestovatele bez včasné léčby ohrozit i na životě. Jejich diagnostika je založena především na důkladné anamnéze se zaměřením na samotný druh a délku pobytu, zjištění kondice a základního zdravotního stavu turistů včetně případných přidružených komorbidit a informace týkající se užívaných léků. Dále pak na fyzikálním, laboratorním a speciálním mikrobiologickým vyšetření. Z laboratorních metod první linie je nutno zmínit tenký nátěr a tlustou kapku, krevní obraz s diferenciálem, odběr hemokultur a zánětlivých markerů. K dalším potížím cestovatelů patří kožní afekce, nejčastěji jde o makulopapulózní léze po poštípání hmyzem či rozmanité toxoalergické reakce na exotické potraviny, po kontaktu s jedovatými rostlinami a živočichy. Závažnější jsou exantémy doprovázející systémová horečnatá onemocnění (např. horečka Dengue a další arbovirózy). Velice specifické jsou chodbičkové eflorescence vyvolané intradermální migrací parazitických nematodů nazývané larva cutanea migrans. Jsou způsobeny larválními stadii měchovců (např. *Ancylostoma braziliense*). V diferenciální diagnostice je nutno odlišit cerkáriovou dermatitidu. I přesto, že informovanost o zdravotních komplikacích vyjíždějících osob do zahraničí má zlepšující se trend, stále se setkáváme s řadou těch, kteří navštěvují i vysoce rizikové oblasti bez řádného očkování a antimalarické profylaxe.

Právně správně

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

sobota / 27. května / 8.30–9.30

Právně správně

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

AK Prudil a spol., s r. o., Brno

Příspěvek bude zaměřen na problematiku odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb, a to zejména odpovědnosti občanskoprávní. Bude rozebrána problematika náhrady škody, náhrady nemajetkové újmy a aktuální rozhodovací činnost soudů v oblasti ztráty šancí a práva na zdravotní léčbu lege artis.

Mezioborová spolupráce

sobota / 27. května / 9.50–10.50

Systémová enzymoterapie a její možnosti léčebného využití v medicíně

MUDr. Aleš Kočár

MUCOS Pharma CZ, s. r. o.

NESTLÉ Health Science

U akutních posttraumatických a pooperačních stavů, u prolongovaného hojení ran, ale také u chronických a recidivujících zánětlivých onemocnění je, více či méně, porušena vnitřní homeostáza, čímž se lidský organismus dostává do určitého imunodeficitního stavu. Snahou lékaře pak je co nejrychleji tuto vnitřní homeostázu opět obnovit.

V uvedených případech je nutné respektovat komplexní přístup k léčbě těchto patologických stavů. V rámci celkové terapie proto můžeme také zvážit nasazení jedné z podpůrných, léčebných možností. Je to aplikace systémové enzymoterapie (SET), kam patří léčivé přípravky Wobenzym či Phlogenzym.

Na pozitivním, léčebném efektu léků SET se podílí jejich antiflogistický, antiedematózní, sekundárně analgetický, mírně fibrinolytický a imunomodulační účinek. Nezanedbatelný je i tzv. efekt vehikula. Výše uvedená fakta byla prokázána i mnoha klinickými studiemi.

Edém, který se zpravidla manifestuje v okolí poškozené tkáně, dlouhodobě omezuje lymfatickou a cévní mikrocirkulaci. Manifestuje se lymfostáza a mikrovaskulární trombotizace. Rovněž se prodlužuje difúzní dráha mezi buňkami a koncovými lymfatickými a cévními kapilárami. Zhoršuje se tak přívod nových živin a kyslíku a zároveň se zhoršuje eliminace patogenů a toxických zplodin metabolismu.

Všechny tyto faktory vytváří velmi nepříznivé podmínky pro zdárný průběh všech fází zánětlivé reakce, respektive pro hojení alterované tkáně.

Komplexní léčebný proces může být proto potencován, jak již výše uvedeno, nasazením léků SET, které podporují a zrychlují celkový průběh zánětlivé (hojivé) reakce.

Dochází tedy k rychlejšímu odstranění dlouhodobého útlatu mikrocirkulace otokem a tím ke zlepšení nutričních podmínek v místě poškození. Znamená to zlepšení tkáňové hypoxie a postupné obnovení žilní a lymfatické drenáže.

Sekundární analgetický účinek nastává při ústupu zánětlivé reakce spolu s regresí otoku.

Pozitivní vliv léčivých přípravků SET na reologické vlastnosti krve a lymfy spočívá ve zvýšení transportní kapacity lymfatického i cévního řečiště následnou redukcí intersticiálně se městnající lymfy s vysokým obsahem proteinů.

Některá akutní poranění nebo zánětlivé komplikace prolongovaně se hojících ran vyžadují systémovou aplikaci antibiotik. Zde se může velmi dobře uplatnit již zmíněný specifický efekt vehikula. Znamená to společné podávání léků SET s antibiotiky, což zlepšuje jejich penetraci do tkání a potencuje tak využití jejich terapeutického spektra.

Můžeme proto konstatovat, že léčivé přípravky SET pomáhají, v rámci celkové, podpůrné terapie, účinně a rychleji zvládnout hlavní patofyziologické faktory, které často blokují komplexní proces hojení – prolongovaný zánět a perzistující edém doprovázený algickými potížemi.

Recidivující virové infekce kolem nás

MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.

Ústav imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN, Praha

Viry jsou obligatorní intracelulární parazité, liší se svojí strukturou a strategií replikace. Mezi kritické úkoly při obraně hostitelského organismu patří navození antivirového stavu dosud neinfikovaných buněk a eliminace buněk již infikovaných. Isoprinosine® se vyznačuje výraz-

blokurima

GYNIMUN[®]

INTIMNÍ PARTNER



2G - MANÓZY
BAKTERIÁLNÍ LYZÁTY

VAGINÁLNÍ LAKTOBACILY

ZÁKLADNÍ KAMENY SVĚTOVÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

nou protivirovou a imunostimulační aktivitou. Jeho protivirový efekt se projevuje potlačením syntézy virové RNA v napadených buňkách. Isoprinosine® tak patří mezi molekuly s širokým imunomodulačním efektem. Je využíván pro léčbu akutních i chronických virových onemocnění. Z akutních můžeme zmínit progresivní subakutní sklerotizující panencefalitidu, kde má svoje nezastupitelné místo pro snížení rizika neurologického poškození. Je vhodný pro léčbu recidivujících nebo vleklých virových respiračních nebo herpetických onemocnění, ale také pro terapii EBV, CMV a infekcí způsobených lidskými papilomaviry.

Organizace systému zdravotnických záchranných služeb v České republice

MUDr. Libor Seneta

sobota / 27. května / 11.20–12.05

Organizace systému zdravotnických záchranných služeb v České republice

MUDr. Libor Seneta

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je jednou ze zdravotních služeb. Její náplní je na základě tísňové výzvy poskytovat zejména přednemocniční neodkladnou péči osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Činnost ZZS je napříč Českou republikou upravena na zvyklosti ve zdravotnictví jednotně a podrobně. Četné předpisy o různé právní síle (kromě obecných právních předpisů pro poskytování zdravotních služeb se jedná zejména o speciální zákon o Zdravotnické záchranné službě, o prováděcí vyhlášku k tomuto zákonu, specifické metodické pokyny MZ ČR aj.) určují a upravují velkou řadu aspektů směřujících k jednotnému fungování zdravotnických záchranných služeb v ČR. To činí systém přehledný a předvídatelný, a to jak z pohledu pacienta, tak z pohledu jiných subjektů, včetně ostatních zdravotnických zařízení. Centrálně je stanoveno kolik, v jaké právní formě a kdo je povinen zřídit ZZS (v ČR má každý kraj včetně hlavního města Prahy povinnost zřídit na svém území jednu ZZS formou příspěvkové organizace). V ČR tak existuje 14 zdravotnických záchranných služeb. Je určeno, jaká má být vnitřní struktura každé ZZS. Jsou pravidla popisující činnost ZZS od pravidel při příjmu tísňové výzvy přes poskytování péče, přes pravidla pro směřování pacientů, až po pravidla při předání pacienta. Každá ZZS musí provozovat jedno zdravotnické operační středisko obsluhující tísňovou linku 155. Je určeno, kdo (operátor s příslušnou kvalifikací) vyhodnocuje tísňovou výzvu a jaká pravidla platí při vyhodnocování výzvy (operátor má povinnost výzvu vyhodnotit, povinnost rozhodnout o zařazení výzvy do kategorií dle naléhavosti a dle naléhavosti má právo a povinnost rozhodnout o způsobu řešení, včetně práva nevyslat ZZS). Je centrálně určen systém tvorby sítě výjezdových základů napříč ČR (počet a rozmístění výjezdových základů tak, aby místo události bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 minut). Jsou předepsány typy přípustných výjezdových skupin dle složení a dopravního prostředku (RLP – rychlá lékařská pomoc, RZP – rychlá zdravotnická pomoc, RV – rychlá lékařská pomoc pracující v setkávacím systému, LZS – letecká záchranná služba). Jsou dána jasná pravidla upravující kompetence lékařských a nelékařských výjezdových skupin. Existují pravidla pro nasazování jednotlivých výjezdových skupin, zejména ve vztahu k naléhavosti výzvy. Naopak jsou omezena některá za jiných okolností obvyklá práva pacientů (pacient nemá právo na volbu ZZS, pacient nemá právo na volbu cílového zdravotnického zařízení). Jsou stanovena relativně přesná pravidla pro směřování pacientů, která se opírají především o aktuální zdravotní stav pacienta (nejbližší poskytovatel akutní lůžkové péče

vs. specializovaná centra). Jsou stanovena pravidla pro spolupráci ZZS a poskytovatelů akutní lůžkové péče (avizování pacientů, povinnost převzít pacienta...). Znalost systému a pravidel pro fungování zdravotnických záchranných služeb dává poměrně přesnou představu, co lze od systému očekávat.

Akutní stavy

odborní garanti doc. MUDr. Tomáš Vymazal, Ph.D., MHA,
prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, FESAIC

sobota / 27. května / 12.30–14.00

Rozpoznání akutně nemocného dítěte a život zachraňující postupy

MUDr. Jakub Jonáš, Ph.D., MUDr. Samuel Mičica

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny,

2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

S akutními a život ohrožujícími stavy se lze setkat i v ordinaci dětského praktického lékaře. Jedním z nejdůležitějších kroků je rozpoznat akutně nemocné dítě. K tomu slouží jednoduchá pomůcka – metoda BBB (Behavior, Breathing, Body colour). Pomocí ní lze rychle zhodnotit neurologický stav a funkci respiračního i kardiovaskulárního systému. V dalších krocích je pak nezbytné znát aktuální doporučení ke kardiopulmonální resuscitaci a postupy léčby život ohrožujících stavů. Za tímto účelem je nutné adekvátní vybavení ordinace – příslušné pomůcky, přístroje, ale i farmaka. Cílem přednášky je seznámit posluchače s rychlou diagnostikou nejzávažnějších stavů ohrožujících život dítěte a se základními postupy neodkladné péče.

Akutní stavy v ordinaci dětského praktického lékaře a jejich léčba

MUDr. Samuel Mičica, MUDr. Jakub Jonáš, Ph.D.

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny,

2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Mezi akutní stavy, se kterými se lze v ordinaci dětského praktického lékaře setkat, patří především dušnost. Její etiologie je poměrně široká a zahrnuje jak dušnost inspirační (akutní subglotická laryngitida, akutní epiglottitida, aspirace cizího tělesa), expirační (obstrukční bronchitida, exacerbace astmatu), inspiračně-expirační (anafylaxe), tak může být jejím původem i řada stavů z mimoplicních příčin. Mezi ně patří i dušnost kardiální etiologie (dekompenzovaná srdeční vada), nebo je její příčina původu metabolického, neuromuskulárního či psychogenního. K dalším akutním stavům, které mohou potenciálně ohrožovat život dítěte, náleží poruchy vědomí, křeče a hypoglykemie. Cílem přednášky je seznámit posluchače s diagnostikou i léčbou těchto stavů.

Vybrané akutní stavy u dospělých

doc. MUDr. Roman Škulec, Ph.D.

Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Univerzita J. E. Purkyně
v Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

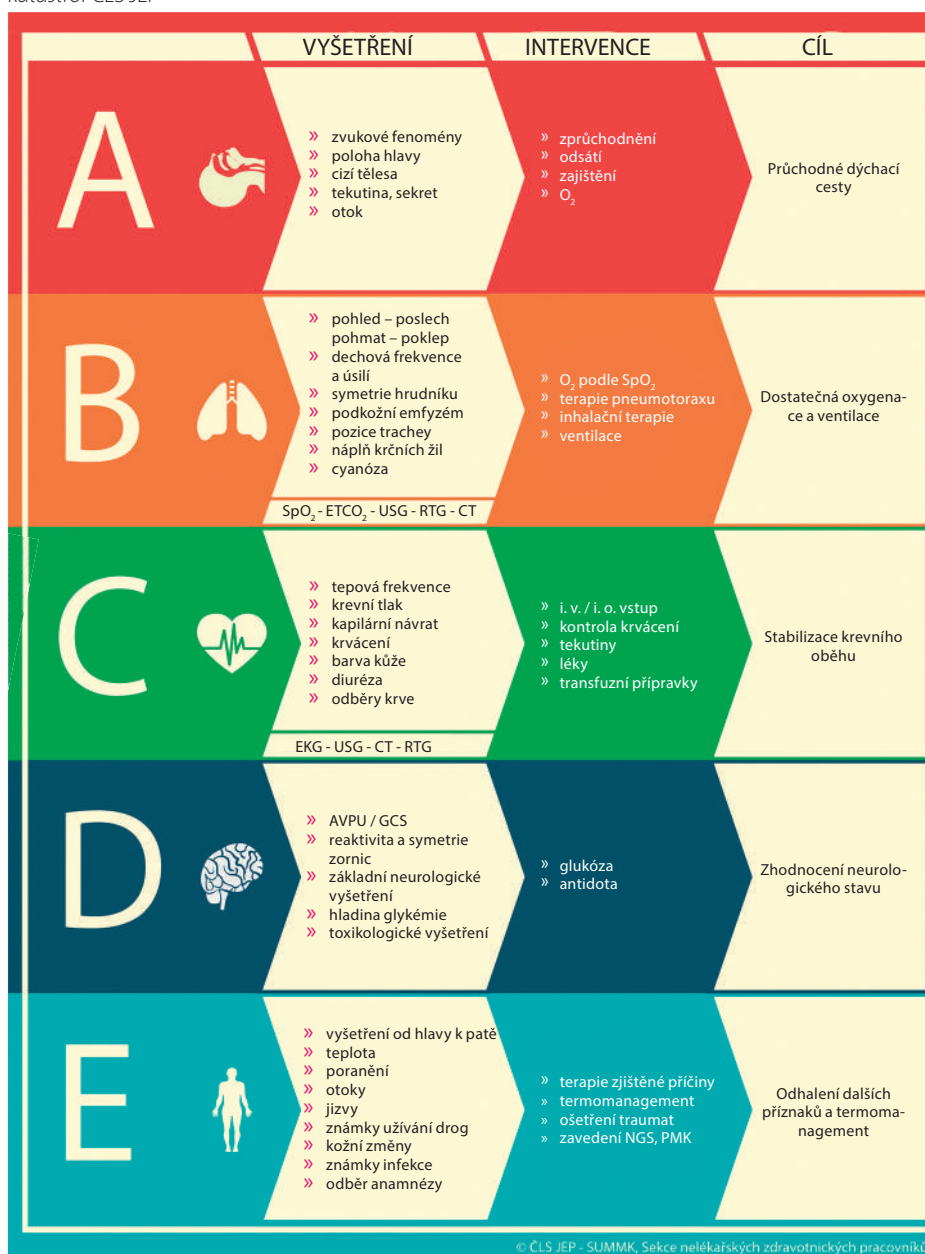
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova,
Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové
Výukové pracoviště pro Point-of-Care ultrasonografii IPVZ

Výskyt pacientů s akutním závažným onemocněním v ambulanci praktického lékaře je poměrně vzácný. O to obtížnější může být takovýto stav rozpoznat. Ve sdělení bude diskutováno:

- jak rozpoznat akutní a chronický stav,
- jak rozlišit nezávažné, potenciálně závažné a kritické onemocnění,
- univerzální způsob řešení pacientů s akutním závažným stavem.
- způsob postupu u vybraných akutních závažných stavů (pacient s dušností, pacient s anafylaxií).

Obecné zásady řešení akutních stavů v ambulanci vychází ze základních principů urgentní medicíny. Je pro ně charakteristické především základní pragmatické zajištění pacienta s minimem diagnosticko-terapeutických prostředků s omezenou diagnostickou spolehlivostí a včasné přivolání zdravotnické záchranné služby. Univerzální postup pro ošetření pacienta s jakýmkoliv závažnými somatickými akutními příznaky je postup ABCDE. Tento postup představuje kompromis zaručující bezpečné a efektivní ošetření. Další specifické postupy ošetření pacienta se mohou lišit v závislosti na konkrétním typu příznaků a jsou předmětem specifických protokolů.

Obrázek 1. Postup ošetření ABCDE. Převzato z archivu Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP



© ČLS JEP - SUMMK, Sekce nelékařských zdravotnických pracovníků

PŘÍSPĚJTE NA DOBRU VĚC!

Vraťte, prosím, při odchodu z této akce visačku.

Za každou visačku věnuje Solen 10 Kč

na provoz Dětského centra Topolany. Vraćené visačky jsou recyklovány a opět použity.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



V roce 2022 jsme díky vám přispěli částkou **30 000 Kč**

Předplatné 2023

Medicína pro praxi

Neplatíte zbytečně víc ...

Při objednání předplatného na našich vzdělávacích akcích získáte časopis za **KONGRESOVOU** cenu **750 Kč**.



Cena časopisu na rok 2023 je **1000 Kč** (5 čísel).

Chcete číst aktuální články
pouze on-line?

Zajistěte si **elektronické
předplatné** za **600 Kč/rok**



www.medicinapropraxi.cz →





POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ
PARTNER

SERVIER
moved by you

HLAVNÍ
PARTNEŘI



PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI

