

Medicína pro praxi

2017

A

www.solen.cz | Med. praxi 2017; 14(Suppl A) | ISBN 978-80-7471-185-5 | 2017

ABSTRAKTA

IV. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V OSTRAVĚ

16.–17. února 2017

Clarion Congress Hotel Ostrava

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

Záštita: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

FN Ostrava a LF OU

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Duomox®

Velmi klasický.
Velmi moderní.



Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

Amoxicillinum 250,375,500,750,1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitidy a akutní exacerbace chronické bronchitidy, bronchopneumonie a pneumonie. **Další indikace:** infekce způsobené mikroorganismy, které jsou citlivé k amoxicilinu, jako: některé jiné Infekce dýchacích cest, Infekce urogenitálního traktu, Infekce gastrointestinálního traktu, Infekce kůže a měkkých tkání. **Dávkování:** Dospělí: U lehkých až středně těžkých infekcí 0,5 g–0,75 g každých 8 hodin po dobu 7–10 dnů. U těžších infekcí je obvyklá dávka 0,75 g–1,5 g v dílčích dávkách každých 8 hodin. Dávky 1 g a vyšší je možno podávat po 12 hodinách. Dávkování pediatrické populace (o tělesné hmotnosti do 40 kg): Denní dávka pro děti činí 50–90 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek. Děti o vyšší tělesné hmotnosti než 40 kg užívají stejnou dávku jako dospělí. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. Tablety se mohou polykat celé a zapít vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchuť. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému beta-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Nepodávat pacientům s virovou infekcí, zejména infekční mononukleózou, pacientům s lymfatickou leukémií a pacientům HIV pozitivním. **Interakce:** probenecid, fenylbutazon, oxyfenbutazon a kyselina salicylová (v menší míře), indometacin a sulfinpyrazon prodlužují poločas amoxicilinu v plazmě a zvyšují jeho hladiny. Souběžné užívání amoxicilinu s perorálními kontraceptivy může být spojeno se sníženou účinností kontraceptiva. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Upozornění:** zřídka může dojít i k závažným případům hypersenzitivity, léčba amoxicilinem musí být okamžitě zastavena. Při léčbě se mohou vyskytnout superinfekce. Při vzniku těžkého průjmu je třeba uvažovat o možnosti pseudomembranózní kolitidy. **Těhotenství a laktace:** Podávání amoxicilinu v době těhotenství nemá nepříznivý účinek na plod. Do mateřského mléka je vylučován v malých množstvích, nicméně u kojence nelze vyloučit vznik sensibilizace, dysmikrobie nebo průjmu. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Poslední revize textu:** březen 2015. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. Registr. číslo: 15/270/93-A/C, B/C, C/C, D/C, E/C. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu.

ASTELLAS PHARMA s.r.o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8

Program – čtvrtek 16. února

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
- 9.05–10.15 SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ A TOXIKOLOGIE**
Garant MUDr. Igor Dvořáček, Ph.D.
- **Nové syntetické drogy v praxi** – Dvořáček I.
 - **Násilí na seniorech** – Dvořáček I.
 - **Náhla smrt mimo zdravotnické zařízení – kazuistiky** – Handlos P.
 - **Problematika úmrtí mimo zdravotnické zařízení** – Smatanová M.
- 10.15–10.35 PŘESTÁVKA**
- 10.35–11.15 KARDIOLOGIE**
- **EPIcontrol: Průřezový průzkum mapování úspěšnosti dosahování cílových hodnot krevního tlaku u hypertoniků v České republice** – Widimský J.
 - **Účinná intervence KV rizika: ACE inhibitory nebo sartany?** – Horák I.
- 11.15–12.15 HIV A HEPATITIDA C V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
- **HIV pozitivní pacient v ordinaci praktického lékaře** – Zjevíková A.
 - **Virová hepatitida C z pohledu praktického lékaře** – Rožnovský L.
(Přednášky sponzorované firmou Gilead Science s.r.o.)
- 12.15–13.00 OBĚD**
- 13.00–14.50 TĚHOTNÁ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
Garant doc. MUDr. Ondřej Šimetka, Ph.D., MBA
- **Farmakoterapie v těhotenství** – Matura D.
 - **Diabetes v těhotenství a jeho důsledky na zdraví žen** – Špaček R.
 - **Hypertenze v těhotenství a její důsledky na zdraví žen** – Doležálková E.
 - **Možné dlouhodobé důsledky císařského řezu na zdraví žen a dětí** – Šimetka O.
 - **Žilní onemocnění u těhotných a kojících** – Peschout R.
- 14.50–15.10 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- **Novinky v léčbě hypertenze a dyslipidemie v roce 2016** – Václavík J.
- 15.10–15.40 PŘESTÁVKA**
- 15.40–16.50 PNEUMOLOGIE**
Garant prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.
- **Co je nového v CHOPN?** – Kociánová J.
 - **Jak léčit respirační infekce?** – Kolek V.
 - **Karcinom plic – pokroky v léčbě** – Roubec J.
- 16.50–17.50 ORTOPEDIE**
Garant MUDr. Michal Mačák
- **Praktický lékař s spolupráce s ortopedickou ambulancí a ortopedickým oddělením** – Mačák M.
 - **TEP kolene a kyčle, UNI-TEP – možnosti a indikace** – Piatkovský M., Mačák M.
 - **Artroskopické operace** – Mačák M.
 - **Operace a indikace v oblasti operace nohy, hallux valgus** – Podivinský J., Mačák M.

WORKSHOP – ČTVRTEK 16. února 13.30–14.30 hod.

Salonek Silver

- **Léčba deprese, úzkosti a nespavosti – Videokazuistika „Pláču, jen když chci...”**
workshop vede MUDr. Marta Holanová
Vstup volný, kapacita omezena

Pátek 17. února

8.30–9.30 OD TITRITID K CRPITIDÁM – MUDr. Zuzana Blechová, MUDr. Václava Adámková
IP ■ Diskuzní interaktivní blok

9.30–10.50 KDO TU ŽIJE S NÁMI ANEB PARAZITI POD LUPOU

- **Svrab** – Zímová J.
- **Importované parazitární nemoci** – Hozáková L.
- **Co všechno v nás žije: lidský mikrobiom a eukaryom** – Lukeš J.

10.50–11.20 PŘESTÁVKA

11.20–12.20 VARIA

- **Recidivující respirační infekce aneb co nám řekla „ERICA“** – Kopřiva F.
- **Vliv kolagenových injekcí a lipozomálního vitamínu C na artrózu** – Staňa J., Procházka Z.
- **Možnosti využití adaptogenů při zvládání stresu** – Vranová V.

Satelitní sympozium GlaxoSmithKline

- **EPI situace klíčové encefalitidy v ČR a možnosti prevence** – Zajíčková J.

12.20–13.20 PRÁVO, ÚHRADY A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI

- **Aktuální problémy a výhledy pro rok 2017** – JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

13.30 ZAKONČENÍ KONGRESU A VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

IV. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V OSTRAVĚ

16.–17. února 2017 | Clarion Congress Hotel Ostrava

Pořadatel

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

Záštita

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF OU

Prezident akce

prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazebná 297/51, 779 00 Olomouc
 Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@solen.cz
 Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralovaa@solen.cz
 Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

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



Supplementum A Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2017; 14(Suppl A).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-185-5

Atoderm Sprchový olej

VÝŽIVNÝ OBNOVUJÍCÍ SPRCHOVÝ
OLEJ NA SUCHOU AŽ ATOPICKOU
POKOŽKU



JE TO
V KŮŽI,

KDE BIODERMA
OBJEVILA ŘEŠENÍ
JAK OBNOVIT JEJÍ
OCHRANNOU BARIÉRU.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Soudní lékařství a toxikologie

garant MUDr. Igor Dvořáček, Ph.D.

čtvrtek / 16. února 2017 / 9.05–10.15 hod.

Syntetické drogy v praxi

MUDr. Igor Dvořáček, Ph.D., MUDr. Margita Smatanová, Ph.D., MUDr. Petr Handlos

Ústav soudního lékařství, FN Ostrava

Cílem sdělení je upozornit odbornou veřejnost na existenci a rizika užívání tzv. syntetických drog. Jde o nové psychotropní látky objevující se na ilegálním trhu v časovém horizontu posledních 10 až 15 let. Jde o syntetické látky, které vznikly jako vedlejší produkt výzkumu farmaceutického průmyslu. Nejrozšířenější drogou z této skupiny je MDMA (extáze), jejíž farmakologické a toxikologické vlastnosti jsou již obecně dobře známy. Mnohem méně informací však máme o dalších nových syntetických látkách na bázi katu, kanabinoidů a metamfetaminu. Uživatelé nových syntetických drog své užívání obvykle nechápou jako závažnější problém a jen zřídka vyhledávají odbornou pomoc. Zdravotní důsledky užívání syntetických drog vyvolané přímo jejich účinky, záměnou jednotlivých substancí anebo jejich kombinací s dalšími látkami, včetně alkoholu, mohou způsobovat závažné, někdy přímo život ohrožující zdravotní obtíže. Jde především o tzv. serotoninový syndrom. Princip účinku extáze a některých amfetaminů je v tom, že vedou k masivnímu uvolnění serotoninu. Jde o potenciálně život ohrožující stav způsobený nadměrně zvýšenou hladinou serotoninu. Projevuje se třesem, vysokou horečkou, pocením, zvracením, dehydratací, zmateností atd.

Smyslem sdělení je seznámit odbornou veřejnost s novým spektrem drog a jejich negativními účinky, se kterými by se mohli v praxi setkat především u mladých jedinců.

Násilí na seniorech

MUDr. Igor Dvořáček, Ph.D., MUDr. Margita Smatanová Ph.D., MUDr. Petr Handlos

Ústav soudního lékařství, FN Ostrava

Osoby pokročilého věku se stávají snadno obětmi špatného zacházení či trestných činů. Toto tvrzení lze doložit řadou případů násilí, často i velmi brutálního, páchaného na seniorech jak ze strany osob cizích, tak i ze strany osob blízkých. Je důvodné předpokládat, že existuje množství trestných činů a jiných způsobů ubližování seniorům, které zůstávají skryté. Může k nim docházet v nejrůznějších prostředích včetně rodiny. Senioři jako oběti různých deliktů a špatného zacházení se dostali do zájmu orgánů činných v trestním řízení právě při řešení stoupající četnosti případů domácího násilí. Seniorská problematika bude muset být i v našich zdravotnických podmínkách v budoucnu více sledována. Násilí na seniirech může mít totiž celou řadu podob a nemusí být na první pohled zřejmé. Právě zdravotníci stále ještě považují osobu blízkou vždy za tu, která má jen ty nejlepší úmysly, což pravdou mnohdy není. Překážkou identifikace případů ubližování seniorům v rodině může být také skutečnost, že samotné oběti si někdy neuvědomují, že s chováním ubližující osoby není něco v pořádku. U seniorů bývá navíc celá situace umocněna velmi silnými obavami ze ztráty rodiny, obvykle bez vize jakéhokoli řešení. Senior si mnohdy nevhodné zacházení navíc vykládá jako svůj vlastní osobní neúspěch v selhání výchovy a stydí se za události, které probíhají.

Zlé nakládání se seniory lze definovat z pohledu soudně lékařského jako destruktivní chování zaměřené vůči starší osobě, které se odehrává v kontextu důvěrného, často rodinného vztahu. Negativní jednání může mít fyzickou ale i psychickou podobu. Další formou zlého nakládání může být i zanedbávání starých osob. Jde o selhání odpovědné, často blízké osoby při poskytování nutné péče, která je k dispozici a je seniorovi potřebná. Zcela ojediněle se v praxi setkáváme i se sexuálním zneužíváním seniorů, avšak zde jde obvykle o širší sociopatologické prostředí.

Zlé nakládání se seniory je součástí dnes hojně proklamovaného domácího násilí respektive tzv. „násilí za zavřenými dveřmi“ a bývá odhaleno nečíslně až v důsledku kumulace viditelných následků anebo z přítomnosti řady diskrétních poznatků, jak uvedeno výše.

Náhlá smrt mimo zdravotnické zařízení – kazuistiky

MUDr. Petr Handlos, MUDr. Igor Dvořáček, Ph.D., MUDr. Margita Smatanová, Ph.D.

Ústav soudního lékařství, FN Ostrava

V následujícím příspěvku se autoři zabývají problematikou náhlých kardiálních smrtí při disekci hrudní srdečníce, myxoidní degeneraci chlopní a nonkompaktní kardiomyopatii.

Pojem disekující aneurysma hrudní srdečníce zavedl roku 1826 René Laënnec. Dnes je preferován název disekce hrudní srdečníce, protože postižená aorta obvykle nejvíce vydutí. Prevalence je 0,5–3,0/100 000. Dle autorů etiologie i patogeneze disekce aorty jsou temné, většina postižených má hypertenzi. Proč dochází ke vstupnímu defektu intimy není zcela zřejmé. Histologicky se u části případů nachází Erdheimova degenerace medie – dříve nazývána cystická medionekróza. Kromě hypertenze disponují k disekci aorty i vrozené poruchy pojiva – Marfanův syndrom, Ehlersův-Danlosův syndrom, dilatace vzestupné aorty, prolaps mitrální chlopně, koarktace aorty, aortitidy, aneurysma břišní aorty, pozdní těhotenství.

Myxoidní degenerace chlopní dle literárních údajů postihuje 1–5 % populace. Vyskytuje se sporadicky i familiárně ve všech věkových skupinách s predilekcí pro mladé dospělé (20–40 let). Její etiologie a patogeneze není zcela objasněna, v některých případech se vyskytuje u geneticky podmíněných chorob pojivové tkáně. Jejím morfologickým podkladem je protažení a zvětšení cípů chlopní s nápadnou elongací šlašinek. Častými komplikacemi je ruptura šlašinek, nasedající infekční endokarditida či náhlá srdeční smrt.

V posledním případě jsme se setkali s náhlým úmrtím 17letého chlapce s nonkompaktní kardiomyopatií, který byl léčen betablokatory a náhle zemřel při fotbale. Nonkompaktní kardiomyopatie je vzácné, geneticky podmíněné onemocnění, které se řadí do kategorie neklasifikovaných kardiomyopatií. Charakteristickým rysem tohoto onemocnění je zvýšená trabekulizace stěny srdeční komory s maximem v oblasti srdečního hrotu a dolní třetiny volné stěny s tvorbou nepravidelných hlubokých intertrabekulárních recesů. Bezprostřední příčinou smrti bylo akutní selhání srdce při nonkompaktní kardiomyopatii a nedodržení indikované farmakologické terapie betablokatory.

Problematika úmrtí mimo zdravotnické zařízení

MUDr. Margita Smatanová, Ph.D., MUDr. Igor Dvořáček, Ph.D., MUDr. Petr Handlos

Ústav soudního lékařství, FN Ostrava

Soudní lékařství (SL) je zaměřeno především na poznatky týkající se poškození zdraví a smrti z násilných příčin. Soudní lékař se zabývá problematikou náhlých a násilných úmrtí, určováním doby smrti, hodnocením vitální reakce úrazových změn, úrazovými mechanismy, vyjadřuje se k možnosti zachránitelnosti, zachování motoriky po vzniku zranění ap. Závěry SL vycházející z objektivních nálezů jsou pak podkladem pro rozhodování Policie ČR, zda jde o smrt přirozenou či násilnou, o nešťastnou náhodu, sebepoškození nebo aktivní násilí ze strany druhé osoby. Bez znalosti pitevního nálezu jde vždy o závěry předběžné. Případy z praxe představují jednoznačné nálezy, z nichž lze usuzovat na násilnou smrt, demonstrují však i nebezpečí možné dezinterpretace předběžných závěrů z místa nálezu zemřelého a nutnost konfrontace pitevního nálezu s okolnostmi úmrtí.

Kardiologie

čtvrtek / 16. února 2017 / 10.35–11.15 hod.

EPIcontrol: Průřezový průzkum mapování úspěšnosti dosahování cílových hodnot krevního tlaku u hypertoniků v České republice

prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.

III. interní klinika, 1. LF UK a VFN Praha

Cíle projektu: Posoudit úspěšnost kontroly hypertenze v ambulantním sektoru a současně analyzovat stávající antihypertenzní (kombinační) léčbu. Dalším cílem projektu je posoudit vlivy přispívající ke zhoršené kontrole vysokého krevního tlaku.

Metodologie: Projektu se zúčastnilo celkem 348 center – pracovišť praktických lékařů. Každé centrum vyšetřilo 10 po sobě jdoucích pacientů s arteriální hypertenzí. Projektu se zúčastnilo celkem 3 480 pacientů s již léčenou hypertenzí. Průměrný věk činil 64 ± 12 roků (rozsah 20–96 let) a mírně převažovali muži (55 %).

Výsledky: Průměrný klinický TK činil $144 \pm 17/85 \pm 11$ mmHg. Kontrola hypertenze s TK pod 140/90 mmHg byla dosahována významně častěji u žen než u mužů (37 vs. 32 %). Pacienti s diabetes mellitus měli významně vyšší systolický TK oproti osobám bez diabetu. Mezi další faktory přispívající ke zhoršení kontroly hypertenze patřila obezita/BMI, nikotinismus a věk. Používání fixních kombinací bylo pozorováno u 48 % osob bez závislosti na věku. Mezi nejčastěji předepisované léky v každé třídě patřily: ACEI – Perindopril, BKK – Amlodipin, sartany – Telmisartan, BB – Metoprolol, diuretika – indapamid. Byly rovněž analyzovány lékové duplicity, ale jejich celkový počet byl nízký (celkově pouze u cca 1,5 % pacientů).

Závěry: Výsledky svědčí nadále pro trvalou neuspokojivou kontrolu hypertenze, kdy pouze kolem 1/3 pacientů dosahuje cílových hodnot TK. Ženy a nekuřáci mají lépe kontrolovanou HT, naopak obézní pacienti a diabetici mají zhoršenou kontrolu systolického TK. Projekt EPIcontrol svědčí pro častější používání fixních kombinací (48 %). Použití fixních kombinací snižuje počet tablet a v případě fixní trojkombinace vede oproti volným kombinacím k lepší kontrole HT.

HIV a hepatitida C v ordinaci praktického lékaře

čtvrtek / 16. února 2017 / 11.15–12.15 hod.

Infekce HIV/AIDS v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Alena Zjevíková, Ph.D.

Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

Alarmující je počet nově zjištěných onemocnění virem lidské imunitní nedostatečnosti (HIV), a to nejen v České republice, ale zejména v Moravskoslezském kraji. První onemocnění byla pozorována v roce 1981, daleko od našich hranic. Od roku 1983, kdy byl objeven virus HIV-1 se rozšiřuje pandemicky po celém světě. Přestože v některých rozvinutých zemích se podařilo šíření onemocnění alespoň stabilizovat, v České republice toto neplatí.

Výskyt onemocnění je v České republice monitorován od roku 1985. Počet nově diagnostikovaných nemocných u nás každoročně stoupal s výrazným vzestupem od roku 2000. Přesto jsme patřili mezi oblasti s nízkým výskytem tohoto onemocnění. Zlom nastal v roce 2012, kdy jsme počtem 212 nově diagnostikovaných nemocných přesáhli incidenci 2/100 000 obyvatel. Přes intenzivní práci lékařů AIDS center a epidemiologů se ale šíření nemoci u nás nepodařilo zpomalit. Během 11 měsíců roku 2016 bylo nově diagnostikováno 275 HIV pozitivních osob s incidencí 2,75/100 000 obyvatel. Moravskoslezský kraj je s 22 nově diagnostikovanými HIV pozitivními pacienty na třetím místě za hlavním městem a Středočeským krajem. AIDS centrum Ostrava mělo stejný počet nových pacientů naposledy v roce 2008. V letech 2009–2015 činil nárůst klientů našeho centra průměrně 15 ročně.



Onemocnění virem HIV je však stále nevyléčitelné. Postupná progresie onemocnění končí zhroucením imunity a úmrtím vyčerpáním nebo na infekční či nádorová onemocnění. Progrese onemocnění je individuální a je ovlivněna způsobem přenosu infekce, věkem a pohlavím pacienta, jeho způsobem života a v neposlední řadě kvalitou genetické výbavy jedince. HIV pozitivní pacienti v ČR mají přístup k bezplatné léčbě. Léčba nemocných vede ke snížení virové nálože. Dobře léčený pacient získá možnost plnohodnotného života a zároveň se snižuje pravděpodobnost přenosu infekce. Pro veřejné zdraví i pro prognózu jednotlivce je žádoucí diagnostikovat a léčit nemocné co nejdříve.

Z celkem 2 895 HIV pozitivních českých občanů jich 504 dosáhlo nejtěžšího a konečného stadia onemocnění AIDS a z nich již 253 osob zemřelo. Přestože onemocnět může člověk v každém věku, smutný je zejména přenos onemocnění z matky na dítě během těhotenství a porodu. Nově jsou diagnostikováni většinou mladí lidé ve věku 25–34 let. V tomto věku byla v našem AIDS centru diagnostikována téměř polovina nemocných. Pokud je onemocnění diagnostikováno u starších osob, bývá to často také v pozdějším stadiu s výrazným poklesem imunity.

Zpracovali jsme údaje o 271 zemřelých HIV pozitivních osobách od roku 1986 do konce března 2014. Nejčastějšími příčinami úmrtí byly infekce plic buď oportunní nebo bakteriální, ložisková postižení CNS lymfomem či toxoplazmózou, případně malignity. Po zavedení vysoce aktivní antiretrovirové terapie v polovině devadesátých let se zdravotní stav HIV pozitivních pacientů zlepšil. Od roku 1999 a výrazněji po roce 2003 začínali umírat i na jiné příčiny než AIDS. Vedle úrazů a onemocnění srdce jsme zaznamenali zvyšující se výskyt nádorových onemocnění nesouvisících se stadiem AIDS.

Se zlepšením ART a s prodlužující se dobou života infikovaných pozorujeme jiné zdravotní komplikace. V důsledku chronického zánětu pacienti rychleji stárnou. Onemocnění odpovídající běžným civilizačním, jako ateroskleróza s hypertenzí a onemocnění srdce, diabetes nebo glukózová intolerance, nádory, které nesouvisí s HIV pozitivitou, ale také osteoporóza, onemocnění ledvin nebo postižení CNS jako neurokognitivní poruchy, deprese nebo demence, se u pacientů vyskytují v průměru o 10–15 let dříve než u HIV negativní populace.

Protože onemocnění se nevyhýbá všem věkovým skupinám a stále stoupá jeho výskyt, je třeba dbát na prevenci. Časně odhalené a správně léčené onemocnění umožňuje při dodržování léčebného režimu vést dlouhodobě kvalitní a produktivní život. Doporučujeme všem, kteří měli sexuální styk s promiskuitní osobou, případně i před zahájením nového partnerství, nechat si vyšetřit anti-HIV protilátky. Vyšetření se v AIDS centru provádí zdarma, účtuje se zdravotní pojišťovně a je tedy třeba předložit průkaz pojištění.

Je třeba počítat se dvěma návštěvami, jednou na odběr krve a podruhé na převzetí výsledků. Nepřeložené osoby potřebují před vyšetřením prokázat souhlas jejich zákonných zástupců. Kromě vyšetření anti-HIV protilátek doporučujeme všem pro bezpečnější sex používat bariérovou ochranu.

Virová hepatitida C z pohledu praktického lékaře

doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

Infekce virem hepatitidy C je většinou asymptomatická, vzácně dochází k rozvoji akutní hepatitidy C provázené ikterem. Virus spontánně vyloučí pouze třetina infikovaných osob, u většiny pacientů se rozvine chronická hepatitida C, pro kterou je charakteristická viremie přetrvávající déle než 6 měsíců. Až u třetiny pacientů s chronickou hepatitidou C se v průběhu 20–40 let rozvine jaterní cirhóza, v odstupu desetiletí případně i hepatocelulární karcinom.

V posledním desetiletí je v České republice každoročně diagnostikováno kolem 900 akutních a chronických hepatitid C, přitom je možno rozlišit dvě rozdílné skupiny pacientů. Většina onemocnění se prokazuje u mladších osob ve věku 15–40 let s anamnézou parenterální aplikace drog, méně rizikové je tetování nebo sexuální přenos infekce. Uvedení pacienti jsou infikováni zejména genotypy 3a, 2a nebo 1a, pro krátký odstup od infikování nemá většina z nich jaterní cirhózu. K uvedené skupině patří i děti s vertikálním přenosem infekce, který se prokazuje přibližně u 5 % dětí, jejichž matky mají viremii. Přibližně třetina onemocnění se diagnostikuje u pacientů ve středním a vyšším



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Váš partner v léčbě hepatitid a HIV

GILEAD Sciences s.r.o.

Empiria (Regus), Na Strži 1702/65
140 00 Praha 4, Česká republika

věku, zejména s anamnézou aplikace krve a krevních derivátů před rokem 1992, případně častějšími parenterálními zákroky nebo endoskopickými výkony. Vzhledem k delšímu odstupu od infikování má mnoho pacientů jaterní cirhózu, většinou jsou infikováni genotypem 1b.

Většina pacientů s chronickou hepatitidou C nebo s méně pokročilou jaterní cirhózou nemá klinické obtíže, jen u některých dominuje únavnost, mírné zažívací obtíže, vzácně jsou extrahepatální manifestace (např. vaskulitida, glomerulonefritida), hodnoty aminotransferáz jsou u většiny pacientů mírně zvýšeny, ale mohou být i v normě.

Diagnostika chronické hepatitidy C spočívá zejména na praktických lékařích. Nejdůležitější je vyšetření protilátek anti-HCV, které je běžně dostupné a relativně levné. Jednorázové stanovení anti-HCV je jednoznačně indikováno u osob s aplikací krve a krevních derivátů před rokem 1992, s parenterální aplikací drog, při déle trvajícím zvýšení ALT (přes 6 měsíců), případně u promiskuitních osob. Pokud praktický lékař zjistí pozitivitu anti-HCV, měl by odeslat pacienta do hepatologické ambulance (infekce, interna, pediatrie), která se věnuje diagnostice a léčbě pacientů s chronickou hepatitidou C. Na uvedených ambulancích se stanovuje viremie (HCV RNA, průkaz či vyloučení chronické infekce), genotyp viru, klinická a laboratorní pokročilost jaterního onemocnění, sonografie břicha a neinvazivní metody stanovení jaterní fibrózy (elastografie, Fibroscan).

Protivirová léčba chronické hepatitidy C prošla v posledních 5 letech bouřlivým vývojem zejména pro dostupnost přímo působících antivirotik. Dřívější standard léčby, tj. kombinace pegylovaného interferonu s ribavirinem, se v současné době užívá už jen u některých pacientů s genotypem 2 a 3. Rovněž trojkombinační léčba (pegylovaný interferon, ribavirin, simeprevir nebo sofosbuvir) je omezena nežádoucími účinky spojenými s podáním interferonu. Naproti tomu režimy bez interferonu se tolerují výborně, jsou indikovány prakticky u všech pacientů, k trvalému vyloučení viru dochází u více než 90 % pacientů. Jejich určitou nevýhodou je vysoká cena léčby, omezená účinnost na některé genotypy viru a relativně časté interakce s dlouhodobou léčbou zejména u starších pacientů. V režimu centrových léků na 17 pracovištích v České republice jsou v současné době dostupné přípravky Harvoni (sofosbuvir, ledipasvir), Sovaldi (sofosbuvir), Viekirax (dasabuvir), Exviera (ombitasvir, paritaprevir, ritonavir) a Daklinza (daclatasvir). V brzké době se očekává dostupnost dalších protivirových léků, což dále rozšíří možnosti léčby pacientů infikovaných virem hepatitidy C.

Přednášky sponzorované firmou Gilead Sciences s.r.o.

Těhotná v ordinaci praktického lékaře

garant doc. MUDr. Ondřej Šimetka, Ph.D., MBA

čtvrtek / 16. února 2017 / 13.00–14.50 hod.

Farmakoterapie v těhotenství

MUDr. David Matura, MUDr. Michaela Trávníková, MUDr. Richard Špaček,

MUDr. Erika Doležálková

Gynekologicko-porodnická klinika OU a FN Ostrava

Až 95 % těhotných žen užívá v průběhu těhotenství nějaká léčiva – většinou proti bolesti, nachlazení, zánětu, chudokrevnosti, zácpě, nadýmání, pálení žáhy a podobně. Přibývá ale i těhotných s léky proti hypertenzi, diabetu, zvýšené koagulační pohotovosti, depresím nebo epilepsií. Obavy z nežádoucích účinků různých léčivých přípravků pro plod jsou často přehnané – existuje jen málo léků, které jednoznačně způsobují poškození plodu nebo mají nepříznivý vliv na jeho pozdější vývoj. Navíc, ne každé období nitroděložního vývoje plodu je stejně citlivé na působení zevních vlivů. Způsobí-li nějaký teratogen poškození plodu do 21. dne od oplodnění, pak se plod buďto samovolně potratí, nebo si své poškození zcela „opraví“ a narodí se zdravý. Mezi 21. dnem a 10. týdnem nitroděložního života mohou vznikat těžké strukturální vrozené vývojové vady. Po 10. týdnu se objevují většinou poruchy funkcí jednotlivých orgánů. Mimo stáří gravidity v době expozice závisí

teratogenní účinek také na velikosti dávky, délce působení, na genetických dispozicích těhotné a v neposlední řadě také na živočišném druhu, který je teratogenu vystaven (proto nízká validita animálních testů). Teratogenně působící léky patří do skupiny chemických teratogenů, stejně jako třeba těžké kovy nebo alkohol. Známe ale také teratogeny fyzikální (hypertermie nebo ionizující záření), biologické (infekce, především virové) nebo metabolické (hyperglykemie při dekompenzovaném diabetu nebo porucha metabolismu jódu u tyreopatií). Zásadní pro vliv škodlivé látky na plod je její možnost projít placentární bariérou. Ta závisí zejména na molekulové hmotnosti látky, její vazbě na bílkovinný nosič, na rozpustnosti ve vodě či v tucích a také na stupni ionizace.

Kategorizaci léků do skupin podle jejich bezpečnosti zpracovalo americké FDA (*Food and Drug Administration*) a většina zemí toto rozdělení akceptuje. Testování léčiv na lidských plodech je nepřipustné a animální testy jsou pro mezidruhovou variabilitu nespolehlivé. Z tohoto důvodu je většina léčiv paušálně kontraindikována zejména v I. trimestru gravidity. Léčíme-li ženu ve fertilním věku, je potřeba pamatovat na možnost počínajícího těhotenství. V graviditě se mění i farmakokinetika a tomu je třeba přizpůsobit dávkování léků. S hemodilucí a parciální retencí tekutin se zvyšuje objem srdeční práce, průtok krve ledvinami i glomerulární filtrace. Naopak v séru klesá hladina plazmatických bílkovin, což vede k poklesu osmolarity. Metabolismus léčiv procházejících játry je zrychlený.

Mezi prokázané teratogeny dnes řadíme zejména fenytoin, karbamazepin, valproát sodný, warfarin, retinoly, diethylstilbestrol, danazol, talidomid, cytostatika, a také pravidelné a vysoké dávky alkoholu. Mezi běžně užívaná léčiva s potencionálně škodlivým vlivem pro plod patří mimo jiné ACE inhibitory, tyreostatika, benzodiazepiny a barbituráty, tetracykliny, nesteroidní antiflogistika, některá perorální antidiabetika a další.

V našem sdělení se zaměříme na přípravky, sloučeniny látek a zevní vlivy, které mají jednoznačný nežádoucí vliv na vývoj plodu a je nutno se jich v těhotenství vyvarovat.

Diabetes v těhotenství a jeho důsledky na zdraví žen

**MUDr. Richard Špaček, MUDr. David Matura, MUDr. Erika Doležalková,
doc. MUDr. Ondřej Šimětka, Ph.D., MBA**

Gynekologicko-porodnická klinika OU a FN Ostrava

Diabetes mellitus patří mezi častá interní onemocnění a v poradnách pro rizikové těhotné tvoří ženy s touto poruchou jednu z nejpočetnějších skupin. V České republice je ročně evidováno 15 000 žen, u kterých je diagnostikován gestační diabetes mellitus screeningovým vyšetřením v těhotenství. Skupinu těhotných s diabetem mellitem můžeme rozdělit na typ pregestační (prevalence cca 0,5–2 % těhotných), gestační (prevalence 5–17 % těhotných) a zjevný diabetes mellitus (diagnostikovaný v těhotenství, přetrvává i po šestinedělí).

Včasná diagnostika a správná péče o těhotné s diabetem je nezbytná pro minimalizaci rizik, které pro matku i dítě toto onemocnění přináší. Diabetes je významný rizikový faktor pro rozvoj hypertenze a preeklampsie, akcentuje rozvoj cerebrovaskulárních a kardiovaskulárních onemocnění. Častý je větší přírůstek hmotnosti v graviditě, vyšší incidence vedení porodu císařským řezem. Pro plod znamená toto onemocnění zvýšené riziko vrozených vývojových vad (nejčastěji se jedná o vývojové vady CNS, srdce a velkých cév, syndrom kaudální regrese, ageneze ledvin), zvýšené riziko náhlého nitroděložního úmrtí, předčasného porodu, poporodní hypoglykemie, nebo riziko rozvoje metabolických vad v budoucnosti.

V České republice je doporučeno provádět u všech těhotných dvoufázový screening diabetes mellitus. V I. trimestru je proveden odběr krve k vyšetření glykemie na lačno, mezi 24.–28. týdnem pak glukózový toleranční test. Následná péče o ženy s diagnostikovaným onemocněním by vždy měla být multidisciplinární, založená na spolupráci ošetřujícího gynekologa a diabetologa. Je nezbytné vyloučení vrozených vývojových vad prenatálním ultrazvukovým vyšetřením, důležité je pravidelné posuzování růstové křivky plodu. Porod rizikových rodiček s diabetem mellitem je vhodné směřovat na pracoviště, která mají s touto problematikou dostatečné množství zkušeností.

Přednáška přináší ucelený pohled na diagnostiku, rizika a následnou péči o těhotné, u kterých byl diabetes mellitus diagnostikován.

Hypertenze v těhotenství a její důsledky na zdraví žen

MUDr. Erika Doležálková, doc. MUDr. Ondřej Šimetka, Ph.D., MBA

Gynekologicko-porodnická klinika OU a FN Ostrava

V průběhu těhotenství dochází v těle ženy k řadě metabolických a hemodynamických změn, na jejichž základě je umožněn správný vývoj a donošení plodu. V případě, kdy je z nějakého důvodu adaptace porušena, může se u těhotné ženy projevit některá ze závažných těhotenských komplikací, jakými jsou gestační hypertenze nebo preeklampsie. I když je původ těchto onemocnění často zjednodušeně chápán jako porucha normálního vývoje placenty, ve skutečnosti je etiologie mnohem složitější a často multifaktoriální. Preeklampsie komplikuje 2–8 % těhotenství, čímž je odpovědná za 15 % předčasných porodů a 9–26 % mateřských úmrtí. V posledních letech se ve světové literatuře stále častěji objevují studie zabývající se zdravotním stavem žen, u kterých bylo těhotenství komplikováno hypertenzním onemocněním. Ukazuje se, že dřívější chápání gestační hypertenze a preeklampsie jakožto onemocnění, které provází pouze těhotenství je mylné, a že si tyto ženy nesou handicap do budoucího života v podobě několikanásobného zvýšení rizika nejenom chronické hypertenze a jiných kardiovaskulárních onemocnění, které časněji vedou k srdečnímu selhání, ale také zvýšení rizika chronického onemocnění ledvin, venózního tromboembolismu a jiných metabolických onemocnění. Včasná diagnóza, která je v rukou praktických lékařů a gynekologů, adekvátní terapie a snaha o kompenzaci onemocnění během těhotenství a změna životního stylu u těchto žen v poporodním období má významný podíl na zlepšení dlouhodobého zdraví.

Možné dlouhodobé důsledky císařského řezu na zdraví žen a dětí

doc. MUDr. Ondřej Šimetka, Ph.D., MBA, MUDr. Erika Doležálková, MUDr. Richard Špaček

Gynekologicko-porodnická klinika OU a FN Ostrava

V posledních letech narůstá ve vyspělých zemích počet císařských řezů. Česká republika i Slovensko patří do skupiny evropských států, ve kterých se četnost císařských řezů za posledních 20 let více než zdvojnásobila a překročila již hranici 25 %. Přitom podle světové zdravotnické organizace počet císařských řezů nad 15 % již nepřináší žádné zásadní zlepšení výsledků porodnické péče, a právě naopak může v některých případech vést ke zvýšenému riziku pro matku i dítě.

Jednou z hlavních příčin nárůstu četnosti císařských řezů jsou obavy z peripartálních komplikací, zejména možné hypoxie plodu. I přes značný nárůst počtu císařských řezů přitom zůstává výskyt závažného poškození mozku během porodu stále stejný (asi 2 případy na 1 000 živě narozených dětí), neboť drtivá většina případů dětské mozkové obrny u donošených dětí vzniká v předporodním období nebo z jiných příčin a porod císařským řezem poškození nezabrání. Mezi další příčiny nárůstu počtu císařských řezů patří i zvyšující se počet relativních indikací k císařskému řezu z neporodnických příčin, nejčastěji neurologických, ortopedických, interních, očních a dalších.

Císařský řez je přitom spojen s bezprostředními riziky pro matku i dítě. Velmi podceňované jsou ale zejména dlouhodobé dopady na zdravotní stav populace. Mezi nejčastěji diskutovaná témata s potvrzenou spoluúčastí císařského řezu patří obezita dětí se všemi svými důsledky a zvýšený výskyt některých chorob, např. astmatu, diabetu, hypertenze a dalších. Rovněž dopady na mateřské zdraví mohou být významné.

Přednáška přináší přehled současných znalostí o možných dlouhodobých dopadech císařských řezů na zdraví jedinců a celé populace.

Žilní onemocnění u těhotných a kojících

MUDr. Roman Peschout

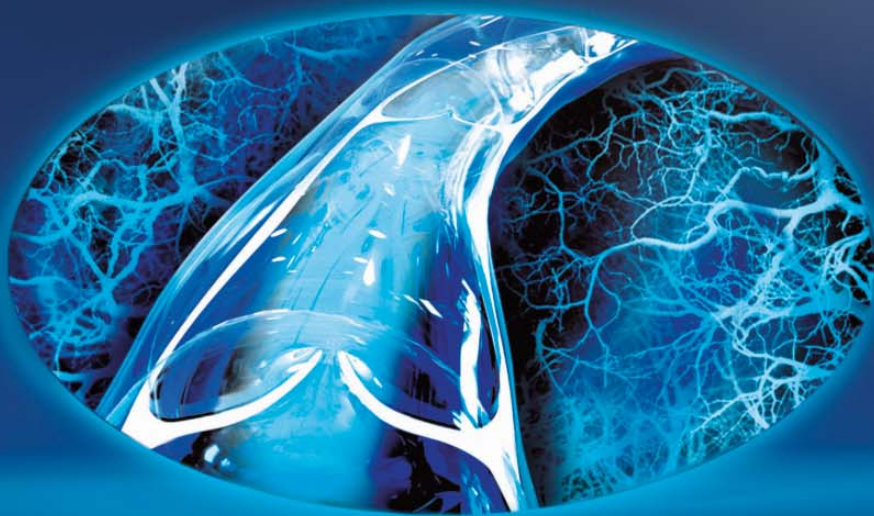
Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Jihlava

Tato přednáška se zabývá někdy podceňovaným tématem, kterým jsou žilní choroby u žen v době těhotenství a v období kojení. Je podán přehled onemocnění v rozdělení na choroby, které mohou ovlivnit

detralex®

MPFF® – mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

Chrání strukturu a funkci žil¹⁻³



Léčba chronického žilního onemocnění⁴

2 TABLETY DENNĚ

Léčba hemoroidálního onemocnění⁴

12 6 TABLET DENNĚ



Zkrácená informace o přípravku Detralex® • **SLOŽENÍ***: Flavonoidorum fractio 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. **DAVKOVÁNÍ 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 nevylučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE***: Žádné. **FERTILITA***. **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ***: V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádné. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. *Vzácné*: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. *Méně časté*: kolitida. *Frekvence neznámá*: ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. Abdominální bolest **. **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 a 120 potahovaných tablet. **Datum revize textu**: 4.3.2014. 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: <http://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. ** Všimněte si prosím změny v informaci o léčivém přípravku Detralex.

1. Pascarella L et al. Mechanisms in experimental venous valve failure and their modifications by Daflon 500 mg. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008;35:102-110, experimentální studie. 2. Nicolaidis A et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol*. 2014;33(2): 126-139. 3. Tsoukanov YT, Toukanov AY, Nikolaychuk A. Great saphenous vein transitory reflux in patients with symptoms related to chronic venous disorders, but without visible signs (COs), and its correction with MPFF treatment. *Phlebology*. 2015;22(1):18-24. 4. Souhrn údajů o přípravku Detralex, datum poslední revize textu: 4.3.2014



život těhotné či kojící ženy (trombóza, embolie, krvácení) nebo výrazně znepríjemnit prožívání těchto životních etap (varixy, otoky, hemeroidy, bolesti dolních končetin). Je zde ukázáno, že žilní onemocnění může ovlivnit život ženy i po skončení těhotenství a kojení (pánevní kongesce). V přednášce jsou zmíněny změny v těhotenství, které podmiňují nebo ovlivňují žilní onemocnění, dále úskalí diagnostiky včetně diferenciální diagnostiky závažných těhotenských patologií (preeklampsie). Dále jsou probírány léčebné možnosti s ohledem na účinnost při maximální bezpečnosti podání v těhotenství a v době kojení při přestupu do mateřského mléka. Celkově se jedná o ukázkou záchytných bodů v algoritmu rozhodování pro lékaře, kteří se s problematikou žilních onemocnění v těhotenství a při kojení nesetkávají pravidelně.

Aktuality do vaší ordinace

čtvrtek / 16. února 2017 / 14.50–15.10 hod.

Novinky v léčbě hypertenze a dyslipidemie v roce 2016

doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D.

I. interní klinika kardiologická, FN Olomouc

Nejméně každý druhý hypertonik má také dyslipidemii, recentní studie v ČR našly hypercholesterolemii u více než 90 % léčených hypertoniků. V přednášce jsou diskutovány nově publikované studie v roce 2016: studie HOPE 3, hodnotící současnou intervenci statinem a fixní kombinací antihypertenziv u pacientů s rizikovými faktory kardiovaskulárních onemocnění, a dále přírodně randomizovaná studie hodnotící celoživotní expozici nižšímu tlaku a cholesterolu, která prokázala, že i malé dlouhodobé snížení krevního tlaku a LDL cholesterolu výrazně snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních příhod.

Pneumologie

garant prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

čtvrtek / 16. února 2017 / 15.40–16.50 hod.

Co je nového v CHOPN?

MUDr. Jana Kociánová

Oddělení plicní a funkční diagnostiky, MephaCentrum, a.s., Ostrava

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je **preventabilním a léčitelným** heterogenním syndromem s dominujícími plicními projevy a různě vyjádřenými asociovanými komorbiditami.

Jde o **globální problém**, kterému ještě stále není věnována dostatečná pozornost.

Epidemiologické studie odhadují **7% prevalenci** v dospělé populaci v České republice (1996 Vondra, Malý). Z dat ÚZIS za rok 2015 je patrné, že pro CHOPN je sledováno 249 000 nemocných což je 2,4 % populace. Neklesá počet hospitalizací a mortalita na CHOPN naopak narůstá (33/100 000, ÚZIS 2015). V ČR zůstává pravděpodobně **přes 300 000 nedagnostikovaných nemocných**.

V roce **2016 vyšel v ČR aktualizovaný doporučený postup** pro stabilní CHOPN a exacerbace CHOPN. Pro rok 2017 byl vydán také inovovaný doporučený postup světové iniciativy GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) pro diagnostiku, management a léčbu CHOPN. V obou materiálech je důraz kladen na **včasnou diagnostiku**. Hlavním udávaným symptomem může být pouze narůstající **dušnost**, případně kašel a únava. Dušnost je obvykle spojena s různě reverzibilní **bronchiální obstrukcí**.

Úroveň omezení průchodnosti je změřitelná **spirometricky** či dalšími podrobnějšími metodami. Závažnost obstrukce dýchacích cest po bronchodilataci určí **stadia CHOPN dle GOLD I-IV**.

Klasifikace CHOPN je zaměřena nejen na tíži obstrukce a stadia dle GOLD, ale také na kategorizaci podle **symptomů a počtu akutních exacerbací**, které pomohou pacienta zařadit do **diagnosticko-léčebných kategorií A, B, C, D**.



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVĚ DIAGNÓZY – JEDNO ŘEŠENÍ



**PRVNÍ FIXNÍ TROJKOMBINACE
V LÉČBĚ HYPERTENZE A DYSLIPIDÉMIE**



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

Zkrácená informace o přípravku LIPERTANCE® 10mg/5mg/5mg, 20mg/5mg/5mg, 20mg/10mg/5mg, 20mg/10mg/10mg, 40mg/10mg/10mg: **SLOŽENÍ*:** Lipertance 10mg/5mg/5mg, 20mg/5mg/5mg, 20mg/10mg/5mg, 20mg/10mg/10mg, 40mg/10mg/10mg potahované tablety obsahují 10mg atorvastatinu (ator)/5mg perindoprilu argininu (per)/5mg amlodipinu (amlo), 20mg ator/5mg per/5mg amlo, 20mg ator/10mg per/5mg amlo, 20mg ator/10mg per/10mg amlo, 40mg ator/10mg per/10mg amlo. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **INDIKACE*:** Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemií nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindoprilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** lze podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatrická populace:** Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropyridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky, závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73m²). **UPOZORNĚNÍ*:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Vliv na játra:** Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormální. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšeny ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována případně předpokládána rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telithromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo insulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykémie. **Pacienti se srdečním selháním:** mají být léčeni s opatrností. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtokového traktu levé komory. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušební s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin je používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. **U pacientů na hemodialýze:** dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžité vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předejít dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** během desenzibilizační léčby jedem blanokřídých (včely, vosy), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu allopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** pravidelného monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současně užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku. **Kombinace s lithiem:** nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** současně užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Dědičné problémy s intolerancí galaktosy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukosy a galaktosy:** přípravek by neměl být užíván. **INTERAKCE*:** **Kontraindikace:** Aliskiren. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4. Současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, Draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Známa interakce s přípravkem:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, Kyselina fusidová, Gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlat, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin nebo takrolimus, antihypertenziva a vasodilatancia. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ*:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **FERTILITA*:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozojů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauce. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** **Velmi časté: edém. Časté:** nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykémie, somnolence, závratě, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únav, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinítida, eozinofilie, hypoglykémie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoestezie, amnézie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní) rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šije, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynecomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nález leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestáza, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom). **PŘEDÁVKOVÁNÍ*:** **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*:** Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonist kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **VELIKOST BALENÍ:** Krabička obsahuje 10 (pouze pro sílu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/428/15-C, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 19. 8. 2016. Před předepsáním přípravků si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojseni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

Výsledky vyšetření HRCT hrudníku, echokardiografické vyšetření, hladina alfa1-antitrypsinu, celkového IgE v séru, test bronchiální hyperreakivity, hodnota oxidu dusnatého (FeNO) ve vydechovaném vzduchu či výpočet BMI (body-mass-index) umožní přesnější popis **fenotypu pacienta**.

Strategií léčby je: **1. eliminace rizik** – kouření, zplodiny z prostředí, **2. standardní terapie** – dlouhodobá bronchodilatační léčba s kontrolou aplikace, pohybová aktivita, fyzioterapie, vakcinace (chřipka, pneumokok) u těžší CHOPN, **3. fenotypická léčba** – kombinace inhalačních kortikosteroidů a dlouhodobě působícího bronchodilatancia, roflumilast, antibiotika, mukolytika, substituce alfa1-antitrypsinu, volum-redukční operace, nutriční podpora, **4. terapie respiračního selhávání a terminální CHOPN** – dlouhodobá domácí oxygenoterapie (DDOT), neinvazivní podpora ventilace (NIVP), transplantace plic (TX), paliativní péče.

Hlavní důraz je kladen na **cílenou individualizovanou, multidisciplinární péči** odpovídající tíži obstrukce, symptomům, exacerbacím, fenotypu a přihlížející ke komorbiditám.

Karcinom plic – pokroky v léčbě

MUDr. Jaromír Roubec, Ph.D.

Plicní oddělení, Vítkovická nemocnice a.s.

Autor v historické i současné retrospektivě shrnuje dosavadní výsledky a možnosti léčby karcinomu plic. Porovnává jednotlivé časové úseky od doby pouze symptomatické péče přes radikální řešení lokalizovaných stadií nemoci chirurgickými prostředky až po systémovou léčbu chemoterapií. Rozebírá i kombinační režimy se zářením až k dnešním poznatkům o cílené terapii tzv. biologickými prostředky. Dále jsou vysvětlovány některé principy cílené léčby antiangiogenními léky, ovlivnění biologických cílů receptorů pro epidermální růstový faktor, anaplastickou lymfómovou kinázu a dalších cílů, úsilí o překonání rezistencí a všeobecně problematiku této cílené léčby na různých úrovních maligního šíření karcinomu plic. V neposlední řadě autor rozebírá nové perspektivy imuno-onkologického přístupu v terapii karcinomu plic jako efektivního prostředku moderní pneumoonkologie.

Ortopedie

garant MUDr. Michal Mačák

čtvrtek / 16. února 2017 / 16.50–17.50 hod.

Praktický lékař a spolupráce s ortopedickou ambulancí a ortopedickým oddělením

MUDr. Michal Mačák

Ortopedické oddělení Městské nemocnice Ostrava

Spolupráce a kooperace těchto dvou subjektů se odehrává na dvou úrovních:

- Odesílání pacientů k ortopedickému vyšetření a spolupráce při diagnostice na léčbě ortopedických onemocněních.
- Příprava pacientů k operačnímu zákroku – předoperační vyšetření.

Odesílání pacientů k vyšetření na ortopedickou ambulanci

Zde se setkáváme s různými postupy. Někteří kolegové odesílají pacienta ihned na specializovanou ambulanci bez jakékoliv léčby či vyšetření. Tady je třeba si uvědomit, že mnoho problémů je řešitelné podáním nesteroidních antirevmatik a analgetik, šetřícím režimem, zhotovením RTG a dle nálezu eventuálně základním laboratorním screeningem k vyloučení zánětlivé etiologie, případně RHB. Nepomáhá-li léčba, je pacient odeslán na specializovanou ambulanci. Když byl proveden RTG snímek, potřebujeme CD s obrazovou dokumentací, pro ortopeda je **popis RTG nedostatečný**.

Na ortopedické ambulanci se následně rozhodne, je-li pacient indikován k operačnímu řešení (což by měla být hlavní náplň ortopedické ambulance ortopedického oddělení, obdoba součin-

nosti neurologie a neurochirurgie) nebo ke konzervativnímu postupu – nesteroidní antirevmatika, rehabilitace, aplikace kortikoidů. Případně zjištění, že se nejedná primárně o ortopedický problém.

Samostatnou kapitolou je odesílání pacientů s žádankou k vyšetření s „A“ (akutní). Zde bych rád publikoval definici akutní péče: „**Účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu, nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí**“.

Příprava pacientů k operačnímu zákroku – předoperační vyšetření

Pacienti jsou k neurgentním operacím objednávaní za cca 3–6 týdnů. Je tedy dostatek času na provedení předoperačního vyšetření, ovšem je nutné vše naplánovat tak, aby byl znám výsledek vyšetření nejpozději týden před výkonem, abychom měli event. možnost provést změny v plánování operací. Dozvíme-li se v den nástupu, či den před nástupem, že pacient nemůže operaci podstoupit – termín propadá, nejsme schopni zařadit jiného pacienta a musíme dát další termín k operaci třeba i za 6 týdnů. U TEP je situace obdobná, mnohdy ještě složitější. Je třeba si uvědomit, že jak k TEP, tak i k mnoha operacím se objednávají speciální instrumentaria a implantáty, které je nutné objednat, přivést, vysterilizovat – to vše stojí mnoho času i peněz. Dozvíme-li se alespoň týden dopředu, že pacient nemůže operaci podstoupit, máme čas vše řešit.

TEP kolene a kyčle, UNI-TEP – možnosti a indikace

MUDr. Milan Piatkovský, MUDr. Michal Mačák

Ortopedické oddělení Městské nemocnice Ostrava

TEP neboli totální endoprotéza je náhrada zničeného kloubu umělou náhradou.

První operaci v České republice provedl profesor Čech v roce 1969 v Praze. První operace na Moravě byla provedena primářem Novotným v roce 1973 na našem ortopedickém oddělení Městské nemocnice v Ostravě.

Počet provedených operací každým rokem stoupá. Je to dáno stárnoucí populací, rozšířením indikací, lepším zajištěním následné pooperační péče s rehabilitací a také mezioborovou spoluprací. Zatímco v České republice bylo v roce 1989 provedeno 2 500 výměn kloubů, nyní je to přes 10 000 kyčelních a přibližně stejný počet kolenních kloubů za rok. Za poslední rok bylo na našem ortopedickém oddělení MNO provedeno 222 náhrad kolen a 266 kyčlí. Čekací doby se nám za poslední 4 roky podařilo snížit z 5 let na 6 měsíců. I přes nárůst operací a zkrácení čekacích dob došlo k výraznému poklesu časných komplikací, zejména infekčních.

Indikací k implantaci endoprotézy je vyčerpání konzervativní terapie bolestivých a destruktivních stavů kloubu. Mezi nejčastější indikace patří primární nebo sekundární degenerativní poškození kloubu (artrózy), zánětlivé změny (artritidy), traumata a tumory.

Kontraindikacemi výkonu jsou celková interní onemocnění, chronické a akutní infekční nemoci, ischemická choroba dolních končetin, chronická žilní insuficience se sekundárními trofickými změnami, akutní a subakutní tromboflebitida DKK, psychické choroby a stavy, které by mohly ovlivnit spolupráci a následnou rehabilitaci. Dále zde patří i pacienti, u kterých není předpokládána vertikalizace a chůze po operaci. Za relativní kontraindikaci je pokládána obezita, která zvyšuje riziko sekundárního hojení, způsobuje potíže s rehabilitací a zkracuje životnost implantátu.

Před zákrokem požadujeme interní předoperační vyšetření, které nesmí být starší 14 dnů. Předoperační vyšetření by mělo obsahovat základní interní vyšetření, popsany RTG snímek plic a EKG, dále výsledky laboratorních vyšetření, včetně testů srážlivosti krve, eventuálně další speciální vyšetření dle zdravotního stavu pacienta. V rámci předoperační přípravy doporučujeme odběr krve k autotransfuzi ve FN Poruba.

Samotný zákrok provádíme obvykle druhý den hospitalizace po vyšetření a kontrole dokumentace ortopedem a ARO lékařem. K dispozici máme dva vlastní supersterilní sály. Operaci standardně provádíme v týmu dvou lékařů, dle zvážení anesteziologa v celkové nebo spinální anestezii a délka zákroku trvá dle závažnosti 45–90 min.

Pooperačně je pacient sledován na JIP lůžku za kontinuální monitorace vitálních funkcí. Již od prvního dne je započata rehabilitace fyzioterapeutem. Snažíme se o časnou vertikalizaci pacienta o dvou berlích s třetinovou zátěží.

Ve spolupráci s lázněmi v Darkově a v Klimkovicích překládáme pacienty k další rehabilitaci většinou kolem 10. pooperačního dne. Plnou zátěž a postupné odkládání berlí povolujeme cca 6–8 týdnů po operaci.

Kontrolu v naší ambulanci včetně RTG snímku provádíme po návratu z lázní. Následně jsou pacienti kontrolováni co 2–3 roky, pokud jsou bez potíží.

Životnost endoprotéz se díky zdokonalování komponent a operačních postupů stále prodlužuje. Nynější předpokládané fungování umělého kloubu je nejméně 15 let.

Artroskopické operace

MUDr. Michal Mačák

Ortopedické oddělení Městské nemocnice Ostrava

Tato operační metoda je relativně nová. Na Severní Moravě jsme s ní rutinně začínali u operací kolen v roce 1990. Od té doby se dostala do povědomí lékařů i pacientů jako šetrná, minimálně invazivní a velmi prospěšná operace. Ovšem artroskopicky neoperujeme pouze kolenní kloub. Od roku 1997 operuji poranění a onemocnění ramenního kloubu výhradně artroskopicky – tedy 20 let. V tomto začátku, kdy jsem pracoval ve FN Poruba, jsme tyto operace koncentrovali na několik málo pracovišť v republice a pro několik málo specialistů. Výsledkem bylo, že několik specialistů provádělo velké množství artroskopií ramenního kloubu, a tím získali rozsáhlé zkušenosti a operační dovednosti. Ty jsme rozšířili množstvím zahraničních stáží a kongresů. Postupně se tyto operace začaly provádět na dalších a dalších pracovištích a rozšířil se i počet operátorů. Logicky tedy poklesly počty operací jednotlivých operátorů a tím zkušenost.

Pacienti, kteří již bez problémů akceptovali artroskopické operace kolenního kloubu, s operací ramenního kloubu váhají. Často zbytečně. Operace se odkládá čekáním třeba na magnetickou rezonanci. Zde si je třeba přiznat, že ani MRI není 100% diagnostikou, kdy některé výsledky mohou zkreslovat léčebný postup. Zásada vždy je, že operujeme pacienta, který má problémy a to je rozhodující. Artroskopie je nej přesnější diagnostikou, ale i léčebnou metodou. V zásadě se rozdělují operace na zákroky v samotném ramenním kloubu – stabilizace při luxacích ramenního kloubu, poškození labra glenoidu – SLAP, degenerativní změny. A na výkony v oblasti subakromiálního prostoru – nejsložitější je rekonstrukce rotátorové manžety, dále dekomprese (uvolňující) výkony – bursektomie, debridement, akromioplastika, ošetření změn v oblasti AC skloubení. Hlavně pacienti s roztrženou rotátorovou manžetou chodí často pozdě, kdy jsou již změny ireverzibilní, a manžeta nejde rekonstruovat.

V současné době provádíme běžně také artroskopické výkony v oblasti hlezna, ventrální oddíl, ale také dorsální části včetně uvolnění Achillovy šlachy, například i resekci prominující části patní kosti.

Dále standardně provádíme artroskopie loketního kloubu, kyčelního kloubu, zápěstí a kořenového kloubu palce.

V současné době provádíme na obou našich sálech artroskopické operace současně, máme dvě super-moderní artroskopické věže s dostatkem vybavení a přístrojů i pro složité rekonstrukce několikrát denně na obou sálech. Operace provádíme nejmodernějšími postupy, nástroji a implantáty. A co je snad nejdůležitější, pečlivě dbáme na předávání zkušeností a výuku mladších kolegů.

Operace a indikace v oblasti operace nohy, hallux valgus

MUDr. Ján Podivinský, MUDr. Michal Mačák

Ortopedické oddělení Městské nemocnice Ostrava

Operace v oblasti nohy tvoří nedílnou součást v operativě každého ortopedického oddělení.

Mezi nejčastější indikace patří korekce statické deformity přednoží. Na prvním místě jsou to korekce vbočeného palce (hallux valgus), dále deformity prstů, bolesti záprstních kůstek (metatarsal-

gie) a ztuhlý palec (hallux rigidus). Jedná se o komplexní deformitu, která dle závažnosti vyžaduje operační korekci na více místech. Při operacích hallux valgus je potřeba k odstranění deformity téměř vždy provést osteotomii (protnutí kosti). Nejčastěji se protíná první zánártní kost v přednoží, místo protnutí se zvolí dle závažnosti poruchy. V současné době se na našem pracovišti v léčbě používají nejmodernější metody osteotomie a fixace – V-TEK® System Normed. Dále dle typu deformity používáme osteotomie základního článku palce (Akin), při nejtěžších deformitách pak korekci a ztužení prvního tarsometatarsálního kloubu (Lapidus), ev. kombinace jednotlivých operací.

Při postižení prstů zpravidla korigujeme jejich kladívkovité postavení. Může se vyskytovat samostatně nebo jako součást komplexní statické deformity. Operačně se provádí ztužení (artrodéza) deformovaného kloubu nebo odstranění části článku prstu (VuVries a jeho modifikace). Bolesti záprstních kůstek (metatarsalgie) jsou součástí statické deformity, příčina je přetížení střední části nohy. Při selhání konzervativní terapie nebo při výrazných potížích provádíme operační úpravu postavení záprstních kůstek jejich osteotomií.

Ztuhlý palec (hallux rigidus) je postižení kloubu palce, kdy hlavní příznaky jsou omezení hybnosti a ztuhlost tohoto kloubu. Artróza tohoto kloubu vede k zúžení kloubní štěrbiny, na okrajích kloubních ploch vznikají výrůstky (osteofyty), které následně brání v pohybu kloubu. Operační řešení závisí od stupně postižení. V prvních stádiích je možné provést prosté odstranění výrůstků (chleilektomie), při pokročilých stádiích provádíme ztužení kloubu (artrodéza) za pomoci speciálních paměťových skob ev. v indikovaných případech jenom resekční artroplastiku (odstranění části základního článku palce) nebo náhradu kloubu.

Všechny operace provádíme za několikadenní hospitalizace v celkovém nebo svodném znečistlivění. Doba pooperační rekonvalescence je závislá na typu použité operace a individuálním průběhu hojení. Po operacích s použitím V-TEK® System Normed je možná téměř okamžitá plná zátěž, jinak je po operaci nutno počítat se zhruba 2–6 týdnů trvající nemožností plné zátěže operované končetiny a nutností chůze o berlích nebo ve speciální pooperační botě s omezeným nášlapem na operovanou končetinu.

Vhodně zvolený typ výkonu s použitím stabilní fixace dovolují pacientům časnou zátěž a minimalizují recidivu deformity.

Od titritid k CRPitidám

pátek / 17. února 2017 / 8.30–9.30 hod.

Od titritid k CRPitidám

MUDr. Václava Adámková¹, MUDr. Zuzana Blechová²

¹Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha a Ústav lékařské mikrobiologie

LF UP Olomouc

²Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a FN Bulovka, Praha

Stanovení titru protilátek proti různým infekčním agens patří k tzv. nepřímým průkazům infekční etiologie onemocnění, bohužel velmi často jsou pozitivní výsledky sérologického vyšetření přeceňované, většinou pro nedostatek jiných objektivních údajů, a pacientovi jsou nasazena antibiotika, aniž by onemocnění bylo řádně verifikováno. Jedním z dalších biomarkerů, který se často používá k ověření přítomnosti bakteriální infekce je stanovení C-reaktivního proteinu (CRP). Je třeba si uvědomit, že elevace CRP ale nemusí znamenat vždy bakteriální infekci, ke zvýšení CRP dochází i z neinfekčních příčin, jako následek systémové zánětlivé reakce. V systémovém zánětu CRP nediferencuje typy zánětu, nemá vztah k mortalitě ani nerozliší tíži stavu. Na příkladech z klinické praxe budou interaktivní formou přiblížena úskalí diagnostiky infekčního onemocnění a zahájení antibiotické léčby. Izolovaný vzestup CRP bez korelátu v klinické odpovědi není dostatečným důvodem pro zahájení antibiotické terapie. Z praktického hlediska má význam monitorace dynamiky změn CRP ve vztahu k hodnocení úspěšnosti antibiotické léčby, resp. jejího ukončení

PRESTARIUM NEO FORTE



Minimální
zásah do terapie

Maximální
benefit z léčby



Zkrácená informace o přípravku Prestarium® NEO/ NEO FORTE

SLOŽENÍ:** Jedna potahovaná tableta obsahuje perindoprilum argininum 5 mg nebo 10 mg. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **INDIKACE**:** Hypertenze: Léčba hypertenze. Stablní ischemická choroba srdeční. Snížení rizika kardiálních příhod u pacientů s anamnézou infarktu myokardu a/nebo revaskularizace. Srdeční selhání (Prestarium Neo): Léčba symptomatického srdečního selhání. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ**:** Jedna tableta denně ráno před jídlem. Hypertenze: Doporučená úvodní dávka je 5 mg jednou denně ráno, po jednom měsíci léčby může být dávka zvýšena na 10 mg jednou denně. U pacientů, kteří jsou současně léčeni diuretikem, podávat s opatrností. U pacientů se silně aktivovaným systémem renin-angiotensin-aldosteron zahájit léčbu dávkou 2,5 mg/den. **Starší pacienti:** Léčba by měla být zahájena dávkou 2,5 mg, může být zvýšena na 5 mg po jednom měsíci a pak až na 10 mg. Stablní ICHS: Léčba by měla být zahájena v dávce 5 mg jednou denně po dobu dvou týdnů, pokud je tato dávka dobře tolerována, měla by být zvýšena na 10 mg jednou denně s ohledem na funkci ledvin. **Starší pacienti:** 2,5 mg jednou denně po dobu jednoho týdne, poté 5 mg jednou denně v dalším týdnu před zvýšením dávky na 10 mg jednou denně s ohledem na funkci ledvin. Srdeční selhání: Léčba se zahajuje dávkou 2,5 mg denně. Pokud je tato dávka tolerována, může být zvýšena po 2 týdnech na 5 mg jednou denně. U závažného srdečního selhání a u dalších pacientů s vysokým rizikem by léčba měla být zahájena pod pečlivým lékařským dohledem. **Poškození funkce ledvin:** Dávkování je nutno přizpůsobit clearance kreatininu. $Cl_{CR} \geq 60$ ml/min: 5 mg denně, $30 < Cl_{CR} < 60$ ml/min: 2,5 mg denně, $15 < Cl_{CR} < 30$ ml/min: 2,5 mg obden; hemodialyzovaní pacienti: $Cl_{CR} < 15$ ml/min, 2,5 mg v den dialýzy. **Pediatriká populace:** Nedoporučuje se. **KONTRAINDIKACE**:** Hypersenzitivita na léčivou látku, na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiný inhibitor ACE, anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, 2. a 3. trimestr těhotenství (viz ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ**). **TĚHOTENSTVÍ**:** KOJENÍ**), současné užívání přípravku Prestarium Neo/Neo Forte s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin ($GRF < 60$ ml/min/1,73 m²) (viz bod INTERAKCE** a Farmakodynamické vlastnosti). **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ**:** **Předtílvělost/angioedém/ intestinální angioedém:** vysadit léčbu a monitorovat až do úplného vymizení symptomů. Pacienti současně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému. **Anafylaktoidní reakce u pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán:** použít jinou dialyzační membránu nebo jinou skupinu antihypertenziv. **Anafylaktoidní reakce během aferýzy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL) nebo během desenzibilizace:** reakcím lze předjet vysazením léčby inhibitory ACE před testy. Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie: extrémní opatrnost a periodické monitorování počtu leukocytů se doporučuje u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, imunosupresivní léčbou a s léčbou allopurinolem a procainamidem. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalémie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda systému RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů 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. **Těhotenství:** ukončit léčbu. Pokud je to vhodné, zahájit alternativní léčbu. **Hypotenze:** léčba by měla být zahájena a dávkování upravováno pod pečlivým dohledem u pacientů se zvýšeným rizikem symptomatické hypotenze (se snížením cirkulujícího objemu, se závažnou renin-dependentní hypertenzí nebo se symptomatickým nebo městnavým srdečním selháním) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrovaskulárním onemocněním. Přechodná hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podávání dalších dávek, jakmile krevní tlak stoupá po zvýšení objemu. **Aortální a mitrální stenóza/hypertrofická kardiomyopatie:** podávat s opatrností. **Stablní ischemická choroba srdeční:** pokud dojde k epizodě nestablní anginy pectoris během prvního měsíce léčby perindoprilem, mělo by být provedeno pečlivé zhodnocení poměru přínosu a rizika před pokračováním léčby. **Renální insuficience:** monitorovat draslík a kreatinin. U pacientů se stenózou renální artérie nebo s renovaskulární hypertenzí by měla být léčba zahájena pod pečlivým lékařským dohledem, malými dávkami s opatrným zvyšováním dávek. **Jaterní selhání:** pokud se rozvine žloutenka nebo výrazné zvýšení jaterních enzymů, ukončit léčbu. **Pacienti černošské rasy:** perindopril může být méně účinný a může častěji vyvolat angioedém ve srovnání s jinými rasami. **Neproductivní kašel.** **Operace/anestezie:** vysadit léčbu jeden den před zákrokem. **Hyperkalémie:** časté monitorování hladiny draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věku > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současného užívání kalium-šetřících diuretik nebo draselných solí. **Diabetici:** monitorování glykémie během prvního měsíce. **Transplantace ledvin:** žádná zkušenosti. **Intolerance galaktózy/glukózo-galaktózový malabsorpční syndrom/vrozená deficece laktázy:** neužívat. **INTERAKCE**:** **Kontraindikováno:** aliskiren (u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin). **Nedoporučuje se:** aliskiren u ostatních pacientů, s blokátorů receptorů pro angiotenzin II, s estramustinem, recakadotrilem*, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), s kalium-šetřícími diuretiky (triamteren, amilorid...), s doplňky draslíku nebo doplňky obsahujícími soli draslíku a s lithiem. **Podávat se zvláštní opatrností:** antidiabetika (inzulíny, perorální antidiabetika), baklofen, kalium-nešetřící diuretika, kalium-šetřící diuretika (eplerenon, spironolakton), nesteroidní antiflogistika (NSAID) včetně aspirinu ≥ 3 g/den. **Podávat s určitou opatrností:** antihypertenziva, vazodilatancia, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), tricyklická antidepresiva, antipsychotika, anestetika, sympatomimetika, zlato. **Léky způsobující hyperkalémii:** aliskiren, soli draslíku, draslík šetřící diuretika, inhibitory ACE, antagonisté receptorů angiotenzinu II, NSAID, hepariny, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimetoprim. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ**:** podávání se nedoporučuje během prvního trimestru těhotenství a během kojení. Podávání přípravku je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. **RÍZENÍ A OBSLUHA STROJŮ**:** U některých pacientů může vzniknout individuální reakce způsobená poklesem krevního tlaku. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY**:** Časté: závratě, bolesti hlavy, parestézie, vertigo, poruchy vidění, hučení v uších, hypotenze, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, poruchy chuti, dyspepsie, nauzea, zvracení, svědění, vyrážka, svalové křeče, asténie. Méně časté: eozinofilie, hypoglykémie, hyperkalémie, hyponatrémie, poruchy nálady, poruchy spánku, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém tváře, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, atalgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, pyrexie, zvýšené hladiny ury, kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** zhoršení psoriázy*, zvýšené hladiny bilirubinu v krvi, zvýšení jaterních enzymů. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, pancytopenie, snížení hemoglobinu a hematokritu, leukopenie/neutropenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozenou nedostatečností G-6PDH, trombocytopenie, zmatenost, angina pectoris, arytmie, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, eozinofilní pneumonie, rinítida, pankreatitida, cytolytická nebo cholestatická hepatitida, erythema multiforme, akutní renální selhání. **PŘEDÁVKOVÁNÍ**:** **VLASTNOSTI**:** Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na angiotenzin II (ACE). Konvertující enzym, kináza, umožňuje přeměnu angiotenzinu I na vazokonstrikční angiotenzin II a zároveň způsobuje rozklad vazodilatační látky bradykininu na neaktivní heptapeptid. Perindopril snižuje celkový periferní cévní odpor, vede ke snížení krevního tlaku a snižuje srdeční práci snížením preloadu a afterloadu. **BALENÍ**:** Velikost balení: 30 a 90 tablet přípravku Prestarium Neo/Neo Forte. **Uchovávaní:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační čísla:** 58/162–163/05-C. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. **Datum poslední revize textu:** 4. 10. 2016. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>.

*všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku

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

Kdo tu žije s námi aneb paraziti pod lupou

pátek / 17. února 2017 / 9.30–10.50 hod.

Svrab u dětí

MUDr. Jana Zimová

Kožní oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava

Svrab je relativně častá a snadno přenosná infekční, intenzivně svědící epidemická parazitární dermatóza. Původcem onemocnění je ektoparazit *Sarcoptes scabiei*, var. *hominis* – Zákožka svrabová, která parazituje pouze na člověku. Zdrojem nákazy je nemocný člověk a imunita nevzniká. K přenosu infekce dochází přímým kontaktem z člověka na člověka nebo nepřímo prostřednictvím infikovaných textilií. Výskyt svrabu v dětském věku je velmi častý. Inkubační doba onemocnění je 2–3 týdny, v rozptýlu 8 dní až 6 týdnů. Predilekční lokalizací u dětí jsou mezprstní prostory, zápěstí, kotníky, axilární řasy, mezogastrium, třísla, dlaně a plosky. U kojenců bývají postižené i tváře, kštice, dlaně a axilární řasy. U větších dětí a adolescentů nacházíme projevy nejčastěji v mezprstí, na zápěstí a kolem pasu. Bývá pozitivní i Darierův příznak a choroba je tak mylně diagnostikována jako urticaria pigmentosa. Patognomickým znakem je esovitá, někdy lineární chodbička s vláskovou šupinou bělošedé barvy, zakončená drobnou vezikulou. Základem správné diagnostiky je především zařadit tuto dermatózu do své diferenciálně diagnostické rozvahy. Vycházíme z anamnézy, klinického obrazu a průkazu parazita v kůži nemocného. Cílem terapie je důsledná likvidace Zákožky svrabové, přeléčení a identifikace kontaktů, hygienická opatření proti dalšímu šíření nákazy včetně reinfestace. Terapeutickou metodou volby je precipitovaná síra ve vazelině (u dětí se její koncentrace předepisuje podle věku) a 5% permethrin v krému. Onemocnění podléhá epidemiologickému hlášení. V přednášce se podrobně věnuji této epidemické ektoparazitóze.

Importované parazitární nemoci

MUDr. Lubomíra Hozáková

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

Při stále větší oblibě cestování se dá předpokládat, že si budou cestovatelé přivážet jako nechtěný dárek i některá parazitární onemocnění. Po poštípání hmyzem se mohou morfy bakteriálně infikovat, ale někdy se může skutečně jednat o kožní parazitární onemocnění. V poslední době si z Thajska cestovatelé přivážejí kožní změny charakteru larva migrans cutanea. K onemocnění dochází většinou při kontaktu kůže s pískem na pláži, která je kontaminovaná trusem zvířat, kteří mají ve střevě zvířecí měchovce. Chodbičky tvořené larvou jsou nepříjemně svědivé. Z Jižní a Střední Ameriky si pacienti mohou přivést kožní myiázu způsobenou larvou mouchy *Dermatobia hominis* po poštípání krev-sajícím hmyzem.

Nejzávažnějším parazitárním onemocněním, kterým se cestovatel může nakazit v tropech a subtropích, je malárie, zvláště pokud se jedná o nákazu způsobenou druhem *Plasmodium falciparum*. Jedná se o život ohrožující onemocnění. Největší riziko akvirence malárie je při pobytu v subsaharské Africe. Proto se doporučuje cestovatelům užívat antimalarika profylakticky.

Afrika je nejrizikovější kontinent co se týká všech importovaných nákaz, např. při koupání v sladké vodě jezer se člověk může nakazit schistozomózou. Přibližně za měsíc se může projevit jako akutní forma onemocnění teplotami a chřipkovitými příznaky, ale častěji se projeví jako chronická forma makroskopickou hematurií, pokud jde o nákazu způsobenou *Schistosoma hematobium*. Z filariózy se může cestovatel nakazit onchocerkózou nebo ve střední Africe loaózou. Lymfatické filariózy nehrozí při krátkodobém pobytu, muselo by se jednat o opakované poštípání infikovanými komáry.

V oblasti Středoziemního moře se člověk může nakazit kožní leishmaniózou nebo nebezpečnější viscerální formou leishmaniózy po poštípání hmyzem rodu *Phlebotomus*. Inkubační doba může být až 1 rok, kdy se na možnost importované nákazy nepomýšlí.

Ze střevních parazitárních průjmů je nejnebezpečnější amébová dysenterie, která sice může probíhat i lehce, ale člověk v rekonvalescenci je zdrojem nákazy pro okolí. Nákaza může způsobit intestinální i extraintestinální formu onemocnění (např. amébový absces jater).

Doporučení: Po návratu z tropů je vhodné vyšetřit stolicí na parazity 3x ze 3 různých stolic. Při teplotách po návratu z malarické oblasti pomýšlet na malárii a odeslat k vyšetření do nemocnice nebo přímo na infekční kliniku. Při průkazu eosinofilie pomýšlet na tkáňovou parazitózu a opět odeslat na kliniku k došetření. Malým dětem se do rizikových oblastí nedoporučuje cestovat.

Co všechno v nás žije: lidský mikrobiom a eukaryom

prof. RNDr. Julius Lukeš, CSc.

Parazitologický ústav, Biologické centrum AV ČR; Přírodovědecká fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice; Kanadský ústav pro pokročilý výzkum, Toronto

Lidské tělo hostí přes 1 000 druhů bakterií, které jsou společně označovány jako mikrobiom. Zejména díky dramaticky zlevněnému sekvenování se v posledních několika letech dozvídáme o překvapivě zásadním vlivu mikrobiomu na naše zdraví. Seznam chorob, které jsou ovlivňovány či přímo způsobovány změnami v mikrobiomu stále roste, ale dosud víme překvapivě málo o eukaryotech žijících v člověku. Souhrnně se nazývají eukaryom a naprostá většina z nich je považována za parazity s předpokládaným negativním účinkem na lidské zdraví. Pokusím se posluchače přesvědčit, že řada z nich jsou komensálové, s potenciálně pozitivním vlivem na svého hostitele i jeho mikrobiom.

Varia

pátek / 17. února 2017 / 11.20–12.20 hod.

Recidivující respirační infekce aneb co nám řekla „ERICA“

prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.

Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Akutní infekce horních cest dýchacích patří mezi nejčastější infekční onemocnění v ordinaci praktického lékaře. Infekce může postihovat všechny části dýchacích cest (DC), může jít např. o rinitidu, faryngitidu, laryngitidu, tracheitidu či bronchitidu nebo postižení více oddílů DC současně. Nejčastějšími původci zánětů horních i dolních cest dýchacích včetně oblasti hltanu a středouší jsou různé typy virů, asi až v 60–80 % – rinoviry, adenoviry, RS viry, viry influenzy a parainfluenzy, enteroviry (Coxsackie virus, ECHO viry). Léčba je u virových onemocnění většinou symptomatická.

Bakterie jsou tedy příčinou jen asi 8–20 % respiračních infekcí, zvláště u nejmenších dětí. Jedná se často o patogeny běžně se vyskytující v HCD a polykacích cestách zdravých jedinců, které se uplatní na terénu oslabeném již předcházející virovou infekcí.

U infekcí předpokládaného bakteriálního původu se užívají antibiotika, většinou na empirickém základě. Nadměrná, neuvážená léčba infekcí DC ATB narušuje mikrobiom dětského organismu, vývoj a zrání imunitního systému, zvyšuje riziko alergií a rezistenci mikroorganismů a ve svém důsledku vede následně k neúspěchu léčby závažných mikrobiálních infekcí.

Virová a bakteriální onemocnění DC u dětí mají na počátku velmi podobné příznaky a pro lékaře je často obtížné jednoznačně odlišit a rozhodnout v čase o zahájení ATB léčby.

Nadužívání či nesprávné používání antibiotik je všeobecně stále realitou, přestože racionální antibiotická politika je už dlouho zájmem nejen národním, ale i celoevropským (WHO aktivita). Uvádí se v literatuře, že až 60 % infekcí dýchacích cest u dětí i dospělých je neadekvátně léčeno ATB! A proto jsme se rozhodli provést sledování léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekcemi ATB a zhodnotit možný přínos Erdosteinu na trvání tíže příznaků.

V neintervenci studii „ERICA“ bylo analyzováno 342 dětských pacientů, kteří byli v sezóně (2013/2014) pro opakovanou respirační infekce (≥ 2) léčeni antibiotiky, a u kterých se sledoval počet infekcí dýchacích cest a změna potřeby ATB léčby při včasné nasazení Erdosteinu v sezóně 2014/2015. Nejčastěji zastoupenou diagnózou byla akutní bronchitida (40 % infekcí), u 45 % pacientů byla

uvedena alergie nebo astma, což nepřímo podporuje zkušenost z praxe, že děti s alergií jsou častěji nemocné než děti bez alergie.

Ve sledovaném období (10/2014–3/2015) se u hodnoceného souboru počet nasazení ATB signifikantně snížil na pouhých 4,4 % všech zaznamenaných infekcí. Zahájení podávání Erdosteinu při prvních příznacích infekce dýchacích cest může ovlivnit trvání tíže příznaků – produktivní kašel a rýmu, ev. komplikace – výskyt středoušních zánětů.

Studie prokázala rychlejší zlepšení stavu dětských pacientů trpících sledovanými infekcemi dýchacích cest (akutní bronchitida, akutní tracheobronchitida, akutní laryngopharyngitida a akutní laryngitida a tracheitida) při léčbě Erdosteinem a pravděpodobně měla i vliv na snížení následné léčby ATB, i když srovnání dvou období z epidemiologického hlediska je obtížné. Pečlivější diferenciální diagnostika infekce DC – virové nebo bakteriální infekce na začátku onemocnění přispěla rovněž k racionálnímu nasazování ATB ve sledovaném souboru dětských pacientů pouze v indikovaných případech.

Právo, úhrady a praktičtí lékaři

pátek / 17. února 2017 / 12.20–13.20 hod.

Právo, úhrady a praktičtí lékaři: aktuální problémy a výhledy pro rok 2017

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

D&D Health s. r. o.

Zdravotnické právo nejsou jen patientské žaloby či formuláře informovaných souhlasů. Ekonomicky nejvýznamnější oblastí zdravotnického práva jsou smlouvy mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, regulace úhrad péče, léčiv a zdravotnických prostředků. Předpisy upravující tuto oblast se každoročně a někdy i častěji mění, významný vliv hraje též soudní judikatura. Právě tato oblast bude předmětem přednášky, upozorňující na vybrané právní novinky a jejich dopad na praxi.

Současný zákon 48/1997 Sb. předpokládá každoroční vydání tzv. úhradové vyhlášky. Ta je sice připravována v tzv. dohodovacím řízení, které pro letošek skončilo 30. 6. 2016, již od roku 2006 však ministerstvo není výsledkem dohodovacího řízení fakticky vázáno a může pravidla úhrad měnit až do 30. 10., kdy musí být vyhláška vydána. Poskytovatelé se však i poté mohou s pojišťovnou dohodnout na tzv. individuálním dodatku, kterým lze od roku 2008 nastavit úhrady odchylně od úhradové vyhlášky. V rámci přednášky budou představena vyhlášková pravidla pro rok 2017. Pokud jde o uzavírání smluv s pojišťovnami, Evropský soudní dvůr vydal rozhodnutí, podle kterého je zdravotní pojišťovna v postavení veřejného zadavatele.

V přednášce bude zmíněn možný dopad na českou praxi, navazování, trvání a ukončování smluv. V oblasti úhradových limitací existuje několik starších rozhodnutí vyšších soudů, která umožňují požadovat platbu přes sjednaný limit. V lékové oblasti bude zmíněn důležitý judikát NSS ČR k preskripčním omezením a jeho možný dopad. Soudy též vydaly zajímavá rozhodnutí v oblasti schvalování péče a pomůcek revizním lékařem, které umožňují pacientům aktivně usilovat o úhradu nehraně péče či kompenzaci doplatku.

V rámci hodnocení dopadů úhrad budou zmíněny statistiky zdravotních pojišťoven o tom, jak občané primární péči využívají, včetně skutečnosti, že např. čtvrtmilion lidí vůbec nemá registrujícího lékaře a velké množství dalších s ním není v kontaktu, což může vést k problémům s naplněním pravidel zákona o zdravotních službách. Zmíněny budou též projednávané novely zákona o léčivech, zákonů o vzdělávání lékařů a nelékařů, a připravovaný projekt elektronizace zdravotnictví.

OSTRAVA

MEDICÍNA PRO PRAXI

IV. kongres praktických lékařů v Ostravě

**16.–17. února
2017**

**Clarion
Congress Hotel
Ostrava**

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi

Záštita: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF Ostravské univerzity

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akademie klasické homeopatie, spol. s r. o.

Alere s. r. o.

Angelini Pharma Česká republika s. r. o.

Gilead Sciences s. r. o.

GlaxoSmithKline, s. r. o.

Hero Czech s. r. o.

Inpharm s. r. o.

Mediclinic a. s.

Medindex spol. s r. o.

Medingo s. r. o.

NAOS CZECH REPUBLIC s. r. o.

Nutricia a. s.

Odborný léčebný ústav Metylvice

Orion Diagnostica – organizační složka

Pfizer PFE, spol. s r. o.

PIERRE FABRE MEDICAMENT s. r. o.

R. K. Studio

RosenPharma, a. s.

SANDOZ s. r. o.

SANOFI PASTEUR vaccine division

Schwabe Czech Republic s. r. o.

Zentiva společnost skupiny Sanofi

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Medicína
pro praxi**



maxdorf

GRADA

proLékaře
www.prolekare.cz

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU