



Medicína

PRO PRAXI

Suppl. B
2010

www.solen.cz

ISSN 1803-5876

ROČNÍK 7

Abstrakta

MEDICÍNA PRO PRAXI

VII. kongres praktických lékařů a sester

21.–22. října 2010,

HOTEL OLYMPIK TRISTAR, Praha

GS Imunostim

Účinné posílení imunity

- Účinný bakteriální lyzát ve formě pastilek s mentolovou chutí
- Klinická studie prokázala mimořádnou účinnost na posílení imunity u 53 % uživatelů
- Přirozeně posiluje imunitu před chřipkovým obdobím i v jeho průběhu
- Pro ty, kteří trpí častými infekcemi dýchacích cest
- Vhodný doplněk při léčbě antibiotiky



**Účinnost ověřena klinickou studií
3. LF UK Praha a SZÚ Praha***

* Studie: Stanek J et. al. Cent. Eur. J., Publ. Health 2006; 14(3): 130-132

POŘADATEL

Klinika kardiologie, IKEM, Praha,
Solen, s.r.o.

PREZIDENT

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.,
MUDr. Jan Bytešník, CSc.,
MUDr. Vladimír Frič, CSc.,
doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.,
doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.,
MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA,
doc. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.

ORGANIZÁTOR**SOLEN, s.r.o.**

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Ing. Karla Břečková

tel.: 582 397 457

mob.: 777 714 677

e-mail: breckova@solen.cz

programové zajištění:

Mgr. Michaela Majerová

tel.: 585 242 502

mob.: 777 557 426

e-mail: majerova@solen.cz

Praha 21.–22. 10. 2010

HOTEL OLYMPIK – TRISTAR, Praha

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 16 kredity pro lékaře, 8 kredity pro sestry, 20 body pro farmaceuty a 8 kredity pro farmaceutické asistenty.

Supplementum B Medicíny pro praxi

Evidence MK ČR pod číslem 15337

Citační zkratka: Med. Pro Praxi; 7(Suppl. B).

ISSN 1803-5876

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, www.sedlaczech.cz, tel.: +420 724 984 451

Časopis je excerpován do Bibliographia Medica Českoslovac
a je zařazen na Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR.

ČTVRTEK 21. ŘÍJNA

9.00 Zahájení

9.00–10.20 KARDIOLOGIE – KOMOROVÉ TACHYARYTMIE/ prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., MUDr. Jan Bytešník, CSc.

- **Klasifikace a EKG diagnostika** – P. Peichl
- **ICD v prevenci náhlé smrti** – J. Bytešník
- **Co by měl znát praktický lékař o ICD?** – K. Lefflerová
- **Možnosti katetrizační ablace** – J. Kautzner

10.20–10.40 Symposium – Servier

- **Diabetik v ordinaci praktického lékaře (edukace, farmakoterapie)** – V. Pivarčiová

10.40–11.10 Přestávka

11.10–13.20 GERONTONEUROPSYCHIATRIE/ doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.

KŘEŠT KNIHY – POZNEJTE DEMENCI SPRÁVNĚ A VČAS – PŘÍRUČKA PRO KLINICKOU PRAXI – doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.

- **Diagnostika a léčba kognitivních poruch ve stáří** – L. Čechová
- **Diagnostika a léčba deprese ve stáří** – M. Kopeček
- **Diagnostika a léčba poruch chování ve stáří** – V. Franková
- **Tinnitus, závratě, nedoslýchavost v ordinaci praktického lékaře** – A. Hahn
- **Lze seniorovi s demencí zajistit potřebnou péči v domácím prostředí?** – M. Hasalíková
- ▶ **Poznejme demence správně a včas** – A. Bartoš

13.20–15.00 Oběd

15.00–16.40 ORTOPEDIE/ MUDr. Vladimír Frič, CSc.

- **Endoprotetika ramenního kloubu – současné možnosti** – V. Frič
- **Endoprotetika hlezna** – S. Popelka
- **Prevence TEN (tromboembolické nemoci) v ortopedii** – T. Trč
- **Degenerativní choroby páteře – skoliózy a jejich léčení** – M. Krbec
- **Plochá noha a její léčení** – M. Frydrychová

PÁTEK 22. ŘÍJNA

8.00–10.00 INFEKTOLOGIE / doc. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.

- Chřipka – L. Machala
- Bakteriální lyzáty v prevenci a léčbě superinfekcí spojených s chřipkou – D. Jílek
- Cestovní lékařství – D. Tomíčková
- Novinky v problematice průjmů – H. Ambrožová
- Lymeská borrelióza – D. Pícha
- IP ▶ • Novinky v očkování – Z. Blechová

10.00–10.30 Symposium – Astellas

- Globální problém rezistence v každodenní praxi – Z. Blechová

10.30–11.00 Přestávka

11.00–11.15 Symposium – GlaxoSmithKline

- Význam správné aplikace nosních sprejů a kapek – P. Čáp

11.15–13.15 ALERGOLOGIE A IMUNOLOGIE / doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.

- Česká iniciativa pro astma – P. Pohunek
- Alergie ve 21. století – V. Špičák
- Potravinová alergie v terénní praxi – M. Fuchs
- Moderní léčba alergické rýmy – E. Seberová
- Anafylaxe – život ohrožující alergie – V. Petrů

IP ▶ • Léčba akutního astmatu – V. Šnorek

13.15–14.35 Oběd

14.35–16.15 ONKOLOGIE / MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA

- Biologická léčba solidních nádorů – J. Prausová
- Současná koncepce onkochirurgie kolorektálního karcinomu – J. Hoch
- Komplexní onkologická léčba kolorektálního karcinomu – K. Kubáčková
- Radioterapie s IMRT v léčbě ORL nádorů – B. Malinová
- Komplexní léčba gastrointestinálních stromálních nádorů – Z. Linke
- Prevence nádorů prsu a samovyšetřování – E. Vránová

16.15 Losování kongresové ankety, závěr akce

POSTERY

- Prevence kolorekta – E. Vránová

KARDIOLOGIE – KOMOROVÉ TACHYARYTMIE

Garant: prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., MUDr. Jan Bytešník, CSc.

– čtvrtek / 21. 10. 2010 / 9.00–10.20

EKG klasifikace a diagnostika komorových tachykardií

MUDr. Petr Pechl, Ph.D.

Klinika kardiologie, IKEM Praha

Komorové tachykardie (KT) jsou definovány jako 3 a více komplexů o frekvenci vyšší než 100/min, které primárně vychází ze svaloviny komor či převodního systému pod úrovní Hisova svazku. KT lze dle EKG obrazu klasifikovat podle celé řady kritérií. Podle morfologie QRS komplexu lze rozlišit tzv. monomorfní a polymorfní KT, podle trvání můžeme rozlišovat komorové extrasystoly, nesetrválé tachykardie (trvání do 30 sekund) a setrválé komorové tachykardie. Z klinického je důležitější prognostické rozdělení podle rizika náhlého úmrtí na benigní, potenciálně maligní a maligní KT. Dříve používaná tzv. Lownova klasifikace komorových extrasystol má dle současných poznatků pouze minimální prognostický význam a její používání v klinické praxi nemá větší smysl.

Mezi prognosticky benigní KT patří především komorové extrasystoly a tzv. idiopatické KT. Tak je označována heterogenní skupina arytmií, které se objevují u pacientů bez prokazatelného strukturálního srdečního onemocnění. Nejčastějším typem idiopatických komorových tachykardií jsou idiopatické KT z výtokového traktu pravé komory, které mají typický EKG obraz. Klinicky se tyto arytmie manifestují ve formě komorových extrasystol či krátkých repetitivních běhů. U některých nemocných četná extrasystolie vede k významným symptomům, dokonce až k rozvoji systolické dysfunkce levé komory srdeční.

Naopak mezi prognosticky maligní KT se řadí setrválé tachyarytmie u pacientů se strukturálním srdečním onemocněním. V případě snížené systolické funkce levé komory srdeční (např. pacienti po infarktu myokardu) může totiž snadno dojít k degeneraci KT do polymorfní KT či fibrilace komor, které vedou k oběhové zástavě. S vysokým rizikem náhlé srdeční smrti jsou ale také spojena onemocnění, kdy zobrazovací metody nezobrazí žádnou strukturální abnormalitu a jde o tzv. primárně elektrickou poruchu. Největší klinický význam má syndrom dlouhého QT intervalu. U těchto pacientů dochá-

zí na podkladě vrozené predispozice v kombinaci se zevními vlivy (např. léky) k prodloužení QT intervalu a vzniku polymorfních komorových tachykardií typu torsades de pointes.

Obecně platí, že EKG hraje v diagnostice KT a onemocnění spojených s vysokým rizikem náhlé srdeční smrti klíčovou úlohu a správná interpretace základních EKG obrazů by měla proto patřit k dovednostem každého lékaře.

ICD v prevenci náhlé srdeční smrti

MUDr. Jan Bytešník, CSc.

Klinika kardiologie, IKEM Praha

Roční incidence náhlé srdeční smrti (NSS) v průmyslově vyspělých zemích kolísá mezi 1–2 případy na 1 tisíc obyvatel. Jejím nejčastějším podkladem v dospělé populaci je ischemická choroba srdeční (ICHS) a nejčastějším arytmiickým mechanismem NSS je fibrilace komor (FK) či komorová tachykardie (KT). Z hlediska dlouhodobé strategie snížení výskytu NSS v celkové populaci je nejdůležitější prevence ICHS. Aktuálně účinným postupem je kvalitní organizace rychlé zdravotní služby k zajištění včasné a účinné resuscitace a zatím nejučinnějším postupem u pacientů se zvýšeným rizikem výskytu NSS je jejich zajištění **implantabilním kardioverterem-defibrilátorem** (ICD). U pacientů s dokumentovanou setrvalou komorovou tachyarytmií (či po resuscitaci pro oběhovou zástavu) patří léčba ICD do kategorie tzv. **sekundární prevence NSS**. Implantace ICD byla klinicky použita poprvé v roce 1980 v USA. První implantace v Evropě byla v roce 1982 a v našem státu v r. 1984. V prvním období byly elektrody systému ICD implantovány na povrch srdečních komor a tento postup vyžadoval thorakotomii (otevření hrudníku).

V dalším období prodělala tato léčebná technologie i její indikace výrazné změny. Postupně došlo k podstatnému zmenšení implantátu, endovazálnímu zavádění elektrod a k rozšíření monitorovacích, rozhodovacích a léčebných algoritmů ICD, zvyšujících spolehlivost a „komfort“ této léčby. Koncepce ovlivnění rizika NSS u pacientů, kteří zatím neměli manifestní závažnou komorovou tachyarytmií, ale dle určitých klinických ukazatelů mají výrazně zvýšené riziko NSS, vedla

k indikaci ICD v rámci tzv. **primární prevence NSS**. Oprávnění tohoto postupu je podpořeno výsledky velkých randomizovaných studií, jako je MADIT II, SCD-HeFT a další. Současná **stratifikace rizika** NSS u ICHS a zejména u neischemických kardiomyopatií není zatím dostatečně spolehlivá a opírá se především o systolickou funkci levé komory, šířku QRS a výskyt chronického srdečního selhávání (CHSS). V současné době je patrný nárůst implantací systémů, umožňujících též srdeční resynchronizační terapii a tak ovlivnění prognózy části pacientů s CHSS.

Vývoj indikací léčby ICD v rámci primární a sekundární profylaxe NSS je dynamický proces, který je ovlivňován novými medicínskými poznatky a vývojem této i dalších léčebných technologií v oblasti kardiologie.

Co by měl znát praktický lékař o ICD?

MUDr. Kateřina Lefflerová, CSc.

Klinika kardiologie, IKEM Praha

Automatický implantabilní kardioverter – defibrilátor (ICD) je přístroj, který se používá k léčbě srdečních arytmií a prevenci náhlé srdeční smrti. V případě vzniku život ohrožující arytmie aplikuje příslušnou léčbu s cílem obnovy sinusového rytmu a hemodynamicky účinné srdeční akce. Celý systém se skládá z vlastního přístroje (obvykle umístěného v podkoží či pod pectorálním svalem vlevo) a elektrod zavedených podklíčkovou žilou do srdce. ICD přístroj má vždy i funkci kardiostimulační. Specifickou funkcí ICD je řešení komorových tachyarytmií. Při vzniku fibrilace komor či tachyarytmie podmiňující hemodynamickou nestabilitu je nemocnému aplikován vysokoenergetický výboj – obvykle o energii 35 J. Další možností léčby komorových arytmií je salva stimulů, která je schopna arytmií ukončit. Elektrický výboj vnímá každý pacient individuálně, je přirovnáván k úderu do hrudníku, někteří pacienti mohou krátkodobě ztratit vědomí. Antitachykardická stimulace bolestivá není, řada nemocných ji nezaregistruje. Pokud pacient dostane jeden výboj a klinický stav je uspokojivý, není třeba okamžitě kontaktovat implantační centrum. Pokud však nemocný obdrží více výbojů za sebou, může se jednat o tzv. arytmiickou bouři a je

nutné situaci urgentně řešit v příslušném implantačním centru. Nemocný s implantovaným ICD je ohrožen i nepatřičnými (falešně pozitivními) výboji. Jednou z příčin falešně pozitivních výbojů je rychlá srdeční frekvence při sinusové tachykardii (POZOR na přerušení betablokátorů) či při fibrilaci síní s rychlou komorovou odpovědí. Závažnou komplikací je porucha elektrody, která může vést k falešné detekci signálů, a tím opakovaně aplikaci výbojů. Silné elektromagnetické pole může narušit funkci přístroje. U nositelů ICD je kontraindikováno vyšetření MRI, litotrypse, transkutánní neurostimulátory, elektrická akupunktura. V případě chirurgického výkonu s použitím elektrokauterizace je nutné přístroj po dobu výkonu deaktivovat. Každý nositel ICD je vybaven průkazkou ICD s přiloženou programací. ICD totiž léčí pouze takovou komorovou frekvenci, která splňuje naprogramovaná detekční kritéria. ICD mají možnost zvukové signalizace, která se objeví například v případě vyčerpání bateriového zdroje, poruchy elektrody. Využíváme i dálkového (telemetrického) sledování pacientů. Léčba ICD představuje nejspolehlivější prevenci náhlé

srdeční smrti, léčba základního srdečního onemocnění je však neméně důležitá.

Možnosti katetrizační ablace komorových tachyarytmií

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.
Klinika kardiologie IKEM, Praha

Komorové tachyarytmie (KT) představují široké spektrum arytmií, které lze rozdělit na idiopatické a při organickém onemocnění srdce. Podle EKG morfologie je dělíme na monomorfní (stejný tvar komplexů QRS) a polymorfní. Podle prognostické klasifikace je klasifikujeme na benigní, potencionálně maligní a maligní. Pouze idiopatické monomorfní KT jsou považovány za benigní a vyžadují léčbu jen v přítomnosti symptomů nebo při postupném rozvoji systolické dysfunkce levé komory srdeční. Katetrizační ablace je v těchto případech metodou volby. Její účinnost v odstranění idiopatických KT se pohybuje okolo 90%. Na druhé straně spektra stojí polymorfní KT (polymorfní komorová tachykardie nebo fibrilace komor), které jsou považová-

ny za maligní. Mohou být projevem akutní ischemie, syndromu dlouhého intervalu QT nebo Brugada syndromu atd. V případě, kdy jsou spouštěny monotrofní extrasystolou, lze toto spouštěcí ložisko odstranit katetrizační ablací a zastavit tak arytmiickou bouři. Poté je nutno implantovat preventivně implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD). Nejvíce KT je potencionálně maligních – tj. monomorfních KT v přítomnosti organického srdečního onemocnění. Po vyloučení reverzibilních příčin je indikována implantace ICD, případně v kombinaci s antiarytmickou léčbou. Při četných terapiích přístroje ICD lze potlačit výskyt KT pomocí katetrizační ablace, kterou lze provést i u netolerovaných forem arytmií, a to pomocí substrátového mapování. Zejména u pacientů s KT při dilatační kardiomyopatii je někdy nutné provést katetrizační ablací z epikardiálního přístupu. Katetrizační ablace je i metodou volby u pacientů s incesantními (tj. setrvalými, opakujícími se ihned po elektrické kardioverzi) formami KT. Podobně lze katetrizační ablací potlačit KT charakteru ramínkové centry, kdy vzruch krouží po převodním systému.

Symposium – Servier

čtvrtek / 21. 10. 2010 / 10.20–10.40

Léčba DM 2. typu v ordinaci PL

MUDr. Vlasta Pivarčiová

Diabetologická ambulance Nemocnice Na Františku, Praha

V současné době je v České republice registrováno cca 7–8% diabetiků z celkové populace.

Současná klasifikace zahrnuje čtyři skupiny diabetu a dvě skupiny označované jako hraniční poruchy glukózové homeostázy.

Algoritmus léčby (Konsensus americké a evropské diabetologické společnosti, 2008)

Diabetiky s nízkým rizikem je nutné vést k těsnější kompenzaci (HbA1c do 4,5%), kdežto diabetici s vyšším rizikem mohou mít cílové hodnoty HbA1c v pásmu mezi 5,3–6,0%.

Léčba: režimová opatření (význam diety a fyzické aktivity), PAD, inzulin.

Jednotlivé lékové skupiny ovlivňující inzulinovou rezistenci a inzulinovou sekreci.

Podrobně se skupiny sekretagog moderní sulfonyureové preparáty: gliklazidu:

- význam studií Advance, Satohova studie, Guide
- kardioprotektivní a antioxidační efekt gliklazidu

Dispensární péče u DM 2. typu (glukotriáda: lačná, postprandiální glykemie, glykovaný Hb).

Preventivní opatření u DM 2. typu (význam sledování mikroalbuminurie, očního pozadí...). Významný vliv na omezení incidence makrovaskulárních komplikací má multifaktoriální intervence.

GERONTONEUROPSYCHIATRIE

Garant: doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D. – čtvrtek / 21. 10. 2010 / 11.10–13.20

Diagnostika a léčba kognitivních poruch ve stáří

MUDr. Linda Čechová¹,
doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.^{1,2}

¹ Univerzita Karlova 3. LF, Neurologická klinika FN Královské Vinohrady, Praha
² AD Centrum, Psychiatrické centrum Praha

Se stárnutím populace se zvyšuje počet osob trpících demencí. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc (AN), která se stala 5. nejčastější příčinou smrti u osob starších 65 let. V posledních letech se objevily léky prokazatelně zpomalující průběh AN a vývoj intenzivně pokračuje. V České republice je však výskyt demence poddiagnostikován a účinná léčba je tak nabídnuta pouze malému množství pacientů.

Nejdůležitějším krokem v diagnostice demence je proto vůbec na demenci pomyslet a správně ji rozpoznat. Lze využít například ABC koncept (A – Activities of daily living, B – Behavioral changes, C – Cognition), což znamená narušení aktivit každodenního života; změny nálady a chování; a kognitivní deficity přítomné u pacientů s demencí. Základním screeningovým testem ke zhodnocení globálních kognitivních funkcí je Mini Mental State Examination (MMSE).

Po odhalení syndromu demence nastupuje v druhém kroku co nejpřesnější určení její příčiny. Lze využít neuropsychologického profilu pacienta. U osob s AN dominují časně zejména poruchy paměti. Pro cévní demenci bývá typické zpomalení psychomotorického tempa a exekutivní dysfunkce (potíže s iniciací, plánováním). K základním vyšetřením u osob s demencí patří stanovení základních laboratorních parametrů včetně hormonů štítné žlázy, zhodnocení kardiopulmonálního systému a zobrazení mozku. V roce 2007 nastala změna diagnostických kritérií, kdy pomocné metody slouží přímo k podpoře AN, ne pouze k vyloučení jiných příčin demence. U pacientů s AN nacházíme mediotemporální atrofii na MR mozku, hypoperfuzi/hypometabolismus v temporoparietálních oblastech na SPECT/PET mozku a specifický profil v mozkomíšním moku (\downarrow β -amyloid, \uparrow tau protein, \uparrow fosforylovaný tau protein).

Klinickými studiemi je prokázán efekt v současnosti používaných léků na zpomalení průběhu AN. Pro léčbu lehké až středně těžké formy AN jsou k dispozici inhibitory acetylcholineste-

rázy. Patří sem donepezil, rivastigmin a galantamin. Jsou hrazeny pojišťovnou při MMSE skóre 25-13. MMSE musí být pravidelně kontrolováno každé 3 měsíce. Pro těžkou formu AN je prokázán efekt antagonisty NMDA receptorů – memantinu, hrazeného při MMSE skóre 17-6. Důležité je ovlivnění cévních rizikových faktorů. Dle potřeby bývají používána antidepresiva a antipsychotika. Farmakoterapii by měla doplňovat behaviorální terapie zaměřena na kognitivní trénink a aktivizaci pacienta.

Práce byla vytvořena s podporou projekty GACR30909H072, KAN200520701 a IGA MZCR 10369-3.

Diagnostika a léčba deprese ve stáří

MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.
Psychiatrické centrum Praha a 3. LF UK, Praha

Deprese se může vyskytovat současně s infarktem myokardu, mozkovou mrtvicí či jiným vážným a chronickým onemocněním, pro které se pacient dostaví do ambulance. Často jí není věnována pozornost s odůvodněním, že psychický stav je následkem tělesného onemocnění, které se léčí. To lze přirovnat k situaci, kdy při úraze byla rána zažita a preventivně podána antibiotika, ale opomněla by se přidat analgetika. Dalším významným spouštěčem depresivní poruchy ve stáří je ztráta blízkého. Ačkoliv je v diagnostických manuálech depresivní porucha vymezena trváním příznaků minimálně 2 týdnů, je truchlení arbitrárně označeno jako patologické truchlení, trvá-li déle jak 3 měsíce. Při výrazné intenzitě truchlení se k léčbě přistupuje dle úvahy i dříve. U seniorů jsou v popředí klinického obrazu často somatické příznaky: zácpa, dysurie, bolesti zad, tíže na hrudi či jiný tělesný dyskomfort a na depresi se často nemyslí. Kdy tedy mluvit o depresi a ne o hypersenzitivitě, neurastenii, neurotizmu, hypochondrii... Depresivní porucha je stav, který je definován jako přítomnost alespoň 2 příznaků ze skupiny A a 2 příznaků ze skupiny B po většinu dne, téměř každý den po dobu minimálně 2 týdnů. A) 1. depresivní nálada (smutek, prázdnota, pláč) po většinu dne, téměř každý den 2. zřetelné snížení zájmu či potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné 3. pokles energie nebo zvýšená unavitelnost B) 4. významná změna hmotnos-

ti (5% za měsíc), 5. insomnie či hypersomnie, 6. psychomotorická agitovanost či retardace, 7. pocity vlastní bezcennosti a ztráta sebeúvěry, 8. pocity nadměrné viny, 9. snížená schopnost myslet, koncentrovat se nebo nerozhodnost, 10. opakované myšlenky na smrt. Antidepresiva ovlivňující zpětné vychytávání serotoninu, např. citalopram, escitalopram, sertralin, jsou léky první volby v léčbě deprese ve stáří. Protože SSRI neovlivňují insomnii, jsou zpočátku kombinována s hypnotiky (zolpidem) nebo s antidepresivy, které ovlivňují spánek přes histaminové receptory (mirtazapin, trazodon, s velkou rozvahou amitriptylin). Protiúzkostný efekt antidepresiv nastupuje se zpožděním 4–6 týdnů, proto je úzkost v prvních týdnech léčby možno zvládnout s uvážením, např. alprazolamem. Ten se snadno nasazuje, ale špatně vysazuje. Proto je vhodné použít minimální účinnou dávku a nezapomínat na časně a pozvolně vysazování. Léčba deprese by měla pokračovat ještě minimálně 6 měsíců po dosažení odpovědi na léčbu, ale u fragilní seniorské populace se při dobré toleranci antidepresiv doporučuje v profylaktické léčbě pokračovat. Do rukou psychiatra patří pacient, který nereaguje na léčbu v trvání 8–12 týdnů, vyskytuje se sebeobviňování, sebevražedné myšlenky či známky psychózy (bludy, halucinace). K hospitalizaci je indikován pacient po suicidálním pokusu či v riziku sebevraždy, neklidný či stuporózní pacient, pacient odmítající jídlo a tekutiny.

Diagnostika a léčba poruch chování ve stáří

MUDr. Vanda Franková
Psychiatrická léčebna Dobruška

Poruchy chování se objevují u 80% seniorů s demencí v průběhu onemocnění. Jsou nejčastější příčinou selhání ošetrovatelské péče a následné institucionalizace nemocných. Nejčastějšími a nejproblémovějšími jsou **agitovanost a agresivita**. Projevují se neklidem, odmítáním péče, nemocní nevydrží na jednom místě, bloudí, hrozí odchod z bytu či oddělení. Při snaze o manipulaci se brání, mohou ničit nábytek či jiné věci kolem sebe, napadnout svého pečujícího. Jak agitovanost, tak agresivita bývají často projevem **psychické poruchy** (úzkost, deprese, bludy, halucinace), **vlivu léků** či **psychoaktivních látek** (antiparkinsonika, tricyklická

antidepresiva, některá analgetika, alkohol atd.) nebo **tělesné nemoci** (infekce, orgánové selhávání, mozkové změny) či **diskomfortu** (bolest, chlad, nepřiměřená zevní stimulace, nevhodné zacházení atd.). To je třeba si uvědomit a v případě vzniku poruch chování aktivně pátrat po jejich příčině a na tu následně cílit léčbu.

Doménou prevence i léčby poruch chování ve stáří je vždy **nefarmakologický postup**. Spočívá v uklidnění nemocného, navození pocitu bezpečí, úpravě prostředí, v přiměřené nabídce příjemných aktivit a sociálních kontaktů, v maximálním využívání kognitivních schopností nemocného a v intenzivní „péči“ o pečující.

Někdy veškerá nefarmakologická opatření nestačí a my musíme přistoupit k **farmakoterapii**. V klinické praxi je nejčastěji užívaným lékem pro léčbu poruch chování ve stáří **tiaprid**. U nespolupracujícího nemocného používáme injekční formu preparátu. Striktně se vyhýbáme lékům s anticholinergním účinkem (tricyklická antidepresiva, klasická neuroleptika). Alternativou tiapridu je **melperon**. Antidepresiva ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (**SSRI**) jsou u starší a staré populace považovány za lék volby v léčbě depresivní a úzkostné symptomatiky. Studie i klinická zkušenost však ukazují jejich pozitivní efekt i při léčbě jiných symptomů jako agitovanosti či agresivity. Doporučovány jsou **citalopram, escitalopram a sertralin** z důvodu nejmenšího rizika lékových interakcí. V případě nezvládnutelného neklidu využíváme (i v kombinaci) **benzodiazepiny** při uvědomění si rizika vedlejších účinků (ataxie, nadměrný útlum, paradoxní excitace). Podáváme je vždy v nejnižší dávce a jen po co nejkratší dobu. Využíváme benzodiazepiny s krátkým vylučovacím poločasem (oxazepam, midazolam). Preventivní i léčebný efekt u poruch chování nemocných s Alzheimerovou demencí mají **inhibitory cholinesteráz a memantin**.

Tinnitus, závratě, nedoslýchavost v ordinaci praktického lékaře

doc. MUDr. Aleš Hahn, CSc.

ORL klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Kvalita života je v seniorském věku výrazně negativně ovlivněna sníženou funkcí smyslových orgánů. Mluvíme o presbyakuzi, vertigu a tinnitu. V praktickém životě to znamená, že postižení hůře slyší a mají problémy s rovnováhou. Tyto potíže lze nikoliv odstranit, ale zmírnit dobrou spoluprací mezi těmito osobami a praktickým lékařem.

V oblasti korekce těchto problémů máme dobré zkušenosti s podáváním vazodilatačních preparátů, nootropik. Senzorickou deprivací lze potřebných případech výrazně ovlivnit pomocí sluchadel.

Lze seniorovi s demencí zajistit potřebnou péči v domácím prostředí?

PhDr. Martina Hasalíková

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Neurologická klinika, pavilon K1, Poradna pro pečovatele, Praha

Zvládání projevů demence v domácím prostředí klade velké nároky nejen na rodinné pečovatele, ale i na lékaře, které mají nemocného v péči. Zajistit potřebnou péči v domácím prostředí možné je a pokud se pro to rodinní pečovatelé rozhodnou, zaslouží si maximální podporu. Důležité je včas zažádat o dávky státní sociální podpory a péče, mít kontakty na registrované poskytovatele sociálních služeb a orientovat se v jejich nabídce. Situaci ulehčuje i dobrá informovanost o tom, co to demence je, jaký má průběh a na co všechno je v souvislosti s touto diagnózou potřeba včas myslet, aby se nemocný a jeho rodina nedostali do situa-

ce, kdy budou zdroje pečovatelů vyčerpány. Orientaci by měla napomoci dobrá informovanost pečovatelů v tom, na jaké pomůcky mají právo, jak konkrétně mají pečovat, např. v případě rozvoje inkontinence jejich blízkého, kde si včas obstarat např. pojízdnou sedačku či toaletu k lůžku.

Velký důraz je třeba klást na zdravotní stav pečovatelů, kteří často přehlíží své vlastní zdravotní problémy a se stoupající zátěží ztrácí kontakt s okolním světem. Příspěvek je ilustrován kazuistikou rodinných pečovatelů pacientky s Alzheimerovou nemocí.

Poznejte demenci správně a včas

doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.

AD Centrum, Psychiatrické centrum Praha UK, 3. LF FNKV, Praha Neurologická klinika, Praha

S prodlužováním věku narůstá počet pacientů s Alzheimerovou nemocí (AN). Nepoznaná demence má řadu negativních dopadů (chybné anamnézy, nedodržování léčebných postupů, pozdní zahájení adekvátní léčby aj.). Diagnostika AN je náročná, ale lze na ní pomýšlet při výskytu určitých příznaků. Typická je plíživě rozvinutá a vytrvale progredující porucha paměti a dalších kognitivních funkcí. Tyto deficity narušují pracovní nebo sociální činnosti. Existují správné anamnestické otázky a jednoduché testy, které jsou určeny k detekci demence. Další upřesnění přináší výsledky pomocných vyšetřovacích metod (neuropsychologické vyšetření, CT a lépe MR mozku, SPECT/PET mozku, likvor). Závěrečná přednáška gerontoneuropsychiatrického bloku bude věnována shrnutí předchozích sdělení interaktivní formou k upevnění správné taktiky pro časně rozpoznání demence.

Práce byla podpořena projekty KAN200520701, NS 10369 a VZ MZ0PCP2005.

ORTOPEDIE

Garant: MUDr. Vladimír Frič, CSc. – čtvrtek / 21. 10. 2010 / 15.00–16.40

Endoprotetika ramenního kloubu – současné možnosti

MUDr. Vladimír Frič, CSc.

Ortopedicko-traumatologická klinika

FNKV, Praha

Ortopedie dnešní doby nabízí endoprotetické řešení jak chronických degenerativních stavů, tak i úrazových a pouřazových stavů ramenního kloubu. Obecně je indikací k náhradě konzervativně neovlivnitelná bolest při degeneraci ramenního kloubu nebo nerekonstruovatelné poškození hlavičky humeru nebo rotátorové manžety. Kontraindikací k provedení náhrady je infekce kloubu, porucha inervace svalů rotátorové manžety nebo m. deltoideus a nespolupracující pacient. Principiálně lze endoprotézy rozdělit na a) anatomické, které mohou být povrchové (tzv. resurfacing) a dřívkové, b) reverzní, tj. kdy hlavička je implantována na glenoid a jamka na proximální humerus. Anatomické náhrady lze implantovat jako cervikokapitální náhradu (hemiarthroplastika) nebo jako totální náhradu, tzn. náhradu jamky i hlavičky. Všechny se dodávají ve variantě cementované i necementované. Operační technika se liší podle jednotlivých typů náhrady. O dobrém výsledku rozhoduje správná volba a umístění implantátu, u anatomických náhrad stav a rekonstrukce svalů rotátorové manžety, u reverzní náhrady stav m. deltoideus. Zásadní význam pro výsledek operace má pooperační rehabilitace, která může trvat až jeden rok.

Endoprotetika hlezna

doc. MUDr. Stanislav Popelka, CSc.

Ortopedická klinika 1. LF a FN Motol, Praha

Hlezenní kloub je nejzatěžovanějším končetinovým kloubem, který má velmi složitou biomechaniku. Při těžké artróze hlezna je metodou volby artrodéza nebo aloplastika. Každá z těchto operačních metod má své výhody a nevýhody. Artrodéza je definitivní řešení u těžké destrukce a nestability hlezna. Výhodou artrodézy je stabilní a nebolestivě hlezno. Nevýhodou je nemožnost hybnosti a postupný rozvoj artrotických změn v ostatních kloubech přednoží. Výhodou aloplastiky je zachování hybnosti v hleznu. Její indikační možnosti, spolehlivost a trvanlivost jsou však omezenější. Se zlepšováním tvarových a materiálových charakteristik implantátů hlezna je kloubní

náhrada daleko častěji indikována, než tomu bylo v minulých letech. Náhrada hlezna je poměrně složitý operační výkon, u kterého může dojít k různým technickým problémům a komplikacím. Komplikace jsou nepřímo úměrně zkušenostem operátora. Náhrada by měla být indikována dříve než dojde k většímu poškození vazivového aparátu hlezna, což hlavně platí u pacientů s revmatoidní artritidou. Nestabilita i malého stupně totiž rychle vede k přetížení a selhání některé z komponent. Podmínkou indikace je také dobrý stav a trofika kůže s předpokladem rychlého hojení. Kontraindikací je nekroza talu. V případě podezření na sníženou vitalitu talu je vhodné si stav ověřit magnetickou rezonancí, která ukáže rozsah nekrozy. Náhrada hlezna není jednoduchý operační výkon. Na životnosti kloubní náhrady se daleko více než u jiných kloubů podílí přesnost implantace, správná a uvážlivá indikace.

Prevence TEN (tromboembolické nemoci) v ortopedii

doc. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA

Ortopedická klinika UK, 2. LF a FN Motol, Praha

Abstrakt nedodán.

Degenerativní choroby páteře – skoliózy a jejich léčení

doc. MUDr. Martin Krbec, CSc.

Ortopedicko-traumatologická klinika, na Královských Vinohradech, Praha

Degenerativní procesy postihující klouby (osteoartróza) postihují i páteř, a to jak intervertebrální klouby, tak meziobratlové prostory. Etiologie je nejasná, fyzické přetěžování páteře je negativním faktorem, mikrotraumata. Výskyt zejména ve vyšším středním a vysokém věku. Často v kombinaci s osteoporózou páteře. **Spondylóza** (Spondylolysis deformans) je degenerativní proces postihující intervertebrální prostory. Projevuje se snížením intervertebrálních prostorů (disků), tvorbou okrajových osteofytů na spojení disku a obratlového těla, které mohou tvořit přemosťující valy jak ventrálně, tak dorzálně. Dojde-li k vytvoření přemosťujícího osteofytu, mohou bolesti i spontánně vymizet. Kořenové příznaky jsou vzácné. Terapie: rehabilitační procedury k dosažení analgezie a zpevnění svalového kor-

zetu. Symptomaticky nesteroidní antirevmatika. U přetrvávajících bolestivých instabilit operační řešení – spondylodéza. **Spondylartróza** je degenerativní artrotický proces postihující intervertebrální klouby. Následuje ruka v ruce rozvoj spondylózy. Instabilitou degenerovaného disku dochází k přetížení intervertebrálních kloubů a v nich k typickému rozvoji artrózy. Tvoří se osteofyty rostoucí do kanálu páteřního i laterálně. **Forestiérová choroba** (hyperostotická forma spondylózy) je nemoc postihující páteř více u mužů. Jde o tvorbu přemosťujících kostěných valů mezi obratlovými těly, postihuje delší úsek páteře nebo celou páteř, nejčastěji v oblasti hrudní. Nutno odlišit od morbus Bechtěrev. **Stenóza páteřního kanálu** degenerativního původu vzniká následkem pokročilé spondylartrózy, resp. spondylózy. Dochází k útlaku struktur v páteřním kanálu. Snížení intervertebrálního prostoru vede k nahnutí lig. flavum. Klinický obraz: podle lokalizace – v krční oblasti může vést až k rozvoji myelopatie, v bederní oblasti je prvním příznakem tzv. claudicatio intermittens spinalis. Terapie zpočátku konzervativní, úprava pohybového režimu, ev. instilace kortikoidů do páteřního kanálu, při progresi operační dekomprese. Instrumentace a stabilizace je obvykle indikována.

Degenerativní skolióza je de novo vzniklé zakřivení páteře ve frontální rovině na podkladě výše popsaných degenerativních změn. Často se kombinuje s páteřní stenózou. Je nezbytné rozlišit vlastní degenerativní skoliózu a degenerativní proces nasedající na původně přítomnou idiopatickou křivku. I u degenerativní skoliózy dochází k rotaci a torzi obratlů a „strukturalizaci křivky“. Postihuje zejména bederní páteř a torakolumbální přechod, typicky v kratších úsecích (3–4 segmenty). Klinický obraz: degenerativní bolesti páteře a porucha vyvážení (balance) páteře. Spinální klaudikace. Terapie: konzervativní – odlehčující ortézy, kondiční cvičení, často neúčinné. Operační – dekompresní operace, stabilizace a korekce křivek. Náročný výkon, často nutno stabilizovat rozsáhlý úsek páteře od T10 do S1 a obnovit zejména sagitální vyvážení.

Degenerativní postižení páteře představují závažné a invalidizující onemocnění středního a vyššího věku. V kombinaci s osteoporózou obratlových těl jsou často velmi obtížně léčitelným problémem s dlouhodobým a stále se zhoršujícím průběhem.

Deformity nohy

MUDr. Monika Frydrychová

Ortopedická klinika IPVZ a 1. LF UK FN

Na Bulovce, Praha

Sdělení se věnuje nejčastějším deformitám nohy u dětí i dospělých a diagnostickému a léčebnému postupu podle nejnovějších trendů. Pozornost zaměříme především na *dětské plochnoží*, kde se zmíníme o příznacích, diagnostice, konzervativním ortoprotetickém léčení ploché nohy a přiblížíme i princip operačních výkonů nejčastěji indikovaných u této diagnózy. V dnešní době preferujeme u symptomatických plochnoží aktivní přístup a doporučujeme vhodný operační výkon.

Z vrozených vad nohou upozorníme na *pes equinovarus*, jako nejčastější ortopedickou vrozenou vadu vůbec. V této problematice proběhla

v posledních letech revoluce v přístupu k léčbě s příchodem metody profesora Ponsetiho z lowy (USA), která radikálně snížila počet nutných operačních výkonů u takto postižených nožek. Spočívá v časném zahájení manipulací s redresním sádrováním a následným dlahováním nožek do 4 let věku. Z dalších vrozených vad nohou zmíníme postup u *talus verticalis*, *metatarsus adductus*, *tarzální koalici a některých vad prstů*.

U získaných vad nohou dospělých jistě zaslouží pozornost *příčné i podélné plochnoží*, které většinou řešíme symptomaticky předpisem individuální ortopedické vložky. Operační výkony však představují pro mnohé pacienty terapeutickou naději na výrazné zlepšení potíží. Naopak valgózní deformita palce (*hallux valgus*), bývá k operaci indikována velmi často, konzervativní způsoby léčby

u dospělých selhávají. Máme k dispozici celou řadu operačních výkonů, ze kterých v současné době preferujeme osteotomie různých typů. Většinou jako komplexní statická deformita se s valgózním palcem vyskytují i deformity prstů, nejčastěji *kladívkový prst*. Tyto také řešíme chirurgicky, konzervativní léčení v dospělém věku nemá velký efekt. Speciální a léčebně velmi náročnou skupinu deformit tvoří *poúrazové stavy* a také *neurogenní deformity*. U obou skupin bývá často indikována trojí déza sub talo. Tento výkon, je-li správně indikován a technicky proveden, učiní nohu zátěže schopnou bez bolestivého nášlapu za cenu ztráty pohybu v kloubech tarzu, který již v době indikace takového výkonu bývá velmi omezen. U neurogenních deformit přicházejí v úvahu i transpoziciční výkony, které mohou významně zlepšit nášlap.

INFEKTOLOGIE

Garant: doc. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D. – pátek / 22. 10. 2010 / 8.00–10.00

Chřipka

doc. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.

I. infekční klinika 2. LF UK, Praha

a Infekční klinika 3. LF UK, Praha

Sezonní chřipka je jedním z nejčastějších infekčních nemocí, které přichází každoročně v chřipkové sezoně trvající v našich podmínkách od podzimu do jara. V nepravidelném intervalu, obvykle několik desítek let, přichází pandemická chřipka, která je způsobena virem změněným v důsledku genetického shiftu.

Chřipka postihuje v různé míře všechny skupiny populace, závažnější průběh mívá obvykle u osob s chronickými chorobami respiračního systému, srdce a také u těhotných.

Základním způsobem ochrany před chřipkou sezonní i pandemickou je včasné očkování aktuální chřipkovou vakcínou. Očkování proti chřipce je vhodné i u těhotných žen, protože prostřednictvím pasivně přenesených protilátek je ochráněn i novorozenec.

Základem léčby nekomplikované chřipky je podávání symptomatických léků (antipyretika, expektorancia). U primárních komplikací, jako je virová pneumonie, jsou lékem volby inhibitory neuraminidázy. U bakteriálních komplikací, kterými jsou především sekundární bakteriální pneumonie, jsou lékem volby antibiotika.

Bakteriální lyzáty v prevenci a léčbě superinfekcí spojených s chřipkou

MUDr. Dalibor Jílek, CSc.

Centrum imunologie a mikrobiologie, Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

Sdělení podává informaci o problematice imunomodulační léčby pomocí různých mikrobiálních produktů, z nichž nejčastěji jsou využívány v klinické praxi bakteriální lyzáty připravované z kmenů bakterií, které mají dobře známé a experimentálně v historii opakovaně ověřené imunopotenciační schopnosti. Přípravky jsou podávány perorálně a jejich účinnost je daná vlastnostmi, tzv. společného slizničního imunitního systému (MALT), kdy imunitní odpověď indukovaná v jedné slizniční oblasti (např. v trávicím systému) je ve své výkonné složce rozšířena na více slizničních kompartmentů (tzn. vedle trávicího systému také do dýchacího, urogenitálního, slzného systému či do mléčné žlázy). Díky vlastnostem MALT je tak možné posílit obranyschopnost perorálním podáním bakteriálního imunomodulátoru nejen v oblasti úst (trávicí systém), ale také v dýchacím systému. To má velký praktický klinický význam, protože je tak možné pozitivně ovlivňovat dýchací ces-

ty – nejčastější místo výskytu recidivujících infekcí při poruchách imunity pomocí perorální imunomodulace. Mechanismus účinku bakteriálních lyzátů je kombinací navození specifické imunity (efektorovou složkou MALT je sekreční IgA) a indukce nespecifické stimulace umožněné vlastnostmi buněčných stěn používaných bakterií (rigidita buněčné stěny, polyklonální stimulace imunokompetentních buněk).

Indikace jsou prakticky stejné pro všechny bakteriální lyzáty a týkají se především recidivujících a chronických infekcí dýchacích cest, jejichž výskyt kulminuje v chladném období roku (rinfaryngitidy, laryngitidy, sinusitidy, tonzilitidy). Využit je lze také v případech adjuvantní léčby akutních infekcí a pro preventivní aplikaci v epidemiologicky rizikových obdobích, nejčastěji v případech epidemií chřipky, která se vyznačuje významným výskytem bakteriálních komplikací, v jejichž kontrole se bakteriální lyzáty uplatňují.

Vedle bakteriálních imunomodulátorů, které jsou klasifikovány jako léky (RX), jsou k dispozici rovněž volně prodejné přípravky (doplňky stravy, OTC), jejichž pozitivním s farmakoekonomickým aspektem je skutečnost, že neodčerpávají prostředky ze zdravotního pojištění ani lékového paušálu.

Cestovní medicína

MUDr. Dora Tomíčková

Klinika infekčních nemocí FN Na Bulovce, Praha

Prezentace o cestovní medicíně je zaměřena na nejčastější potíže, se kterými přicházejí pacienti po návratu ze zahraničí, především ze zemí s nižším hygienickým standardem.

Důraz je kladen na rozlišení a včasnou diagnostiku onemocnění, kde hrozí nebezpečí z prodlení (např. malárie). Na druhou stranu jsou však u cestovatelů často diagnostikována onemocnění vyskytující se i v našich zeměpisných šířkách, jako např. komunitní pneumonie, respirační virové infekty či uroinfekce.

Neméně důležitá jsou preventivní opatření a příprava cestovatele před odjezdem, doplnění doporučených očkování atd. Stručně přehledněme diagnostické možnosti vybraných importovaných nákaz.

Novinky v problematice průjmových onemocnění

MUDr. Helena Ambrožová, Ph.D.

I. infekční klinika 2. lékařské fakulty UK a FN Na Bulovce, Praha

Průjmová onemocnění patří v České republice mezi nejčastější infekční onemocnění. V roce 2009 bylo diagnostikováno a hlášeno v systému EPIDAT celkem 43592 případů střevních infekcí. V posledních letech dochází ke změně jejich spektra a do popředí zájmu se dostávají některé novější patogeny (noroviry, *Clostridium difficile*). Narůstá počet virových gastroenteritid vyvolaných rotaviry a noroviry, a to nejen u dětí, ale i u dospělých. Pro svou vysokou nakažlivost jsou tyto viry vyvolavateli řady nozokomiálních nákaz i epidemií (známé epidemie v domovech pro seniory). Mezi bakteriálními původci střevních infekcí dominují od roku 2007 kampylobakterie před salmonellami. V loňském roce bylo hlášeno 20371 kampylobakterií a jen 10805 salmonelóz, výskyt ostatních bakteriálních patogenů je řádově nižší. *Clostridium difficile*, původce postantibiotické kolitidy, může vyvolávat až život ohrožující onemocnění. I v České republice již byl zachycen je-

ho hypervirulentní epidemický kmen NAP1/027, který se šíří světem a vyznačuje se vyšší incidencí a závažným průběhem onemocnění. V diagnostice průjmových onemocnění nedošlo k významným změnám, ale v poslední době se více rozvíjí diagnostika norovirů metodou ELISA a diagnostika *Clostridium difficile* včetně průkazu toxinu. Základem terapie zůstává rehydratace a dieta, z nespécifických léků se stále více prosazují probiotika. Léčba antibiotická je vhodná jen v indikovaných případech (tyfus, paratyfy, postantibiotická kolitida, těžké střevní a systémové infekce vyvolané invazivními střevními patogeny, debacilizace, léčba pacientů s imunodeficitem). Závěrem uvádíme kazuistiku rodinného výskytu rotavirové infekce.

Lymeská borelióza

doc. MUDr. Dušan Pícha, CSc.

Univerzita Karlova, 2. LF,

1. infekční klinika, FN Na Bulovce, Praha

Lymeská borelióza je infekční onemocnění vyvolané spirochétou *Borrelia burgdorferi sensu lato*, které je přenášeno nejčastěji klíšťaty. Infekce probíhá primárně subakutně a nejčastěji je asymptomatická. Pokud se manifestuje klinicky, má nejčastěji projevy kožní, nervové a kloubní. Přednáška podává přehled klinických projevů onemocnění v kontextu s klinickou a laboratorní diagnostikou jednotlivých forem lymeské boreliózy. Dále je diskutována komplexní léčba této infekce včetně farmakoterapie.

Novinky v očkování

MUDr. Zuzana Blechová

Infekční klinika, FN Na Bulovce, Praha

Vysoká proočkovanost dětské populace v rámci ČR je kromě legislativní podpory výsledkem důsledného systému preventivní péče pediatrů v ambulantních praxích. Plošné očkování i očkovací schémata pro rizikové osoby musí respektovat změny v epidemiologii preventabilních infekcí. Vývoj s aplikací nových, bezpečnějších a účinnějších očkovacích látek včetně jejich kombinací jsou prioritním programem ochrany před infekčními nemocemi. Očkovací kalendář prošel za posledních deset let celou

řadou změn. Díky vakcinaci prakticky vymizely invazivní onemocnění způsobené *Haemophilus influenzae b* a postupně je proočkována populace dětí a adolescentů proti virové hepatitidě B. Změnil se způsob očkování proti poliomyelitidě, bylo zrušeno přeočkování proti tuberkulóze a přidána posilovací dávka očkovací látky proti pertusi. V letošním roce bylo zavedeno plošné očkování kojenců proti pneumokokovým infekcím, dosud hrazeno pouze rizikovým dětem. Alternativně za úhradu je řada dětí očkována proti varicele a klíšťové meningoencefalitidě, infekcím způsobenými rotaviry, *N. meningitis C*. Rovněž očkování proti papilomavirům je vhodnější aplikovat již v dětském věku před zahájením sexuálního života.

Proočkovanost dospělých osob je však v ČR ve srovnání s ostatními evropskými státy velice nízká. Není to dáno pouze chybějícím očkovacím kalendářem a omezenou finanční podporou, ale často nízkým zájmem ze strany pacientů i zdravotnického personálu. Navzdory letité dostupnosti vakcín se neprovádí důsledně očkování rizikových skupin osob i seniorů proti chřipce a pneumokokovým infekcím. Proti chřipce je očkováno pouze asi 7–8% populace, z toho pouze 32% seniorů starších 65 let a 19% rizikových mladších 65 let. Přes narůstající výskyt klíšťové meningoencefalitidy je očkováno pouze 18% populace, z nichž převažují děti, kdežto výskyt těžkých forem infekce se zvyšuje s věkem. Epidemiologickým posunem v pertusi významně narůstá nemocnost dospělých osob, kteří mohou být zdrojem nákazy pro vnímavé kojence, u nichž může být průběh fatální. Posilovací dávka očkovací látky by měla být aplikována minimálně jednou za život v dospělosti nebo opakovaně v kombinovaných vakcínách. Do univerzální vakcinace lze aplikovat tzv. rodinnou „cocoon“ strategii očkování, při které se novorozenec ochrání prostřednictvím naočkování matky (i budoucí) a všech blízkých osob. Vakcínu proti varicele je vhodné nabízet vnímavým dospělým, u nichž mívá infekce často komplikovaný průběh.

Prvotním krokem ke zvýšení proočkovanosti je však potřebné zvýšit informovanost a zájem dospělé populace i jejich praktických lékařů.

Symposium – Astellas

pátek / 22. 10. 2010 / 10.00–10.30

Globální problém rezistence v každodenní praxi

MUDr. Zuzana Blechová

Infekční klinika, FN Na Bulovce, Praha

Celosvětový trend zvyšování spotřeby širokospektrých antibiotik přináší s časovým odstupem několika let závažné následky nárůstu rezistencí komunitních i nozokomiálních patogenů. Antibiotická spotřeba rovněž v České republice významně narostla již počátkem devadesátých let minulého století, následována vzestupným trendem výskytu multirezistentních patogenů. V průběhu posledních deseti let vzrostla rezistence některých bakterií řádově o desítky procent. Je známým faktem, že infekce vyvolané rezistentní-

mi patogeny více než dvojnásobně zvyšují morbiditu, výrazně prodlužují dobu hospitalizace, mají významný vliv na mortalitu a z ekonomického pohledu zvyšují náklady na léčbu.

Problémem je přitom nejen nesprávná indikace, ale i nadužívání nebo poddávkování léčby. Z hlediska vývoje rezistentních bakterií je výhodnější léčit kratší dobu vyššími dávkami antibiotik, než-li delší dobu nízkými dávkami. Nejčastější indikací preskripce antibiotik v terénní praxi jsou respirační infekce, u nichž se udává, že jsou až v polovině případů indikovány neadekvátně.

Výsledkem surveillance rezistentních bakterií by měla být následná implementace doporučení k léčbě, která respektují regionální, národní a současně evropská data. Pro podporu správ-

né antibiotické politiky byl před rokem v České republice ustanoven Národní antibiotický program. Přijatá opatření by měla být systémová a současně nákladově efektivní.

Součástí strategického boje proti nárůstu rezistencí jsou opakované edukace odborné i laické veřejnosti na všech úrovních. Poučený pacient nebude vyžadovat neadekvátní léčbu a edukovaný lékař, který není pod tlakem, indikuje antibiotickou léčbu racionálně a uvážlivě. Význam problému podtrhuje i plánovaný Světový den zdraví pro duben 2011, jehož nosné téma zní: Možnosti ovlivnění antimikrobiální rezistence.

Prezentace je praktickým příspěvkem k uvedenému tématu.

Symposium – GlaxoSmithKline

pátek / 22. 10. 2010 / 11.00–11.15

Význam správné aplikace nosních sprejů a kapek

doc. MUDr. Petr Čáp, Ph.D.

Oddělení ALG a KI,

Nemocnice Na Homolce, Praha

Správná aplikace léků do nosní kavity není banální stránka farmakoterapie.

Analogicky důležité správné inhalační techniky u astmatiků při inhalování jak

z dávkovaných aerosolů, tak z práškových inhalátorů, je potřeba dodržovat určité dechové a aplikační kroky v určité intenzitě a sekvencích. Poloha hlavy při inhalaci i aplikaci nosních kapek či instalaci sprejů rozhodně není zanedbatelná. Lokální efekt instalované látky do nosu je přímo úměrný kontaktní ošetřené ploše. Ve hře je více faktorů, než se na první pohled zdá (poloha aplikátoru vůči nostrile, konzistence

látky vpravované do nosu, tj. tixotropie, respektive finální viskozita, objem této látky v jednom vstřiku, míra rozprášení v dutině aj.) Pokud jde o nosní kapky jako takové, pak polohování těla při aplikaci je zcela zásadní. Problematika přirozeně není aktuální jen při poučení dětských, ale i dospělých pacientů. Chyb a omylů je na tomto poli překvapivě dost.

ALERGOLOGIE A IMUNOLOGIE

Garant: doc. MUDr. Vít Petrů, CSc. – pátek / 22. 10. 2010 / 11.15–13.15

Česká iniciativa pro astma o.p.s.

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc.

FCCP, ředitel ČIPA o.p.s.

Česká iniciativa pro astma (ČIPA) je obecně prospěšnou společností, která byla založena v roce 1996 v reakci na vyhlášení celosvětové **Globální iniciativy pro astma** (GINA). Ta vznikla pod záštitou Světové zdravotnické organizace

(WHO) a při svém založení publikovala **Globální strategii péče o astma a jeho prevenci**.

Skupina českých odborníků – členů původně tří odborných společností (České společnosti alergologie a klinické imunologie, České pneumologické a ftizeologické společnosti a České společnosti fyziologie a patologie dýchání), se do této celosvětové iniciativy přihlásila založením **České iniciativy pro astma o.p.s.** Hlavním

iniciátorem této aktivity byl prof. Václav Špičák, CSc., který reprezentoval Českou republiku v přípravě a autorském výboru GINA.

ČIPA byla slavnostně vyhlášena pod záštitou ministra zdravotnictví, předsedy ČLS JEP a výborů jmenovaných odborných společností 26. března 1996 a současně se svým vznikem vydala ČIPA i **Strategii diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu v České republice**.

Hlavními cíly ČIPA o.p.s. je:

- informovat odbornou a laickou veřejnost o nových poznatcích v diagnostice, prevenci a léčbě astmatu a pomáhat ji uvádět do praxe
- iniciovat, podporovat a organizovat edukační aktivity určené:
 - a) nemocným
 - b) zdravotnickému personálu
 - c) specialistům i praktickým lékařům
 - d) učitelům
 - e) veřejné správě a jejím orgánům
 - f) široké veřejnosti
- vydávat odborné tiskové materiály, video-programy, organizovat semináře a mediální kampaně zaměřené na komplexní problematiku astmatu s důrazem na edukaci astmatiků

V současné době je sbor lektorů ČIPA tvořen převážně lékaři – členy České pneumologické a ftizeologické společnosti a České společnosti alergologie a klinické imunologie. Ze členů těchto dvou společností je složena i Správní a Dozorčí rada a řídicí orgány společnosti. Důležitým článkem v činnosti ČIPA jsou i odborné sestry pracující v alergologických i pneumologických pracovištích.

ČIPA kontinuálně vydává publikace určené odborné veřejnosti (zejména postupně inovované **Strategie péče o astma a jeho prevenci**), ale i publikace pro laickou veřejnost (nyní především edukační publikace ve volně prodejné edici ČIPA). Vydáván je i časopis *Alergie, astma, bronchitida*. Součástí ČIPA je i obecně známá **Pylová informační služba**.

V letech 2000 a 2001 ČIPA pořádala rozsáhlý seriál edukačních kurzů pro praktické lékaře. V současné době je hlavním projektem celostátní vzdělávací program pro pedagogii, zaměřený na zvládnutí astmatu a alergie ve školách.

Alergie v 21. století

prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.

**Dětské oddělení FN Na Bulovce, Praha
Česká iniciativa pro astma o.p.s.**

Ve starých záznamech najdeme popisy příznaků základních alergických onemocnění, někdy pod jinými názvy, než dnes. Nebyla jim věnována taková pozornost, protože první místo zaujímaly choroby infekční. 20. století již mluví o nové neinfekční epidemii. Prevalence alergie a alergických nemocí stále stoupá. Dlouhodobé sledování populace do 17 let

věku udává téměř 32 % alergiků. Nejčastějším onemocněním je alergická rýma (16 %), astma (8,2 %), ekzém (8 %). Alergií neubývá a varujícím jevem je nárůst polysenzibilizací, které se navzájem prolínají a často negativně ovlivňují tíži nemocí.

Podstatou alergie jsou poruchy imunologických regulačních mechanismů. Samy klinické projevy a jednotlivé fenotypy jsou výsledkem interakce aktivovaných genů s faktory prostředí. Odpovědnost těchto zevních vlivů překračuje třetinu případů. V genotypu člověka jsou rozpoznávány stále nové geny tvořící dispozici pro jednotlivá alergická onemocnění a zvýšenou tvorbu specifických protilátek třídy IgE. Alergická reakce, která je zprostředkována těmito „alergickými“ protilátkami je systémovým procesem s místními příznaky. V jejím pozadí se rozvíjí alergický eozinofilní zánět, který rozhoduje o průběhu a prognóze alergického onemocnění.

Začátek alergie a alergického onemocnění má své první fáze už prenatálně. Pochopení alergie jako systémového onemocnění je zásadní pro diagnostiku, léčbu i pro možnosti preventivních opatření.

Na začátku alergologie u nás byla v roce 1949 mezioborová spolupráce mikrobiologa (Josef Liška), otorhinolaryngologa (Vladimír Hlaváček), internisty (Bohuslav Hodek) a dermatologa (František Konopík). Tradiční mezioborové vztahy se ještě rozšiřují (pneumologie, oftalmologie, gastroenterologie, nemoci z povolání, neurologie, endokrinologie, neurologie). Alergologie, opírající se o imunologické kořeny, přijala rozšířené označení oboru jako alergologie a klinická imunologie. Její zájmy jdou napříč obory. Praktičtí lékaři hrají přitom nezastupitelnou úlohu v prvním záchytu pro alergii rizikových jedinců. Ke klinickým oborům přistupují pak genetici, hygienici, farmakologové a molekulární biologové.

Genetici odhalují vliv epigenetických mechanismů na aktivaci genů. Tím se otevírá před alergologem úkol poznávat, monitorovat a ovlivňovat prostředí, v němž alergici žijí a způsob jejich života. Více než 70 % lidí žije ve městech, vysoký je počet kuřáků, neobyčejně častý je úzký kontakt lidí s domácími i dalšími zvířaty v bytových interiérech. Projekt EU INDEX potvrzuje význam polutantů v prostředí interiérů (formaldehyd, NO₂, benzen). K tomu patří výživové návyky a obrovské změny, ke kterým dochází v potravinářských produktech.

Alergolog a klinický imunolog pro 21. století bude „ombudsmanem imunity“.

Potravinová alergie v terénní praxi

MUDr. Martin Fuchs

**Oddělení alergologie a imunologie FN
Na Bulovce, Praha**

Alergie k potravinám nepatří mezi nejčastější alergie, má však mnoho podob a je obestřena mnoha nejasnostmi i mýty. Prevalence je poněkud přeceňována, důsledky i rizika jsou naopak podceňována. Výskyt pravé potravinové alergie (PA) bude odlišný v dětství (až 8 % kojenců) a v dospělosti (okolo 3 % populace). Rovněž mechanismy, a tím i projevy, jsou věkově specifické. Zatímco děti trpí více symptomy oddálené precitlivlosti (ekzémy, průjmy, břišní diskomfort, astma, neprospívání, anémií a poruchy chování), u dospělých jsou známější reakce časně, zprostředkované alergickými protilátkami IgE. IgE protilátky, pokud se setkají se svým osudovým alergenem, jsou odpovědné za následnou cytokinovou bouři, resp. za projevy z vyplavení biogenních aminů (histamin aj.), leukotrienů a dalších mediátorů alergické reakce. Jsou tak zodpovědné za slzení, pálení sliznic v dutině ústní, svědění kůže, urtikarii, otoky sliznic i podkoží, nauzeu, prudké zvracení, koliky, akutní dušnosti, návaly kýchání, pokles krevního tlaku apod. V plné síle se mohou IgE mediované reakce projevit jako anafylaktický šok. Potravinou jsou mimochodem nejčastějším vyvolavatelem anafylaxe, vedou před reakcemi lékovými i před reakcí na jed blanokřídlého hmyzu. Hlavními spouštěči PA jsou u dětí základní potraviny (bílkoviny kravského mléka, vajíčka, mouka, sója), u dospělých otěže alergického pochodu přebírají ořechy, ryby, koryši, měkkýši, ovoce, zelenina a nejrůznější semena včetně luštěnin, sezamu a máku. Na cílových příznacích se nemalou měrou podílí fenomén zkřížených alergií. Tento fenomén se opírá o vysokou míru podobnosti mnoha bílkovin živočišné a především rostlinné říše. Nejznámější příklady jsou pylové alergici s reakcemi po požití oříšků, čerstvého ovoce a syrové zeleniny díky existenci jen několika málo pan-alergenů (profiliny, leguminy, viciliny aj.). Naštěstí se příznaky obvykle omezí jen na dutinu ústní – orální alergický syndrom. Ale i dospělí potravinoví alergici mají své tři-nácté komnaty. Alergikové je označují zkratkou non-IgE, jde o imunopatologické reakce v režii imunokompetentních buněk bariér (lymfocyty sliznic i kůže). V praxi může jít, byť vzácně, o některé „neatopické“ atopické ekzémy, eozinofilní gastroenteropatie (ezofagitidy, refluxové obtíže, bolesti, meteorismus, enteritidy, průjmy, zácpy, dráždivé tračnický aj.), obtížně léčitelné astma,

chronické urtikarie, vaskulitidy (idiopatické purpury?), dokonce se etiologicky uvažuje o některých artritidách a migrénách. Nálezy jiných imunopatií – autoimunit, dysgamaglobulinemii – pak nebývají výjimkou. Jednoduché není rozpoznání PS od potravinových intolerancí (enzymatické deficity, primární i sekundární malabsorbce, histaminoliberace, aspirin senzitivita aj.). A v neposlední řadě se PA vysvětlují stavy, kde alergie nehraje vůbec žádnou roli. Jde souhrnně o jakési potravinové averze, což postihuje až 20% neuroticky laděných spoluobčanů. Diagnostika nebývá snadná, ne-li bez pomoci psychologů nemožná, ostatně jako u všech poruch psychosomatických vztahů.

Moderní terapie alergické rýmy

MUDr. Ester Seberová

Alergologická ambulance, Plzeň

Alergickou rýmu, stejně jako ostatní alergická onemocnění s chronickým průběhem, nejsme schopni definitivně vyléčit, daří se však potlačit alergický zánět nosní sliznice, a tím podstatně zmírnit, nebo úplně odstranit, nosní příznaky. Cílem je udržet onemocnění pod kontrolou. Péče o alergika zahrnuje nejen odstranění aktuálních obtíží, což je samozřejmým požadavkem pacienta při vyhledání lékaře, ale vyžaduje dlouhodobý komplexní program.

Stejně jako u astmatu obsahuje léčba alergické rýmy čtyři základní složky, které se vzájemně doplňují. Jsou to: eliminace alergenů (pokud jsou vyšetřením prokázány jako kauzální), farmakoterapie, specifická alergenová imunoterapie (SAIT) a edukace pacienta. Ke zlepšení efektu léčby může někdy přispět i podpůrná léčba – především výplachy nosu hypertonickými solnými roztoky. U některých pacientů se neobejdeme bez chirurgického zákroku. V léčbě alergické rýmy volíme z několika skupin léků, které se liší mechanismem působení. Můžeme je podávat systémově (v tabletách, u dětí v roztoku) nebo volíme topickou nazální formu aplikace. U rýmy intermitentní a u rýmy malé intenzity postačuje intermitentní podávání léků, u většiny pacientů s chronickou perzistující rýmou vyšší intenzity je nutná soustavná dlouhodobá farmakoterapie. U některých pacientů je tato léčba dokonce trvalá.

Zásadně je třeba odlišit léky s profylaktickým účinkem určené k dlouhodobému podávání a léky symptomatické. Do skupiny profylakticky působících léků řadíme především topické nazální steroidy, kromony a nově i moderní antihistaminika a antileukotrieny. Léky

působící pouze symptomaticky (úlevově) jsou dekonjestiva, antihistaminika I. generace a anticholinergika.

Podobně jako v léčbě bronchiálního astmatu jsou v současné době u pacientů s chronickou alergickou rýmou indikovány především léky s protizánětlivým a protialergickým (imunomodulačním) efektem. Nejčastěji užívaná jsou antihistaminika II. generace (nesedativní) a topické nosní steroidy. Problémem, s nímž se u pacientů s chronickou rýmou často setkáváme, je dlouhodobý abúzus volně prodejných topických alfa adrenergik, který může vést k poškození nosní sliznice (tzv. rhinitis medicamentosa).

Anafylaxe – život ohrožující alergie

doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.

Centrum alergologie a klinické imunologie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Anafylaktická reakce je náhle vzniklá dramatická situace, která může ohrozit pacienta na životě. Projeví se buď jako akutní otok jazyka a hrtanu, nebo generalizovaný Quinckeho edém, event. anafylaktický šok.

Přesná incidence v populaci není známa. Vyšší riziko vzniku anafylaxe je u dospělých lidí, u žen, při parenterální cestě vstupu škodliviny do organismu, u atopiků (reakce na potraviny, rtg kontrastní látky, latex) a u systémové mastocytózy. Podstatou klinických symptomů je uvolnění mediátorů, ke kterému dochází cestou imunologickou nebo neimunologickou. Pokud je anafylaxe zprostředkována protilátkami typu IgE, mluvíme o pravé anafylaxi. Klinické projevy a léčebný postup se však neodlišují.

Nejčastější příčinou anafylaxe jsou potraviny, způsobující až 50 procent všech reakcí. Ve výčtu dalších etiologických faktorů následují léky, hmyzí jedy, latex. Až na posledním místě jsou diagnostické a léčebné alergeny. Průběh anafylaktické reakce může být jednofázový nebo dvoufázový, s recidivou za 1 až 72 hodin.

Diagnostika v akutní fázi se provádí pouze podle anamnézy a symptomů, alergologické vyšetření má význam až s časovým odstupem. Diferenciálně diagnosticky nutno odlišit synkopu, kolaps, hysterii, hypoglykemii, hereditární angioedém, epileptický záchvat, event. srdeční infarkt, hypertenzní krizi či iktus.

Léčbu lze dělit na předlékařskou první pomoc, lékařskou ambulantní péči a léčbu nemocniční (JIP, ARO). Ve farmakoterapii stojí na prvním místě aplikace adrenalinu i.m. (i.v.) v dávce 0,1 ml, tj. 100 µg/10 kg váhy, max. 0,5 ml, možno opa-

kovat á 10–15 minut. Dalšími použitými léky jsou injekční antihistaminika, kortikosteroidy, důležitá je podpora oběhu, podání kyslíku, event. glukagon, bronchodilancia, antikonvulziva apod. Kortikosteroidy neovlivní akutní projev, mají však význam pro léčbu pozdní fáze. Pacienty s anamnézou anafylaktické reakce je nutné vybavit protišokovým balíčkem, který má obsahovat injekční adrenalinový autoinjektor, perorální nebo rektální kortikosteroid, perorální antihistaminikum, inhalační aerosolové beta-2 mimetikum a návod k použití.

Soubor preventivních opatření zahrnuje: rozbor anamnézy před podáním farmak, eliminaci kontaktu s anafylaktogenními látkami, imunoprotekci (antihistaminika, kromony) a v případě hmyzí alergie specifickou alergenovou imunoterapii. Patří sem i včasné použití protišokového balíčku, které může zastavit rozvoj těžké život ohrožující reakce. Pro kvalitní péči o nemocné je nutná mezioborová spolupráce (první pomoc, akutní ambulantní ošetření, resuscitační péče a následná péče, alergologické vyšetření a léčba).

Léčba akutního astmatu

MUDr. Václav Šnorek

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Lektor České iniciativy pro astma

Akutní astma, přesněji exacerbace astmatu, představuje rychlé zhoršení stavu pacienta provážené dušností, pískáním při dechu, kašlem či tíhou na prsou. Jde o typický příznak astmatu, které není pod dobrou kontrolou. Pacient sám má umět exacerbaci zvládat, pokud má častější záchvaty má mít lék u sebe a má poznat, kdy stav již sám nezvládne. Léky první volby jsou rychle působící inhalační beta2 agonisté, na prvním místě salbutamol. Začíná se nádechem 2–4 (lépe) stisků aerosolového dávkovače, tuto dávku opakujeme za 20–30 minut a pak ve stejném intervalu ještě jednou. Je-li k dispozici nástavec (spacer), je inhalace léku účinnější. Nástavec si lze provizorně vyrobit z menší pet-lahve tak, že ve dnu vyrobíme otvor pro vstříknutí léku a hrdlem lahve se pacient nadechuje. Pokud se stav během první či druhé inhalace zlepšil, pokračujeme ve stejné léčbě ještě po dobu 24 hodin. Protože jde o krátkodobě působící lék, je nutné v případě potřeby opakovat stejnou dávku vždy po 4 hodinách. Pokud se stav po úvodní dávce nelepší nebo se dokonce horší, je nutné podat systémové kortikosteroidy. Per os lze podat 40–60 mg prednisonu (2–3 tablety Prednison forte) ne-

bo 32–48 mg medrolu (2–3 tablety Medrolu 16 mg). Hydrocortizon v dávce 200 mg nebo lépe Solu-Medrol 40 mg i.v. lze dát také, ale proti perorálnímu podání není výhoda ani v době začátku, ani v síle působení. Vyšší dávky kortikosteroidů není nutné podávat.

Rychlý nástup účinku mají i krátkodobě působící beta2 agonisté fenoterol a terbutalin, oba však mají více nežádoucích účinků, například na srdce. Rychle (do tří minut) působí i dlouhodobě působící beta2 agonista formoterol. Terbutalin

lze dávat i injekčně, toto podání však patří na specializované oddělení. Perorální léky této skupiny jsou nevhodné zejména pro jejich výrazné vedlejší účinky.

Celý uvedený postup může provádět pacient sám. Podání dalších léků znamená, že záchvat se nedaří dobře zvládat, a proto patří do rukou lékaře. Přidání ipratropiumbromidu je doporučováno u těžších záchvatů, opět nádech 4 dávek aerosolového dávkovače opakovaně po 4 hodinách. Podání samotného ipratropia

by mohlo přijít v úvahu u těžšího kardiaka, ale jeho účinek je proti beta2 agonistům menší. Xantinové deriváty per os dávat určitě ne, podání Syntophyllinu intravenózně u exacerbace astmatu je lépe se vyhnout a jeho podání ponechat na specializované oddělení. Jednorázově lze u těžších záchvatů podat intravenózně MgSO₄. Zlepšení plicních funkcí po něm není velké, ale přesto je statisticky významné.

Při každé těžší exacerbaci astmatu je nutné podávat kyslík.

ONKOLOGIE

Garant: MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA – pátek / 22. 10. 2010 / 14.35–16.15

Biologická léčba solidních nádorů

MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA

Radioterapeuticko-onkologické oddělení FN v Motole, Praha

Základní charakteristikou maligního fenotypu je schopnost autonomní proliferace buněk. U lidských nádorů mohou být konstitutivně aktivovány a deregulovány různé komponenty signálních mechanizmů zodpovědných za proliferaci a přežívání buněk. Cílem současného výzkumu je identifikace klíčových molekulárních změn zodpovědných za karcinogenezi. Jejich význam spočívá nejen v objasnění nádorové patogeneze, ale i v možnosti identifikace cílových molekul pro terapeutické účely. V posledních letech bylo identifikováno velké množství molekul, jejichž cílené ovlivnění může představovat nový způsob léčby – cílené, biologické terapie, odlišné od necílené klasické chemoterapie mechanismem účinku a toxickým profilem. Nejdéle používanou cílenou léčbou je hormonální terapie.

Biologickou léčbou může být ovlivněno nejen chování nádorových buněk, ale může zasáhnout i nádorové mikroprostředí, jenž je stěžejní pro buněčnou proliferaci, přežívání a metastazování. Vývoj cílené biologické terapie by nebyl možný bez rozvoje molekulární patologie, která s využitím nových znalostí molekulární genetiky a nádorové biologie buňky položila základ této nové léčebné strategie.

Herceptin® (trastuzumab, protilátka proti HER-2 receptoru) byl první schválenou cílenou monoklonální protilátkou pro léčbu solidních nádorů vůbec. Využívá se k léčbě karcinomu prsu, který na svých buňkách má prokázánu expresi HER2 domény EGFR (epidermální růs-

ový faktor receptor). K dalším monoklonálním protilátkám, které se využívají v terapii solidních nádorů patří bevacizumab, využívaný v léčbě karcinomu tlustého střeva a konečníku, karcinomu prsu a ledviny. Dále cetuximab v terapii karcinomu tlustého střeva a konečníku a nádorů hlavy a krku; rituximab u Non Hodgkinských lymfomů; panitumumab u karcinomu tlustého střeva a konečníku.

K biologické léčbě jsou dále využívány inhibitory tyrosin-kinázy, ke kterým patří erlotinib u karcinomu plic a karcinomu pankreatu; imatinib u gastrointestinálních stromálních tumorů (GIST); sunitinib u GIST a karcinomu ledviny; sorafenib u karcinomu ledviny a hepatocelulárního karcinomu; lapatinib u karcinomu prsu.

Pro biologickou léčbu solidních nádorů lze indikovat inhibitory mTOR (mammalian target of rapamycin) selektivní inhibitory serin/threonin kinázy, kterými jsou temsirolimus a everolimus a jsou indikovány u karcinomu ledviny.

Všechny jmenované preparáty jsou indikovány v 1. a/nebo vyšší linii léčby metastatického onemocnění. Trastuzumab a imatinib jsou indikovány i v adjuvantní léčbě, po R0 resekci nádoru.

Zařazení biologické terčové léčby do algoritmu protinádorové léčby je jednoznačným přínosem pro pacienty z hlediska prodloužení bezpříznakového období nemoci i celkového přežití, tak jak dokládají registrační studie preparátů.

Současná koncepce onkochirurgie kolorektálního karcinomu

prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.

Klinika chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Abstrakt nedodán.

Komplexní onkologická léčba kolorektálního karcinomu

MUDr. Kateřina Kubáčková

Radioterapeuticko-onkologické oddělení FN v Motole, Praha

Kolorektální karcinom představuje v České republice nejen zdravotní, ale i sociálně-ekonomický problém. Česká republika zaujímá druhé místo ve výskytu a úmrtnosti na toto nádorové onemocnění ve světě. Karcinom tračnicku (C18) a rektosigmoideálního spojení (C19) je třetí nejčastější malignitou u žen a čtvrtou u mužů. Karcinom rekta (C20) tvoří 4,3% všech nádorů. Hrubá incidence a mortalita na 100 000 obyvatel z roku 2007 dle údajů ÚZIS je následující: C18 – 43,04 a 22,31, C19 – 10,52 a 5,41, C20 – 20,66 a 11,79. Jak incidence, tak mortalita, ve srovnání s předchozími lety, vykazuje mírný pokles.

Základem úspěšné léčby je včasná diagnostika. Jen časná stadia onemocnění představují kurabilní onemocnění. Zásadní význam pro snížení incidence a mortality tohoto onemocnění je provádění screeningového vyšetření. Pravidelné provádění testu na okultní krvácení a kolonoskopie v rizikových skupinách napomáhá odhalit časná stadia či polypy. Každý polyp by měl být odstraněn jako možná premaligní léze. Základem léčby časných stadií je chirurgické řešení. U nádoru tračnicku a rektosigmatu v případě postižení spádové lymfatické či přítomnosti rizikových faktorů, jako je střevní obstrukce, ulcerace, vysoký nádorový grade či prorůstání primárního nádoru do okolí, je indikováno podávání pooperační pľiroční adjuvantní chemoterapie,

kteřá by měla snížit riziko recidivy a generalizace onemocnění.

U nádorů rekta před indikací chirurgického výkonu je nutno provést vyšetření k zjištění lokálního rozsahu nádoru a k vyloučení infiltrace spádové lymfatické. K primárně chirurgickému řešení jsou určena pouze velmi časná stadia karcinomů rekta postihující povrchové vrstvy sliznice, bez prorůstání do svaloviny či infiltrace lymfatických uzlin. Standardním přístupem pro pokročilejší stadia je ozařování doprovázené současným podáním chemoterapie s následným chirurgickým výkonem. Takovýto přístup snižuje výskyt lokálních recidiv onemocnění. Pro generalizované onemocnění je indikována systémová kombinovaná chemoterapie v kombinaci s léčivými přípravky cílené terapie u vybraných nemocných. U nemocných se solitárními jaterními či plicními metastázami je nutno zvážit metastazektomii. Radiofrekvenční ablace představuje další metodu paliativního lokálního zákroku pro pokročilé onemocnění. Svě místo v paliativním přístupu má i radioterapie.

Radioterapie s IMRT v léčbě ORL nádorů

MUDr. Běla Malinová

Radioterapeuticko-onkologické oddělení FN v Motole, Praha

Karcinomy hlavy a krku mají několik základních charakteristik: jedná se o dlaždicobuněčné karcinomy (HNSCC), vyznačují se vysokou růstovou aktivitou (tzv. doubling time může být pouze několik dní), rychle se šíří mezi jednotlivými částmi dýchacích a polykacích cest, velmi časně metastazují do regionálních mízních uzlin na krku, nezářka vytvářejí pakety uzlin dříve, než je primární tumor detekovatelný a uzliny bývají velmi často postiženy na obou stranách krku i u malých jednostranných nádorů.

Jedná se však o nádory radiokurabilní za podmínky, že cílový objem je ozařen příslušně vysokou dávkou a že současně je možno dodržet limity dávky záření pro rizikové zdravé tkáně v okolí (mícha).

Základní ozařovací technikou moderní radioterapie je 3D konformní technika (3D CRT), kdy plánování záření se provádí na 3D plánovacích počítačových systémech, cílové ozařovací objemy a rizikové struktury se definují na snímcích z plánovacího CT vyšetření. Tato technika používá více vstupních polí, tvarovaných mnohobuněčným kolimátorem či individuálně vyráběnými bloky, tak, aby ozařovaný objem byl co nejvíce

přizpůsoben cílovému objemu. Rozložení dávky v cílovém objemu a zatížení rizikových orgánů nám zobrazují dávkově objemové histogramy (DVH).

Radioterapie s modulovanou intenzitou (intensity modulated radiotherapy IMRT) představuje vyšší stupeň předchozí techniky. Je schopna konformněji ozařit cílový objem, a proto dovoluje podat buď vyšší dávku do cílového objemu při stejném radiačním zatížení zdravých tkání v okolí, nebo při stejné dávce v cílovém objemu snížit dávky na rizikové orgány (OaR).

IMRT je založena na inverzním plánování, to znamená, že již při zahájení plánování jsou zadány nejen dávky pro cílové objemy, ale i limity pro rizikové orgány v okolí. Při vlastním ozařování se v průběhu každého vstupního ozařování mění tvar tohoto pole pomocí mnohobuněčného kolimátoru a doba, po kterou je tento úsek ozařen. Výsledkem je pak různá intenzita radiace v různých oblastech ozařovaného objemu. Tato technika vyžaduje kromě příslušně vybaveného lineárního urychlovače a počítačového programu vysokou přesnost při přípravě ozařovacího plánu (zakreslení cílových objemů a rizikových orgánů a definování dávek do jednotlivých objemů radiačním onkologem, výpočet a optimalizace plánu radiačním fyzikem) a také během vlastního ozařování (fixační pomůcky, kontrola přesnosti nastavení pacienta během RT). Technika je časově velmi náročná. Techniku IMRT je také možno využít k synchronnímu podání různé dávky do jednotlivých cílových objemů – např. lze ozařovat objem primárního tumoru a postižených uzlin jinou dávkou než makroskopicky nepostižené uzlinové oblasti, mluvíme o technice IMRT se simultánním integrovaným boostem.

Součástí prezentace budou názorné ukázky techniky IMRT, rozdíly mezi 3D konformní a IMRT technikou, a pokud zbude čas pak i krátká kazuistika.

Gastrointestinální stromální nádor – jeho charakteristiky a možnosti léčby

MUDr. Zdeněk Linke

Radioterapeuticko-onkologické oddělení FN v Motole, Praha

Incidence gastrointestinálního stromálního tumoru se v poslední době zvyšuje, a nejen díky lepšímu imunohistochemickému diagnostice. Tvoří cca odhadem 0,2–0,5 % nádorů zažívacího traktu; na druhou stranu

představuje až 80 % mezenchymálních primárních nádorů GIT. Gastrointestinální stromální nádor patří mezi zvláště refrakterní nádory vůči chemoterapii i radioterapii – historicky býval uváděn počet léčebných odpovědí (RR) na chemoterapii na bázi antracyklinů v monoterapii nebo spolu s ifosfamidem pod 10 %, trvání léčebných odpovědí bylo velice krátké a pohybovalo se jen mezi 2–5 měsíci; data o účinnosti radioterapie nejsou k dispozici aktuálně žádná. Gastrointestinální stromální nádor je charakterizován častou přítomností tyrozinkinázových receptorů – receptoru CD34 poukazující na jeho pravděpodobnou mateřskou buňku – buňku hladké svaloviny, prakticky u všech nádorů dále přítomností receptoru tyrozinkinázy – ckit (CD117) a receptoru pro destičkový růstový faktor (PDGFR). Nádor je nejčastěji primárně diagnostikován v oblasti žaludku (cca 50 %), dále v oblasti tenkého střeva (cca 25 %), méně častou primární lokalizací je rektum a tlusté střevo (10 %), vzácnou primární lokalizací je jícen, omentum, peritoneum (celkem 15 %). Prognóza radikálně chirurgicky odstraněných tumorů je odvozena dle prognostických faktorů. Paliativní desobstrukční výkony či paliativní resekce chronicky krvácejících tumorů se běžně s paliativním záměrem provádí, ale jasně cytot redukční výkony s cílem od počátku zmenšit, ale neodstranit tumor se u pokročilé nemoci v současné době nedoporučují.

Dnes neoddiskovatelnou součástí léčby metastatického ckit pozitivního GIST je paliativní terapie tyrozinkinázových blokátorem – imatinibem – standardní iniciační dávka imatinibu je 400 mg/den, není benefit z iniciační eskalace; tato eskalace ale může při dvojnásobné dávce (800 mg/den) opět navodit remisi při progresi na iniciační dávce imatinibu, je dosahováno až 85 % léčebného benefitu (léčebné odpovědi + stabilizace) a trvání léčebných odpovědí na iniciační dávce je delší než 3 roky. Při progresi na imatinibu se nabízí jako 2. paliativní linie sunitinibem. Další, vyšší linie léčby nejsou standardem, ale jsou klinická data stran účinnosti dalšího tyrozinkinázového blokátoru – nilotinibu.

Při účinnosti imatinibu v paliaci se nabízí, a v praxi se potvrdila, účinnost adjuvantní terapie imatinibem po dobu 1 roku stran významného snížení rizika recidivy u GIST středního a vysokého rizika, probíhají studie stran prodloužení adjuvantní terapie na 3 roky, neoadjuvantní aplikace. Souběžně probíhají klinické studie stran účinnosti dalších molekul stran blokády mTOR, heat shock proteinu, PDGFR, PTEN aj.

Prevence je lepší než léčba

Eva Vránová

Masarykův onkologický ústav, Brno

Rakovina prsu je nejčastější nádorové onemocnění žen, a to nejen u nás, ale i ve světě.

V ČR se tuto diagnózu ročně dozvídá asi 6000 žen.

„**Bulka**“ v prsu je noční můrou mnoha žen. Pro některé je navíc strach z rakoviny tak silný, že o tom raději mlčí a lékaře nenavštíví nebo přicházejí až pod tlakem okolí.

Přítom včasné odhalení nádoru prsu je základem pro jednodušší a hlavně úspěšnou léčbu s možností úplného vyléčení.

Prevence tedy musí být komplexní a je dílem spolupráce mnoha odborníků.

Cílená prevence, to znamená odstranění veškerých možných rizik spojených se vznikem

nádoru, neexistuje. Dělíme ji na primární a sekundární.

Výrazné zlepšení diagnostiky a následně léčby karcinomu prsu lze očekávat od metod právě primární a sekundární prevence.

Screening znamená plošné vyšetřování populace za účelem detekce léčitelného nádorového onemocnění v jeho raných stádiích, kdy pacienti ještě nemají potíže a příznaky. Cílem screeningu je snížit morbiditu (nemocnost) i mortalitu (úmrtnost) na sledované onemocnění. Ke screeningovým programům jsou vhodné zejména nádory, které splňují tato kritéria:

- mají relativně vysokou morbiditu
- existuje účinná léčba v časných stádiích
- pro detekci je k dispozici dostupný a laciný test

Hlavním přínosem screeningových testů je zlepšení prognózy onemocnění, možnost méně

radikální (zpravidla lacinější) a přitom účinnější léčby.

Věnujme pozornost rakovině prsu a její prevenci.

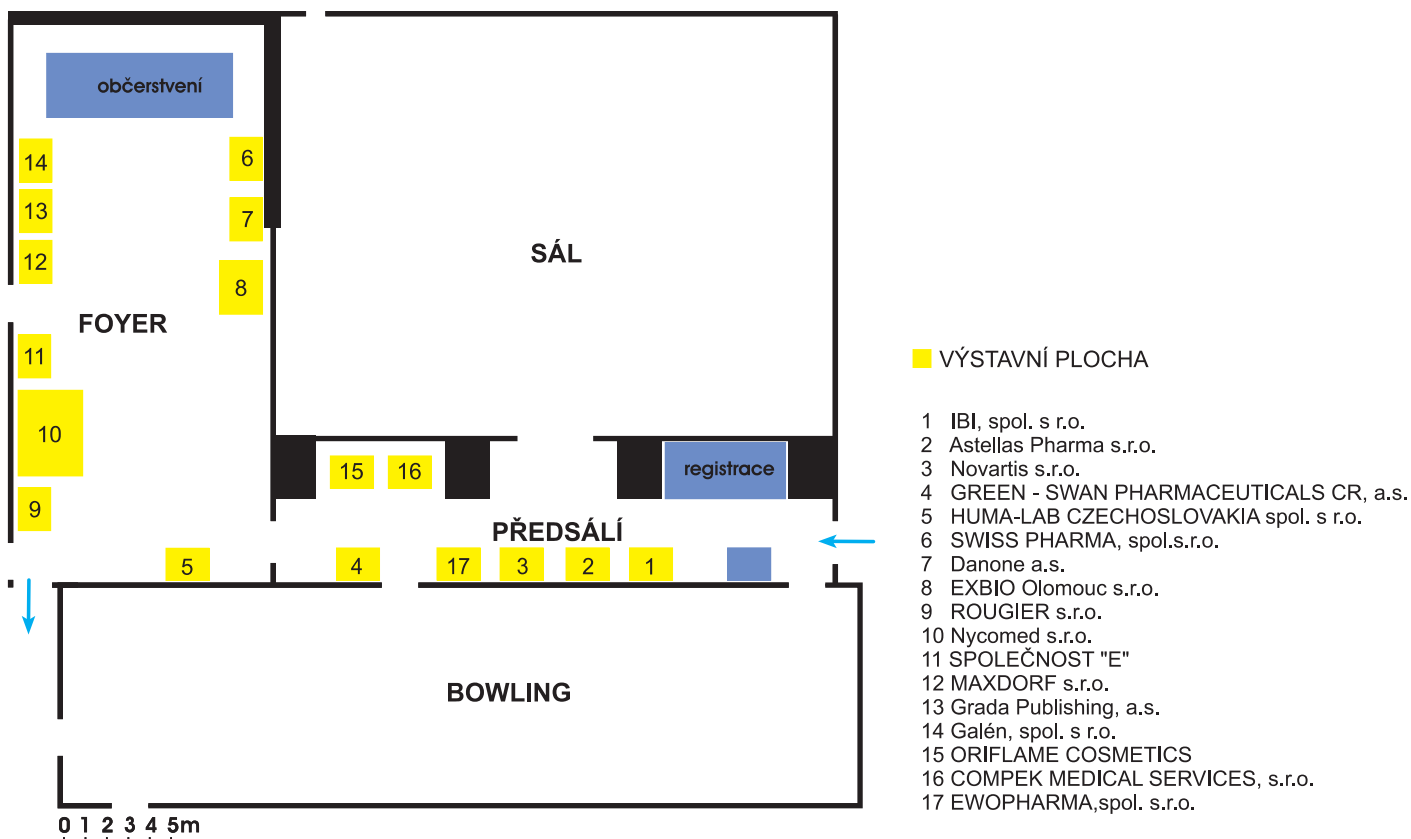
Ženy by měly vědět kdy a na jaká preventivní vyšetření mají nárok, ale měly by také svá prsa znát a umět tak rozpoznat nečekané „odchylky“ od normálu – pro toto rozpoznání je velmi důležité samovyšetřování prsou, které by ženy měly znát a také jej používat.

Je však potřeba dostatečné informovanosti veřejnosti, a to nejen dospělých, ale začínat už ve školách, spolupráce s praktickými lékaři a gynekology, kde by edukace a prevence měly být součástí každodenních vyšetření a stávají se tak „odrazovým můstkem“ pro řešení včasných záchytů nádorových onemocnění.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci

MEDICÍNA PRO PRAXI - VII. kongres praktických lékařů a sester

21. - 22. 10. 2010, HOTEL OLYMPIK TRISTAR, Praha



POŘADATELÉ

- Klinika kardiologie,
IKEM, Praha

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

MEDICÍNA PRO PRAXI

VII. kongres praktických lékařů a sester

21.–22. října 2010, HOTEL OLYMPIK TRISTAR, Praha

PARTNEŘI

Astellas Pharma s.r.o.

CELIMED s.r.o.

COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.

Danone a.s.

EWOPHARMA, spol. s.r.o.

EXBIO Olomouc s.r.o.

GlaxoSmithKline, s.r.o.

GREEN - SWAN PHARMACEUTICALS CR, a.s.

HUMA-LAB CZECHOSLOVAKIA spol. s r.o.

IBI, spol. s r.o.

Novartis s.r.o.

Nycomed s.r.o.

Pfizer, spol. s r.o.

SERVIER s.r.o.

SPOLEČNOST „E“

SWISS PHARMA, spol.s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Medicína
pro praxi

maxdorf

GRADA

FLORENCE
ČASOPIS MODERNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

MEDICAL
TRIBUNE

GALEN

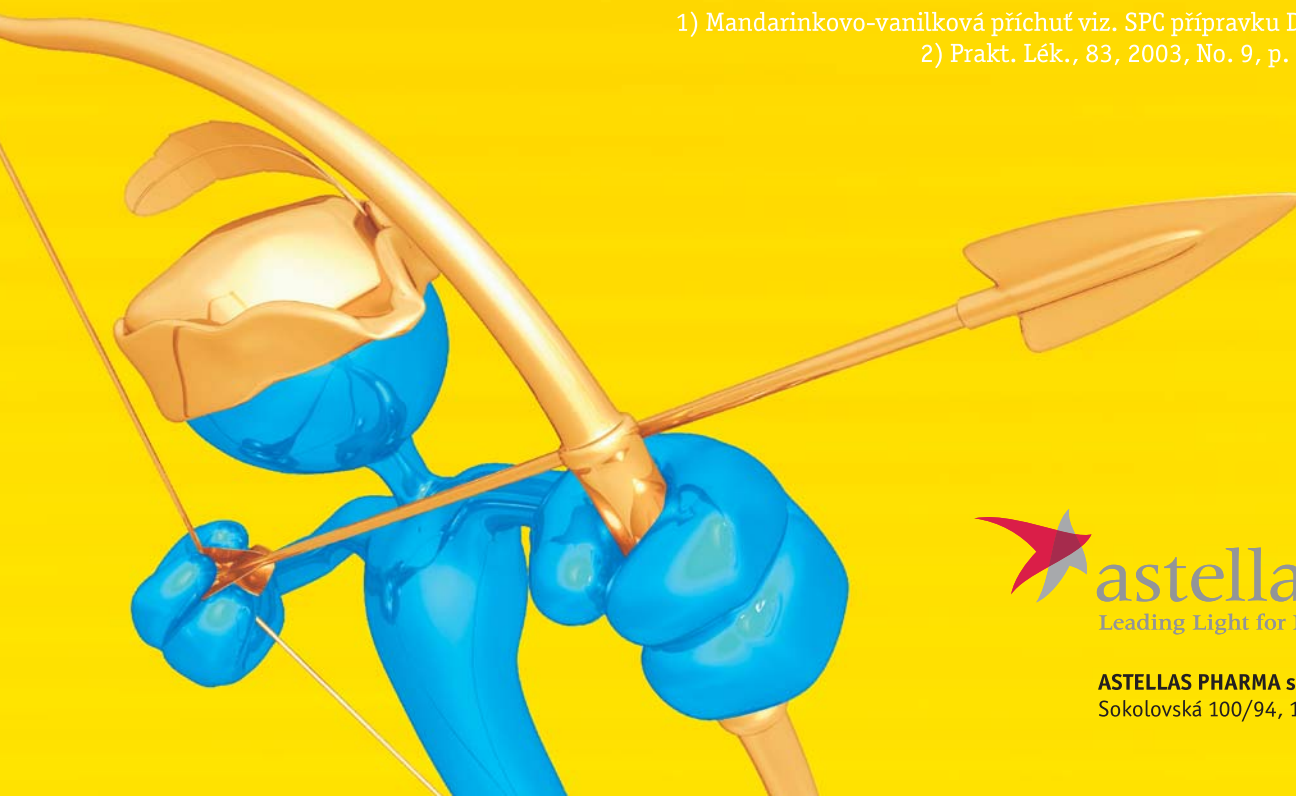
portál

Duomox®

Příjemný amoxicilin¹

cílená léčba komunitních infekcí²

1) Mandarinkovo-vanilková příchut' viz. SPC přípravku Duomox,
2) Prakt. Léč., 83, 2003, No. 9, p. 502-515



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

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 sinusitis a akutní exacerbaci chronické bronchitis v komunitě. **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. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. DUOMOX® tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchut'. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému β -laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Pacienti mající současně i virovou infekci, zejména infekční mononukleózu, pacienti s lymfatickou leukémií. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Těhotenství a laktace:** Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství nebyla ověřena. Amoxicilin je do mateřského mléka vylučován jen v malých množstvích. **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:** 9. 9. 2009. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Registr, číslo:** 15/270/93-C. **Podmínky uchování:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu.