

MEDICÍNA PRO PRAXI

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

INTERNÍ HEPATO-GASTROENTEROLOGICKÁ KLINIKA FN BRNO

SPOLEK LÉKAŘŮ ČLS JEP OLMOUC

SPOLEČNOST SOLEN

MEDICÍNA PRO PRAXI

VI. kongres praktických lékařů

24. – 25. DUBNA 2008

OLMOUC

ABSTRAKTA

Bezstarostná jízda

NOLPAZA®

Nolpaza 40 mg;
14, 28 enterosolventních tablet
pantoprazol

Základní informace pro předpis léčivého přípravku: (přípraveno podle schváleného Souhrnu údajů o přípravku)

Název přípravku: Nolpaza 40 mg, enterosolventní tablety. **Složení:** Jedna enterosolventní tableta obsahuje 40 mg pantoprazolom v formě pantoprazolom natrium sesquihydrátum. **Léková forma:** Světle žlutá, oválná, mírně bikonvexní enterosolventní tableta. **Indikace:** Zmírnění symptomů a krátkodobá léčba gastrointestinálních onemocnění, u kterých je zapotřebí snížení sekrece obsahující kyseliny: duodenální vřed, žaludeční vřed, refluxní ezofagitida středního a závažného stupně, eradikace *Helicobacter pylori* v kombinaci s léčbou antibiotiky u pacientů s peptickým vředem, Zollinger-Elisonův syndrom a jiné hypersekreční stavy. **Dávkování a způsob podání:** Tablety přípravku Nolpaza 40 mg by se neměly žvýkat nebo drtit a měly by se spolknout celé s vodou, během snídáně nebo před snídaní. **Duodenální vřed:** Doporučená dávka je 40 mg pantoprazolu denně (1 enterosolventní tableta přípravku Nolpaza 40 mg). **Duodenální vřed a refluxní ezofagitida středního a závažného stupně:** Doporučená dávka je 40 mg pantoprazolu denně (1 enterosolventní tableta přípravku Nolpaza 40 mg). **Léčba žaludečních vrvů a refluxní ezofagitidy obvykle trvá 4 až 8 týdnů.** **Eradikace *Helicobacter pylori* (*H.pylori*):** Doporučená dávka je 40 mg pantoprazolu 2x denně (1 enterosolventní tableta přípravku Nolpaza 40 mg 2x denně) v kombinaci s jednou z následujících třech kombinací: a) amoxicilin 1 g dvakrát denně + klaritromycin 500 mg dvakrát denně; b) klaritromycin 250-500 mg dvakrát denně + metronidazol 400-500 mg dvakrát denně; c) amoxicilin 1 g dvakrát denně + metronidazol 400-500 mg dvakrát denně. **Druhá tableta pantoprazolu by měla být užitá před večerním jídlem.** Délka kombinované léčby by měla být 7 dní, v některých případech až 14 dní. **Zollinger-Elisonův syndrom a jiné hypersekreční stavy:** Počáteční dávka je 80 mg denně (2 enterosolventní tablety přípravku Nolpaza 40 mg). Poté může být dávka zvýšena nebo snížena podle potřeby na základě vyšetření sekrece žaludeční kyseliny. Při dávkách vyšších než 80 mg denně by měla být dávka rozdělena do dvou dílčích dávek. **Krátkodobá vyšší dávka nad 160 mg pantoprazolu je možná, ale neměla by být delší, než je potřebné pro adekvátní kontrolu žaludeční kyseliny.** Doba léčby u Zollinger-Elisonova syndromu a jiných patologických hypersekrečních stavů není omezena a měla by být upravena podle klinického stavu pacienta. **Starší osoby:** Denní dávka 40 mg pantoprazolu by neměla být překročena s výjimkou léčby eradikace *H.pylori*, při které by starší pacienti měli dostávat běžnou dávku pantoprazolu (2x40 mg za den) během jednodenní léčby. **Užití při poškození ledvin:** U pacientů se zhoršenou funkcí ledvin by neměla být překročena denní dávka 40 mg pantoprazolu. Z tohoto důvodu u těchto pacientů není vhodná kombinovaná léčba *H.pylori*. **Užití při poškození jater:** Pacientům se závažným poškozením jater by mělo být podáváno 40 mg pantoprazolu každý druhý den. U těchto pacientů by měly být monitorovány hodnoty jaterních enzymů během léčby. Pokud se hodnoty jaterních enzymů zvýší, léčba pantoprazolem by měla být přerušena. Z tohoto důvodu není kombinovaná léčba *H.pylori* u těchto pacientů vhodná. O použití pantoprazolu u dětí nejsou žádné informace. Proto se pantoprazol u dětí nesmí používat. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na pantoprazol nebo na kteroukoliv z pomocných látek. Pantoprazol, stejně jako jiné inhibitory protonové pumpy, by se neměl používat s atazanavirem. **Zvláštní upozornění:** Přípravek Nolpaza 40 mg není určen k léčbě mírných gastrointestinálních potíží, jako jsou funkční poruchy trávení. Léčba přípravky snižujícími kyselost – včetně

inhibitorů protonové pumpy – může mírně zvýšit riziko gastrointestinálních infekcí, jako je *Salmonella* a *Campylobacter*. Pantoprazol, stejně jako všechny léčivé přípravky blokující sekreci žaludeční kyseliny, může u pacientů se Zollinger-Elisonovým syndromem a jinými patologickými stavy spojenými s hypersekrekcí vyžadujícími dlouhodobou léčbu, snižovat absorpci vitamínu B12 (kyanokobalamin) následkem hypo- nebo achlorhydrie. Před léčbou by se mělo vyloučit maligní onemocnění jícnu nebo žaludku, protože léčba pantoprazolem může příznaky maligního onemocnění zmírnit a tím zapříčinit zpoždění stanovení diagnózy. Pacienti, kteří po 4 týdnech léčby nereagují, by měli být vyšetřeni. Přípravek Nolpaza 40 mg obsahuje sorbitol. Pacienti se vzácnou, dědičnou nesnášenlivostí fruktózy by neměli tento lék užívat. **Těhotenství a laktace:** Je třeba opatrnosti při předepisování léčivým ženám. Neexistují žádné informace o vylučování pantoprazolu do mateřského mléka. Během kojení by se měly tablety pantoprazolu užívat pouze, pokud lze uvažovat, že prospěch pro matku převyšuje potenciální riziko pro plod nebo dítě. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Neexistují žádné známé účinky ovlivňující schopnost řídit vozidla a obsluhovat stroje. Mohou se ale objevit nežádoucí účinky, jako jsou závratě a poruchy vidění. Za těchto podmínek může být snížena schopnost reakce. **Interakce:** Pantoprazol může snižovat absorpci léků, jejichž biologická dostupnost závisí na pH (například ketokonazol, irakonzol, atazanavir). Pantoprazol se metabolizuje v játrech prostřednictvím enzymatického systému cytochromu P450. Nebyly však pozorovány žádné klinicky významné interakce s řadou léčivých přípravků, které se metabolizují stejně, jako je karbamazepin, kofein, diazepam, diklofenak, digoxin, etanol, glibenklamid, metoprolol, naproxen, nifedipin, fenofibrin, pivoxilan, teofylin a perorální antikoncepční přípravky. I když nebyly pozorovány žádné interakce s pantoprazolem a fenpropionem nebo warfarinem v klinických farmakokinetických studiích, po uvedení přípravku na trh bylo hlášeno několik izolovaných případů změn hodnot INR při současném léčbě s těmito látkami. **Nežádoucí účinky:** Mohou se vyskytnout tyto časté nežádoucí účinky: bolest hlavy, bolest horní části břicha, průjem, zácpa, nadýmání. Méně často se mohou vyskytnout i tyto nežádoucí účinky: závratě, poruchy vidění (rozmazané vidění), nevolnost, zvracení, alergické reakce, jako je svědění a kožní vyrážka. Blíží informace o nežádoucích účincích najdete v úplném znění SPC. **Balení:** 14 a 28 enterosolventních tablet po 40 mg. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Uchování:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn proti vlhkosti.

Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku (SPC).

Datum první/ poslední registrace: 11.7.2007. Datum poslední revize textu SPC: 11.7.2007. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d. d., Novo mesto, Slovinsko, Registrační číslo: 09/123/07-C. Léčivý přípravek je vyráběn pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Napříteřtva veřejná informační služba: tel./zázn./fax: +420 221 115 150, e-mail: info@krka.cz

Podrobnější informace jsou k dispozici u výrobce.

Krka ČR, s.r.o., Sokolovská 79/192, 186 00 Praha 8 - Karlín, Tel.: +420 221 115 115, Fax: +420 221 115 116, www.krka.cz

 KRKA

Invence a znalosti
pro účinné a bezpečné
výrobky nejvyšší kvality.

ČTVRTEK, 24. dubna 2008

- 9.00–9.10 **Slavnostní zahájení**
- 9.10–10.40 **1. KARDIOLOGIE** / koordinátor **doc. MUDr. Petr Heinc, Ph.D.**
- Základní principy léčby hyperlipidemií – prof. MUDr. Helena Vaverková, CSc.
 - Účelná farmakoterapie u nejčastějších kardiovaskulárních onemocnění – doc. MUDr. Petr Heinc, Ph.D.
 - Indikace a využití moderních vyšetřovacích metod v kardiologii – MUDr. Tomáš Skála
- 10.40–11.00 **Firemní sympozium Servier I.**
- Výskyt metabolického syndromu v populaci a možnosti léčby centrálními antihypertenzivy – prof. MUDr. Jiří Widimský jr. CSc.
- 11.00–11.30 Přestávka – coffee break
- 11.30–11.50 **Firemní sympozium Servier II.**
- ADVANCE – ambice moderní léčby diabetu 2. typu – MUDr. Marcela Szabó
- 11.50–13.20 **2. LÉČBA BOLESTI** / koordinátor **MUDr. Marek Hakl, Ph.D.**
- Úvod do problematiky léčby bolesti – MUDr. Marek Hakl, Ph.D.
 - Základní strategie léčby bolesti – MUDr. Radovan Hřib
 - Léčba onkologické bolesti – MUDr. Tomáš Gabrhelík
 - Bolesti v oblasti hlavy a obličeje – diagnostika a léčba – MUDr. Andrea Bártková
- 13.20–14.40 Oběd
- 14.40–16.10 **3. DERMATOLOGIE** / koordinátor **prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.**
- Kožní změny a jejich léčba při diabetes mellitus – prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.
 - Etiopatogeneze, diagnostika a možnosti léčby kožních alergických onemocnění – MUDr. Olga Faustmannová, MBA
 - Nejčastější kožní projevy na dolních končetinách – prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.
 - Lupus erythematosus – MUDr. Olga Faustmannová, MBA
- 16.10–16.25 **Firemní sympozium Vegall Pharma**
- Využití fytoestrogenu a mateří kašičky při léčbě gynekologických potíží – MUDr. Pavel Turčan
- 19.00–24.00 Společenský večer

PÁTEK, 25. dubna 2008

- 9.00–10.30 **4. INFEKTOLOGIE** / koordinátor **prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.**
- Novinky současných očkovacích kalendářů – prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.
 - Meningokoková onemocnění – MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.
 - Novinky v léčbě chronických virových hepatitid – MUDr. Jaroslav Kapla Ph.D.
- 10.30–10.50 Přestávka – coffee break
- 10.50–12.45 **5. GASTROENTEROLOGIE** / koordinátor **prof. MUDr. Jan Lata, CSc.**
- Nové metody endoskopické diagnostiky a léčby – doc. MUDr. Marcela Kopáčová, Ph.D.
 - Kolorektální karcinom v klinické praxi – doc. MUDr. Vlastimil Procházka, Ph.D.
 - Racionální přístup k nemocným s jaterní cirhózou – prof. MUDr. Jan Lata, CSc.
 - Zácpa – mýty a pověry – MUDr. Jan Martínek, Ph.D.
 - Blokátory protonové pumpy – MUDr. Jiří Dolina, Ph.D.
- 12.45–13.20 **Firemní sympozium KRKA**
- Projev se odlišné farmakologické vlastnosti pantoprazolu při klinickém použití? – doc. MUDr. Otto Mayer, CSc.
- 13.20–14.30 Oběd
- 14.30–16.00 **6. AKUTNÍ MEDICÍNA** / koordinátor **MUDr. Bronislav Klementa**
- Basic life support – chyby a omyly – MUDr. Jiří Pokorný
 - Advanced life support – chyby a omyly – MUDr. Bronislav Klementa
 - Defibrilace a kardioverze – chyby a omyly – MUDr. Pavel Marcián
 - Diferenciální diagnostika křečových stavů a léčba status epilepticus – MUDr. Olga Klementová Ph.D.
 - Invazivní zajištění dýchacích cest – MUDr. Bronislav Klementa
- 16.00 Vyrosování kongresové ankety společnosti SOLEN

UKONČENÍ KONFERENCE

Léčba dyslipidemií

prof. MUDr. Helena Vaverková, CSc.
III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Nová doporučení České společnosti pro aterosklerózu i nová evropská doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění vedou ke zpřísnění cílových hodnot LDL-Ch pod 2,0 mmol/l u pacientů s přítomností kardiovaskulárního onemocnění (KVO).

Základem léčby by měla být nefarmakologická opatření. Farmakoterapie je indikována u pacientů s rizikem mortality na KVO v následujících 10 letech $\geq 5\%$. U pacientů s přítomností KVO, u diabetiků a u pacientů s familiární hypercholesterolemíi zahajujeme farmakoterapii současně s režimovými opatřeními, u osob po akutní koronární příhodě ještě během hospitalizace. U ostatních jedinců nejméně po 3 měsících nefarmakologické intervence.

U pacientů s čistou hypercholesterolemíi a kombinovanou hyperlipidemií s triglyceridy do 5 mmol/l by základem léčby měly být statiny a to i u osob s přítomností diabetu či metabolického syndromu, neboť pro ně existuje nejvíce důkazů z intervenčních studií. Druh a dávku statinu je třeba volit mimo jiné podle výchozí hodnoty lipidů tak, aby bylo dosaženo cílové hodnoty LDL-Ch pro příslušnou kategorii rizika. Není-li to možné, je vhodné snížení LDL-Ch alespoň o 40 až 50%. U osob s diabetes mellitus, s metabolickým syndromem a s hypertriglyceridemií je doporučována sekundární cílová hodnota apolipoproteinu B, která lépe odráží počet aterogenních částic ($<0,9\text{g/l}$ u osob bez přítomnosti KVO, $<0,8\text{g/l}$ u osob s přítomností KVO), eventuálně nonHDL-Ch, která je

o 0,8 mmol/l vyšší než cílová hodnota LDL-Ch. Určitá část pacientů bude potřebovat kombinovanou léčbu, ať již k dosažení cílových hodnot LDL-Ch (statin + ezetimib, eventuálně statin + praskyřice) či k současnému ovlivnění nízkých koncentrací HDL-Ch a zvýšených triglyceridů (statin + fibrát, statin + omega-3 mastné kyseliny). U osob s kombinovanou hyperlipidemií s hodnotami triglyceridů 5–10 mmol/L jsou základem léčby nefarmakologická opatření – dieta s omezením jednoduchých sacharidů, tuků a především alkoholu. Při triglyceridech >7 mmol/l zahajujeme léčbu fibráty k prevenci akutní pankreatitidy, následně přidáváme statiny k dosažení cílové hodnoty LDL-Ch nebo apo B či nonHDL-Ch. Při triglyceridech pod 7 mmol/l se řídíme podle hodnoty apo B: při vysoké hodnotě zahajujeme statiny, při nízké fibráty, většinou je však nutná kombinovaná léčba statin + fibrát. U jedinců s triglyceridy nad 10 mmol/l je v pozadí často vysoká konzumace alkoholu, o čemž vypovídá obvykle přítomnost makrocytózy v KO a vysoké hodnoty GMT a CDT. Nutná je přísná abstinence alkoholu a výrazné omezení tuků (i nenasycených). K prevenci vzniku akutní pankreatitidy je vhodné nasazení fibrátů.

Částečně podpořeno grantem NR/9068-3.

Účelná farmakoterapie u nejčastějších kardiovaskulárních chorob

doc. MUDr. Petr Heinc, Ph.D.

I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Farmakologická léčba kardiálních onemocnění se vyvíjí s progresivním vývojem nových léčiv a dle toho se také během několika let mění

i nová doporučení v léčbě jednotlivých onemocnění. Tato léčba se liší navíc v primární a sekundární prevenci chorob. Na základě nejnovějších studií jsou aktualizována doporučení k optimální léčbě. Na základě posledních doporučení k léčbě je provedena analýza optimální léčby hypertenze, stabilní anginy pectoris, prevence akutních koronárních syndromů, léčby po prodělaném infarktu myokardu, chronické srdeční slabosti, nejčastější arytmie – fibrilace síní, tromboembolizační nemoci (hluboká žilní trombóza, plicní embolie a cévní mozková příhoda). Farmakoterapie je zaměřena dominantně na prevenci, která je v rukou praktických lékařů. Není pojednáno o akutních stavech, které patří do rukou specialistů. Na případech polymorbidních nemocných je založena kazuistika s hledáním optimální účelné farmakoterapie.

Indikace a využití moderních vyšetřovacích metod v kardiologii

MUDr. Tomáš Skála

I. interní klinika FN a LF UP Olomouc

Zobrazovací metody jsou dynamicky se rozvíjející podobor kardiologie. V přehledné přednášce jsou shrnuty základní indikace moderních vyšetřovacích metod v kardiologii a to z oblasti MR, CT, SPECT a echokardiografie. U jednotlivých metod jsou zmíněny nejen jejich v současnosti nejběžnější způsoby využití v kardiologii s důrazem na jejich klinický přínos, ale i nově dostupné, vysoce specializované možnosti jejich použití. Přednáška je doplněna bohatou obrazovou dokumentací zajímavých případů z kardiologie, názorně demonstrujících přínos zobrazovacích metod v jednotlivých indikacích.

Regionální centrum Olomouc, Olomouc 24. – 25. 4. 2008

PREZIDENT

prof. MUDr. Jan Lata, CSc.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

MUDr. Marek Hakl, Ph.D.

doc. MUDr. Petr Heinc, Ph.D.

prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

MUDr. Bronislav Klementa

prof. MUDr. Jan Lata, CSc.

prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.

MUDr. Hana Šarapatková

POŘADATEL

Interní hepato-gastroenterologická klinika Fakultní nemocnice Brno,
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, Solen, s.r.o.

ÚČAST JE V RÁMCI CELOŽIVOTNÍHO POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ DLE STAVOVSKÉHO PŘEDPISU
Č. 16 ČLK OHODNOCENA CERTIFIKÁTEM PRO LÉKAŘE A 6 KREDITY PRO SESTRY
Příloha časopisu Medicína pro praxi
ISSN 1214-8687, cit.zkratka: Med. Pro Praxi 2008; 5, 4 (Suppl. A)

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. Hana Reichelová, tel.: 585 242 502,
mob.: 777 557 426, reichelova@solen.cz



TRADEF[®]
Tramadoli Hydrochloridum
A BOLEST VYŠUMÍ...

Prevence a léčba
silné akutní bolesti

Zajišťuje pitný režim

Jediný ve formě
šumivé tablety s příchutí



Léčba s chutí pomeranče

Složení: Tramadoli hydrochloridum 50 mg (odp. Tramadolium 44,1 mg) v 1 šumivé tabletě. **Indikační skupina:** Analgetikum, anodynum. **Indikace:** Léčba a prevence středně silné až silné akutní nebo chronické bolesti, jako je např.: pooperační nebo posttraumatická bolest, porodní bolesti, bolest způsobená diagnostickým nebo terapeutickým zásahem, bolest související s nádorovým onemocněním. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku, akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, opioidními analgetiky, psychofarmaky nebo jinými látkami s tlumivým účinkem na CNS, současná terapie inhibitory MAO a 14 dní po jejím ukončení, relativně těhotenství a kojení. Přípravek není určen dětem do 12 let a dětem s t.h.m. pod 25 kg. **Dávkování:** Dospělí a mladiství od 14 let obvykle 50–100 mg 3–4krát denně v závislosti na intenzitě a charakteru bolesti. Obvyklý interval podávání je 4–8 hodin. Maximální jednotlivá

dávka je 100 mg, denní dávka by neměla překročit 400 mg. Dětem od 12 let se podává 1–2 mg/kg t.h.m. 3–4krát denně. U pacientů s poruchou jaterních nebo renálních funkcí a u starších pacientů se doporučuje prodloužit intervaly mezi jednotlivými dávkami. Pacientům s těžkým renálním selháváním (clearance kreatininu pod 10 ml/min) se tramadol nepodává. **Způsob podání:** Tableta se před užitím rozpustí ve sklenici vody, užívá se nezávisle na jídle. **Doba použitelnosti:** 4 roky. **Způsob skladování:** Při teplotě do 30 °C, v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí a světlem. **Držitel registrace:** Walmark, a.s., Třinec, ČR. **Datum revize textu:** 12. 9. 2007

Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis.
Přípravek je částečně hrazen z prostředků VZP.

Firemní sympozium **SERVIER I.** (čtvrtek / 24. 4. 2008 / 10.40 – 11.00 hod.)

Výskyt metabolického syndromu a rizikových faktorů u arteriální hypertenze a možnosti léčby centrálními antihypertenzivy

prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.
III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Nedostatečná kontrola krevního tlaku je problémem nejen u nás, ale prakticky ve všech civilizovaných zemích světa. U nemocných s arteriální hypertenzí se vyskytují velmi často i další rizikové faktory ischemické choroby srdeční, což může dále přispívat k již beztak zvýšenému kardiovaskulárnímu riziku.

V tomto neintervenčním klinickém hodnocení METABOLIC byl prováděn screening metabolických rizikových faktorů kardiovaskulárního (KV) onemocnění a analýza antihypertenzní léčby. Následně byla hodnocena účinnost, bezpečnost a compliance s léčbou centrálně působící látkou II. generace – rilmenidin/TENAXUM®/ u pacientů s esenciální hypertenzí. Celkem se projektu zúčastnilo 141 lékařů a 1454 pacientů.

Hodnocení potvrdilo vysokou prevalenci metabolických KV rizikových faktorů v populaci nemocných s esenciální hypertenzí (diabetes mellitus 34 %, dyslipidemie 52 %, obezita 38 %, metabolický sy 28 %). Analýza antihypertenzní léčby vedla k následujícím závěrům: nejčas-

těji podávanou třídou antihypertenziv byly ACE-inhibitory (41 %), blokátory kalciových kanálů (38 %) a beta blokátory (37 %). Diuretika byla podávána u 28 %, AT1 – blokátory u 17 % a fixní kombinace u 17 % případů.

Doplnění antihypertenzní léčby o rilmenidin během 3měsíčního sledování vedlo k významnému poklesu krevního tlaku (snížení systolického/diastolického TK o 21/ 12 mmHg, $p \leq 0,001$) a srdeční frekvence (76/min vs. 74/min, $p \leq 0,001$). Terapie rilmenidinem byla velmi dobře tolerována a nežádoucí účinky se vyskytly jen u 2 % nemocných. Rovněž compliance k terapii byla hodnocena jako velmi dobrá (83 %).

Firemní sympozium **SERVIER II.** (čtvrtek / 24. 4. 2008 / 11.30 – 11.50 hod.)

ADVANCE – ambice moderní léčby diabetes mellitus 2. typu

MUDr. Marcela Szabó
Interní klinika, Diabetologické centrum FN Motol a 2. LF UK, Praha

Úvod: Pacienti trpící diabetes mellitus 2. typu (DM 2) tvoří více než 90 % všech diabetiků. Asi 77 % z nich umírá na následky předčasné aterosklerózy – na kardiovaskulární choroby. ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular Disease) je dosud největší multicentrická, randomizovaná, placebem kontrolovaná, prospektivní studie provedená u více než 11 000 pacientů s DM 2. Studie má dvě základní větve – jedna zkoumá vliv kompenzace tlaku krve (TK) a druhá vliv kompenzace diabetu na

výskyt kardiovaskulárních příhod. Ve větvi zabývající se kompenzací TK se porovnává léčba kombinací perindopril + indapamid vs. placebo po přidání ke stávající antihypertenzní terapii a jejím cílem je zjistit, jaké výhody lze získat použitím této fixní kombinace u všech pacientů – u hypertoniků i normotoniků. Druhá větev porovnává standardní léčbu hladin glykémie (podle jednotlivých národních doporučení) s intenzivnějším režimem kompenzace diabetu s cílem dosáhnout hladin HbA1c < 6,5 % (kalibrace DCCT) po přidání preparátu gliklazid ke standardní terapii a jejím cílem je zjistit, jaké výhody lze touto léčbou získat.

Výsledky: V současnosti (jaro 2008) známe pouze výsledky větve zaměřené na kompenzaci TK. Mortalita ze všech příčin poklesla ve větvi aktivně léčených pacientů o 14 % oproti

placebu ($p=0,025$); úmrtnost z kardiovaskulárních příčin poklesla v aktivní větvi o 18 % oproti placebu ($p=0,027$); úmrtnost z nekar-diovaskulárních příčin poklesla v aktivní větvi o 8 % oproti placebu, což nebylo statisticky významné ($p=0,41$). Výsledky větve zabývající se významem intenzivní kompenzace diabetu zatím nejsou zveřejněny – jejich publikace se očekává v září 2008. Poznatků, které studie ADVANCE pro léčbu DM 2 doposud přinesla, je však mnohem více; je možno získat na adrese: www.advance-trial.com.

Závěr: Výše uvedená data poprvé v rámci EBM potvrdila předpoklad, že přidání kombinace perindopril + indapamid k dosavadní terapii zvyšuje šanci na přežití diabetiků 2. typu bez ohledu na vstupní hodnotu TK.

Léčba bolesti (čtvrtek / 24. 4. 2008 / 11.50 – 13.20 hod.)

Patofyziologie bolesti

MUDr. Marek Hakl, Ph.D.
Centrum pro léčbu bolesti, ARK
FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno

Bolest je definována jako „nepříjemný senzorický nebo emociální zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením

tkáně, nebo zážitek v termínech takového poškození popisován. Bolest je vždy subjektivní“.

Bolest vzniká na periférii podrážděním receptorů pro bolest – nocisenzorů, které jsou přítomny v různé hustotě ve většině tkání. Z nich je informace vedena pomalými a rychlými nervovými vlákny do zadních rohů míšních, zde je informace přepínána

a pomocí spino-talamických traktů vedena do talamu. Odtud se dostává do různých mozkových struktur a korových projekčních oblastí, kde je informace o bolesti „uvědomována“. V průběhu vedení může být informace o bolesti modulována celou řadou ascendentních a descendentních tlumivých mechanismů. K modulaci bolesti dochází i v oblasti nocisenzorů.

Klimakteriem v pohodě a bezpečně !!!

Přírodní preparáty v poslední době užívá stále více žen. Jedním z těchto preparátů, který je určen zvláště ženám v klimakteriu je preparát **SARAPIS SOJA**. Obsahuje složky, známé z klasického SARAPISu (osvědčená kombinace včelí mateří kašičky - gelée royale, květního a fermentovaného pylu), ke kterým jsou přidány extrakty ze sojových bobů a z červeného jetele. Vhodná kombinace fytoestrogenů ze sóji i z červeného jetele zajišťuje širší spektrum použití než je tomu u fytoestrogenů pouze z jednoho zdroje. Včelí mateří kašička v kombinaci s květním a fermentovaným pylem obsahuje: vitamíny A, B₁ až B₆, B₁₂, C, niacin, enzymy, 18 různých aminokyselin, minerální látky, stopové prvky Ca, K, Mg, Cu, P, Fe, Mn, Zn, Co, S a Si.

SARAPIS SOJA je vhodný jako podpůrný prostředek v období klimakteria kdy příznivě působí na termoregulaci a schopnost koncentrace; stimuluje životní energii a podporuje správnou činnost srdce.

SARAPIS Soja je doplňkem stravy a je volně k dostání v lékárnách.

Informace bezplatně na telefonním čísle: **800 100 140.**

E-mail: poradna@vegall.cz Internetové stránky: www.vegall.cz

Blahodárně působí při zvýšené únavě a podrážděnosti; pomáhá při usínání, podporuje správnou funkci močového měchýře a správný průběh menstruačního cyklu. Dodává tělu látky důležité pro udržení kvalitního sexuálního života. Pomáhá tvořit a udržovat zdravou pokožku, oči, zuby, dásně, vlasy, sliznice a žlázy.

Mezi ženami je velmi oblíben, neboť nezvyšuje tělesnou hmotnost uživatelék a mohou jej užívat i ženy s bolestmi hlavy a migrénami, tromboembolickým onemocněním, zánětem žil, křečovými žilami, vysokým krevním tlakem, cukrovkou, epilepsií, myomy, bolestmi a otoky nohou, chronickými poruchami jaterních funkcí aj.

SARAPIS SOJA nemá vedlejší nepříznivé účinky a lze jej užívat také současně s léky. Opatrnosti by ovšem měly dbát osoby alergické na včelí produkty.



Nepravidelná a bolestivá menstruace problém mnoha žen!

Když mají ženy své dny, jsou často podrážděné, depresivní a vyčerpané. Proto je důležité nebrat na lehkou váhu, hovořili-li dívky či ženy o bolestech, křečích, nevolnostech či pocitech napětí. Potíže před menstruací (tzv. premenstruační syndrom) je možné zmírnit, budeme-li dávat přednost stravě s vysokým obsahem vápníku (např. mléko, sýry, sezam). Je také vhodné konzumovat potraviny s vyšším obsahem vitamínu B a C.

A jak se premenstruační syndrom projevuje?

Jako premenstruační syndrom, zkráceně PMS, bývá označován souhrn obtíží, které prožívá mnoho žen před začátkem menstruace. K typickým příznakům tohoto syndromu patří otoky nohou nebo obličeje, únava, pocity nechutenství, někdy bolesti hlavy a podráždění, potíže při usínání, nebo i bolesti v podbřišku. Projevy tohoto syndromu jsou značně individuální, záleží na organizmu ženy, její duševní i fyzické kondici. Důvod, proč každá žena snáší menstruaci jinak, také tkví v tom, že se od sebe navzájem lišíme mírou bolesti, kterou dokážeme snést. Ženy často sahají po utišujících přípravcích. V těchto případech se potom podávají nesteroidní protizánětlivé léky.

Existují však i jiné, alternativní způsoby, jak tyto obtíže zmírnit.

Do popředí zájmu se, i v oblasti mezinárodní vědecké spolupráce, dostávají alternativní přírodní prostředky - fytoestrogeny. V České republice se úspěšně uplatňují včelí produkty. Představují důležitou alternativu v klinické praxi, mohou se uplatnit samostatně nebo jako doplňující terapie. Patří mezi ně

zejména preparát Sarapis, který obsahuje včelí mateří kašičku (Gelée Royale), květní pyl, fermentovaný pyl (perga), koenzym Q10, selen, lecitin, beta karoten, železo, vitamín C a vitamín E. Včelí mateří kašička v kombinaci s květním a fermentovaným pylem obsahuje: vitamíny A, B₁ až B₆, B₁₂, C, niacin, enzymy, aminokyseliny, minerální látky, stopové prvky Ca, K, Mg, Cu, P, Fe, Mn, Zn, Co, S a Si. Sarapis se používá i na posílení funkce vaječnicků, čehož se využívá při bolestivé a nepravidelné menstruaci. Ze zkušeností lékařů a jejich pacientů vyplývá, že pravidelné užívání přípravku Sarapis blahodárně působí při menstruačních bolestech a nepravidelné menstruaci. O zkušenostech s používáním Sarapisu se s vámi rádi podělí naši gynekologové na které můžete získat kontakt na níže uvedené bezplatné telefonní lince.

Mezi ženami je velmi oblíben, jelikož nezvyšuje tělesnou hmotnost uživatelék a mohou jej užívat i ženy s bolestmi hlavy a migrénami, tromboembolickým onemocněním, zánětem žil, křečovými žilami, vysokým krevním tlakem, cukrovkou, epilepsií, myomy, bolestmi a otoky nohou, chronickými poruchami jaterních funkcí aj. Preparát také příznivě působí při klimakterických obtížích.



Sarapis je registrován jako doplněk stravy a je volně prodejný v lékárnách ve dvou baleních. 60-ti kapslové balení stojí přibližně 420 Kč a 30-ti kapslové balení přibližně 230 Kč.

Podrobné informace a také kontakty na lékaře, kteří mají s touto problematikou dlouhodobé zkušenosti, získáte na bezplatné informační lince na telefonním čísle: 800 100 140.

Své dotazy můžete také diskrétně zasílat na e-mailovou adresu: poradna@vegall.cz Internetové stránky: www.vegall.cz

Bolest lze dělit podle řady kritérií, nejvýznamnější je dělení podle délky jejího trvání na bolest akutní a chronickou.

Akutní bolest je krátkodobá, délkou svého trvání odpovídá vyvolávající příčině, většinou je ostrá, pálivá, ohraničená, lokalizací odpovídající vyvolávající příčině. Na rozdíl od chronické bolesti je akutní bolest „smysluplná, fyziologická“, protože plní svoji základní ochrannou funkci – obranu organismu před poškozením. Akutní bolest je symptomem probíhajícího onemocnění.

Bolest chronická je dlouhodobá, její délka neodpovídá vyvolávající příčině (déle jak 3 týdny). Chronická bolest ztrácí svůj smysl, její příčina je většinou neodstranitelná nebo nezjistitelná. Chronická bolest svojí přítomností poškozuje organismus a sama o sobě se stává nemocí – syndromem. Při její nedostatečné léčbě dochází k výraznému snížení kvality života pacienta, ovlivnění sociálních vazeb, izolaci, depresi a ve svém důsledku až k ovlivnění struktury osobnosti pacienta.

Další dělení bolesti je podle místa vzniku – nociceptivní a neuropatická.

Nociceptivní bolest vzniká stimulací nociceptorů, bolest neuropatická vzniká následkem poškození periferního nebo centrálního nervového systému.

Strategie léčby bolesti

MUDr. Radovan Hřib, MUDr. Marek Hakl, Ph.D.

Centrum pro léčbu bolesti, ARK FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno

Základní strategií léčby bolesti, stejně jako kterékoli jiné léčby, je **hlavně neškodit**. Za poškození pacienta lze považovat i neléčení bolesti.

Nelze, ve většině případů léčby chronické bolesti, očekávat úplnou bezbolestnost, což je nutné pacientovi sdělit. Cílem je snížení bolesti na co nepřijatelnější úroveň pro pacienta.

Důležitá je případná možnost kauzálního řešení původu bolesti. V mnoha případech je řešení původu bolesti nemožné. Tuto skutečnost je třeba pacientovi srozumitelně a opakovaně vysvětlit. Pacient má spolupracovat na své léčbě bolesti aktivním přístupem. Za aktivní přístup je považována fyzická aktivita (RHB), psychická aktivita (koníčky, zaměstnání), sociální aktivita (rodina, přátelé) a spolupráce na léčbě.

Při léčení dle intenzity chronické bolesti je vhodné dodržovat analgetický žebříček WHO, původně navržený pro onkologickou bolest. Původ bolesti, z hlediska onkologického, není pro léčbu rozhodující. Daleko důležitějším kritériem je intenzita bolesti a senzitivita bolesti vůči analgetikům a dalším lékům. I neuropatickou bolest, dříve často považovanou za nevhodnou k léčbě opioidy, dnes celkem úspěšně léčíme moderními opioidními medikamenty. Zvláště v případech selhání zvyklé léčby antiepileptiky a antidepresivy nebo v kombinaci s nimi.

Dalším důležitým faktorem je tzv. poddajnost pacienta k léčbě. Na stejný lék může být u různých pacientů jiná žádoucí i nežádoucí reakce. Není třeba vždy řešit všechny vedlejší účinky léčby. Zásadním rozhodujícím kritériem je míra ohrožení či obtěžování pacienta těmito vedlejšími účinky.

Zvláštním případem je léčení akutní bolesti. Zde je postup spíše obrácenou modifikací analgetického žebříčku WHO. Důležitou prevencí přechodu bolesti do chronicity jsou dostatečné dávky analgetik, které se postupně snižují.

V přednášce probereme základní analgetika žebříčku WHO, jejich možné vedlejší účinky, vhodné a nevhodné kombinace analgetik a koanalgetik.

Léčba onkologické bolesti

MUDr. Tomáš Gabrhelík

Abstrakt nedodán.

Bolesti v oblasti hlavy a obličeje – diagnostika a léčba

MUDr. Andrea Bártková

Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc

Alespoň jedenkrát v životě většina z nás zažila bolest hlavy, která sama bez následků odešla.

Problémem jsou bolesti hlavy, které se pravidelně vrací se zvyšující se frekvencí i intenzitou a omezují naše běžné denní aktivity. Tyto pak řadíme do skupiny **primárních** bolestí hlavy, nejčastěji jde o migrénu a tenzní cefaleu. Primární bolesti hlavy nejsou nebezpečné, život neohrožují, ale mohou jej silně znepříjemnit.

Naopak nebezpečné jsou tzv. **sekundární** bolesti hlavy, většinou setrvalé nebo s narůstající intenzitou, které tak mohou být prvním klinickým symptomem růstu mozkového nádoru, zánětu v oblasti hlavy a obličeje, komplikací traumatu hlavy nebo cévního onemocnění mozku.

Další terapeuticky velmi problematickou jednotkou jsou **kraniální neuralgie**, z nichž nejčastější je neuralgie trojklanného nervu. Primární (esenciální) neuralgii etiologicky spojujeme s tzv. neurovaskulárním konfliktem, sekundární neuralgie vznikají nejčastěji jako komplikace herpetického zánětu, stomatologického zákroku, růstu nádoru v zadní jámě lebni.

Základem správné a tedy i účinné terapie je přesné určení příčiny bolesti hlavy, rozlišení primární a sekundární bolesti hlavy. Při vyšetření hraje základní roli důkladná anamnéza, na základě informací získaných z rozhovoru s pacientem můžeme racionálně doporučit další potřebná vyšetření.

Sdělení se zabývá diferenciální diagnostikou a terapií nejčastějších typů bolesti hlavy a obličeje.

CHOLERETIKUM - SPAZMOLYTIKUM - CHOLAGOGUM - ANTISEPTIKUM

Rowachol®

INDIKACE: Hepatobiliární potíže včetně cholelithiázy, cholecystitis, biliární koliky, dyskineze žlučového, zánětlivé biliární stavy, dyspepsie žlučového původu, předoperační a pooperační léčba hepatálního a biliárního systému, prevence recidiv cholelithiázy.

BALENÍ: Kapky 10 ml. Tobolky 20 a 50.
Přípravek není hrazen VZP.

Zastoupení v ČR/SR:

Swiss Pharma s.r.o., Praha,

Tel.: 267 108 475

e-mail: swiss_pharma@volny.cz

www.swisspharma.info



UROLOGIKUM-SPAZMOLYTIKUM-DIURETIKUM-ANTISEPTIKUM

Rowatinex®

INDIKACE: Rowatinex je určen k léčbě akutních i chronických onemocnění močových cest, při zánětech a infekcích močových cest, ke zmírnění zejména kolikovitých křečí. Je vhodný při ledvinových a močových kamenech a napomáhá k jejich rozpadu, rozpouštění a vyplavování.

BALENÍ: Kapky 10 ml. Tobolky 20 a 50.
Přípravek není hrazen VZP.

Zastoupení v ČR/SR:

Swiss Pharma s.r.o., Praha,

Tel.: 267 108 475

e-mail: swiss_pharma@volny.cz

www.swisspharma.info



Kožní projevy a jejich léčba při diabetes mellitus

prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.
Dermatovenerologická klinika FN
a LF MU Brno

Diabetes mellitus je onemocnění, které hluboce zasahuje do metabolických pochodů v organismu. Kromě klasických příznaků má i řadu projevů nespecifických, včetně kožních. Uvádí se, že kožní projevy jsou přítomny u 25–50% diabetiků, a dokonce prostřednictvím kožních chorob jsou zachyceny nové případy nemocných s diabetem.

Kožní projevy při diabetes mellitus se dají rozdělit do několika skupin:

1. změny, které paralelně koincidují s poruchou metabolismu,
2. změny nekorelující s mírou rozvratu DM,
3. změny vyplývající z terapie,
4. další kožní změny.

Do 1. skupiny patří kožní infekce pyogenní, plísňové a virové, dále diabetická xantomatóza a karotínémie s xantochromií. Kožní infekce nacházejí vhodné podmínky v terénu neurovaskulárních poruch, mají těžší, často chronický průběh a sklon k recidivám. Do 2. skupiny patří cévní komplikace (mikroangiopatie, mikroangiopatie) především na dolních končetinách, dále neuropatie, necrobiosis lipoidica a ohraňovaná atrofická ložiska. Do 3. skupiny se řadí alergické reakce na inzulín a inzulínová lipodystrofie. Do 4. skupiny náleží další kožní projevy např. rubeosis, granuloma annulare, idiopatické buly, acanthosis nigricans, prurigo, pruritus, xerosis cutis, event. další, méně časté projevy.

Kůže pacienta – diabetika vyžaduje pravidelnou péči se zaměřením na suchost kůže, na snížení osídlení mikrobiální flórou, na ochranu před prochlazením a před traumaty. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat místům vlhké zapádky a dolním končetinám, ať již při každodenní hygieně, tak při výběru obuvi či ošetřování drobných oděrek, které jsou vstupní branou infekce.

Etiopatogeneza, diagnostika a možnosti léčby kožních alergických onemocnění

MUDr. Olga Faustmannová, MBA
Dermatovenerologická klinika FN
Brno a LF MU Brno

Problematika kožních chorob vzniklých na alergické bázi je velmi široká a rozmanitá. Autorka používá empirické členění na dermatózy vzniklé zevním působením alergenu na kůži a dermatózy vzniklé vnitřním působením alergenu.

Nejprve je popsána problematika dermatitidy a ekzému. Vývoj choroby je možný u osob, které mají schopnost senzibilizace, jsou disponovány ke kontaktní alergii. Ve sdělení je uvedena indukční fáze kontaktní alergické reakce a její fáze eferentní. V práci jsou uvedeny nejčastější kontaktní alergeny. Rozebrány jsou klinický obraz akutní dermatitidy a chronické ekzémové projevy. Okrajově je zmíněna kontaktní alergická reakce na sliznicích. Část přednášky je věnována diagnostickému procesu a terapii u pacientů s kontaktní alergií.

Druhá část sdělení popisuje generalizované exantémy způsobené alergeny přijatými vnitřně. Jsou uvedeny utikárie, typy lékových exantémů: urtikariální, makulózní a makulopapulózní exantémy, papulopustulózní projevy, erupce exudativního typu a ostatní typy polékových exantémů na kůži. Je popsána terapie těchto chorob.

Závěrem jsou uvedeny příklady antibiologických řad nejčastěji používaných v terapii infekcí a výčet názvů používaných pro označení léků s obsahem cotrimoxazolu.

Kožní projevy na dolních končetinách

prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.
Dermatovenerologická klinika FN
a LF MU Brno

Dolní končetiny jsou často místem, kde se lokalizují určité dermatózy. V některých případech jde o choroby, jejichž projevy jsou pouze nebo převážně na dolních končetinách, v jiných případech jsou končetiny postiženy v rámci generalizovaných dermatóz.

Ke kožním projevům, které postihují výhradně dolní končetiny, patří chronické žilní onemocnění – varixy, chronická žilní insuficience a bércový vřed žilního původu. Prevalence chronického žilního onemocnění v populaci se uvádí mezi 40–50%. Z dalších onemocnění, která převážně postihují dolní končetiny, lze jmenovat povrchový a hluboký zánět žil, lipodermatosklerózu, erythema nodosum, necrobiosis lipoidica, lymfedém, erysipel, změny vyplývající z poruch periferního prokrvení, dekubity, tlakové puchýře.

Ke kožním onemocněním, která se také vyskytují na dolních končetinách, patří zcela jistě mikrobiální bércový ekzém, kontaktní alergický ekzém, atopický ekzém se svojí predilekcí v jamkách podkolenních, intertriginózní ekzém, psoriáza, lékové exantémy, puchýřnatá onemocnění, plísňová onemocnění s nejčastější formou interdigitální mykózy a kožní nádory.

Lupus erythematosus

MUDr. Olga Faustmannová, MBA
Dermatovenerologická klinika FN
Brno a LF MU Brno

Lupus erythematosus je zánětlivé chronické autoimunitní onemocnění. Kožní projevy se vyskytují až u 80% nemocných.

Kožní projevy jsou klasifikovány dle různých schémat. Ve sdělení je popsána problematika chronického (kožního) erythematu C/C/ LE, subakutního kožního erythematu SCLE a systémové formy choroby SLE. Zmíněna je incidence a prevalence choroby. Část přednášky je věnována etiopatogenetickým faktorům: genetické predispozici, zevním vlivům a hormonálním vlivům. V práci jsou uvedeny specifické kožní projevy C/C/ LE, SCLE a SLE. Pozornost je věnována také projevům nespecifickým, které provázejí především SCLE a SLE.

Prostor je věnován problematice diagnostického procesu u nemocných, zvláště je objasňováno histologické a imunohistologické vyšetření kůže u jednotlivých typů erythematu. Stručně je zmíněna terapie choroby, prognóza onemocnění, zásady sekundární prevence u pacientů.

JEDINĚ S NÁMI OSLOVÍTE NEJŠIRŠÍ ODBORNOU ZDRAVOTNICKOU VEŘEJNOST!

Zdravotnické noviny

Výjimečný týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii

Aktuální domácí a zahraniční zdravotnicko - politické zpravodajství

- Novinky z profesních a oborových organizací
- Legislativní novinky, léková politika
- Odborné a vzdělávací akce, trh práce
- Rozsáhlé diskusní fórum
- Portréty osobností z oboru medicíny
- Právní a ekonomické poradenství

www.zdn.cz

- aktuální zprávy z domova i ze zahraničí, forum
- zasílání newsletteru, on-line databáze léčiv, e-shop s 10% slevou
- profesní novinky, akce, kariéra, soukromá inzercce zdarma
- oborové speciály – ručně tříděné články podle medicínských oborů

Předplacením tištěné podoby časopisu získáte navíc i přístup do on-line archivu článků titulu ZDN a LL od roku 2000!



Sestra

Odborný měsíčník pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky

- INFORMAČNÍ SERVIS – aktuální zprávy z konferencí a seminářů
- FÓRUM názorů a zkušeností v ošetrovatelství
- AKTUÁLNĚ z českého zdravotnictví
- Příspěvky ZE ZAHRAŇÍ
- Novinky ve VZDĚLÁVÁNÍ a VÝZKUMU
- Užitečné profesní INFO MZ ČR, NCO NZO, ČAS
- Oborově zaměřené přílohy, tradiční přílohy Sestra roku a Kalendář vzdělávacích akcí

www.sestra.cz

– domovská stránka moderní sestry

- Aktuální zprávy každý den, výběr ze zahraničních agentur
- Možnost zasílání zpravodajství e-mailem
- Právní a legislativní poradenství, databáze léčiv, Kalendář akcí

Předplacením tištěné podoby časopisu získáte navíc i přístup do on-line archivu článků titulu SESTRA!



Postgraduální medicína

odborný časopis pro lékaře

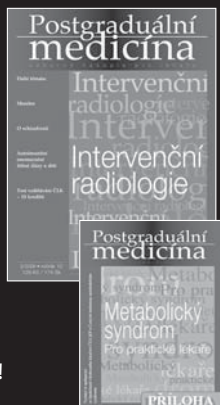
Exkluzivní časopis pro lékaře – nejlepší zdroj Vašich odborných informací

- Původní souhrnné články předních domácích autorů ze všech oborů medicíny
- Monotematická část koordinovaná vybraným editorem
- Novinky ze základních klinických oborů a farmakoterapie
- Monitor – souhrny vybraných článků ze zahraničních lékařských časopisů
- Test zahrnutý do systému kontinuálního vzdělávání ČLK – 10 kreditních bodů
- Vychází 9x ročně + 4 samostatné přílohy
- Speciální přílohy

www.postgradmed.cz

- domovská stránka vzdělaného lékaře
- rejstřík klíčových slov
- seznamy článků
- abecední podle rubrik, podle jména autora.

Předplacením tištěné podoby časopisu získáte navíc i přístup do online archivu článků titulu Postgraduální medicína!



Medical Services

- vydávání odborné literatury
- produktové brožury, separátky, letáky, CD či DVD (symposia)
- eventy – launch produktů, pořádání symposií a pracovních setkání lékařů a sester
- produktové webové stránky (obsah, propagace) – cílová skupina lékaři, pacienti
- pořádání tiskových konferencí, tiskové centrum
- kongresové noviny, časopisy – závěry z kongresů
- celorepublikové preventivní programy



Jediné vydavatelství v ČR poskytující komplexní edukační servis ve zdravotnictví
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 111, www.mf.cz

Využití fytoestrogenů a mateří kašičky při léčbě gynekologických potíží

MUDr. Pavel Turčan, Odborný ženský
lékař, G-centrum Olomouc

Mateří kašička a fytoestrogeny jsou v medicíně využívány v různých oborech. O některých jejich blahodárných účincích věděli již naši předkové a byly používány i v lidovém léčitelství. V gynekologii je lze uplatnit zejména při potížích v období klimakteria, při poruchách

menstruačního cyklu, jako i při problémech způsobených zvýšenou hladinou mužských pohlavních hormonů - hyperandrogenémií. Hlavní oblastí využití je již zmiňované období klimakteria. Rozvoj moderní vědy na základě poznatků o hormonálních regulacích a poznatcích o účincích hormonů zatlačil význam těchto přírodních zdrojů poněkud do ústraní, ale i přes postupné odbourávání kontraindikací hormonální substituční léčby ještě pořád existují ženy, které hormonální léčbu nemohou užívat nebo které ji z nějakých důvodů akceptovat nechtějí. V poslední době zaznamenáváme

určitou renesanci – návrat k přírodním zdrojům, a i když tyto byly moderními lékaři donedávna považovány pouze za tzv. placebo, bez jakéhokoli účinku, stávají se čím dál tím častěji předmětem vědeckého bádání a výsledky jednotlivých studií ukazují, že se nejedná pouze o placebo efekt, ale že efekt léčby je skutečný a prokazatelný. Díky pokrokům vědy bylo možné izolovat v rostlinách a pylu i látky, které se nazývají fytoestrogeny, neboli rostlinné estrogény. Těmto pak je věnována poměrně značná část novodobých výzkumů a výsledky, které jsou zatím k dispozici, a zdají se být slibné.

Infektologie (pátek / 25. 4. 2008 / 9.00 – 10.30 hod.)

Novinky současných očkovacích kalendářů

prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.
Fakulta vojenského zdravotnictví
Univerzity obrany, Hradec Králové

Konec 20. a začátek 21. století přináší prudký rozvoj ve vakcinologii a představení řady nových očkovacích látek a přístupů nejen pro populaci dětskou, ale i pro adolescenty a dospělé. Sdělení má za cíl zmapovat stávající literární zdroje a na základě světových zkušeností optimalizovat systém očkování v České republice.

Největším průlomem je vývoj řady kandidátních protinádorových vakcín na bázi různých molekulárně biologických technologií. První protinádorová vakcína (po vakcíně proti VHB), vakcína proti vysoce rizikovým lidským papilomavirům (HPV) 16 a 18 vyvolávajícím karcinom děložního čípku již byla registrována a představena na trh i v ČR. Další zajímavou vakcínou je vakcína proti herpes zoster pro populaci nad 50 let věku, i když ta je doposud v ČR nedostupná. Problémem je příprava na pandemii chřipky. Jsou vyvíjeny nové vakcíny se snahou zvýšit výrobní kapacitu a pokrýt širší spektrum populace. Pro adolescenty je specificky připravena vakcína proti pertuzi, která je použitelná ve formě booster dávky a umožňuje snížit výskyt pertuze v těchto věkových kategoriích. Novými jsou různé aplikační formy, různá schémata, ale i vakcíny ne zcela klasické jako vakcína proti závislosti na nikotinu. V řadě zemí je plošně zaváděno očkování proti pneumokokům, rotavirům a v 5 zemích EU i proti HPV.

Nové vakcíny zpravidla mají velmi dobré imunogenní vlastnosti a nízkou reaktogenitu, avšak vyžadují v případě plošného očkování enormní ekonomické náklady. Příkladem nad jiné je právě vakcína proti HPV.

Přes prudký vývoj a řadu průlomových objevů ani zdaleka všechny problémy infekční i neinfekční epidemiologie odstraněny nejsou. Zejména se stále přes velké úsilí nedaří vyvinout vakcíny proti HIV a virové hepatitidě C.

Meningokoková onemocnění

MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.
Klinika infekčního lékařství FN Ostrava

Meningokoky vyvolávají akutní, život ohrožující onemocnění, která se většinou manifestují jako meningitida, sepse a smíšená forma s příznaky meningitidy i sepse. V České republice se ročně vyskytuje přibližně 100 onemocnění, zejména u dětí a mladistvých. Většinu onemocnění vyvolávají meningokoky séroskupiny B a C. Letalita dosahuje přibližně 10%, nejvyšší je u meningokokové sepse se septickým šokem.

Onemocnění vzniká náhle, zpočátku jsou přítomny chřipkové příznaky, teploty, pobolívání kloubů a diagnosticky cenné nebolestivé petechie. Další progresse onemocnění může být enormně rychlá, zahrnuje zhoršování hemoragického exantému, tachykardii, tachypnoei, psychickou alteraci až poruchu vědomí, rychlý rozvoj septického šoku s těžkou hypotenzí, periferní a mnohdy i centrální cyanózou. K polovině úmrtí dochází do 24 hodin od vzniku prvních

klinických příznaků, část nemocných umírá už před přijetím do nemocnice.

Klinický obraz meningokokových onemocnění je charakteristický a může být vodítkem pro klinickou diagnostiku a neodkladné zahájení léčby. Klinická diagnostika spočívá zejména na lékařích první linie. Úvodní komplexní léčba zahrnuje triádu opatření: infuzní léčbu (až resuscitaci oběhu), adekvátní oxygenaci (až umělou plicní ventilaci) a antibiotickou léčbu. Zahájení léčby až v nemocnici může být pozdní. Úvodní léčbu v přednemocniční péči zahajuje posádka vozu rychlé lékařské pomoci, při hospitalizaci pacienta samozřejmě každé lůžkové oddělení. Pacienty s meningokokovým onemocněním je nezbytné hospitalizovat na pracovištích, která jsou schopna poskytnout komplexní intenzivní a resuscitační péči.

Prevence meningokokovým onemocněním není dosud uspokojivá. Praktický lékař by měl doporučovat individuální vakcinaci proti meningokokům C pomocí konjugovaných vakcín, (NeisVac C, Menjugate), které poskytují dlouhodobou, možná i celoživotní ochranu. Polysaridovou bivakcínu (Meningococcal polysaccharide vaccine A+C) je vhodné rezervovat pouze pro cesty do oblastí se zvýšeným výskytem onemocnění způsobených meningokoky A, její nevýhodou je krátkodobá protekce a nedostačující účinnost u dětí do 2 let věku.

Vakcinace proti meningokokům B není v ČR dostupná. Proteinové vakcíny, které jsou registrovány v některých zemích, nejsou pro očkování v ČR vhodné, neboť mají úzké spektrum a nezajišťují ochranu proti meningokokům B cirkulujícím na našem území.

Novinky v léčbě chronických virových hepatitid

MUDr. Jaroslav Kapla, Ph.D.

Klinika infekčních nemocí FN a LF UK,
Hradec Králové

Na celém světě je asi 350 milionů osob chronicky infikováno virem hepatitidy B (HBV) a zhruba 180–200 milionů lidí virem hepatitidy C (HCV). Česká republika patří mezi země s nízkou prevalencí těchto infekcí. Do chronického stadia přechází u imunokompetentních pacientů méně jak 5% akutních hepatitid B, u imunosuprimovaných osob je to víc jak v 50% případů. Akutní HCV infekce přechází do chronicity ve 40–90% případů. Chronická infekce HBV i HCV může vést ke vzniku řady komplikací, především jaterní cirhóze, ale je také v jednoznačném příčinném vztahu ke vzniku hepatocelulárního karcinomu (HCC). Úspěšná

antivirová léčba těchto infekcí významně zlepšuje kvalitu života nemocných a je nepochybně levnější než léčba pokročilých komplikací.

K léčbě chronické hepatitidy B je v České republice k dispozici konvenční interferon (IFN) α , pegylovaný IFN α -2a, lamivudin a adefovir dipivoxil. Pegylovaný IFN α -2a je v současnosti nejúčinnějším lékem k dosažení sérokonverze HBeAg/anti-HBe, resp. setrvalé virologické odpovědi. Konvenční IFN α je méně účinný než pegylovaný IFN α -2a. Léčba lamivudinem je dlouhodobá, u HBeAg pozitivních pacientů by měla trvat nejméně 1 rok, resp. ještě alespoň 6 měsíců po dosažení sérokonverze. U HBeAg-minus mutant HBV bývá léčba většinou trvalá. Po vysazení lamivudinu dochází nezdíra k relapsům onemocnění. Léčba lamivudinem vede také často ke vzniku lamivudin rezistentních mutant. Adefovir dipivoxil byl dosud v ČR používán pouze pro léčbu nemocných s mutantou viru rezistentní na lamivudin. Je však jed-

noznačně doporučován pro použití i u dosud neléčených pacientů, neboť mutanty viru rezistentní na adefovir vznikají později a méně často. V zahraničí jsou s prokazatelným efektem proti infekci HBV podávány i další léky, především entecavir, telbivudin, emtricitabin, tenofovir či clevudin.

V případech chronické hepatitidy C je k protivirové léčbě využívána kombinační terapie pegylovaným IFN α s virostatikem ribavirin. Nejdůležitějšími prediktivními faktory efektu léčby jsou hlavně genotyp HCV, úroveň virémie a pokročilost postižení jater. V závislosti na předpovědních faktorech je léčba realizována po dobu 24 až 48 týdnů. Terapie má vyšší naději na úspěch u genotypu HCV 2 a 3, je-li nízká virémie a nižší histologická aktivita. Účinnost léčby HCV infekce se posuzuje již po 12 týdnech, a není-li dosaženo časné virologické odpovědi, je obvykle indikováno ukončení léčby. U pacientů relabujících po skončení léčby je třeba zvážit opakování protivirové terapie.

Gastroenterologie (pátek / 25. 4. 2008 / 10.50 – 12.45 hod.)

Nové metody endoskopické diagnostiky a léčby

doc. MUDr. Marcela Kopáčová, Ph.D.

2. interní klinika LF UK
a FN Hradec Králové

Na přelomu 20. a 21. století dochází k výraznému rozšíření možností digestivní endoskopie v oblasti diagnostiky i léčby. Mezi novinky patří kapslová enteroskopie, dvojbalonová enteroskopie a konfokální laserová endoskopie, výrazně se posunuly i možnosti odstranění nádorových lézí a prekanceróz z lumina trávicí trubice formou endoskopické slizniční resekce, neboli mukosektomie.

Kapslová endoskopie, tedy vyšetření miniaturizovanou „kamerou“, kterou pacient spolkně, je screeningovou metodou ke stanovení dalšího postupu léčby: medikamentózní, endoskopická či chirurgická intervence včetně intraoperační enteroskopie.

Dvojbalonová enteroskopie (double-balloon enteroskopie, DBE) je novou metodou k vyšetření celého tenkého střeva nebo alespoň jeho podstatné části. K vyšetření se používá endoskop s převlečnou trubicí (over-tube). Balonky jsou na distálních částech over-tube i endoskopu. Tuba je navlečena na endoskopu, značka na pracovní části endoskopu určuje polohu, při které jsou balonky zavedeny těsně k sobě. Tuba se volně pohybuje po pracovní části endoskopu. Principem

DBE je využití střídavé insuflace a desuflace obou balonků. DBE přináší nové možnosti vyšetření a terapeutických výkonů v oblasti tenkého střeva. Obohacuje tak paletu dosud dostupných metod – endoskopické kapsle a intraoperační enteroskopie. Všechny tři metody jsou komplementární, nekonzurují si a nejsou vzájemně zastupitelné.

Endoskopická technologie posledních let směřuje k vizualizaci struktur, které jsou pouhým okem nerozlišitelné. Endoskopy s vysokým rozlišením a možností měnit ohniskovou vzdálenost (zoom) jsou konstruovány pro snadnější odhalení iniciálních stadií prekancerózních a maligních lézí trávicího traktu. Ke stejným účelům využíváme i chromoendoskopii a vzájemnou kombinaci těchto metod.

Konfokální laserová endomikroskopie je zatím posledním krokem v této cestě a přináší in vivo zobrazení mikroskopických struktur, jakou si „optickou biopsií“ sliznice trávicího traktu.

Toto zobrazení umožňuje integrovaný miniaturizovaný konfokální mikroskop umístěný v distálním konci endoskopu. Endomikroskopie je tedy provedení in vivo histologie v průběhu endoskopie s případným současným diagnostickým či terapeutickým výkonem (průměr pracovního kanálu endoskopu je 2,8 mm). Barevný endoskopický i černobílý endomikroskopický obraz můžeme sledovat současně (na dvou obrazovkách). V jednotlivých horizontálních řezech sliznice rozlišíme buněčné struktury, cévy a erytrocyty v jejich průsvitu i pojivovou tkáň. Zatímco při klasické en-

doskopii dosahujeme zvětšení obrazu přibližně 30x a při zvětšovací endoskopii 100x, konfokální mikroskopie přináší 1000x zvětšený obraz.

Mukosektomie je snesení části sliznice postižené patologickým procesem. Je technicky obtížnější než běžná polypektomie prominujícího polypu. K jejímu usnadnění je vypracováno několik metod. Nejběžnější je mukosektomie prováděná polypektomickou kličkou po předchozím odlučení mukózy od submukózy pomocí instilace tekutiny mezi tyto dvě vrstvy (fyziologický roztok, glycerol, gel hypromelózy, glukóza aj.). Tato technika nedovoluje snést velké léze vcelku a snášíme je po částech („piecemeal technique“). Další možností je „cap technique“ s využitím mukosektomického nástavce na konci endoskopu. Po předchozím podpichu nasajeme polyp do nástavce s připravenou speciální polypektomickou kličkou, kličku uzavřeme a provedeme polypektomii. Tuto metodu využíváme u lézí uložených v jícnu a žaludku. Nejnovější technikou, která současně umožňuje snesení i rozsáhlých lézí vcelku, je endoskopická submukózní disekce. Metoda využívá speciálně vyvinutých nožů, při této technice se po předchozí elevaci provede cirkulární incize jehlovým nožem kolem léze ve vzdálenosti cca 5 mm a následně se odpreparuje celá léze od submukózy.

Na našem pracovišti v současné době provádíme všechny dostupné endoskopické metody vyšetření trávicího traktu (kapslová endoskopie, DBE, intraoperační enteroskopie, konfokální laserová endomikroskopie i mukosektomie).

Kolorektální karcinom v klinické praxi

doc. MUDr. Vlastimil Procházka, Ph.D.
II. interní klinika FN a LF UP Olomouc

ČR je po Maďarsku druhou zemí světa s největším počtem nemocných rakovinou tlustého střeva a konečníku v populaci a druhou zemí na světě s největším počtem úmrtí na toto onemocnění. Ročně v ČR onemocní kolem 8 000 osob a asi 5 000 na tuto chorobu zemře. Tato úmrť jsou zbytečná, protože rakovina tlustého střeva a konečníku je nejlépe léčitelným zhoubným onemocněním, pokud je zjištěno v časném stadiu. Lze mu dokonce předejít v případě odhalení tzv. adenomového polypu, z něhož většina rakovin tlustého střeva a konečníku vzniká.

Olomoucký kraj je v posledních letech zhruba čtvrtým krajem v ČR s největším výskytem a počtem úmrtí na rakovinu tlustého střeva a konečníku v přepočtu na 100 000 obyvatel (viz www.svot.cz). Toto onemocnění je druhým nejčastějším zhoubným onemocněním v populaci mužů i žen. Výskyt onemocnění prudce stoupá od 50 let věku s vrcholem mezi 60–70 lety. Je však možné zachytit nemocné podstatně mladší. Věková kategorie do 50 let představuje asi 5 % všech postižených.

Většina onemocnění vzniká postupným vývojem změn ve sliznici tlustého střeva a konečníku se vznikem původně nezhoubných „adenomových polypů“, jejichž další vývoj vede ve zhoubné onemocnění – „adenokarcinom“ – rakovinu. Tento vývoj trvá řadu let zcela bez příznaků a nemocnému nečiní žádných potíží. Až dlouho po přeměně ve zhoubné bujení, řádově další měsíce i roky, se onemocnění projeví obtížemi. To je také důvodem, proč většina postižených přichází až v pokročilém stadiu, kdy je jen malá naděje na vyléčení. Příznaky možného onemocnění jsou příměs krve ve stolici, bolesti břicha nebo jen nepříjemné břišní pocity, změna frekvence nebo konzistence stolice, únava, hubnutí, slabost. Paradoxem a tragickou skutečností stále zůstává, že populace dosud málo využívá možnosti zachytit toto onemocnění ještě před vznikem zhoubného bujení nebo odhalení rakoviny v časných stadiích, kdy je vysoká (více jak 90%) naděje na úplné vyléčení. Velkou šancí na časně zjištění a úplné vyléčení má každý bezpříznakový pojištěnec od 50 let věku, který využije možnosti populačního screeningu. Tento národní program probíhá od 1. 7. 2000 v rámci preventivních prohlídek. Program je dvouetapový a zahrnuje test na odhalení skry-

tého krvácení ve stolici (OK test), který si lze vyžádat u praktického lékaře každé 2 roky. Pokud je výsledek testu pozitivní, následuje kolonoskopie – vyšetření tlustého střeva ohebným optickým přístrojem – kolonoskopem. Toto vyšetření má největší šanci na odhalení časných stadií onemocnění a dokonce zjištění změn na sliznici tlustého střeva, které předcházejí vzniku rakoviny. Takové změny lze během kolonoskopického vyšetření odstranit, a tak zabránit vzniku zhoubného onemocnění.

II. interní klinika FN Olomouc je koordinačním centrem, které se podílí na organizaci tohoto programu v Olomouckém kraji. Do druhé fáze tohoto programu je zapojeno dalších 11 pracovišť (v Olomouci, Šternberku, Přerově, Šumperku, Hranicích, Prostějově, Lipníku nad Bečvou a Jeseníku), která provádějí kolonoskopická vyšetření. V roce 2007 bylo na II. interní klinice provedeno 1348 kolonoskopických vyšetření, při kterých byla u 55 osob zjištěna rakovina tlustého střeva a konečníku. U 319 osob byly při kolonoskopii odstraněny polypy jako prevence vzniku rakoviny.

Přestože výskyt nových onemocnění rakoviny tlustého střeva a konečníku byl v roce 2004 v Olomouckém kraji nad průměrem celé ČR, byla úmrtnost na toto onemocnění v našem kraji pod celostátním průměrem. To je první pozitivní signál, který ukazuje na posun k poněkud lepšímu zachytu časnějších stadií s příznivější prognózou a vyšším podílem diagnostikovaných onemocnění s možností úplného vyléčení. Na II. interní klinice FN Olomouc k tomu přispívá nejen personální zajištění vyškolenými odborníky, ale také technické vybavení s možností využít speciální metody zobrazení během kolonoskopického vyšetření. Pomocí speciálních filtrů světla, tzv. „narrow band imagine“ (NBI) lze odhalit i minimální povrchové změny sliznice v tlustém střevě a konečníku, které by nebylo možné zjistit při běžném kolonoskopickém vyšetření.

V roce 2006 bylo v Olomouckém kraji provedeno kolonoskopické vyšetření v rámci populačního screeningu kolorektální rakoviny u 432 osob s pozitivním OKtestem. Během vyšetření byl odstraněn adenomový polyp u 164 osob a u 14 osob byla zjištěna rakovina tlustého střeva a konečníku. V 71 % zhoubných onemocnění byl nádor odhalen v časném stadiu s více jak 90 % nadějí na úplné vyléčení.

Každý pacient s příznaky, které vedou k podezření na možné nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku, by měl prostřednictvím svého praktického lékaře vyhledat ambulanci II. interní kliniky FN Olomouc k provedení kolono-

skopického vyšetření co nejdříve. Preventivně jsou prováděna kolonoskopická vyšetření na naší klinice pro pacienty s pozitivním OKtestem v rámci populačního screeningového programu a pro osoby s vyšším rizikem rakoviny tlustého střeva (např. přímí pokrevní příbuzní nemocných s již zjištěnou rakovinou tlustého střeva). Významný posun diagnostiky v posledních 7 letech na II. interní klinice FN Olomouc dává velkou šanci našim pacientům na časně odhalení onemocnění s možností úplného vyléčení.

Racionální přístup k nemocným s jaterní cirhózou

prof. MUDr. Jan Lata, CSc.

Interní hepato-gastroenterologická
klinika FN a LF MU, Brno

Jaterní cirhóza je konečným stadiem chronického poškození jater. Prevalence není přesně známa, v západní Evropě a v USA se odhaduje na 0,15–0,25%. Ve věku 45–54 let je v USA příčinou 4,2% úmrtí.

Medikamentózní léčba jaterní cirhózy je stále poměrně neúspěšná, proto je nezbytná snaha o prevenci této choroby. U nás je nejčastější příčinou alkohol, proto prevence abúzu alkoholu je stále aktuální. Druhou nejčastější příčinou jsou virové hepatitidy, je tudíž nutná řádná diagnostika a léčba se snahou o sérokonverzi.

Jak již bylo výše uvedeno, medikamentózní léčba fibrotických či dokonce přestavbových změn je neúspěšná. Přestože u naprosté většiny hepatoprotektiv chybí klinické studie prokazující jejich účinnost, jsou tyto léky v praxi oblíbené a často indikované; jejich užívání však v naprosté většině případů účinné není. Proto jsme odkázáni jen na racionální léčbu tzv. komplikací jaterní cirhózy, souvisejících většinou s portální hypertenzí. Při objevení se jakéhokoliv z nich je však vždy potřeba zvážit možnost jaterní transplantace, která je v České republice již standardní léčbou s vysokou efektivitou.

Ascites je definován jako zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní; jeho objevení u cirhotiků představuje špatný prognostický znak – jednoleté přežití nemocných s ascitem je 50%. V léčbě je vhodný klid na lůžku, nutné je vyloučení potenciálně nefrotoxicke medikace (především aminoglykosidová antibiotika, nesteroidní antiflogistika) a omezení soli na cca 4–6g denně. Výraznější omezení tekutin nutné není. Základní léčbou je podání diuretik. Vzhledem k důležité roli aldosteronu při vzniku ascitu by měla být léčba zahájena spironolak-

RheumaBasan = Radost z pohybu!

Společným znakem pohybových obtíží bývají často zanícené tkáně.

O revmatu snad slyšel již každý. Termínem revma se rozumí mnoho rozdílných onemocnění vaziva, které postihují především klouby a měkké části klouby obklopující.

Bolesti, otoky a omezení pohybu jsou charakteristické pro tato onemocnění. Revmatická onemocnění ovšem nejsou otázkou stáří. Mezi postiženými jsou dospělí, stejně jako děti a mladiství. Ještě před několika málo lety byla revmatická onemocnění považována většinou za doživotní trápení.

Co přinesl výzkum v této oblasti?

Na základě tisíců klinických dat o nemocných s revmatismem mohla být v rakouském Institutu pro výživové terapie Lungau v St. Michael poprvé vyvinuta vědecky fundovaná, výživově medicínální dietetická potravina, která působí příznivě na správnou činnost pohybového ústrojí **RheumaBasan**.

Společným znakem pohybových obtíží bývají často zanícené tkáně.

Dietetická opatření a antioxidačně působící mikroživiny (např. vitamin C, vitamin E, selen) působí příznivě na činnost kloubů a chrání jako pohlcovače radikálů buněčné membrány v zanícených tkáních. Zásaditá forma

v **RheumaBasan** neutralizuje kyselé produkty látkové výměny a působí vhodně na symptomatiku bolesti. Sulfáty glukosaminu a chondroitinu jsou přirozené stavební kameny kloubních chrupavek podporující jejich látkovou výměnu. Díky komplexnímu a vyváženému složení **RheumaBasan** přirozenou cestou příznivě působí na činnost pohybového a styčného ústrojí.

RheumaBasan příznivě působí na činnost kloubů!

RheumaBasan je dietetická potravina pro zvláštní lékařské účely a je vhodná jako podpůrný prostředek pro osoby s pohybovými potížemi. Blahodárně působí na správnou činnost kloubů. Podporuje jejich regeneraci. **RheumaBasan** obsahuje kombinaci 20 složek sestavenou pro podporu správné činnosti pohybového ústrojí. Skládá se jednak z vitaminů, stopových prvků, aminokyselin, zásaditých živin, bioflavonoidů, ale také z glukosaminu a chondroitinu.

Upozornění: přípravek může být užíván na základě doporučení lékaře nebo osoby kvalifikované v oblasti výživy lidí či farmacie.

K dostání ve vaší lékárně.

Pokud lékárna tento přípravek ještě nemá, může Vám jej objednat u lékárenských velkoobchodů. Přibližná cena preparátu je 490 Kč.

Veškeré další informace získáte na bezplatné informační lince:

800 100 140.

Své dotazy můžete také zasílat na e-mail:

vegall@vegall.cz

Internetové stránky **www.vegall.cz**



tonem obvykle v dávce 150 mg denně, pokud samotný nestačí, přidává se furosemid v dávce až 160 mg denně. Poměrně velké procento nemocných léčených diuretiky má však v průběhu léčby komplikace a zhruba 20% nemocných na léčbu diuretiky nereaguje. V případě tohoto, tzv. refrakterního, ascitu je třeba vyloučit spontánní infekci ascitu (viz dále) a první terapeutickou možností bývá velkoobjemová paracentéza (vypuštění ascitu). Po zákroku je nutné podat albumin v prevenci následné hypovolemie. V některých případech se zavádí transjugulární intrahepatální portosystémová spojka, která sníží portální tlak a většinu případů zabrání akumulaci ascitu. Nejzávažnější komplikací ascitu je vznik **spontánní bakteriální peritonitidy**. Jde o infekci ascitu bez zjištěného, chirurgicky léčitelného zdroje. K průkazu infekce stačí nálezy zvýšeného množství granulocytů (nad $0,25 \times 10^9/l$) v ascitu. Obvyklou léčbou jsou cefalosporiny III. generace, nejčastěji cefotaxim v dávce 2 g každých 8 eventuálně 12 hodin, eventuálně chinolony.

Jaterní encefalopatie je komplexní neuropsychiatrický syndrom charakterizovaný poruchami vědomí a chování, neurologickými poruchami, přítomností flapping tremoru a elektroencefalografickými změnami v důsledku onemocnění jater. V léčbě se často jako první zásah u těchto nemocných doporučí omezení bílkovin v potravě. Cirhotici jsou však většinou hypoproteinemičtí a další omezení bílkovin dále zhoršuje jaterní funkce. Proto je vhodnější jen záměna živočišných bílkovin za rostlinné a je-li omezení bílkovin pro akutní zhoršení nutné, doporučuje se jen krátkodobé omezení na 0,5 g/kg/den. Terapeutické zákroky jsou zaměřeny většinou na snížení amoniaku. Podává se nevstřebatelný disacharid laktulóza (Duphalac), obvyklá dávka je 30–45 g/den tak, aby se dosáhlo 2–4 stolic denně. Antibiotika, působící na bakterie a tím snižující množství vstřebaného amoniaku (neomycin, rifaximin), jsou užívána méně často. Při neúspěchu monoterapie se dají ovšem kombinovat s laktulózou.

Nejzávažnější komplikací je **krváčení z jícnových varixů**. Léčba tohoto akutního stavu je pochopitelně komplexní a musí být prováděna na specializovaných jednotkách intenzivní péče. Vzhledem k tomu, že je možná poměrně účinná primární prevence, je nutné u každého nově diagnostikovaného cirhotika provést gastrokopii. Při nálezu varixů je možná jejich endoskopická ligace či léčba neselektivními betablokátory (trimepranol, atenolol). Dostatečná dávka je taková, při které dojde ke

snížení tepové frekvence o 20% či na 60/min. Po proběhlém krvácení je léčba betablokátory zcela nezbytná, optimální je kombinace s endoskopickou ligací či sklerotizací varixů. Pokud i přes tuto terapii dojde ke druhé recidivě krvácení, je indikováno zavedení transjugulární intrahepatální portosystémové spojky.

Hepatorenální syndrom je definován jako funkční selhání ledvin (organicky intaktních) při jaterním onemocnění s portální hypertenzí. Je nalézán téměř výhradně u nemocných s ascitem. Vzhledem k vysoké mortalitě je u cirhotiků nutné vyvarovat se vyvolávajících faktorů (nefrotická medikace, diuretika, nesteroidní antiflogistika, léčit bakteriální infekci, vyloučit krvácení do GIT). Léčba je obtížná a vždy za hospitalizace.

Závěrem je nutné ještě jednou zdůraznit nezbytnost včasné indikace jaterní transplantace. Bližší informace týkající se této problematiky je možno nalézt na www stránkách České hepatologické společnosti <http://www.ceska-hepatologie.cz/editor/genhtml.pl?loc=hepatologie&table=guidelines>.

Zácpa – mýty a pověry

MUDr. Jan Martínek, Ph.D.
Gastroenterologické oddělení,
Nemocnice Jablonec nad Nisou

Zácpa je častým příznakem, postihuje až 20% populace, nejčastěji malé chlapce, mladé ženy a starší ženy i muže. Je-li zapříčiněna konkrétní chorobou (nádor, divertikly, zužení střeva, hypotyreóza), hovoříme o zácpě sekundární a tu léčíme podle vyvolávající příčiny.

Není-li jednoznačná příčina nalezena, hovoříme o zácpě funkční, někdy též habituální. I zde však nacházíme určité jasně vyjádřené příčiny (anatomické), které zácpu vyvolávají. Ohraničení funkční zácpy je proto neostré.

Funkční zácpu dělíme tradičně na inertní tračník („líné střevo“), kdy je typicky prodloužen čas střevního tranzitu. Příčinou je většinou již vrozená hypomotilita střeva (nebo celého zažívacího traktu). Druhou skupinu tvoří zácpa terminální, kde dominují potíže s vyprazdňováním stolice – pacienti nemohou stolicí lehce vytlačit navenek, nemají pocit dokonalého vyprázdnění, mají pocit obstrukce v oblasti konečníku. Je-li terminální zácpa způsobena paradoxní kontrakcí svalů dna pánevního a svěračů (při defekaci mají tyto povolit a umožnit stolicí odchod navenek), hovoříme o anizmu. Je-li terminální způsobena anatomickou abnormalitou (rektokéla, intususcepce, enterokéla apod.), pak hovoříme o syndromu

ODS (obstrukční defekační syndrom). Anizmus se v ideálním případě léčí fyzioterapií typu biofeedback, kdy pacienty učíme relaxovat pánev. Syndrom ODS se léčí většinou operačně drobnými chirurgickými zákroky.

Líné střevo je těžký stav, zvláště u pacientů, kteří chodí na stolicí méně než 1x týdně. Často doporučované opatření (tekutiny, vláknina) mají jen omezený význam a pomohou u spíše lehčích případů. Nemá smysl přidávat vlákninu tam, kde je jí dostatek (tj. 25–30 g/den). Totéž platí o tekutinách.

V současnosti, kdy z trhu zmizelo jediné účinné prokinetikum u pacientů se zácpou (prepulsid), je jediným možným řešením dlouhodobé užívání laxativ. V případě stimulačních laxativ (např. Guttalax) převládá v naší laické i odborné veřejnosti mýtus, že tato laxativa škodí, vzniká na ně návyk, závislost a že zhoršují již přítomnou zácpu. Nic z výše uvedeného nebylo nikdy v případě fenolové skupiny (tj. pikosíran sodný) prokázáno. Tato laxativa jsou zcela účinná a bezpečná i při užívání delším než 15 let. Zvýšení dávky za takto dlouhou dobu je pouze malé. Ovlivnění elektrolytů v séru je nulové nebo nevýznamné. U extraktů seny hrozí rozvoj tzv. *melanosis coli*, která však nemá na střevo funkční konsekvence. Nemá proto opodstatnění zrazovat pacienty, kterým stimulační laxativa pomáhají, od jejich chronického užívání. Uvědomme si, že tito lidé často nemají jinou alternativu.

Jako laxativa můžeme použít i hyperosmolární roztoky (Fortrans) nebo laktulózu (pozor, nadýmá).

Alternativou je u pacientů s líným střevem kolektomie, což je však nevratný zákrok, a indikujeme jej až jako poslední možnou alternativu.

U vyšetření pacienta se zácpou indikujeme vyšetření střevního tranzitu, defekografii (dynamická) a anorektální manometrii. Zbytečně se nadužívá význam koloskopie, zvláště u mladých pacientek.

Blokátory protonové pumpy

MUDr. Jiří Dolina, Ph.D.,
MUDr. Jitka Prokešová,
MUDr. Radek Kroupa
Interní a hepato-gastroenterologická
klinika FN a LF MU Brno

Úvod

Užití blokátorů protonové pumpy (PPI) v běžné klinické praxi znamenalo dramatický obrat v léčbě onemocnění, jejichž podstatná část pato-

Život jako před poruchou erekce



- ☺ nepřekonaná kvalita erekce^{1*}
- ☺ jedinečná dlouhodobá účinnost²
- ☺ více spontánnosti³

muži a jejich partnerky
preferují Cialis⁴

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O LÉKU*

Cialis 2,5 mg*; 5 mg*; 10 mg nebo 20 mg potahované tablety, Složení: 1 tableta obsahuje 2,5 mg; 5 mg; 10 mg nebo 20 mg tadalafilu. Tadalafil je selektivní a reverzibilní inhibitor fosfodiesterázy typu 5 (PDE5). **Indikace:** Léčba erektilní dysfunkce. **Dávkování a způsob podávání:** K perorálnímu užití. Doporučená dávka je 10 mg nejpozději 30 minut před sexuální aktivitou, nezávisle na příjmu potravy. Pokud dávka 10 mg tadalafilu nevede k přiměřenému účinku, je možno použít dávku 20 mg. Maximální četnost užití dávky je jedenkrát denně. Tadalafil 10 a 20 mg je určen k užití před předpokládanou sexuální aktivitou a nedoporučuje se k trvalému každodennímu použití. U pacientů dobře reagujících na podání přípravku CIALIS podle potřeby, a kteří předpokládají jeho častější užívání (tj. alespoň dvakrát týdně), může být vhodné zvážit dávkování s nejnižšími dávkami přípravku CIALIS jednou denně. U těchto pacientů se doporučuje dávka 5 mg jednou denně v přibližně stejnou dobu. Dávku je možné snížit na 2,5 mg jednou denně podle snášenlivosti pacienta. Vhodnost kontinuálního podávání jednou denně se má pravidelně přehodnocovat. U starších mužů, u pacientů s lehkou až středně závažnou poruchou funkce ledvin a u diabetiků není nutná úprava dávky. K dosažení účinku přípravku CIALIS je nezbytné sexuální dráždění. **Kontraindikace:** Současné použití s organickými nitráty v jakémkoliv formě. U pacientů s onemocněním srdce, pro které není sexuální aktivita vhodná. Infarkt myokardu v uplynulých 90 dnech, nestabilní angina pectoris, srdeční selhání (NYHA 2 a závažnější) v posledních 6 měsících, neléčené poruchy rytmu, hypotenze nebo neléčená hypertenze, cévní mozková příhoda v uplynulých 6 měsících, přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky, ztráta zraku na jednom oku v důsledku NAION a věk do 18 let. **Zvláštní upozornění:** Před zahájením léčby erektilní dysfunkce posoudit kardiovaskulární stav pacienta. Je třeba zvážit poměr rizika a přínosu léčby tadalafilem u pacientů se závažným poškozením funkce jater. Opatrnosti je třeba při užití u pacientů s anatomickými deformacemi penisu nebo onemocněními, která mohou predisponovat ke vzniku priapismu. Pacienti s erekcí přetrvávající déle než 4 hodiny by měli neodkladně vyhledat lékařské ošetření. Přípravek nesmí být předepisován pacientům s závažnou poruchou funkce ledvin. **Interakce:** Opatrnost je nezbytná při současném podávání tadalafilu s ketokonazolem, ritonavirem a saquinavirem, erytromycinem, klaritromycinem, itraconazolem a grapefruitovou šťávou. Pacienti užívající antihypertenziva by měli být upozorněni na možné mírné snížení krevního tlaku. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky při léčbě Cialisem 10 nebo 20 mg podle potřeby nebo Cialisem 2,5 nebo 5 mg jednou denně byly bolesti hlavy, dyspepsie, bolest břicha, reflexní choroba jicnu, bolest zad a svalů, zduření nosní sliznice, palpitace, návaly a závratě. Ve srovnání s placebem byl u pacientů léčených jednou denně tadalafillem hlášený mírně zvýšený výskyt abnormalit EKG, především sinusové bradykardie. Nežádoucí účinky hlášené v souvislosti s léčbou Cialisem byly přechodné a všeobecně mírné až středně závažné. **Těhotenství a laktace:** Přípravek není indikován k použití u žen. **Balení:** Cialis 2,5 mg 28 tablet v balení; Cialis 5 mg 28 tablet v balení; Cialis 10 mg 4 tablety v balení; Cialis 20 mg 2 nebo 4 tablety v balení. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. **Registrační číslo a datum poslední revize textu:** EU/1/02/237/001-008, 17. březen 2007. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Eli Lilly Nederland B.V.Grootslag 1-5, NL-3991 RA, Houten, Nizozemsko. Před předepsáním se prosím seznámte s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku obdržíte na adrese: ELI LILLY ČR, s. r. o., Pobežní 1a, 186 00 Praha 8, tel.: 234 664 111, fax: 234 664 891. * Všímněte si prosím změn ve zkráceném souhrnu údajů o přípravku

Literatura: 1. Eardley I, et al. BJU Int 2005; 96:1323-1332 2. Brock GB, et al. J Urol 2002; 168(4):1332-1336 3. Dean J, et al. J Sex Med 2006; 3:650-651 4. Lee J, et al. BJU Int 2006; 98:623-629 * ve srovnání se sildenafilem

geneze je postavena na působení kyseliny solné. Mezi tuto velkou skupinu nemocí řadíme tři hlavní podjednotky – refluxní nemoc jícnu (GORD), vředovou chorobu GD a funkční dyspepsii.

Účinnost jednotlivých typů PPI

V současné době jsou na trhu PPI k dispozici tyto druhy:

omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol a registrován esomeprazol. Rozdílnost jednotlivých typů PPI je ve většině publikovaných studií spatřována převážně v rychlosti nástupu účinku a nikoliv například v procentu vyléčených pacientů nebo procentu pacientů v dlouhodobé remisi. Pantoprazol (Controloc) vykazoval v řadě multicentrických studií lepší výsledky nežli omeprazol v hojení refluxní esofagitidy i v rychlosti ústupu obtíží pacientů. Výhodu pantoprazolu můžeme spatřovat i v jeho delším supresním účinku, zvláště ve výhodnějším antisekretorickém pokrytí nočního refluxu, který je v současnosti považován za dosti významný faktor recidivy nebo selhání léčby GORD. Novější typ PPI esomeprazol (Nexium) je prvním isomerem omeprazolu a svojí jedinečnou strukturou vykazuje dle provedených studií asi o 13% vyšší účinnost ve srovnání s omeprazolem. V České republice však esomeprazol t.č. není k dispozici. Srovnatelný účinek s esomeprazolem však má pantoprazol a to jak v rychlosti nástupu účinku i pokrytí noční symptomatologie pacientů s GORD. Vývoj skupiny inhibitorů protonové pumpy se dále zaměřuje nejen k novým molekulám, ale rovněž k možnosti nových lékových forem, aby bylo možno rozšířit indikační skupiny těchto léků například pro pacienty se sníženou schopností polykání – vývoj orálních suspenzí, granulátů apod.

Vedlejší účinky PPI

Celá skupina PPI vykazuje nízké procento výskytu vedlejších nežádoucích účinků. Nejčastějším příznakem je cefalea, průjem, infekce HCD, flatulence, nauzea a vomitus. Jejich výskyt se však významně neliší od skupiny H₂-blokátorů a placeba.

Diskutovaným problémem dlouhodobého podávání PPI je možnost ovlivnění hladiny Fe a vitamínu B₁₂. V současnosti je k dispozici práce, která jednoznačně vrací hypotézu o ovlivnění hladiny B₁₂ dlouhodobým užíváním PPI u starších pacientů (DenElzen et al.2008).

Lékové interakce PPI

Všechny PPI jsou metabolizovány přes cytochrom P-450, tedy přes systém, který je společný řadě jiných léků. U omeprazolu je známá léková interakce mezi bizmutem, claritromycinem, kdy se zvyšuje absorpce a vrcholová koncentrace. Dále pak může prodlužovat eliminaci diazepam, warfarinu a fenytoinu. U pacientů na teofylinech nebo propranololu nebyly interakce zaznamenány. Lansoprazol, rabeprazol a pantoprazol nemají významné interakce s warfarinem, teofyliny a diazepamem. Všeobecný efekt PPI – zvýšení pH intragastricky však může nepřímo ovlivnit vstřebávání některých léků – např. ketokonazolu, ampicilinu a Fe-preparátů. Biologická dostupnost lansoprazolu je významně redukována, pokud je podáván s jídlem, zatímco ostatní PPI - omeprazol, rabeprazol a lansoprazol tuto skutečnost nevykazují.

Indikační oblasti PPI

Rozsáhlé komparativní, klinické, multicentrické, placebem kontrolované studie dokázaly vysokou účinnost PPI v těchto hlavních indikacích:

1. Refluxní choroba jícnu
2. Peptický vřed včetně eradikace *Helicobacter pylori* a etiologie nesteroidních antirevmatik – antiflogistik (NSAID)

3. Hypersekreční stavy – Zollinger-Ellisonův sy, syndrom retinovaného antra, hyperkalcemické syndromy
4. Funkční dyspepsie – převážně typu vředu – podobné dyspepsie

Pro většinu případů je zcela dostačující forma podání per os. Dávka, například pro erozivní refluxní nemoc jícnu, se pohybuje u omeprazolu na 20mg 2x denně, pantoprazolu 40mg 2x denně a lansoprazolu 30mg 2x denně. Po klinickém zklidnění projevů onemocnění nebo po endoskopické kontrole, pokud vykazuje již známky hojení, je možno postupně sestupným způsobem snižovat dávky PPI. Otázkou zůstává dlouhodobá udržovací dávka nebo převod na způsob on-demand.

Léčba krvácení z peptického vředu

intravenózně podávaným pantoprazolem nebo omeprazolem po přechodí endoskopické léčbě patří již mezi standardní postupy na našich pracovištích. Většinou je upřednostňován způsob podání bolusově v dávce 80 mg i. v. s následnou kontinuální infuzí 8 mg/hod po dobu 72 hodin s přechodem na p.o. formu cca po 72 hodinách.

Závěr

Současně dostupné PPI nabízejí výborné perspektivy léčby pro všechna uvedená acido-peptická onemocnění. Kriticky je však stále třeba nahlížet na fakt, že účinnost léčby není stále stoprocentní a to i v dlouhodobém horizontu. Je třeba i tak jasnou léčbu PPI, jaká se nám zpočátku zdála být, správně indikovat, dostatečně informovat pacienta ohledně režimu užívání a lékových interakcí.

Firemní sympozium KRKA (pátek / 25. 4. 2008 / 12.45 – 13.20 hod.)

Projev se odlišné farmakologické vlastnosti pantoprazolu při klinickém použití?

doc. MUDr. Otto Mayer, CSc.,
Oddělení klinické farmakologie
FN v Plzni

Inhibitory protonové pumpy (IPP) jsou široce používány v indikaci gastroezofageálního refluxu a při ostatních onemocněních s etiopatogenickým vztahem k žaludeční kyselosti.

Všechny IPP účinkují blokadou žaludeční ATPázy, tj. protonové pumpy zodpovědné za tvorbu HCl výměnou H⁺ za K⁺ v parietální buňce žaludeční sliznice. Fyzikální a chemické vlastnosti IPP podmiňují rozdíly účinnosti v potlačování žaludeční kyselosti a v délce trvání účinku. Je vysvětleno, proč lze od pantoprazolu očekávat delší a případně vydatnější terapeutický účinek než od omeprazolu. Pantoprazol je méně ionizován v kyselém prostředí, a proto s nižší ochotou k druhotné protonaci (zavedení H⁺ do molekuly) v parietální

buňce žaludeční sliznice. Zdržená protonace umožňuje, že molekula se dostává jako stále schopná reakce až k vazebným místům hlouběji uloženým v proteinové spirále ATPázy, a tato jsou rozhodující pro inhibici pumpy. Z toho vyplývá delší a vydatnější účinek ve srovnání např. s omeprazolem. Dále je diskutována výhodná vlastnost pantoprazolu, že k odbourávání v játrech nesdílí enzymy cytochromoxydázyvého systému běžně využívané i jinými léky, a proto je malý sklon k lékovým interakcím.

Basic life support – chyby a omyly

MUDr. Jiří Pokorný
POMAMED s.r.o., Praha

Bouřlivý rozvoj všech medicínských oborů se nevyhnul ani oblasti resuscitační medicíny. Přes veškerý dosažený pokrok a technické možnosti, o kterých se lékařům před 10 či 15 lety ani nesnilo, platí i v dnešní době, že pro osud pacientů se srdeční zástavou jsou nejdůležitější první minuty po vzniku příhody. Není-li neprodleně zahájena účinná kardiopulmonální resuscitace, klesají šance pacienta na přežití velmi rychle. I správně prováděná kardiopulmonální resuscitace zajistí pouze hraniční perfuzi mozku. Pokud je resuscitace prováděna s chybami a pacient ji přežije, bývá často následkem větší či menší postižení CNS. V resuscitačních doporučeních je technika BLS (Basic Life Support) definována tak, že zachránce nemá nic kromě svého těla, případně jen jednoduché bariérové pomůcky. BLS je tedy možné zahájit bez časové prodlevy. Poslední resuscitační doporučení Guidelines 2005 maximálně zjednodušila postupy BLS s cílem zrychlit návčik a zvýšit retenci znalostí.

Výuce teorie kardiopulmonální resuscitace i praktickému návčiku resuscitačních dovedností se věnují přes 20 let. Ve své přednášce jsem se zaměřil na některé z chyb a omylů, které se v BLS vyskytují. Časové důvody umožnily vybrat pouze ty závažnější, které se vyskytují častěji a které by mohly negativně ovlivnit osud nejen resuscitovaného pacienta, ale v nehorším případě i jeho zachránce.

ALS – chyby a omyly

MUDr. Bronislav Klementa¹,
MUDr. Pavel Marcián²,
MUDr. Olga Klementová, Ph.D.³

¹Klinika anesteziologie a resuscitace
FN a LF UP Olomouc

²Kardiologická klinika FN
a LF UP Olomouc

³ARO, Městská nemocnice Ostrava

ALS – Advanced Life Support – rozšířená podpora života je soubor doporučených postupů, které směřují k záchraně postiženého při selhání základních životních funkcí za použití speciálních pomůcek a postupů.

V praxi praktického lékaře se můžeme často setkat s problematikou vzniku zástavy

oběhu. Ve velkém procentu je zástava oběhu bez předchozích příčin, ale není tomu tak vždy. V některých případech je možné potenciální zástavě oběhu předejít včasným rozpoznáním závažnosti stavu. Lékař, který se s danou problematikou nesetkává často, může být v začátku příhody zmaten a nevyhodnotí situaci jako závažnou. Může dojít a také dochází k řadě zmatečných situací v průběhu samotného zahájení a prováděných postupů v neodkladné resuscitaci. Zde je také důležité zmínit připravenost reagovat na tyto události, adekvátně je vyhodnocovat a především být trvale na tyto možnosti připraven v součinnosti s ambulanti sestrou. K tomu, aby celý dynamický stereotyp probíhal podle posledních vědeckých poznatků a doporučení, je nezbytné, aby na místě zásahu (ambulanci) bylo dostupné vybavení ke zvládnutí těchto situací. Je však nutné si plně uvědomit, že pomůcky a léky na dobře vybaveném stolku neřeší sami o sobě vzniklou situaci, ale že je nutné si pravidelně utužovat své znalosti a postupy v BLS a ALS v rámci školení, neboť poznatky získané během něj vyhasínají již po půl roce a je třeba je znovu opakovat nejdéle po roce.

Zcela největším a také zásadním problémem je vždy správné zajištění a otevření dýchacích cest spolu se zajištěním žilní linky k aplikaci adrenalinu a dalších látek používaných při KPR.

Poskytování resuscitace BLS a následně ALS praktickými lékaři, stomatology, ambulantními specialisty a zdravotními sestrami v první linii je velmi důležité pro přežití postižených osob. Proto by se měla věnovat větší pozornost školení a návčiku dynamických stereotypů BLS a ALS těchto skupin.

Neméně důležité je pravidelné proškolení veškerého nemocničního personálu jak v poskytování BLS, tak užití AED. Lékaři a sestry pracující na odděleních neodkladné péče by pak měli ovládat také rozšířenou podporu života u dospělých i u dětí.

V ambulancích nemocničních zařízení je velmi podstatná prevence vzniku zástavy oběhu, schopnost rozpoznat kritický stav u nemocného a jeho umístění na patřičném oddělení intenzivní péče s možností monitorace vitálních funkcí.

Na závěr si uvědomme, že průběh KPR je vždy nutné popsat v písemné formě určitého protokolu, kde má být uvedeno mimo okolností vzniku také průběh spolu s aplikací infuzí, léků, počtu výbojů, délky trvání, ukončení. Postup při

KPR se stále častěji stává součástí forenzních řízení při soudních sporech ve smyslu hledání pochybení v terapeutickém postupu a to většinou na popud příbuzných. Budme proto na vznik zástavy oběhu vždy dobře připraveni.

AED – automatizovaný externí defibrilátor
BLS – základní podpora života
KPR – kardiopulmonální resuscitace
ALS – rozšířená resuscitace

Defibrilace a kardioverze – chyby a omyly

MUDr. Pavel Marcián¹
MUDr. Bronislav Klementa²,
MUDr. Olga Klementová, Ph.D.³,
Martina Zedková⁴

¹Kardiologická klinika FN
a LF UP Olomouc

²Klinika anesteziologie a resuscitace
FN a LF UP Olomouc

³ARO, Městská nemocnice Ostrava

⁴I. interní klinika FN a LF UP Olomouc

Defibrilace i kardioverze jsou v daném okamžiku podání elektrického výboje zcela rovnocenné a jejich „15 minut slávy“ je měřeno v milisekundách. Je třeba si ale uvědomit hlavní rozdíly v přípravě na oba výkony, pochopit společné zásady při podávání výboje a snažit se vyvarovat často opakovaných chyb.

Defibrilací se rozumí krátké dodání elektrického proudu do myokardu s cílem ukončit fibrilaci komor či hemodynamicky významnou komorovou tachykardií.

Kardioverze je předem plánovaný výkon, při kterém dojde k dodání synchronizovaného krátkého elektrického proudu s cílem ukončení arytmií (nejčastěji fibrilace síní, flutteru síní či jiné hemodynamicky dobře tolerované supraventrikulární či ventrikulární tachykardie).

Cílem je u obou výkonů depolarizace (elektrický „reset“) co největšího počtu myocytů.

Chyby v provádění těchto výkonů mohou vzniknout již při přípravě pacienta (nedostatečné poučení, informovaný souhlas, příprava hrudníku), přípravě personálu (nedostatečná znalost výkonu, příprava krátké celkové i.v. anestezie) či přípravě vlastního defibrilátoru (propojení elektrod snímajících EKG, přichystání pádel nebo gelových elektrod, nastavení velikosti defibrilačního výboje včetně jeho eskalace při následných výbojích, synchronizace výboje).

Neméně důležitá při provádění výkonu je znalost správného umístění defibrilačních gelových elektrod či pádel (vč. jejich alternativ), dále potřeba zmenšení impedance hrudníku a samozřejmě snaha o minimalizaci popálení kůže pacienta.

Nejčastějším problémem bývá zejména v případě defibrilace nakupení chyb z důvodu časového stresu, který logicky vyplývá z dané situace. Ideální recept na zvládnutí krizové situace neexistuje, nicméně je z mnoha zkušeností zřejmé, že nejlepší prevencí chyb je školení v defibrilaci a opakovaný nácvik všech postupů se zafixováním si automatizmů v provádění jednotlivých úkonů. Je doporučováno trénovat defibrilaci s vlastním přístrojem, který máme na ambulanci k dispozici (ať již manuální defibrilátor anebo AED – automatizovaný externí defibrilátor).

Dokonalá znalost postupu provedení defibrilace a kardioverze spolu s kvalitní přípravou defibrilátoru umožní minimalizaci chyb a zajistí lékařovi provádějící výkon důvěru a souhlas informovaného pacienta.

Záchvatovitá onemocnění a status epilepticus

MUDr. Olga Klementová, Ph.D.¹,

MUDr. Bronislav Klementa²,

MUDr. Pavel Marcián³

¹ARO, Městská nemocnice Ostrava

²Klinika anesteziologie a resuscitace FN a LF UP Olomouc

³Kardiologická klinika FN a LF UP Olomouc

Záchvatovitá onemocnění provázena křečovým stavem se mohou objevit znenadání a pro laické okolí mohou vypadat velice dramaticky. Diferenciální diagnostika je široká a zahrnuje celou řadu onemocnění, pórůzových stavů a také intoxikace a abstinence u drogových závislostí. Křečové stavy můžeme rozdělit dále podle toho, zda je nebo není přítomna porucha vědomí. Bez poruchy vědomí jsou např. tetanické křeče, různý stupeň poruchy vědomí je u metabolicky podmiňovaných stavů (hypoglykémie, hepatální koma).

Epileptický paroxysmus je křečový stav spojený s poruchou vědomí, křeče mohou mít různou formu (parciální, fokální), na příhodu je amnézie, může předcházet tzv. aura.

O epilepsii jako onemocnění hovoříme až na základě splněných přísných kritérií. Pokud se jedná o první epi-paroxysmus v životě, není ještě nutná trvalá medikace, důležitá je anamnéza a na prognóze se podílí celá řada faktorů (spán-

ková deprivace, stres, abúzus alkoholu, febrilie, infekce, potenciálně metastázy v CNS při nádorovém onemocnění, kraniocerebrální poranění).

Po prvním záchvatu nemusí být nutná hospitalizace, záleží na stavu a výsledku vyšetření a dále na reakci pacienta na aplikaci farmak (nejčastěji diazepam). Při opakovaném epi-paroxysmu, pokud je pacient klidný a orientovaný, není třeba transport do nemocnice. V opačném případě je nutná hospitalizace.

Status epilepticus je záchvat trvající více než 30 minut nebo intermitentní záchvaty trvající více než 30 minut, mezi nimiž nemocný nenabude vědomí a nejčastěji se projevuje jako generalizovaný záchvat křečí. Během přetrvávajícího bezvědomí může dojít k aspiraci nebo zapadnutí jazyka, což vyvolá cerebrální hypoxii a následně dysfunkci, vyvíjí se laktátová acidóza, vyplavují se excitační mediátory. Z hlediska terapie se ke každému záchvatu, který trvá déle než 10 – 15 minut, chováme jako k SE (status epilepticus).

Cílem terapie je zabránit cerebrální hypoxii, ukončit klinickou i EEG paroxyzmální aktivitu, zjistit příčinu a zabránit komplikacím.

Důležité je zajištění dýchacích cest a dostatečná oxygenace, zajištění žilního přístupu, vhodná farmakoterapie dle protokolu a monitorace EEG aktivity.

Protokol léčby zahrnuje přesný postup jednotlivých kroků v časové ose. K doporučeným farmakům patří diazepam, dále phenytoin a v případě hluboké sedace (barbiturátové kóma) se aplikuje kontinuálně thiopental nebo propofol při EEG monitoraci. Při přetrvávání paroxyzmální EEG aktivity je nutná plná antiepileptická terapie. Navzdory veškeré péči a plné terapii má status epilepticus vysokou mortalitu.

Invazivní zajištění dýchacích cest – chyby a omyly

MUDr. Bronislav Klementa¹,

MUDr. Pavel Marcián²,

MUDr. Olga Klementová, Ph.D.³

¹Klinika anesteziologie a resuscitace FN a LF UP Olomouc

²Kardiologická klinika FN a LF UP Olomouc

³ARO, Městská nemocnice Ostrava

K jednomu ze základních kroků při správném provádění neodkladné resuscitace patří zajištění dýchacích cest po jejich otevření a následném pokusu o udržení jejich průchodnosti. Nezapomínejme také na časné a správné provedení Heimlichova manévru, je-li pro něj indikace!

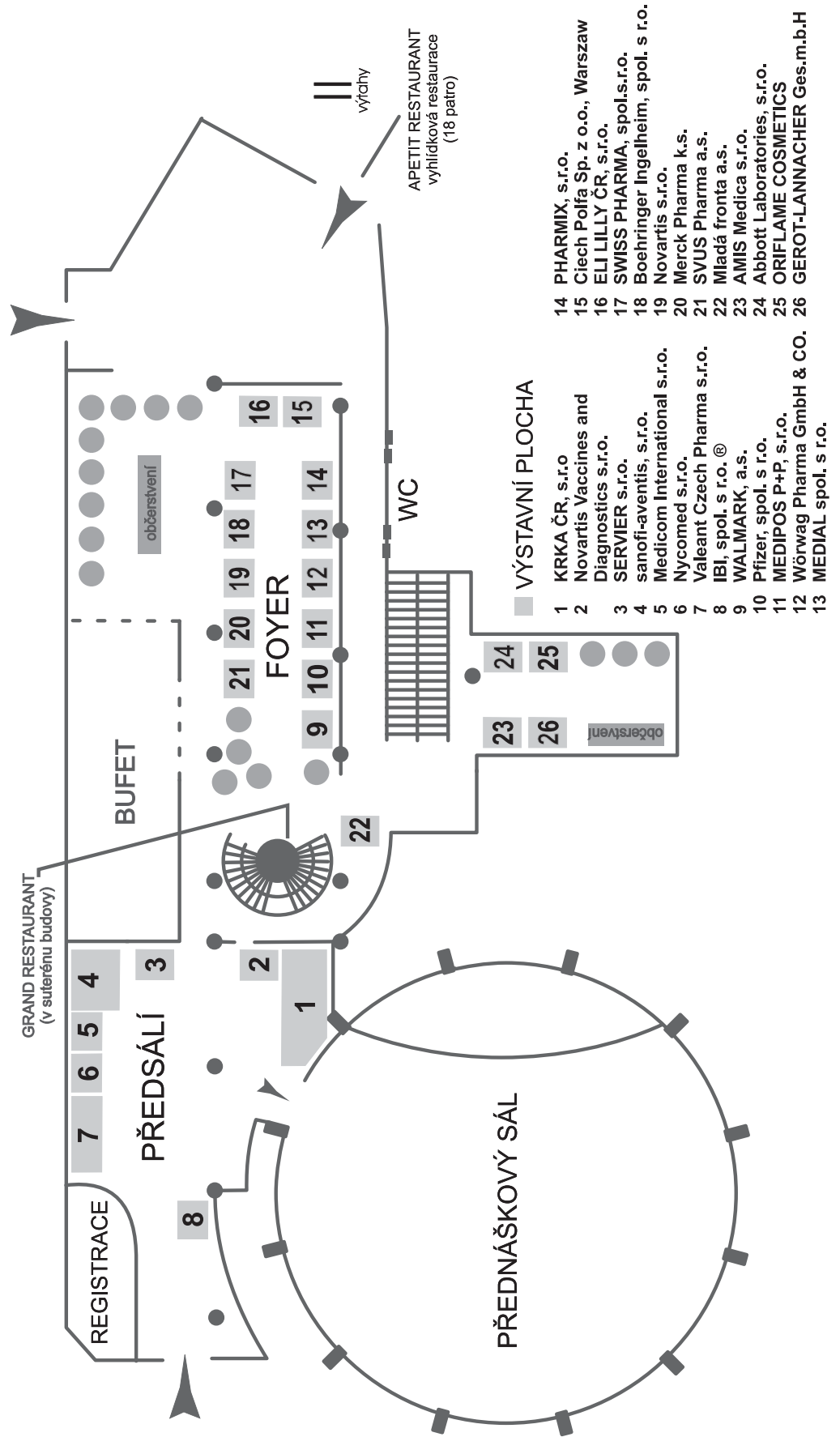
V případě selhání tohoto postupu je nutné zvážit, které pomůcky na invazivní zajištění budu moci použít. Správné otevření dýchacích cest, použití pomůcky typu ambuvaku je vždy velkým problémem nejen pro ambulantní, ale i nemocniční lékaře nevyjímaje lékaře z JIP. V ambulanci obvodního lékaře je zcela nepochybně doporučen k výbavě ambuvak, který jej zbavuje nutnosti ventilace z úst do úst a zároveň při použití kyslíku zvyšuje inspirační frakci až na 100%. Není však dostupný funkčně bezchybný ve všech ambulancích a činí velké potíže jeho správné použití. Ambuvak, stejně jako obličejové masky, je většinou v ambulanci věc opomíjená a kontrola se provádí ve většině ambulančí nahodile. I to vede k selhání ventilace během KPR v ambulanci. Kromě těchto pomůcek však musí lékař zvážit, zda není vhodné se dovybavit pro případ obtížné či nemožné ventilace přes obličejovou masku. K těmto případům dochází nejčastěji na základě zánětlivého onemocnění dýchacích cest, obstrukcí cizím tělesem, poleptáním dutiny ústní či anafylaktického šoku. Každý lékař má znát místo provádění minitracheotomie a zvláště, vznikne-li komplikace při použití jeho vlastního léčebného postupu. Časový faktor správného načasování rozhoduje o přežití či nepřežití z důvodu obstrukce horních dýchacích cest a následné asfyxie. Použití zakoupených pomůcek je však potřeba nacvičit v praktických kurzech zaměřených na postup při obtížném zajištění dýchacích cest. Obzvláště zde platí, že používám ve své praxi to, co jsem měl demonstrováno, ale především to, co jsem si vyzkoušel pod vedením zkušeného instruktora na odpovídajícím modelu. Praktický nácvik zvyšuje výrazným způsobem úspěšnost zavedení laryngální masky, combi roury stejně jako minitracheotomie, i když provedení v daném konkrétním případě nemusí být jednoduché. Je však potřebné vědět, jakou pomůcku si zvolím pro zvládnutí těchto komplikací, neboť na trhu je celá řada výrobců, případně jaká nouzová řešení mohou zvolit. Vždy však platí, že mám použít pomůcku určenou pro daný postup. Výrobců a typů minitracheotomií i laryngálních masek je trhu více, pro ambulantní lékaře při zvážování pořízení a jejich výběru nepochybně platí výše uvedená doporučení. Z vlastních zkušeností na velkém souboru ze školení v resuscitaci je patrné, že zajištění dýchacích cest činí mnohým ambulantním i nemocničním lékařům trvale velké obtíže.

Při záchraně životů pacientů přejí hodně úspěchů.

JIP – jednotka intenzivní péče

KPR – kardiopulmonální resuscitace

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci MEDICÍNA PRO PRAXI – VI. kongres praktických lékařů 24. – 25. 4. 2008 / REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC





KONGRES

s vlídnou tváří

24.–25. DUBNA 2008
OLOMOUC

MEDICÍNA PRO PRAXI VI. kongres praktických lékařů

HLAVNÍ PARTNER



PARTNEŘI

Abbott Laboratories, s.r.o.
AMIS Medica s.r.o.
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
Ciech Polfa Sp. z o.o., Warsaw
COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.
IBI, spol. s r.o.®
ELI LILLY ČR, s.r.o.
GEROT-LANNACHER Ges.m.b.H
KRKA ČR, s.r.o.
MEDIAL spol. s r.o.
Medicom International s.r.o.
MEDIPOS P+P, s.r.o.
Merck Pharma k.s.
Novartis s.r.o.

Novartis Vaccines and Diagnostics s.r.o.
Nycomed s.r.o.
ORIFLAME COSMETICS
Pfizer, spol. s r.o.
PHARMIX, s.r.o.
sanofi-aventis, s.r.o.
SERVIER s.r.o.
SVUS Pharma a.s.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
Valeant Czech Pharma s.r.o.
VEGALL Pharma s.r.o.
WALMARK, a.s.
Wörwag Pharma GmbH & CO.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



MEDICÍNA PRO PRAXI
ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ



POŘADATELÉ DĚKIJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ A MEDIALIZACI KONGRESU

Valsacor[®]

valsartanum

potahované tablety
80 mg a 160 mg



OSUD POD TAKTOVKOU...

Základní informace pro předpis léčivého přípravku:
(přípraveno podle schváleného Souhrnu údajů o přípravku)

Název přípravku: Valsacor 40 mg, Valsacor 80 mg, Valsacor 160 mg. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 40 mg, 80 mg nebo 160 mg valsartanum. **Léková forma:** Potahovaná tableta. **Indikace:** Léčba esenciální hypertenze, léčba chronického srdečního selhání (třídy I/II NYHA), pokud nelze použít inhibitory ACE, nebo jako přídavná terapie k inhibitorům ACE, pokud nelze použít beta-blokátory, léčba klinicky stabilních pacientů se známými, symptomy nebo s radiologickým průkazem levého ventrikulárního selhání a/nebo s levou ventrikulární systolickou dysfunkcí po nedávném (12 h až 10 dní) infarktu myokardu. **Dávkování:** Hypertenze: Doporučená dávka valsartanu je 80 mg jednou denně bez ohledu na rasu nebo pohlaví. Podstatný antihypertenzní účinek se dostaví během 2 týdnů a maximální účinky lze pozorovat po 4 týdnech. U některých pacientů, u kterých se nedosahuje cílových hodnot krevního tlaku, lze buď zvýšit dávku na 160 mg nebo dosáhnout většího poklesu krevního tlaku přidáním některého thiazidového diuretika. Valsartan lze užívat v kombinaci s jinými antihypertenzivy. U pacientů se středním až závažným poškozením ledvin (tj. s clearancí kreatininu menší než 20 ml/min) nebo u pacientů na dialyze se doporučuje nižší zahajovací dávka 40 mg jednou denně. U pacientů s mírným až středním poškozením jater bez cholestázy je maximální doporučená dávka 80 mg valsartanu. **Srdeční selhání:** Doporučená zahajovací dávka je 40 mg dvakrát denně. Tuto dávku lze postupně zvyšovat do 80 až 160 mg dvakrát denně, v závislosti na pacientově snášenlivosti. Titraci na 80 mg a 160 mg dvakrát denně je třeba provádět v intervalech alespoň dvou týdnů. Maximální denní dávka podávaná v klinických studiích byla 320 mg, rozdělená do dvou částečných dávek. V průběhu této léčby je třeba zvážit snížení dávek diuretik. **Stav po infarktu myokardu:** U klinicky stabilních pacientů lze terapii zahájit již 12 h po infarktu myokardu. Po zahajovací dávce 20 mg dvakrát denně by se měl valsartan titrovat do 40 mg, 80 mg a 160 mg dvakrát denně v průběhu několika dalších týdnů. Zahajovací dávka se zajišťuje pomocí dělitelné tablety 40 mg. Cílová maximální dávka je 160 mg dvakrát denně. Obecně se doporučuje, aby pacienti dosahovali dávkovou hladinu 80 mg dvakrát denně v průběhu dvou týdnů po zahájení léčby, a aby se dosáhlo cílové maximální dávky 160 mg dvakrát denně do tří měsíců, v závislosti na pacientově snášenlivosti valsartanu během titrace. Pokud se vyskytne symptomatická hypotenze nebo renální dysfunkce, je třeba uvažovat snížení dávky. Nedoporučuje se kombinace s inhibitory ACE. U pacientů s mírným až středním poškozením jater by měly být dávky vyšší než 80 mg dvakrát denně zvažovány pouze, pokud je pravděpodobné, že klinický prospěch převáží nad možným rizikem souvisejícím se zvýšenou expozicí valsartanu. Pacienti se závažným poškozením jater, cirhózou nebo biliární obstrukcí by valsartan neměli užívat. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku valsartan nebo na kteroukoliv pomocnou látku tohoto přípravku. Závažné poškození jater, cirhóza, biliární obstrukce a těhotenství. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** U pacientů se závažnými ztrátami sodíku a/nebo objemu tekutin, jako jsou pacienti dostávající vysoké dávky diuretik, může ve vzácných případech nastat po zahájení léčby valsartanem symptomatická hypotenze. U pacientů s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou arterie solitární ledviny nebylo bezpečné užívání valsartanu stanoveno. Jako následek inhibice systému renin-aldosteron-angiotensin byly uváděny vzrůstající hladiny močoviny v krvi a kreatininu u krevním séru a změny renálních funkcí včetně (velmi vzácně) renálního selhání, zejména u pacientů dříve přítomnou renální dysfunkcí nebo u osob se závažnou srdeční nedostatečností. Užívání valsartanu u pacientů se srdečním selháním nebo u pacientů po infarktu myokardu běžně vede k určitému snížení krevního tlaku, avšak obvykle není nutné léčbu kvůli pokračující sympto-

matické hypotenzi přerušit, pokud jsou dodrženy pokyny ohledně dávkování. Při zahájení terapie u pacientů se srdečním selháním nebo po infarktu myokardu je opatrnost nutná. **Interakce:** Nebyly nalezeny žádné klinicky významné farmakokinetické interakce s následujícími léky, které se obvykle používají pro léčbu hypertonií: cimetidin, warfarin, furosemid, digoxin, atenolol, indometacin, hydrochlorothiazid, amlodipin, glibenklamid. Jelikož se valsartan významnou měrou nemetabolizuje, nelze očekávat klinicky relevantní interakce mezi léky ve formě metabolické indukce či inhibice systému cytochromu P450. I když se valsartan značně váže na bílkoviny krevní plazmy, studie *in vitro* neprokázaly na této úrovni s řadou molekul, které rovněž vykazují značnou vazbu na bílkoviny, jako je diklofenak, furosemid, a warfarin žádnou interakci. Blížší informace o interakcích najdete v úplném znění SPC. **Nežádoucí účinky:** V kontrolovaných klinických studiích u hypertonií byl celkový výskyt nepříznivých účinků srovnatelný s placebem. Nejčastěji se objevili virové infekce, posturální závratě a ortostatická hypotenze. Méně často se objevily infekce horních cest dýchacích, faryngitida, sinusitida, hyperkalemie, deprese, insomnie, synkopa, konjunktivitida, závratě s točením hlavy (vertigo), srdeční selhání, hypotenze, kašel, epistaxe, průjem, bolesti břicha, bolest zad, svalové křeče, myalgie, artritida, únava a astenie. Blížší informace o nežádoucích účincích najdete v úplném znění SPC. **Balení:** 28 potahovaných tablet po 40 mg, 80 mg nebo 160 mg. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 30°C. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí.

Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku (SPC). Na trhu nemusí být všechny síly přípravku.

Datum registrace: 27.6.2007

Datum revize textu SPC: 27.6.2007.

Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko.

Registrační číslo: Valsacor 40 mg: 58/380/07-C, Valsacor 80 mg: 58/381/07-C, Valsacor 160 mg: 58/382/07-C

Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Nepřetržitá veřejná informační služba: tel./zázn./fax: +420 221 115 150, e-mail: info@krka.cz



*Invence a znalosti
pro účinné a bezpečné
výrobky nejvyšší kvality.*