

# MEDICÍNA PRO PRAXI

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

---

**III. INTERNÍ KLINIKA 1. LF UK A VFN V PRAZE**

**INTERNÍ KLINIKA 2. LF UK A FN V MOTOLE, PRAHA**

**SPOLEČNOST SOLEN**

## MEDICÍNA PRO PRAXI

**V. kongres praktických lékařů a sester**

**2. – 3. ŘÍJNA 2008**

**PRAHA**

# ABSTRAKTA

ISSN 1214-8687 | Med. Pro Praxi 2008; 5 (10), (Suppl. B)

# Minimální dávka - maximální účinek



## ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU LODOZ 2,5 mg, LODOZ 5 mg A LODOZ 10 mg

**Složení:** Bisoprolol fumaras 2,5 mg/ 5 mg/ 10mg a hydrochlorothiazidum 6,25 mg v 1 tabletě.

**Indikace:** Mírná až středně těžká hypertenze.

**Dávkování a způsob podání:** Úvodní dávka je 2,5 mg bisoprololu /6,25 mg hydrochlorothiazidu jednou denně. Pokud je antihypertenzivní účinek nedostatečný lze dávku zvýšit na 5 mg bisoprololu / 6,25 mg hydrochlorothiazidu denně. Při nedostatečné odpovědi lze dávku zvýšit na 10 mg bisoprololu / 6,25 mg hydrochlorothiazidu denně.

**Kontraindikace:** Přecitlivělost na bisoprolol a hydrochlorothiazid nebo na jinou látku obsaženou v přípravku, těžké astma, kardiogenní šok, hypotenze, významná bradykardie, Raynaudův syndrom, Prinzmetalova angina pectoris, syndrom chorého sinu, závažné poškození jater a ledvin.

**Upozornění:** Ukončení léčby bisoprololem u pacientů s ischemickou chorobou srdeční by nemělo být nikdy náhlé. Nežádoucí účinky: Únava, vyčerpání, závratě,

bolest hlavy, zvracení, průjem, zácpa, pocit chladu, necitlivost končetin, poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy, vzestup triglyceridů a cholesterolu.

**Interakce:** Kombinace s floktafeninem a sultopridem jsou kontraindikované.

**Opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25°C.

**Velikost balení:** 30 tablet. Držitel rozhodnutí o registraci: Merck KGaA, Darmstadt, Německo.

**Registrační číslo:** Lodoz 2.5 mg 58/357/03-C, Lodoz 5 mg 58/358/03-C, Lodoz 10 mg 58/359/03-C.

Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného pojištění. Před předepsáním se seznamte s úplnou informací o přípravku.

**Datum poslední revize textu:** 18.6.2008.

Úplné informace o přípravku poskytneme na adrese společnosti Merck Pharma k.s.

Odkazy: 1) Papademetriou et al., Cardiovasc Rev Rep. 1998 (Dec), 2) Neutel et al., Cardiovasc Rev Rep. 1996; 17: 33-45, Prisant et al., Am Heart J 1995; 130:359-366, Prisant et al., Am J Ther. 1998; 5:313-321, Papademetriou et al., Cardiovasc Rev Rep. 1998 (Dec)

  
bisoprolol/6,25mg hydrochlorothiazid

Ojedinělá fixní kombinace  
k léčbě hypertenze.

Cardiometabolic Care

Merck Pharma k.s.  
Zděbradská 72  
251 01 Říčany – Jažlovice  
tel.: 323 619 211  
www.merck.cz, www.lodoz.com

 **MERCK**  
SERONO

9:30 Slavnostní zahájení

## 9:40–11:00 1. PREVENCE KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ I.

(koordinátor **prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA**)

- Kouření, metabolický syndrom a ateroskleróza – MUDr. Petr Sucharda, CSc.
- Kardiovaskulární riziko diabetika – MUDr. Alena Adamíková, Ph.D.
- ▶ Kardiovaskulární riziko při obezitě a hypertenzi – prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA

## 11:00–11:25 **Firemní sympozium Servier I.**

- Proč a jak ovlivnit zvýšenou aktivitu sympatického nervového systému (nejen) u metabolického syndromu – MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

11:25–11:50 Přestávka

## 11:50–12:40 2. PREVENCE KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ II.

(koordinátor **prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA**)

- Dyslipidemie jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění – prof. MUDr. Richard Češka, CSc.
- ▶ Erektilní dysfunkce jako první příznak hrozícího kardiovaskulárního onemocnění – MUDr. Karel Kočí

## 12:40–12:55 **Firemní sympozium Eli Lilly**

- Erektilní dysfunkce – postoj partnerů a jejich očekávání od léčby – MUDr. Taťána Šrámková, CSc.

12:55–14:30 Oběd

## 14:30–16:00 3. NOVINKY VE ZDRAVOTNICKÉM PRÁVU V ROCE 2008

(koordinátor **JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.**)

- ▶ Novinky ve zdravotnickém právu v roce 2008 – JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

## 16:00–16:10 **Firemní sympozium Mediclinic**

- Mediclinic – alternativa pro lékaře – Dr. Martin Hofman

16:10–16:30 Přestávka

## 16:30–18:00 4. REVMATOLOGIE

(koordinátor **doc. MUDr. Radim Bečvář, CSc.**)

- Současná diagnostika a terapie osteoartrózy – MUDr. Marta Olejárová, CSc.
- Revmatismus měkkých tkání – MUDr. Hana Jarošová
- Zánětlivé revmatické choroby v ambulantní praxi – diagnostika a terapie – doc. MUDr. Radim Bečvář, CSc.

20:00 Společenský večer

- Raut
- Živá kapela
- A určitě přijde i KOUZELNÍK

# PÁTEK, 3. října 2008

## 9:00 – 10:50 **5. ONKOLOGIE**

(koordinátor **doc. MUDr. Marek Trněný, CSc.**)

- Kolorektální karcinom – prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.
- ▶ Kdy pomýšlet u nemocného na lymfom či chronickou lymfatickou leukémii – MUDr. David Belada
- ▶ Moderní léčba lymfomů a její dopad na sledování pacienta v ambulanci praktického lékaře – MUDr. Vít Procházka
- ▶ Projekt CRAB – Včasnou diagnostikou mnohočetného myelomu za lepší kvalitu života – MUDr. Jan Straub

## 10:35 – 10:50 **Na aktuální otázky nefrologie**

- Metabolizmus, ledviny a hypertenze – prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.

10:50 – 11:10 Přestávka

## 11:10 – 11:30 **Firemní sympozium SERVIER II.**

- Studie ADVANCE – větev intervence hyperglykémie – MUDr. Marcela Szabó

## 11:30 – 13:00 **6. DIABETOLOGIE**

(koordinátor **doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.**)

- ▶ Edukace diabetika 2. typu – prof. MUDr. Alexandra Jirkovská, CSc.
- Péče o diabetika 2. typu s endokrinopatií v ordinaci praktického lékaře – MUDr. Pavla Řehořková, Ph.D.
- ▶ Prevence a léčba hypoglykémie u diabetika 2. typu – doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

13:00 – 14:30 Oběd + zasedání redakční rady časopisu Medicína pro praxi

## 14:30 – 16:10 **7. OTORINOLARYNGOLOGIE**

(koordinátor **doc. MUDr. Aleš Hahn, Dr. med., CSc.**)

- Vertigo – MUDr. Lukáš Otruba
- Korekce sluchových vad – MUDr. Zuzana Veldová, MUDr. Zina Hánová
- Tonzilitidy a jejich možné komplikace – MUDr. Jana Voldánová, MUDr. Klára Hronková
- Traumatologie hlavy a krku – MUDr. Petr Schalek, MUDr. Jaromír Zahradil

16:10 Vylosování ankety společnosti Solen

## UKONČENÍ KONFERENCE

## **HOTEL OLYMPIK TRISTAR, Praha 2. – 3. 10. 2008**

### **PREZIDENT**

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA

### **POŘADATEL**

III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze,  
Interní klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha, Solen, s.r.o.

### **PROGRAMOVÝ VÝBOR**

doc. MUDr. Radim Bečvář, CSc.,  
doc. MUDr. Aleš Hahn, Dr. med., CSc.,  
JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.,  
prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA,  
MUDr. Hana Šarapatková,  
doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.,  
doc. MUDr. Marek Trněný, CSc.

ÚČAST JE V RÁMCI CELOŽIVOTNÍHO POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ DLE STAVOVSKÉHO PŘEDPISU Č. 16 ČLK OHODNOCENA 10 KREDITY PRO LÉKAŘE A 6 KREDITY PRO SESTRY  
Příloha časopisu Medicína pro praxi  
ISSN 1214-8687 / Med. Pro Praxi 2008; 5 (10), (Suppl. B)

**ORGANIZÁTOR:** SOLEN, s.r.o., Lazecská 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, e-mail: reichelova@solen.cz

**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](mailto:swiss_pharma@volny.cz)

[www.swisspharma.info](http://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](mailto:swiss_pharma@volny.cz)

[www.swisspharma.info](http://www.swisspharma.info)



## Kouření, metabolický syndrom a ateroskleróza

MUDr. Petr Sucharda, CSc.  
3. interní klinika VFN Praha  
a 1. LF UK Praha

Kouření cigaret přináší kromě obtíží s dýcháním, vysokého rizika nádorů a nedostatečného prokrvení periferních tkání také závažné důsledky metabolické, zejména negativní ovlivnění lipidového a glukózového metabolismu. Nejpravděpodobnějším prostředníkem mezi kouřením a aterosklerózou je metabolický syndrom, nenáhodný souběh hypertenze, dyslipidémie a poruchy metabolismu cukrů. Podmínkou metabolického syndromu je zvětšený obvod pasu (břicha), podmíněný ukládáním tuku do viscerálních tkání. Kouření cigaret je spojeno s abdominální obezitou a inzulinorezistencí, takže tvoří i významný rizikový faktor diabetu a hypertenze. Kouření, metabolický syndrom a ateroskleróza jsou navzájem mnohonásobně provázány. Zanechání kouření musí být u osob s metabolickým syndromem absolutním požadavkem v sekundární prevenci klinických projevů aterosklerózy.

## Kardiovaskulární riziko diabetika

MUDr. Alena Adamíková, Ph.D.  
Diabetologické centrum, Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Zlín

**Úvod:** Diabetes mellitus zvyšuje riziko onemocnění srdce dvakrát až čtyřikrát. Riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění je u diabetiků v podobné míře rizika nediabetiků, kteří již měli infarkt myokardu. Diabetici, kteří měli infarkt myokardu, mají ve srovnání se zbytkem populace pětkrát vyšší riziko úmrtí v důsledku kardiovaskulárních chorob.

**Metody:** Nové velké intervenční studie publikované v letošním roce se zaměřily na zhodnocení účinků dlouhodobého snížení glykémie u diabetiků 2. typu. Studie ADVANCE zahrnovala 11 140 pacientů s DM 2. typu s vysokým kardiovaskulárním rizikem a sledovala vliv intenzivní kompenzace s cílovou hodnotou HbA1c  $\leq 6,5\%$  založené na terapii gliklazidem na snížení komplikací. Studie VADT zahrnovala 1 791 DM 2. typu a porovnávala dvě větve

s HbA1c  $\leq 6\%$  při intenzivní léčbě a 8–9% při běžné léčbě. Studie ACCORD zahrnovala 10 251 DM 2. typu s cílovou hodnotou HbA1c  $\leq 6\%$  v intenzivní a 7–7,9% ve skupině s běžnou léčbou.

V běžné praxi je třeba určit diabetiky s vysokým rizikem kardiovaskulárních onemocnění, u kterých je pak vhodné použít nákladné vyšetřovací metody a postupy. Lze využít některých markerů KV onemocnění, kromě tradičních jako je lipidové spektrum má velký význam vyšetření mikroalbuminurie a vysoce senzitivního C-reaktivního proteinu (hs-CRP).

**Výsledky:** Studie ADVANCE prokázala v intenzivní větvi 10% snížení ( $p=0,013$ ) primárního endpointu (závažné mikro- a makrovaskulární příhody a úmrtí) se 14% snížením výskytu mikrovasculárních příhod ( $p=0,01$ ) a s tendencí k redukci KV mortality (12%,  $p=0,12$ ). Studie VADT za 6,25 let s rozdílem HbA1c 1,5% mezi skupinami nezjistila významný rozdíl v úmrtí a závažných KV příhodách. Studie ACCORD byla v intenzivní větvi zastavena pro zvýšení mortality ze všech příčin (5% vs. 4%,  $p=0,04$ ) a počtu KV úmrtí (2,6% vs. 1,8%,  $p=0,02$ ). Ve studiích byl zaznamenán velký rozdíl v míře výskytu závažných hypoglykemií (počet příhod na 100 pacientů ročně) s nízkou mírou ve studii ADVANCE (0,7) a vysokou ve studii VADT (2,03) a velmi vysokou ve studii ACCORD (4,6), což bylo dáno odlišnými strategiemi léčby k dosažení požadovaných cílů.

Ve sledování 302 asymptomatických diabetiků 2. typu bez anamnézy KV onemocnění na našem pracovišti byl výskyt mikroalbuminurie 12,6% a u všech se prokázala různě závažná forma KV onemocnění.

**Závěry:** Prevence KV onemocnění u diabetiků je založena na dobré kompenzaci onemocnění bez hypoglykemií a na určení a optimalizaci léčby kardiovaskulárních rizikových faktorů.

## Kardiovaskulární riziko při obezitě a hypertenzi

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA  
3. interní klinika VFN Praha  
a 1. LF UK Praha

**Úvod:** Komplexní kardiovaskulární riziko, které přináší tzv. metabolický syndrom, je nejvíce vázáno na diabetes. Samotné kardiovas-

kulární riziko hypertenze a zejména obezity je sice nepochybné, ale je významně menší.

**Kardiovaskulární riziko obezity:** Redukce hmotnosti ovlivňuje nejvíce metabolická a onkologická rizika obezity (až 50% redukce rizika). Kardiovaskulární rizika klesají méně (cca o 20%). Sama obezita může přinášet i nulové kardiovaskulární riziko, jak ukázala např. 7letá Botnia Study. Navíc pod pojmem „paradox obezity“ jsou shrnovány jevy, kdy obezita rizika mortality snižuje. Patří sem například renální selhání, respirační onemocnění, ale i některá onemocnění kardiovaskulární jako např. srdeční selhání. Obezita má nepochybné kardiovaskulární rizika nepřímá, projevující se až po mnoha letech zejména cestou postupně se manifestujících složek metabolického syndromu a zejména diabetu 2. typu u obézních. Navíc u konkrétního obézního pacienta je z hlediska snížení kardiovaskulárního rizika významnější fyzická aktivita než rizika vázaná na BMI či obvod pasu. Diabetes mellitus pak zvyšuje riziko onemocnění srdce až čtyřikrát.

**Kardiovaskulární riziko hypertenze:** Kardiovaskulární riziko hypertenze je nepochybné (přibližně dvojnásobné) vůči normotenzním osobám. Ještě lepším prognostickým faktorem je však mikroalbuminurie, která může být vázána nejen na hypertenzi a diabetes, ale i na obezitu. Kardiovaskulární riziko pacienta s mikroalbuminurií je až 3x vyšší. Navíc přibývají dnes důkazy, že mikroalbuminurie odhaduje dobře kardiovaskulární riziko dokonce v rámci své normy. Osoby s mikroalbuminurií v horním pásmu normy mají riziko výrazně nižší než v dolním pásmu normy.

**Závěr:** Krátkodobá kardiovaskulární rizika obezity jsou často přeceňována. V prevenci kardiovaskulárních komplikací obézních je důležitá zábrana vzniku diabetu 2. typu a dostatečná fyzická aktivita. Důsledná léčba hypertenze a dalších komplikací obezity rovněž snižuje kardiovaskulární riziko. Léčba ACE inhibitory a AT-1 blokátory může redukovat mikroalbuminurii a zároveň být prevencí diabetu 2. typu. Právě monitorování mikroalbuminurie je nejdůležitějším opatřením v posouzení kardiovaskulárního rizika obézních, hypertoiniků i dalších pacientů s metabolickým syndromem. U obou onemocnění je kardiovaskulární riziko významně ovlivnitelné i dietou.

## Firemní sympozium Servier I.

### Proč a jak ovlivnit zvýšenou aktivitu sympatického nervového systému (nejen) u metabolického syndromu

MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.  
Centrum preventivní kardiologie,  
III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Zvýšená aktivita sympatického nervového systému (SNS) byla dobře dokumentována u osob s esenciální hypertenzí i obezitou a je známo, že úroveň aktivace sympatiky je významně větší u nemocných s kombinací těchto faktorů – typicky u osob s metabolickým syndromem. Mechanizmů aktivace SNS u metabolického syndromu je více: porušení baroreflexní regulace, hyperinzulinémie při inzulinové rezistenci, zmnožení intraabdominální tukové tkáně a v neposlední řadě změny hormonálních regulací (angiotenzin II, leptin, katecholaminy). Nadměrná aktivace SNS má negativní vliv na strukturu a funkci kardiovaskulárního systému (zhoršení endoteliální dysfunkce, snížení elasticity cévní stěny, hypertrofie stěny levé komory srdeční), nepříznivě zasahuje do

neurohumorálních regulací (systém RAAS, katecholaminová osa) a současně zhoršuje intermediární metabolismus (dyslipidémie, hyperinzulinémie, inzulinová rezistence). Takto porušené regulační mechanismy zpětnovazebně prohlubují dysfunkci autonomního nervového systému a hyperaktivaci SNS. Důsledkem je výraznější inzulinová rezistence, vznik diabetes mellitus a významné zvýšení rizika kardiovaskulárních komplikací u nemocných s metabolickým syndromem. K detekci zvýšené aktivity SNS lze používat složité metody (měření vylučování noradrenalinu na synapsích či celkových odpadů katecholaminů v moči aj.), ale v klinické praxi postačí jednoduchý ukazatel, jakým je srdeční frekvence. Zvýšená tepová frekvence je samostatným rizikovým markerem kardiovaskulárních onemocnění a dobře nás informuje o aktuální aktivitě SNS. Existuje řada způsobů, dokumentovaných klinickými studiemi, jak nepříznivou aktivaci sympatiky ovlivnit. Zvýšení fyzické aktivity a snížení tělesné hmotnosti je spojeno s poklesem aktivity SNS a dalšími příznivými metabolickými efekty. Nestačí-li režimová opatření, můžeme hyperaktivaci SNS ovlivnit farmakologicky.

Několik lékových skupin snižuje prokazatelně aktivitu SNS v experimentu i klinické praxi. Jsou to inhibitory ACE, blokátory AT1 receptorů, agonisté imidazolinových receptorů a betablokátory. Kromě posledně jmenovaných je farmakologické ovlivnění hyperaktivace SNS spojeno se zlepšením inzulinové senzitivity, což je zvláště významné u osob s metabolickým syndromem. K důkazům dokumentujícím význam snižování aktivace SNS u nemocných s kumulací rizikových faktorů v poslední době přibyla nová data z projektu METABOLIC. V tomto projektu byl hodnocen vliv podávání centrálně působícího antihypertenziva rilmenidinu na výši krevního tlaku a tepovou frekvenci u velkého souboru nemocných v podmínkách každodenní praxe v České republice. I tyto údaje potvrdily významné zlepšení sledovaných parametrů podávanou léčbou při velmi dobré toleranci. Spolu s režimovými a dietními opatřeními jsou antihypertenziva ze skupin ACEi/AT1 blokátorů a centrálně působící antihypertenzivní látky (agonisté imidazolinových receptorů) základem intervence nepřiměřené aktivace SNS (nejen) u nemocných s metabolickým syndromem.

## Prevence kardiovaskulárních onemocnění II.

### Dyslipidemie jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění

prof. MUDr. Richard Češka, CSc.

Abstrakt nedodán.

### Erektilní dysfunkce jako první příznak hrozícího kardiovaskulárního onemocnění

MUDr. Karel Kočí, CSc.  
Andromeda, Praha

Erektilní dysfunkce (ED) postihuje ve více či méně závažné formě přibližně polovinu mužů ve věku od 35 do 65 let. Má prakticky shodné rizikové faktory jako ischemická choroba srdeční. Několik studií prokázalo velký význam ED jako cenného a zejména

časného prediktoru budoucí ICHS. Muži s ED mají celkově dvojnásobně vyšší riziko vzniku akutního infarktu myokardu (AIM) než muži bez této poruchy. Byl prokázán výrazný nárůst rizika s přibývajícím věkem. Zatímco ve skupině mužů s ED ve věku 45–49 let bylo riziko 3,1krát vyšší, muži s ED ve věku 50–55 let měli riziko vzniku AIM čtyřikrát vyšší. Vzhledem k tomu, že průměr koronárních arterií je 3–4 mm a penilních cév jen 1–2 mm, projev se porucha funkce orgánu v důsledku zhoršení průtoku krve daleko dříve na penisu než na srdci. Střední doba od vzniku ED do vzniku koronární poruchy je 38,8 měs. (1–162 měs.). Lékař, který vyšetřuje pacienta trpícího ED, má vynikající příležitost praktikovat preventivní kardiologii – existence ED by jej měla podnítit k vyšetření možných kardiovaskulárních rizikových faktorů. Podle Princetonského doporučení z r. 2006 je muž s ED a bez kardiálních příznaků kardiologický pacient, dokud není prokázán opak. ED

může být indikátorem němé ICHS dokonce i v případech s normálním nálezem na zátěžovém EKG. Radikální kroky ke snížení rizika ICHS by měly být zahájeny i u mužů s ED bez kardiálních příznaků. Ke snížení rizika máme k dispozici časové okno 2–5 let.

Metodou první volby v terapii ED jsou inhibitory fosfodiesterázy typu 5 (iPDE5) – tadalafil, sildenafil, vardenafil. Jejich účinnost a bezpečnost je při dodržení základních pravidel vynikající, nežádoucí účinky jsou jen u malého počtu pacientů, jsou mírné a přechodné. Při jejich preskripci je nutno pacienta upozornit na to, že léky účinkují pouze při sexuální stimulaci (nelze zkoušet "nanečisto"), že je musí užít dostatečně dlouho před stykem (nejméně půl hodiny, raději hodinu), že je nutno k objektivnímu posouzení účinku u konkrétního pacienta užít lék alespoň 4–6x (nikdy ne jednorázově), že u sildenafilu a vardenafilu může být nástup účinku po jídle opožděn (neplatí u tadalafilu). Konkrétní

lék je nutno zvolit podle potřeb a požadavků pacienta a jeho partnerky – některým pacientům vyhovuje vzhledem k jejich partnerskému vztahu a způsobu sexuálního života krátko-

dobý přípravek (sildenafil, vardenafil), většina však volí dlouhodobě působící lék (tadalafil). Posledním přírůstkem do skupiny iPDE5 je od května letošního roku tadalafil 5 mg pro kaž-

dodenní používání, který je ideální pro dvojice s intenzivním sexuálním životem a který odstraňuje vazbu sex = pilulka, jež může v některých případech působit negativně.

## Firemní sympozium Eli Lilly

### Erektilní dysfunkce – postoj partnerů a jejich očekávání od léčby

MUDr. Taťána Šrámková, CSc.  
Klinika traumatologie LF MU,  
Úrazová nemocnice  
Ústav psychologie a psychosomatiky  
LF MU, Brno

Erekcce představuje barometr mužského zdraví, protože erektilní dysfunkce se vyskytuje často jako první příznak závažných, mnohdy život ohrožujících chorob nejčastěji z oblasti kardiovaskulární (ICHS) a onkologické (karcinom prostaty).

Erektilní dysfunkce (ED), která je definovaná jako trvalá neschopnost dosáhnout a udržet ztopoření dostatečné k realizaci uspokojivého sexuálního styku, postihuje v různém stupni každého druhého českého muže ve věku od 35 do 65 let. Přesto se

pouze každý desátý postižený muž rozhodne vyhledat lékaře. Erektilní dysfunkce má párový charakter a vede k narůstání dysharmonie mezi partnery. ED představuje stres pro pár s limitovaným repertoárem sexuálního chování a zasahuje i do oblasti nesexuálního života. Proto je běžným důsledkem deprese a strach z očekávání u jednoho či obou partnerů, napětí a nejistota ve vztahu. ED má negativní dopad na sexuální prožívání partnerek postižených mužů. Snížení sexuální apetence, vzrušivosti, dosažení orgazmu i satisfakce bylo popsáno u žen, jejichž partneři trpěli ED. Za důležitou a nezbytnou považují vzájemnou komunikaci partnerů, ale ta často vážně, dochází ke komunikační bariéře. Muž se vyhýbá intimnímu kontaktu ze strachu z dalšího selhání, žena vidí problém u sebe, obává se ztráty vlastní přitažlivosti, ale také nevěry partnera. Role vstřícné, kooperující partnerky spočívá ve schopnosti pojmenovat problém, podpořit a motivovat partnera k vyšetření a léčbě s vě-

domím souvislosti ED a možného závažného somatického onemocnění.

První krokem v léčbě poruch erekce je moderní generace tablet inhibitorů PDE5. Již 10 let máme ověřeno řadou kontrolovaných klinických studií i běžným klinickým podáváním, že tato léčba je účinná a bezpečná. Muži i jejich partnerky shodně preferují méně invazivní, ale efektivní terapeutické postupy, očekávají návrat erekce dostatečné rigidity při zachování spontaneity sexuálního života. Při léčbě ED nevyžadujeme účast partnerky v ordinaci, ale její podpora je jedním z klíčových bodů úspěšné léčby. I partnerka má benefit z léčby: u skupiny žen, jejichž partneři užívali inhibitory PDE5, bylo zjištěno zlepšení sexuálních funkcí – zvýšení sexuální apetence, vzrušení a dosažení orgazmu vždy nebo téměř vždy. S ohledem na kvalitu života i v rámci preventivní medicíny (kardiovaskulární a onkologické choroby) je role praktických lékařů nezbytná pro aktivní vyhledávání pacientů s ED.

## Novinky ve zdravotnickém právu v roce 2008

### Novinky ve zdravotnickém právu v roce 2008

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.  
Advokátní kancelář, Brno

Příspěvek bude zaměřen na novinky na poli medicínského práva od počátku roku 2008. Zvláštní pozornost bude věnována regulačním poplatkům, jejich výběru, postupu v případě nevybrání a oprávnění pojišťoven

sankcionovat nevybrání poplatku. V další části se budeme zabývat aktuálními trendy v trestní problematice s důrazem na kazuistiku.

## Firemní sympozium Mediclinic

### Mediclinic – alternativa pro lékaře

Dr. Martin Hofman  
Mediclinic a.s., Praha

Zmapování situace na poli primární lékařské péče v ČR – věkové rozložení dle druhu praxe a kraje, hrozící nebezpečí. Představení projektu privátní ambulantní sítě MediClinic – vybudování sítě ambulancí,

řešení kritické personální situace, systémové řešení.

# Revmatologie

## Současná diagnostika a terapie osteoartrózy

MUDr. Marta Olejárová  
Revmatologický ústav Praha

Osteoartróza (OA) je nejčastější onemocnění periferních kloubů, jehož prevalence se bude s procesem stárnutí populace dále zvyšovat. Patří k častým příčinám pracovní neschopnosti a invalidity, což dále podtrhuje epidemiologický význam tohoto onemocnění.

Osteoartróza je poměrně heterogenní skupina stavů různého původu (primární, sekundární OA), které mají finálně podobný klinický, morfologický a rentgenový obraz. Diagnostika OA je založena na přítomnosti typických klinických projevů tohoto onemocnění, jež se liší podle lokalizace postižení, a na průkazu typických rtg změn (zúžení kloubní štěrbiny, osteofyty). Pro diagnózu OA je nutná současná přítomnost klinických i rentgenových příznaků choroby; samotný nález degenerativních kloubních změn na rtg bez klinických projevů pro diagnózu OA nestačí.

Diagnóza běžné OA v klinické praxi obvykle nečiní obtíže, v nejasných či sporných případech může lékař užít diagnostická kritéria ACR (American College of Rheumatology), vypracovaná pro diagnostiku gonartrózy, koxartrózy a OA rukou.

Terapie OA by měla být komplexní, tj. obsahovat nefarmakologická opatření i farmakoterapii. U OA není úprava životosprávy či pohybového režimu pouze pasivní adaptací na chorobný proces, ale vhodná opatření, jako např. pravidelné cvičení nebo redukce váhy představují terapeutickou intervenci, která může významně zlepšit klinické obtíže. Farmakoterapie spočívá v podávání symptomatologických léků (analgetika, nesteroidní antirevmatika a pomalu působící léky OA – SYSADOA) a léků se strukturálním efektem, tj. schopných zpomalit morfologickou progresi onemocnění. Při selhání konzervativní léčby u nemocných se silnou bolestivostí nebo výrazným funkčním postižením je indikována léčba chirurgická.

Terapie OA se pochopitelně liší podle lokalizace OA a měla by být navržena také s ohledem na stadium postižení, klinické obtíže, funkční postižení a případná přidružená onemocnění. Mezinárodní společnost OARSI

(Osteoarthritis Research Society International) byla vytvořena doporučení pro léčbu OA nosných kloubů (kyčel, koleno), která byla publikována v závěru loňského a na počátku letošního roku (1,2). Tato doporučení obsahují nefarmakologické postupy, farmakoterapii a chirurgickou léčbu.

Nefarmakologické postupy zahrnují: 1. kombinaci nefarmakologické léčby a farmakoterapie, 2. edukaci pacienta a úpravu životosprávy, 3. pravidelné telefonické kontroly lékařem či sestrou, 4. jednorázové vyšetření fyzioterapeutem s instrukcemi ke cvičení, 5. pravidelné cvičení, 6. redukci váhy u obézních, 7. používání opěrných pomůcek (hole, berle, chodítka) u aktivované OA, 8. aplikaci ortéz u gonartrózy s lehkou a středně závažnou instabilitou kolenního kloubu, 9. nošení zdravotní obuvi a ortopedických vložek, 10. aplikaci tepla a chladu (u gonartrózy), 11. transkutánní elektrickou nervovou stimulaci (TENS, u gonartrózy) a 12. akupunkturu.

Farmakoterapie doporučuje: 13. paracetamol jako lék volby pro léčbu mírné až středně silné bolesti u koxartrózy i gonartrózy, 14. NSA při neúčinnosti paracetamolu, v co nejnižších dávkách a po co nejkratší dobu, 15. lokální NSA a kapsaicin u gonartrózy, 16. intraartikulární injekce glukokortikoidů u koxartrózy a gonartrózy se středně silnou až silnou bolestí, 17. intra-artikulární injekce kyseliny hyaluronové u koxartrózy i gonartrózy, 18. glukosamin a chondroitin sulfát pro úlevu od bolesti (u gonartrózy), 19. glukosamin sulfát, chondroitin sulfát a diacerein ke zpomalení progresu choroby, 20. slabé a středně silné opioidy pro terapii refrakterní bolesti.

Chirurgická léčba zahrnuje: 21. totální kloubní náhrady (kyčle, koleno), 22. unikompartmentální kloubní náhrady (u gonartrózy s postižením jen jednoho kompartmentu), 23. osteotomie a preventivní chirurgické výkony u mladých dospělých se symptomatologickou koxartrózou, zejména u dysplazií, 24. kloubní laváž a artroskopické ošetření (debridement) u gonartrózy a 25. artrodézu jako záchranný výkon při selhání kloubní náhrady.

Terapie OA rukou byla navržena Evropskou ligu proti revmatizmu a publikována v r. 2007. Nefarmakologická léčba zahrnuje: 1. komplexní terapii – kombinaci nefarmakologické a farmakologické léčby, 2. celkový individuální přístup s ohledem na klinický obraz, rizikové

faktory, komorbiditu, 3. edukaci pacienta a cvičení, 4. lokální aplikaci tepla, 5. aplikaci ortéz a dlah. Farmakoterapie doporučuje: 6. lokální terapii NSA a kapsaicinem, 7. paracetamol jako analgetikum volby, 8. NSA při neúčinnosti paracetamolu, 9. SYSADOA a 10. intraartikulární glukokortikoidy. 11. Chirurgická léčba se doporučuje u těžkých artróz s funkčním postižením, nejčastěji se provádí u rizartrózy.

### Literatura

- Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. *Osteoarthritis Cartilage* 2007;15(9):981-1000.
- Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008;16(2):137-62.
- Zhang W, Doherty M, Leeb BF, Alekseeva L, Arden NK, Bijlsma JW, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis – report of a task force of the Eular Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2007;66(3):377-88.

## Revmatismus měkkých tkání

MUDr. Hana Jarošová  
Revmatologický ústav Praha

Revmatismem měkkých tkání jsou nazývány bolestivé syndromy pohybové soustavy lokalizované převážně mimo vlastní klouby a kosti s postižením periartikulárních vazivových struktur. Může se jednat o lokální záležitost nebo může být součástí systémového onemocnění. Charakteristickým znakem těchto stavů je bolest.

Dělení dle Russella a Raphaela (2008):

### Klasifikace bolestivých syndromů měkkých tkání:

#### Lokální:

Burzitidy: subakromiální, olekranová, trochanterická, prepatelární, anserina

Tenosynovitidy: bicepsu, supraspinatu, infrapatelární, Achillovy šlachy

Entezopatie: laterální a mediální epkon-dylitida

**Regionální:**

Myofasciální bolestivý syndrom – zahrnuje svaly trupu a končetin

Myofasciální bolestivý dysfunkční syndrom – zahrnuje svaly obličejové

Referovaná bolest – z viscerálních a jiných měkkých tkání

Komplexní regionální bolestivý syndrom – typ I a II

**Generalizované:**

Fibromyalgický syndrom (FMS)

Chronický únavový syndrom – FMS-like

Osteomalacie – deficit vit. D

Hypermobilní syndrom – laxita měkkých tkání v osovému skeletu a kloubech

### **Zánětlivé revmatické choroby v ambulantní praxi – diagnostika a terapie**

doc. MUDr. Radim Bečvář, CSc.  
Revmatologický ústav Praha

Lékaři prvního kontaktu se ve své praxi setkávají ze zánětlivých revmatických chorob zejména s nemocnými s dnovou nebo parainfekční artritidou. Méně často je navštíví nemocný s difuzním onemocněním pojiva (revmatoidní artritidou) nebo některým typem spondylartritidy (např. ankylozující spondylitidou).

**Dna (arthritis urica)** je zánětlivé kloubní onemocnění vyvolané krystaly kyseliny močové. Je charakterizováno zvýšeným množstvím kyseliny močové, které se projevuje hyperurikémií, dále akutní artritidou epizodického charakteru, která může přejít do chronicity a typickým postižením ledvin (urolitiáza, dnava nefropatie a akutní tubulární nekróza) nebo asociována s metabolickým syndromem. Dna postihuje převážně muže ve 4. a 5. dekádě, ženy zpravidla až po klimaktériu. Dnavý záchvat

začíná v časných ranních hodinách náhlou krutou bolestí v metatarzofalangeálním kloubu palce. Záchvatu může předcházet exces v jídle, pití, infekce, stres, trauma nebo operace. Kloub je zarudlý, horký a bolestivý. Dále bývají postižena kolena, hlezna a drobné nožní klouby. Dnavé tofy nacházíme na palci nohy, ušních boltcích, loktech a drobných ručních kloubech. Laboratorní nálezy ukazují hyperurikémii a vyšší reaktanty zánětu. Terapie spočívá ve vyloučení potravin s vysokým obsahem purinů, omezení alkoholu, snížení hmotnosti a medikamentózní léčbě. Akutní záchvat léčíme kolchicinem, alternativou jsou diclofenac nebo indometacin a instilace kortikosteroidů. V klidových obdobích se podává inhibitor xantinoxidázy alopurinol.

**Parainfekční artritida** se objevuje v průběhu akutního infekčního onemocnění obvykle respiračního, trávicího a urogenitálního traktu. Postihuje nemocné každého věku bez rozdílu pohlaví. Bývají postiženy drobné střední a často kolenní nebo ramenní klouby. Projevuje se bolestí, otokem a omezenou hybností postižených kloubů. Laboratorní obraz nevykazuje zvláštnosti oproti běžné infekci, rtg obraz bývá beze změn. Při včasné a cílené léčbě antibiotiky pomalu odeznívá, obvykle je třeba podat současně NSA v plné dávce a někdy přechodně i kortikosteroidy.

**Revmatoidní artritida** postihuje asi 1 % populace, vyskytuje v každém věku a postihuje častěji ženy než muže. Na počátku se často objevují celkové příznaky, artritida se vyvíjí zpravidla pomalu během týdnů až měsíců. Nejdříve bývají postiženy metakarpofalangeální, proximální interfalangeální a radiokarpální klouby. Typické je polyartikulární, symetrické postižení s výraznou ranní ztuhlostí. Postižené klouby jsou zduřelé, teplejší s omezenou pohyblivostí. V laboratorním obraze bývá zvýšení reaktantů záně-

tu, anémie a trombocytóza. Dále zjišťujeme přítomnost revmatoidních faktorů nebo protilátek proti cyklickému citrulinovanému peptidu. V radiologickém obraze můžeme nalézt destruktivní změny prakticky na všech kloubech. Terapie zahrnuje v akutním stadiu klid na lůžku a prevenci kontraktur. Rehabilitační léčba slouží k potlačení bolesti, odstranění ztuhlosti a zlepšení hybnosti kloubu a svalové síly. V léčbě užíváme NSA, analgetika a zejména léky modifikující průběh choroby: antimalarika, sulfasalazin, metotrexát, azathioprin, leflunomid, cyklofosamid a cyklosporin A. K ovlivnění akutních projevů se používají kortikosteroidy. Nověji se podává tzv. biologická léčba.

**Ankylozující spondylitida** je chronické zánětlivé onemocnění sakroiliakálních kloubů, páteře a někdy kloubů s entezopatiemi, záněty očí, vzácněji plic, srdce a ledvin. Vyskytuje se asi u 0,05 % populace a postihuje 4–6 x častěji muže. Genetická predispozice je dána vazbou na HLA B27. Typická je trvalá bolest v sakroiliakálních kloubech před 40. rokem života s ranní ztuhlostí mírnící se cvičením. Objektivně nacházíme postupně omezené rozvíjení jednotlivých segmentů páteře a zmenšování exkurzí hrudníku. Postiženy mohou být také ramena a kyčle, zřídka drobné klouby. V laboratorním obraze nacházíme zvýšené reaktanty zánětu, mírnou anémii a přítomnost antigenu B27. Při rtg vyšetření nacházíme zánětlivé změny na sakroiliakálních kloubech, na obratlích uzurace s vývojem přemostujících syndesmofytů. Průběh je obvykle ascendentní. V léčbě je zásadní celoživotní léčebný tělocvik. Farmakoterapie zahrnuje NSA a u nemocných s postižením kloubů navíc sulfasalazin. Převrat v terapii ankylozující spondylitidy zřejmě představuje biologická léčba.

# Onkologie

## Kolorektální karcinom Terciární prevence aneb jaterní metastázy kolorektálního karcinomu jsou léčitelné, i vyléčitelné!

prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.  
Masarykův onkologický ústav v Brně

**Primární prevence**, tedy předcházení rakovině tlustého střeva a konečníku různými dietními opatřeními a změnou životního stylu v praxi nefunguje, doporučení jsou spíše teoretická, dodržování málo uchopitelné, skutečné dopady špatně hodnotitelné. Větší naději na úspěch ve snižování úmrtnosti na kolorektální karcinom má **sekundární prevence**, screening, respektive časný záchyt nemoci v dobře vyléčitelném iniciálním stadiu. Kromě snadných, leč méně spolehlivých testů na okultní krvácení lze nyní plošně doporučit i primární kolonoskopii u padesátníků, jejíž součástí je podle aktuálního nálezu také stratifikace rizika a doporučení vhodného intervalu dalších preventivních kolonoskopií. Při zcela negativním nálezu a absenci rodinné záležitosti to může být až deset let, při nálezu polypů či adenomů podle jejich histologické skladby po endoskopickém odstranění 1–5 let. Problémem je zatím nízká účast starších občanů ve screeningu, ať již jde o snadnou detekci okultního krvácení Haemocult testem nebo primární preventivní neboli stratifikační kolonoskopii. Rezervy jsou však dosud i v **terciární prevenci**, kterou míníme efektivní sledování nemocných po primárně úspěšné léčbě kolorektálního karcinomu takovým způsobem, aby relaps onemocnění byl včas zachycen a zůstával stále léčitelný a vyléčitelný. V České republice registrujeme ročně bezmála 8000 nových případů kolorektálního karcinomu, více než 4000 nemocných na toto onemocnění každoročně umírá. Z 80% je nepříznivý vývoj tohoto spojen se vznikem a progresí jaterních metastáz, které neléčené nemocné zahubí. Včasná resekce solitárních nebo máločetných jaterních metastáz, doplněná předoperačně nebo pooperačně moderní chemoterapií a biologickou léčbou, dává naději na pětileté přežití dvěma třetinám pacientů, třetině pak na plné vyléčení. Kromě **standardní chirurgické resekční léčby** je navíc k dispozici také **radiofrekvenční ablace** otevřeným či zavřeným způsobem. Nabídka účinných cytostatik se z původního 5-fluorouracilu podstatně rozšířila o **irinotecan**, **oxaliplatinu**,

**kapecitabin** a další, z biopreparátů na bázi monoklonálních protilátek jsou k dispozici **cetuximab (anti-EFGR)** a **bevacizumab (anti-VEGF)**. Přesto ještě mnohde přetrvává nesprávný dojem, že výskyt jaterních metastáz je známkou již neléčitelného a nevléčitelného onemocnění. U pokročilých a mnohočetných jaterních metastáz tak tomu skutečně být může a jejich progresi lze chemoterapií pouze zpomalit. Často však nemocní přicházejí i při deklarované pravidelné poléčebné dispenzarizaci s jaterními metastázami objemnými a neresekabilními, byť je zřejmé, že při bedlivém cíleném vyšetřování mohl být jaterní nález zachycen podstatně dříve a jako léčitelný. Z asi 3500 každoročních případů jaterních metastáz kolorektálního karcinomu jsou asi dvě třetiny metachronních ložisek po primární léčbě. Resekce jaterních metastáz jsou u nás nicméně ročně provedeny nanejvýš u 400 případů. Znamená to, že u velké většiny případů nebyly diagnostické a léčebné možnosti moderní medicíny správně využity a nemocní de facto poškozeni. Důsledná terciární prevence, tedy cílená a bedlivá dispenzarizace a včasná indikace léčby relapsů, zejména pak jaterních metastáz, je u nemocných po primární léčbě kolorektálního karcinomu velkou výzvou a prostorem ke zlepšení. Bez ní moderní léčebné možnosti, ať již chirurgické, medikamentní či kombinované, efektivně nevyužijeme. Je samozřejmě žádoucí, aby cílená diagnostika, rozvaha nad léčebnými možnostmi i léčba samotná byly v maximální míře koncentrovány do regionálních komplexních onkologických center a algoritmy mezioborové spolupráce v nich dále posilovány diagnostickou spoluprací s praxemi praktiků a gastroenterologických specialistů. Cesta k redukci úmrtnosti na kolorektální karcinom nevede přes nové účinnější preparáty, ale zejména propracovanější regionální organizaci sekundární a terciární prevence.

### Kdy pomýšlet u nemocného na lymfom či chronickou lymfatickou leukémii

MUDr. David Belada, Ph.D.

II. interní klinika FN Hradec Králové

Výskyt nádorových onemocnění v posledních letech narůstá. Kromě mírně stoupající incidence se na tom jistě podílí i lepší záchyt a diagnostika těchto nemocí. Lymfomy jsou čtvrtým

nejčastějším nádorovým onemocněním, chronická lymfatická leukémie pak je nejčastější leukémií dospělého věku – v obou případech se tedy jedná o relativně velmi časté malignity.

V kterých případech můžeme pomýšlet na toto onemocnění? Lymfomy postihují nejčastěji přímo mízní uzliny, ale postiženou oblastí může být i extranodální orgán – plíce, mozek, žaludek, varle atd. Podezřelé jsou z tohoto hlediska zejména nebolestivé, elastické uzliny, které se zvětšují. Přestože u většiny pacientů je zvětšení uzlin (zejména na krku) spojeno s infekčními onemocněními v dané oblasti, po ATB léčbě přetrvávající či narůstající uzlinový syndrom v kterékoli oblasti by měl budit silné podezření na možnost lymfomu. Prvním krokem v diferenciální diagnostice je vyloučení infekcí (nespecifické, ale i specifické etiologie, toxoplazmózy, tularémie, virových infekcí atd.). Pokud se tyto infekce vyloučí, je nezbytný odběr celé uzliny (nebo alespoň její části) k histologickému vyšetření. V každém případě musí být diagnóza opřena o histologický průkaz, nikdy nelze zahájit léčbu pouze na základě radiologické suspekce na lymfom! Cytologický odběr tenkou jehlou z léze suspektní z lymfomu je odůvodnitelný jen v případě, že pacient není schopen odběru uzliny a hrozí riziko z prodlení. Ve všech ostatních případech je nezbytné odebrání periferní uzliny a pokud není žádná k dispozici, je nutno odebrat zvětšenou uzlinu z mediastina či dutiny břišní. Vzhledem k existenci více jak 30 druhů lymfomů je přesné zařazení nutností – způsoby léčby jednotlivých typů se liší.

V případě nemocných s chronickou lymfocytární leukémií se často jedná o náhodný záchyt při preventivních vyšetřeních krevního obrazu, event. v rámci např. předoperačního vyšetření. U tohoto typu leukémie jen 1/3 pacientů vyžaduje léčbu ihned po stanovení diagnózy, 1/3 později a 1/3 nikdy. Zejména u starších nemocných se onemocnění chová chronicky, indolentně a ve většině případů nevyžaduje žádnou terapii. Podezření na CLL lze mít v případě nálezu leukocytózy s relativní lymfocytózou v krevním obraze. Zajímavostí je, že diagnózu lze bezpečně stanovit vyšetřením periferní krve (imunofenotypizací) a není nezbytností pro stanovení diagnózy vyšetřovat kostní dřeň. Jinak se klinicky CLL chová obdobně jako skupina indolentních, low-grade lymfomů, prezentuje se tedy zvětšenými uzlinami periferně, viscerálně a hepatosplenomegalii.

U obou těchto chorob je častým prvním příznakem výskyt teplot (zejména navečer), nočního pocení, hubnutí a někdy i svědění kůže. Tyto příznaky (stačí i jen jeden z nich) by proto měly vyvolat podezření na lymfom či CLL.

Časná diagnostika má v oblasti lymfomů význam zejména u agresivních lymfomů, kde mají nemocní v pokročilém stadiu horší vyhlídky na přežití jinak dobře vyléčitelného onemocnění. Rozsah onemocnění tedy významně ovlivňuje osud nemocných. Bohužel z každodenní praxe nejsou výjimkou situace, kdy od prvních příznaků lymfomu do doby zahájení léčby uplyne několik měsíců. Naši snahou je proto zlepšit povědomí lékařů o lymfomech, k čemuž slouží například i Kooperativní lymfomové skupina – organizace sdružující lékaře zabývající se touto problematikou. Pro pacienty pak existují například webové stránky [www.lymfomhelp.cz](http://www.lymfomhelp.cz), kde najdou základní informace a mohou se poradit o svých problémech v rámci poradny.

### Moderní léčba lymfomů a její dopad na sledování pacienta v ambulanci praktického lékaře

MUDr. Vít Procházka,  
MUDr. Tomáš Papajík, CSc.  
Hemato-onkologická klinika  
FN Olomouc

Poslední dekáda přinesla razantní zlepšení prognózy nemocných s maligními lymfomy. Nová léčebná schemata chemoterapie doplněná o podání pasivní imunoterapie antiCD 20 protilátkou vedou k dlouhodobému přežívání nemocných bez známek choroby. Posledních 10 let došlo i ke značnému rozmachu jak autologní (buňky těla vlastní), tak alogenní (buňky od dárce) transplantační léčby krvetvornými buňkami.

Pronikavé léčebné úspěchy v hemato-onkologii jsou však vykoupeny projevy časně i pozdní toxicity, které mohou být včas a úspěšně odhaleny v ambulanci praktického lékaře.

V současné době dělíme lymfomy dle klinického chování na tzv. indolentní (doutnající) a agresivní (rychle progredující). Indolentní lymfomy (např. B-chronická lymfatická leukémie, folikulární lymfom, lymfomy marginální zóny) se u asymptomatických pacientů někdy chemoterapií neléčí (watch and wait strategie) – časně zahájení léčby nevede ke zlepšení prognózy nemocného. Naproti tomu agresivní formy lymfomů (např. difúzní velkobuněčný B lymfom, lymfom plášťové zóny, lymfomy

z T buněk) se léčí vždy a intenzita chemoterapie se odvíjí od subtypu, pokročilosti onemocnění a rizikových faktorů.

Intenzita léčby sahá od lokální radioterapie, přes udržovací monoterapii alkylačním cytostatikem (chlorambucil, cyklofosfamid), přes opakované cykly ambulantní polychemoterapie (většinou s obsahem anti-CD 20 protilátky) až po intenzivní protokoly léčby s nutností hospitalizace. U pokročilých onemocnění nebo v případě relapsu je dnes standardem provedení autologní transplantace krvetvorných buněk.

Komplikace spojené s léčbou lymfomu dělíme na časně a pozdní. Časně komplikace vyplývají z přechodné a cyklické myelosuprese po chemoterapii a tím zvýšenému riziku zejména bakteriálních infekcí. Pro míru rizika infekce je určující počet neutrofilních granulocytů – hodnoty pod  $0,5 \cdot 10^9/l$  jsou spojeny s vysokým rizikem život ohrožující systémové infekce (sepsis). Nemocným v léčbě chemoterapií je proto často aplikován růstový faktor pro granulocyty (Neupogen® inj.), případně užívají profylakticky perorálně antibiotika a antimykotika. U nemocných léčených kortikoidy musíme pomýšlet na mitigovanou sepsi – pacienti nemusí být febrilní, ani CRP nemusí být výrazně zvýšené. Infekční neutropenický nemocný musí být ihned referován na interní oddělení nebo do hematologického centra. Z nehematologických časných komplikací se můžeme setkat s reverzibilní alopecí, poruchou glukózové tolerance (důsledek kortikoterapie), změnami v dutině ústní (soor, afty), zvýšenou únavou, poruchami nálady až depresí.

Pozdní infekční komplikace jsou spíše důsledkem porušené T-buněčné imunity a hypogama-globulinémie. Setkáváme se s virovými infekty (herpes zoster) nebo prolongovanými infekty dýchacích cest – nejčastěji v důsledku sinobronchiálního syndromu. Snížení buněčné imunity je spojeno i s vyšším rizikem sekundárních malignit. Proto je třeba u nemocných pečlivě provádět dostupný screening – kolorektálního ca, ca prostaty, prsu, gynekologických malignit a kožních nádorů. Pozdním následkem po léčbě bývá i často hypofunkce endokrinních žláz – nejčastěji hypothyreóza a syndrom předčasněho ovariálního selhání. Zejména ženy jsou ohroženy vyšším rizikem těžké osteoporózy. V případě zhoršení srdeční slabosti je potřeba pomýšlet na rozvoj postchemoterapeutické kardiomyopatie.

V případě nespecifických symptomů – undulujících teplot, hubnutí, nočního pocení, únavy, nejasné elevace CRP či LDH musíme pomýšlet i na relaps lymfomu.

Moderní účinná onkologická léčba je v současnosti dostupná stále většímu spektru nemocných, často v ambulantním režimu. Praktický lékař má proto nezastupitelnou úlohu v péči o hemato-onkologicky nemocné. Těsná spolupráce s ošetřujícím hematologem může vést k časnému odhalení komplikací léčby a ke zvýšení kvality života nemocných.

### Projekt CRAB – Včasnou diagnostikou mnohočetného myelomu za lepší kvalitu života

MUDr. Jan Straub<sup>1</sup>,  
prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc.<sup>2</sup>,  
MUDr. Evžen Gregora<sup>3</sup>,  
MUDr. Petr Kessler<sup>4</sup>,  
doc. MUDr. Vladimír Maisnar, Ph.D.<sup>5</sup>,  
prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc.<sup>6</sup>,  
MUDr. Miroslava Schützová<sup>7</sup>,  
doc. MUDr. Ivan Špička, CSc.<sup>1</sup>,  
prof. MUDr. Roman Hájek, CSc.<sup>2</sup>  
Česká myelomová skupina

<sup>1</sup>I. interní klinika hematologie  
VFN a 1.LF UK Praha

<sup>2</sup>Interní hematologická klinika  
FN a MU Brno

<sup>3</sup>Oddělení klinické hematologie FN  
Královské Vinohrady Praha

<sup>4</sup>Oddělení hematologie  
a transfuziologie, Okresní nemocnice  
Pelhřimov

<sup>5</sup>II. Interní klinika – OKH, HK a FN  
Hradec Králové

<sup>6</sup>III. Interní klinika UP a FN Olomouc

<sup>7</sup>Hematologicko-onkologické  
oddělení UK a FN Plzeň

Mnohočetný myelom se svojí incidencí 4/100 000 obyvatel patří do skupiny vzácně se vyskytujících nemocí. Nemoci z této skupiny obvykle dělají lékařům problémy při jejich časném rozpoznání, protože s nimi zákonitě nemají praxi. Mezi základní klinické projevy mnohočetného myelomu patří kostní postižení (**B**one) s hypercalcemií, **A**nemie a **R**enální postižení – tento soubor se proto nazývá „CRAB“. Pacienta k lékaři přivádí bolest skeletu, projevy anémie (většinou normo či makrocytární), renální nedostatečnosti či projevy imunodeficitu (zejména opakované respirační či urologické infekce). Mnoho pacientů je diagnostikováno na základě patologického laboratorního nálezu v rámci preventivních prohlídek. Pozdě diagnostikovaný pacient je ohrožen vážnými ireverzibilními komplikacemi: patologickou frakturou (při postižení axiálního skeletu i neu-

rologickými komplikacemi způsobenými míšním útlakem s rozvojem paraparézy či plegie DK), renálním selháním, fatální infekcí...

Proto u každého nemocného, který má bolesti skeletu déle než jeden měsíc, dále u každého člověka s osteoporózou, nevysvětlitelnou normocytární anémií a u všech osob s nově vzniklým nefrotickým syndromem, by měla být

v rámci základního skrínungu provedena tato vyšetření: krevní obraz, sedimentace erytrocytů, ionty včetně Ca, kreatinin, urea, kyselina močová, albumin, celková bílkovina, elektroforéza séra a moče kvantifikace polyklonálních imunoglobulinů rentgenový snímek suspektní oblasti.

Pokud je některý parametr jednoznačně patologický, je nutno naplánovat u tohoto ne-

mocného pokračování diagnostického procesu s cílem odhalit případné maligní postižení skeletu. Včas diagnostikovaný pacient má při současných léčebných možnostech vysokou pravděpodobnost na mnoho let kvalitního života. Čím později je myelom diagnostikován, tím více se kvalita života zhoršuje.

## Na aktuální otázky nefrologie

### Metabolismus, ledviny a hypertenze

prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.

Abstrakt nedodán.

## Firemní sympozium Servier II.

### Studie ADVANCE – větev intervence hyperglykémie

MUDr. Marcela Szabó

Interní klinika – Diabetologické centrum 2. LF UK a FN v Praze v Motole

Úvod: ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular Disease) je dosud největší prospektivní studie v diabetologii provedená u více než 11 000 pacientů s diabetes mellitus 2. typu. Byla koncipována jako studie prospektivní, randomizovaná, multicentrická, placebem kontrolovaná. Participovalo na ní 215 center ve 20 státech (Evropa, Asie, Kanada a Austrálie). Studie má dvě základní větve – jedna zkoumá vliv kompenzace tlaku krve (TK) a druhá vliv kompenzace glykémie na výskyt makrovaskulárních a mikrovaskulárních komplikací diabetu.

Větev popisující význam intervence hyperglykémie porovnává standardní léčbu hladin glykémie (podle jednotlivých národních doporučení) s intenzivnějším režimem kompenzace diabetu založeném na gliklazidu s řízeným uvolňováním s cílem dosáhnout hladin glykovaného hemoglobinu < 6,5% (kalibrace DCCT). Jejím cílem bylo zjistit, jaký vliv bude mít dosažení intenzivnější kompenzace diabetu na výskyt makrovaskulárních a mikrovaskulárních komplikací. Makrovaskulární komplikace byly definovány jako úmrtí z kardiovaskulárních příčin, nefatální infarkt myokardu a nefatální cévní mozková příhoda. Mikrovaskulární komplikace byly definovány jako nově zjištěná či zhoršená nefropatie nebo retinopatie.

Výsledky: Po 5 letech trvání studie byl průměrný HbA1c v intenzivně intervenované skupině 6,5% a ve skupině se standardní léčbou 7,3% a tento rozdíl byl statisticky významný

( $p < 0,001$ ). Statisticky významný ( $p = 0,013$ ) byl rozdíl v incidenci primárního kombinovaného endpointu – sledovaná mikrovaskulární či makrovaskulární komplikace se vyskytla u 18,1% intenzivně vs. 20,0% standardně léčených pacientů. Tento rozdíl byl dán statisticky významně ( $p = 0,015$ ) nižší incidencí hlavních sledovaných mikrovaskulárních komplikací ve skupině intenzivně léčené oproti skupině standardně léčených pacientů a to zejména ve výskytu nefropatie. Rozdíl v incidenci makrovaskulárních komplikací nebyl mezi oběma sledovanými skupinami statisticky významný ( $p = 0,32$ ).

Závěr: Větev studie ADVANCE zabývající se hyperglykemií prokázala statisticky významné snížení výskytu mikrovaskulárních komplikací (zejména nefropatie) a statisticky nevýznamné snížení makrovaskulárních příhod v intenzivně léčené skupině v porovnání se skupinou pacientů léčených standardně.

## Diabetologie

### Edukace diabetika 2. typu

prof. MUDr. Alexandra Jirkovská, CSc.  
Centrum diabetologie Institutu klinické a experimentální medicíny,  
Praha

Edukace diabetiků 2. typu zahrnuje iniciační fázi, komplexní pokračující edukaci a kontinuální reedukaci. Důraz je kladen jak na stránku zdravotnickou – tj. vědomosti a dovednosti týkající se diabetu, tak na stránku adekvátního přijetí nemoci v rovině psychologické. Za nejdůležitější součást pokládáme stanovení cílů léčby

a samostatnou péči o diabetes, která zahrnuje nejen samostatnou kontrolu glykemií, krevního tlaku a hmotnosti, ale také sledování hodnot glykovaného hemoglobinu, krevních lipidů či mikroalbuminurie. Pacient má nově možnost sledovat riziko syndromu diabetické nohy pomocí orientačního vyšetření diabetické autonomní neuro-

patie speciální náplastí (Neuropad) reagující na tvorbu potu na plantě (sudomotorická funkce).

Efektivita selfmonitoringu glykemií u pacientů s diabetem 2. typu zůstává otevřenou otázkou. Najedné straně některé studie (např. DESMOND, ESMON) neprokázaly jednoznačně zlepšení glykovaného hemoglobinu u pacientů provádějících selfmonitoring glykemií. Na druhé straně se u těchto pacientů ve studiích prokázaly větší hmotnostní úbytek a častější vynechání kouření (DESMOND) nebo snížení morbidit a mortality pravděpodobně prostřednictvím zdravějšího životního stylu (studie ROSSO). Protichůdné jsou i výsledky studií zkoumajících vliv samostatné kontroly glykemií na psychiku diabetiků 2. typu – na jedné straně byli nově zjištěni diabetici 2. typu při selfmonitoringu více deprimováni (studie ESMON), na druhé straně byl zaznamenán příznivý vliv selfmonitoringu na psychiku pacientů a na jejich důvěru ve zvládnutí diabetu. Zdá se, že klíčovou roli v efektivitě selfmonitoringu glykemií hraje u diabetiků 2. typu jejich schopnost reagovat na výkyvy glykemií (především na hyperglykémie). Velký vliv na pacienta mají také postoje jejich ošetřujících lékařů k selfmonitoringu. Naše vlastní zkušenosti s edukačními kurzy pro diabetiky 2. typu tyto závěry potvrzují.

Mezi základní náplň edukace diabetiků 2. typu patří dietní doporučení, zejména se zaměřením na léčbu obezity a motivace pacientů k větší fyzické aktivitě. V dietních doporučeních se soustřeďujeme na zvýšení obsahu vlákniny a na snížení energie v dietě, řídíme se i zásadami kognitivně behaviorální terapie obezity. Doporučovaný příjem vlákniny v diabetické dietě je zhruba dvojnásobný než je příjem skutečný. Při zjišťování energetického příjmu na základě jídelníčků musíme počítat s tím, že denní příjem energie pacienti podhodnocují o 40–50%. Efektivní edukace diabetiků 2. typu vyžaduje týmovou spolupráci praktických lékařů, edukačních sester, nutričních terapeutek a diabetologů. V některých případech je vhodná spolupráce psychologů a fyzioterapeutů.

### Péče o diabetika 2. typu s endokrinií v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Pavla Řehořková, Ph.D.  
Endokrinologická ambulance  
Hradec Králové

Mezi diabetiky jsou diagnostikovány klasické endokrinií stejné jako v populaci nediabetiků. Některá onemocnění endokrinií

orgánů se u nich vyskytují častěji, pod vlivem vnitřních (genetických) a zevních faktorů. Styčnou plochu mezi diabetem mellitem a jinými endokrinními chorobami nacházíme již při klasifikaci diabetu. Diabetici 1. typu bývají postiženi endokrinií autoimunitního původu, diabetici 2. typu zase těmi, jejichž výskyt v populaci stoupá s přibývajícím věkem. Specifické typy diabetu mellitu mohou být způsobeny hyperfunkcí štítné žlázy, akromegalií, Cushingovým syndromem, feochromocytomem nebo genetickými syndromy, v kombinaci s hypogonadizmy. V ordinaci praktického lékaře jsou vedle diabetu mellitu nejčastěji zastoupeny nemoci štítné žlázy a příštítých tělísek (primární hyperparatyreóza).

U diabetiků 2. typu je popisována vyšší prevalence strumy z nedostatku jódu. Při obtížné korekci glykémie je u nich nutno vyloučit poruchu funkce štítné žlázy – jako endokrinií, jež základní onemocnění může provázet. Odběrem TSH a volné frakce T4 (případně protilátek proti jednotlivým složkám tkáně štítné žlázy) lze odhalit hypertyreózu, která kromě dekompenzace diabetu ohrožuje především starší pacienty srdečními arytmiemi nebo hypotyreózu, akcelerující vznik makroangiopatických komplikací. Diskutovány jsou rovněž subklinické formy poruchy funkce štítné žlázy a správné načasování zahájení jejich léčby. Některé klinické i laboratorní známky diabetu mellitu a endokrinií se mohou překrývat a navzájem ovlivňovat, proto je třeba nejen v ordinaci praktického lékaře na jejich nejběžnější formy vždy pomyslet.

### Prevence a léčba hypoglykémie u diabetika 2. typu

doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.  
Klinika gerontologická a metabolická  
LF UK a FN Hradec Králové

**Úvod:** Za hlavní příčinu komplikací diabetu je pokládána hyperglykémie, i když víme, že významný vliv na prevenci léčby komplikací má i léčba komorbidit, zejména dyslipidémie a hypertenze. Rok 2008 přinesl mírné oslabení pozice hyperglykémie mezi příčinami diabetické makroangiopatie.

V únoru 2008 byla zastavena jedna větev studie ACCORD (sledující vliv intenzivních přístupů v léčbě hyperglykémie, dyslipidémie a hypertenze u diabetu 2. typu). Při cílovém

HbA1c pod 6% DCCT stoupl riziko smrti proti 7 až 7,9% DCCT. Snížování glykemií bylo ale nižší než cílová hodnota ADA (HbA1c pod 7%), proto nebyly cílové hodnoty v doporučeních zatím změněny. Příčina zvýšené mortality je vysvětlitelná vyšším výskytem hypoglykemií (červen 2008). Další studie ADVANCE prokázala, že intenzivní léčba gliklazidem MR v kombinaci s dalšími perorálními antidiabetiky či inzulinem dle potřeby při dosažení poklesu HbA1c ze 7,5% na 6,5% vůči kontrolní skupině (změna HbA1c z 7,5 na 7,3%) nevedla k významné změně mortality, ale významně snížila výskyt i progresi diabetických mikrovaskulárních komplikací. Signifikantně došlo i ke snížení kombinovaného výskytu makro- a mikrovaskulárních komplikací, diabetické retinopatie, výskyt makrovaskulárních příhod se ale významně nezměnil.

**Prevence hypoglykémie:** Minimalizace rizikových situací: nesprávně zvolený typ a dávka antidiabetika/inzulinu, těsná kompenzace glykemií, vyšší věk, mužské pohlaví, předčasné ukončení hospitalizace, polypragmázie, nově zahájena antidiabetická léčba, renální selhávání, abúzus alkoholu. Nejméně riziková léčba: metformin, thiazolidindiony, GLP-1 analogy, inzulinová analogy, zejména v inzulinové pumpě, moderní sulfonylurea (gliclazid, glimepirid). Přibývá zejména důkazů, že dlouhodobá analoga snižují výskyt hypoglykemií, na kompenzaci však pravděpodobně nemají větší vliv než klasické inzuliny. Důležitý je správný monitoring glykemií (klasicky glukometrem, zatím výběrově senzory on-line). Důsledný rozbor příčin hypoglykémie, instruktáž pacienta i rodiny.

**Léčba hypoglykémie:** Při akutní hypoglykémii glukóza (perorálně, intravenózně bolusově/infuzně, glukagon intramuskulárně, kortikoidy), vždy je nutná kontrola glykémie a vždy jídlo s komplexními sacharidy. U diabetiků 2. typu na perorálním antidiabetiku vždy nutná hospitalizace, u chronické hypoglykémie zásadní úprava antidiabetické léčby a „změření“ cílové glykémie.

**Závěr:** Hypoglykémie je velmi obávanou komplikací pacientů a jejich blízkých, z medicínského hlediska hlavním limitem přísné kompenzace glykemií. Současná doporučení pro léčbu hyperglykémie u diabetu nejsou zpočtyby. Při intenzivní léčbě by mělo ale být zabráněno výskytu hypoglykemií. Bezpečnou cílovou hodnotou léčby je HbA1c pod 7% DCCT resp. 5% IFCC.

# Otorinolaryngologie

## Vertigo

MUDr. Lukáš Otruba  
ORL klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Vertigo je statisticky nejčastějším důvodem návštěvy praktického lékaře u pacientů v 8. a vyšších deceniích. Se vzrůstající dobou dožití populace nabývá na důležitosti prevence a léčba vertiga.

Jedná se v podstatě o ne zcela přesně definovatelný syndrom, který je způsoben celou řadou patologií na různých etážích vestibulárních drah. Na jejich vzniku se často podílí tzv. civilizační nemoci jako např. metabolické poruchy, kardiovaskulární onemocnění, poruchy krční páteře... Vyskytuje se izolovaně nebo jako součást širší patologie zahrnující většinou též poruchu sluchu nebo CNS.

Podle lokalizace léze a charakteru příznaků dělíme vestibulární syndromy na centrální a periferní.

Vyšetření těchto pacientů provádíme ve 2 stupních, přičemž orientační vestibulární vyšetření by měl zvládat každý praktický lékař. Detailní přístrojové vyšetření je záležitostí ORL. Kromě toho je někdy nutné detailní zobrazovací vyšetření CT či MRI.

Preventivní opatření spočívá v kompenzaci metabolických poruch.

Léčba je většinou konzervativní – medikamentózní, fyzikální – kultivace myoskeletálního segmentu, okrajově též hyperbarická oxygenace a laser. Menší procento pacientů je též indikováno k léčbě chirurgické – např. neurinomy stotoakustiku, neztižitelné závratě při Meniérově chorobě, závratě při dehiscenci kostěného pouzdra labyrintu ...

## Korekce sluchových vad sluchadly

MUDr. Zuzana Veldová  
Foniatrická ambulance  
a audiologie Praha  
ORL klinika 3. LF UK a ÚVN, Praha

Dnešní doba zrychleného ekonomického a elektrotechnického rozvoje s sebou přináší též velké nároky na kvalitu komunikačního procesu člověka. Ten je zajištěn pouze při správ-

ném fungování všech jeho komponentů, a to jsou: sluch, hlas a řeč.

Sluch je nejdůležitějším smyslem pro vznik řeči, působí totiž jako zpětnovazební systém při jejím vývoji. Takže u dítěte, které se narodí jen se zbytky sluchu, se řeč bez korekce sluchové vady vůbec nevyvine.

A naopak, pokud dojde ke ztrátě sluchu během života a ta nebude do půl roku kompenzována adekvátně sluchadly, nebo kochleárním implantátem, dojde k rozpadu komunikačních schopností člověka.

Sluchová vada je stav trvalý, stacionární a má vždy tendenci ke zhoršování. Vzhledem k tomu, že kauzální léčba doposud není známá, jedinou možností, jak umožnit pacientům návrat do plnohodnotného života, je korekce sluchové vady sluchadlem či kochleárním implantátem.

Historie konstrukce prvních sluchadel (dali se to tak nazvat) sahá až k římskému císaři Hadrianovi (117 – 135 n.l.), který si okolní zvuky zesiloval příkládáním dlaně k boltci.

Zlomovým bodem však byly vynálezy telefonu G.Bella v roce 1876 a uhlíkového mikrofonu (Blake Hughes 1878), na které navazují ve 20. století konstrukce zesilovačů, tranzistorů, integrovaných obvodů či účinných filtrů. Zatím posledním významným mezníkem ve vývoji sluchadel je rok 1995, kdy bylo vyrobeno první digitální sluchadlo na světě a tím pomalu končí dlouhodobá éra doposud vyráběných analogových sluchadel. Digitální zpracování zvuku se schopností diferenciací signálu řeči od šumového pozadí, a z toho vyplývající postupná miniaturizace sluchadel, umožňuje korekci složitějších i méně obvyklých sluchových vad, které by analogové sluchadlo nebylo schopno poskytnout.

Sluchadla nového tisíciletí řeší problémy jako je např. okluzní efekt – použitím tzv. otevřené koncovky u miniaturních závěsných sluchadel (open hearing fitting). Zkvalitňují zvýraznění řeči, omezují zpětnou vazbu, zlepšují směrové slyšení, to vše pomocí tzv. integrovaného zpracování signálu (ISP).

Indikace k přidělení sluchadla u dospělých pacientů vyplývá z příznaku špatného rozumění řeči v prostředí s šumovým pozadím, z nutnosti zesilování TV a radiových přijímačů a u presbyakuzí (socioakuzí) též ve snížené slyšitelnosti vysokofrekvenčních zvuků (bytový či telefonní zvonek).

Předpis sluchadel je v České republice vyhrazen foniatrům nebo otorinolaryngolo-

gům, kteří mají osvědčení k předepisování sluchadel a pomůcek pro sluchově postižené z veřejného zdravotního pojištění. Příspěvek zdravotních pojišťoven, na který mají dospělí pojištěnci nárok, je přesně dán tíží sluchové vady, která je verifikována slovním audiometrickým vyšetřením ve volném poli. Dle výsledku vyšetření SRT (Speech Reception Threshold – 50% hladina srozumitelnosti řeči) tedy rozeznáváme: středně těžkou nedoslýchavost – příspěvek ZP činí 2700,- Kč, těžkou nedoslýchavost – příspěvek: 3900,- Kč a velmi těžkou hypakuzi – příspěvek: 5100,- Kč. Pacientům od 18 let je příspěvek poskytován pouze na 1 sluchadlo – tedy monoaurální korekci, na rozdíl od dětí do 18 let, kdy ZP hradí sluchadla binaurálně.

Výběr adekvátního sluchadla vychází nejen z tíže a typu sluchové vady, ale i z dalších nepodřadných faktorů, jako např. druh profese pacienta s ohledem na nároky v oblasti komunikace, zvukové prostředí v zaměstnání apod. Přítomnost kochleární rezervy u převodních nedoslýchavostí, velikost zvukovodu, průchodnost nosu a VDN, stav zraku nebo porucha motoriky prstů HK – to vše ovlivňuje naše rozhodnutí, zda zvolit sluchadlo zvukovodové, kanálové, závěsné či speciální brýlová sluchadla na kostní vedení. Cíl je však stejný – díky korekci sluchové vady sluchadlem zlepšit komunikační schopnosti pacienta a umožnit mu tak návrat do normálně slyšící společnosti.

## Tonzilitidy a jejich možné komplikace

MUDr. Jana Voldánová,  
MUDr. Klára Hronková  
ORL klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Námětem našeho sdělení je jedno z nejčastějších zánětlivých onemocnění v ORL oblasti. Věnovaly jsme se etiologii, patogenetice, klinickému obrazu, diferenciální diagnóze a léčbě tonzilitid. Jedná se o záněty postihující Waldayerův lymfatický okruh, který je součástí systému obrany organismu. Zaměřily jsme se především na samostatné hnisavé anginy, anginy sdružené při infekčních nemocech a chronické tonzilitidy, které ohrožují nemocné komplikacemi revmatickými, kardiálními, nefrologickými, dermatologickými a gynekologic-

kými. Zdůrazňujeme, jak zdánlivě jednoduché onemocnění je nutno správně léčit, doléčit a laboratorně pacienta sledovat jako prevenci možných komplikací. Dále přiblížíme místní komplikace angin, na které je nutno včas myslet a předejít rozvoj nemoci v život ohrožující stav. V kazuistice demonstrujeme velmi poučný případ včas nepoznaného peritonitálního abscesu, bohužel končícího letálně.

## Traumatologie hlavy a krku

MUDr. Petr Schalek

ORL klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

V obecné části budou zmíněny nejčastější příčiny úrazů v oblasti hlavy a krku a specifická poranění v této oblasti. Závažnost těchto poranění spočívá zejména v těsné blízkosti

neurokrania, častém postižení proximálních úseku dýchacích a polykacích cest a rovněž smyslových orgánů.

Pozornost bude věnována zejména takovým poraněním, se kterými může být konfrontován praktický lékař. U těchto typů úrazů bude probrána diagnostika a léčba.

Na závěr bude prezentována krátká kazuistika hydraulické fraktury spodiny očníce.

## Posterová sekce

### Nechte to na nás – prezentace nutričního poradenství

Mgr. Veronika Březková<sup>1,2</sup>,

MVDr. Halina Matějová<sup>1,2</sup>,

Mgr. Vlastimil Chadim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ústav preventivního lékařství –

Lékařská fakulta MU, Brno

<sup>2</sup>Masarykův onkologický ústav, Brno

<sup>3</sup>Nutricoach – nutriční poradenství, Brno

Životní styl každého člověka silně ovlivňuje jeho zdravotní stav. Prevence je naprosto zásadním článkem zdravotnického systému.

Lékař má významné postavení, jímž může ovlivnit zdravotní stav člověka. Často však nemá ve své ordinaci prostor pro objasnění všech

mýtů a pověr týkajících se např. pohybové aktivity či správného stravování. Prevence je velmi důležitá, ale není jednoduchá. Každý má jiné sociální zázemí, tradice a vzdělání. Aby mohl dojít k úpravě životního stylu s dlouhodobým efektem, musí být doporučení rozumně nastavené a v denní praxi použitelné.

Problematika nutričního poradenství se netýká pouze léčebné výživy, ale také výživy zaměřující se na prevenci a udržení stávajícího zdravotního stavu. Tomuto nutričnímu poradenství se v současné době věnují různí výživoví poradci (od prodejce doplňků stravy či celebrity po vysokoškolsky vzdělané odborníky), kteří mají často významně odlišný přístup k dané problematice a pochopitelně i rozdílné výsledky.

Oblastí životního stylu se také zabývá specializované vysokoškolské studium výživy

člověka, jehož absolventi působí ve státních a privátních nutričních poradnách. Tito absolventi lékařské fakulty v poradnách efektivně spolupracují s řadou lékařů a ostatními subjekty ve zdravotnictví. Jejich cílem je přinést pacientům i ostatním klientům rozumnou cestou dlouhodobé výsledky v oblasti zdravého životního stylu, prevence a léčby nejrozšířenějších onemocnění.

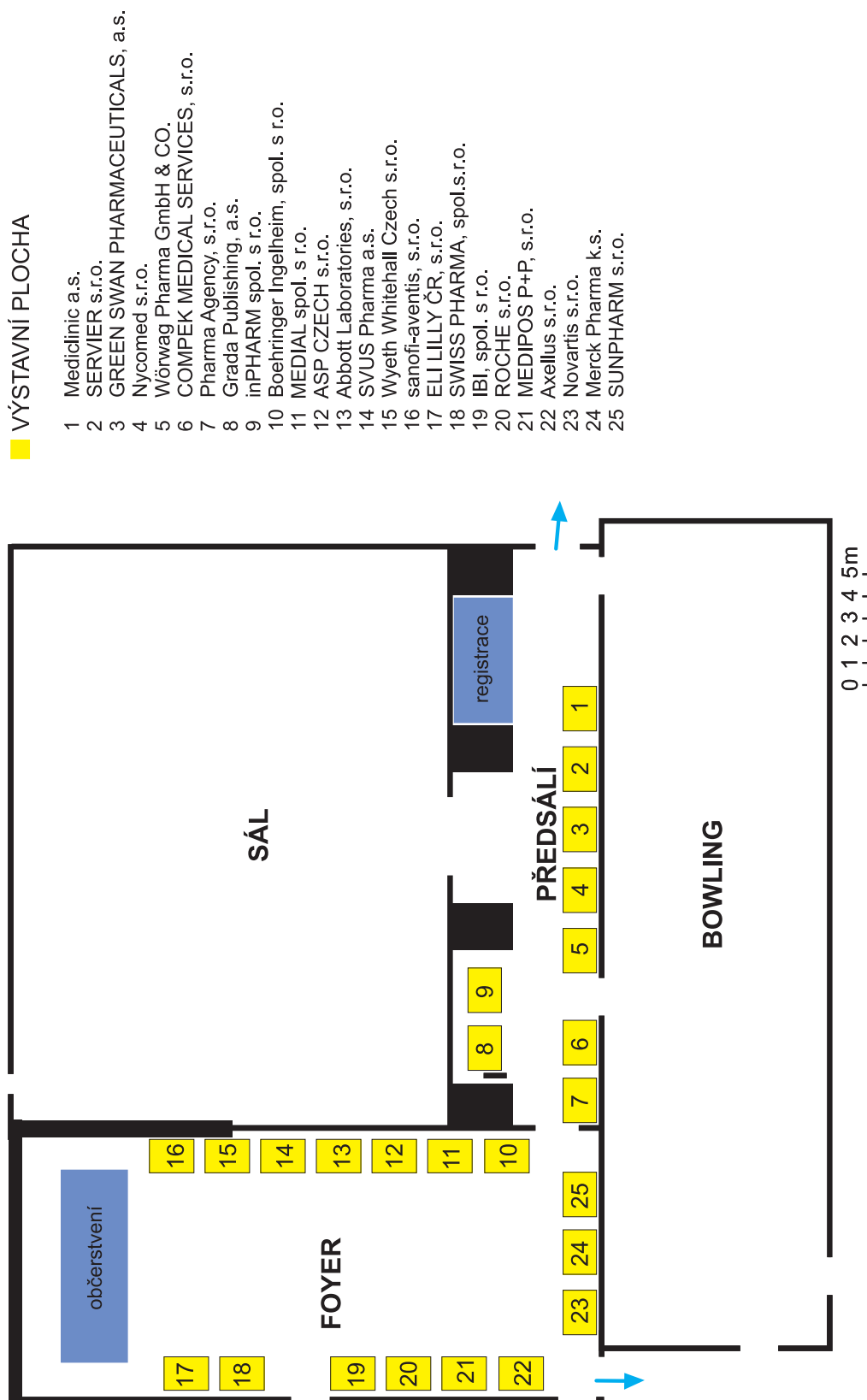
Význam poradenství v oblasti životního stylu nelze rozhodně podceňovat. A stejně tak nelze výživu striktně vydělit ze systému. Lidské tělo je nezbytně chápat jako komplex. Proto je vhodné, aby poradci byli skutečnými odborníky v dané problematice. Jedině tak mohou být lékařům nápomocní a zdravotnímu systému užiteční.



Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci

# MEDICÍNA PRO PRAXI – V. kongres praktických lékařů a sester

2. – 3. 10. 2009, HOTEL OLYMPIK TRISTAR, U Slunčové 14, Praha 8







# KONGRES

*s vlídnou tváří*

2.-3. ŘÍJNA 2008  
PRAHA  
Hotel Olympik

## MEDICÍNA PRO PRAXI V. kongres praktických lékařů a sester

### HLAVNÍ PARTNEŘI



### PARTNEŘI

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Abbott Laboratories, s.r.o.        | MEDIPOS P+P, s.r.o.              |
| ASP CZECH s.r.o.                   | Merck Pharma k.s.                |
| Axellus s.r.o.                     | Novartis s.r.o.                  |
| Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. | Nycomed s.r.o.                   |
| COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.    | Orion Diagnostica                |
| ELI LILLY ČR, s.r.o.               | Pharma Agency, s.r.o.            |
| GREEN SWAN PHARMACEUTICALS, a.s.   | PLIVA-Lachema Diagnostika s.r.o. |
| HERO CZECH s.r.o.                  | ROCHE s.r.o.                     |
| IBI, spol. s r.o.                  | S & D Pharma CZ, spol. s r.o.    |
| inPHARM spol. s r.o.               | SUNPHARM s.r.o.                  |
| Janssen-Cilag s.r.o.               | SVUS Pharma a.s.                 |
| Johnson & Johnson, s.r.o.          | SWISS PHARMA, spol. s r.o.       |
| MEDIAL spol. s r.o.                | Wörwag Pharma GmbH & CO.         |
| Mediclinic a.s.                    | Wyeth Whitehall Czech s.r.o.     |

### MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



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

## Nová éra v cílené terapii metastazujícího kolorektálního karcinomu

ERBITUX – nyní registrován v první linii léčby

Merck Serono Oncology | *Combination is key*

### ERBITUX® 5 mg/ml infuzní roztok – Zkrácená informace o přípravku

**Léčivá látka:** cetuximabum **Složení:** 5 mg cetuximabu v 1 ml infuzního roztoku. **Indikace:** K léčbě pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem (mCRC) exprimujícím receptor epidermálního růstového faktoru (EGFR) a vykazujícím gen KRAS divokého typu. Erbitux je možné použít v kombinaci s chemoterapií a/nebo jako samostatnou látku k léčbě pacientů, u kterých selhala léčba na základě oxaliplatinu a irinotekanu, a pacientů, kteří nesnáší irinotekan. Erbitux je indikován v kombinaci s radiační terapií k léčbě pacientů s lokálně pokročilým spinocelulárním karcinomem hlavy a krku. **Dávkování a způsob podání:** Erbitux je podáván 1x týdně. Úvodní dávka cetuximabu je 400 mg/m<sup>2</sup> tělesného povrchu, následující týdenní dávky jsou každá 250 mg/m<sup>2</sup>. Pacienti musí být premedikováni antihistaminiky a kortikosteroidy. U kolorektálního karcinomu je doporučeno provádět léčbu cetuximabem do progresse základního onemocnění. U pacientů s lokálně pokročilým spinocelulárním karcinomem hlavy a krku se cetuximab používá souběžně s radiační terapií. Doporučuje se zahájit terapii cetuximabem jeden týden před radiační terapií a pokračovat v terapii cetuximabem do konce období radiační terapie. Erbitux se podává intravenózně pomocí infuzní pumpy, infuzí po spádu nebo injekční pumpou. **Kontraindikace:** Erbitux je kontraindikován u pacientů se známou závažnou (stupeň 3 nebo 4) přecitlivělostí na cetuximab nebo radiační terapii. **Nežádoucí účinky:** *Hypersenzitivní reakce:* Mírné až středně závažné reakce (stupeň 1 nebo 2) zahrnují příznaky jako je horečka, třesavka, nevolnost, vyrážka nebo dušnost. K těžkým formám reakcí z přecitlivělosti (stupeň 3 nebo 4) dochází obvykle v průběhu nebo do 1 hodiny po ukončení úvodní infuze. Mezi příznaky patří rychlý nástup obstrukce dýchacích cest (bronchospasmus), kopřivka a/nebo hypotenze. Častý je výskyt hypomagnezémie, který je reverzibilní po vysazení přípravku. V kombinaci s lokální radiační terapií se objevily nežádoucí účinky, které jsou pro radiační terapii typické: mukositida, radiační dermatitida a dysfagie nebo leukopenie, převážně ve formě lymfocytopenie. **Kožní reakce:** Zahrnují zejména akneformní vyrážku a/nebo poruchy nehtů (paronychium). **Zvláštní upozornění:** U pacientů léčených cetuximabem byly zaznamenány závažné (stupeň 3 nebo 4) reakce z přecitlivělosti. Příznaky se objevily v průběhu nebo do 1 hodiny po ukončení úvodní infuze, ale mohou se objevit po několika hodinách. Výskyt závažných reakcí z přecitlivělosti vyžaduje úplné a trvalé přerušení léčby cetuximabem. **Interakce:** V kombinaci s infuzemi 5 fluorouracilu se zvyšuje četnost výskytu srdeční ischemie, včetně infarktu myokardu a městnavého srdečního selhání, stejně jako četnost výskytu syndromu ruka-noha. Nejsou k dispozici údaje o tom, že bezpečnostní profil cetuximabu je ovlivněn irinotekanem nebo naopak. **Léková forma a balení:** Infuzní roztok. Balení obsahuje jednu 20 ml lahvičku s obsahem 100 mg cetuximabu. **Uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8 °C). Chraňte před mrazem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck KGaA, 64293 Darmstadt, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/04/281/003. **Datum poslední revize textu:** 07/2008. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění po selhání cytostatické léčby irinotekanem u mCRC a v kombinaci s radiační terapií k léčbě pacientů s lokálně pokročilým spinocelulárním karcinomem hlavy a krku. O úhradě v léčbě 1.linie mCRC zatím nebylo rozhodnuto.