

# Medicína

PRO PRAXI

Suppl. B  
2009

[www.solen.cz](http://www.solen.cz)

ISSN 1803-5876

ROČNÍK 6.

## **MEDICÍNA PRO PRAXI**

*VII. kongres praktických lékařů a sester*

*23.–24. dubna 2009*

*Regionální centrum Olomouc*

*II. interní klinika FN u sv. Anny Brno  
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc*

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION



# Spojuje nás nalézat skutečná řešení

HARTMANN – výrobky pro inkontinenci MoliCare, MoliMed, Menalind



Na vývoji výrobků HARTMANN se podílí celá řada odborníků. U absorpčních pomůcek je důležitá především **vyšoká absorpce** a **dobrá prodyšnost**. Výborné vlastnosti absorpčních pomůcek HARTMANN dokazují i **dermatologické testy**. Na povrchu zůstávají stále suché díky speciální distribuční vrstvě Dry Plus Vlies, která rychle odvádí tekutinu do 3vrstvého savého jádra. Jejich **jednoduchá aplikace** vám navíc výrazně ušetří čas.

Kromě kvalitních produktů je samozřejmostí i servis na **bezplatné lince 800 100 333**, na které si můžete domluvit schůzku s naším medikálním specialistou. Případně můžete získat vzorky k vyzkoušení a informační materiály zdarma.

Máme společný cíl. A tím je šetrná a přitom vysoce profesionální péče o pacienty.

INKONTINENCE

HOJENÍ RAN

OPERAČNÍ KRYTÍ

VYSOKÝ KREVŇÍ TLAK

KOMPRESIVNÍ TERAPIE

IMOBILIZACE

PRVNÍ POMOC

HARTMANN



pomáhá léčit.

**POŘADATEL**

II. interní klinika FN u sv. Anny Brno,  
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, Solen, s.r.o.

**PREZIDENT**

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

**PROGRAMOVÝ VÝBOR**

MUDr. Ján Dindoš  
doc. MUDr. Pavel Horák, CSc.  
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc.  
prof. MUDr. Jan Lata, CSc.  
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.  
doc. MUDr. Romana Ryšavá, CSc.  
MUDr. Hana Šarapatková  
doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.  
doc. MUDr. Marie Viktorinová, CSc.  
MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

**ORGANIZÁTOR****SOLEN, s.r.o.**

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

**kontaktní osoba:**

Ing. Karla Břečková  
tel.: 582 397 457  
mob.: 777 714 677  
e-mail: breckova@solen.cz

**programové zajištění:**

Mgr. Hana Reichelová  
tel.: 585 242 502  
mob.: 777 557 426  
e-mail: reichelova@solen.cz

---

**Olomouc 23. – 24. 4. 2009**  
**REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC**

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 10 kredity pro lékaře, 8 kredity pro sestry,  
8 kredity pro farmaceutické asistenty a 14 body pro farmaceuty.

**Supplementum B Medicíny pro praxi****Evidence MK ČR pod číslem 15337**

**Čitační zkratka:** Med. Pro Praxi; 6 (Suppl. B). ISSN 1803-5876

**Grafické zpracování a sazba:** Jan Sedláček, tel.: +420 724 984 451

Časopis je excerpován do Bibliographia Medica Českoslovacca

## ČTVRTEK 23. DUBNA

7.30–9.00 Registrace

9.00 Slavnostní zahájení

9.10–11.00 **KARDIOLOGIE / Předsedající: B. Fischerová**

- **Perikarditidy** – B. Fischerová
- **Fibrilace síní** – R. Lábrová
- **Akutní koronární syndrom** – B. Fischerová

11.00–11.10 **Firemní sympozium Johnson & Johnson s.r.o.**

- **Centra pro řešení kýly v ČR** – P. Kavalec

11.10–11.40 Přestávka

11.40–12.10 **Firemní sympozium Medicom – SYSADDA aneb Co je nového v léčbě osteoartrózy**

- **Symptomatická terapie osteoartrózy** – M. Olejárová
- **Piascledine 300 – novinka ve skupině SYSADDA** – L. Šenolt

12.10–13.40 **ORTOPEDIE / Předsedající: J. Selucký**

- **Co nového v endoprotetice, zvláště předoperační přípravy a života s endoprotézou** – J. Selucký – *interaktivní přednáška*
- **Artroskopické operace, posun možností artroskopických zákroků, zhodnocení rutinních, ale i experimentálních výkonů** – M. Rafi
- **Velké problémy s malými patologiemi na noze** – P. Skácel – *interaktivní přednáška*

13.40–15.10 Oběd

15.10–15.40 **Firemní sympozium sanofi-aventis**

- **Poruchy chování ve stáří** – V. Pidrman – *interaktivní přednáška*

15.40–17.10 **ALERGOLOGIE A IMUNOLOGIE / Předsedající: J. Bystroň**

- **Anafylaxe** – J. Peprníková – *interaktivní přednáška*
- **Kopřivky** – J. Braunová
- **Moderní léčba alergické rýmy** – J. Bystroň

20.00–24.00 Společenský večer – zabijačkové a pivní hody

## PÁTEK 24. DUBNA

9.00–10.30 **PSYCHIATRIE / Předsedající: J. Praško**

- **Úzkostné poruchy** – J. Praško
- **Demence** – K. Látalová
- **Depresivní poruchy** – H. Stolínová

10.30–11.00 **Firemní sympozium Medicom**

- **Zařazení antidepresiva trazodonu v klinické praxi** – J. Raboch

11.00–11.30 Přestávka

11.30–13.30 **ONKOLOGIE / Předsedající: M. Duda**

- **Biologická léčba solidních nádorů** – B. Melichar
- **Současná koncepce onkochirurgie** – M. Duda
- **Komplexní léčba kolorektálního karcinomu** – K. Vysloužil, I. Klementa, P. Skalický, K. Cwiertka, P. Zbořil, L. Starý
- **Radioterapie s modulovým svazkem (IMRT) v léčbě nádorů hltnu** – K. Cwiertka

13.30–15.00 Oběd

15.00–16.00 **PRÁVNÍ PROBLEMATIKA V PRAXI / Předsedající: L. Prudil**

16.00 **Losování ankety společnosti SOLEN, s.r.o.**

Závěr kongresu

# Vlastní cestou v léčbě osteoartrózy

 **PIASCLEDINE® 300**

Avocado and soya unsaponifiables

Nový lék ze skupiny pomalu působících léků na osteoartrózu (SYSADOA) s originálním komplexem účinných látek.

## Zkrácená informace o přípravku PIASCLEDINE® 300

**Složení:** Avocado oleum insaponificabile 100 mg, Sojae oleum insaponificabile 200 mg v jedné tobolce. **Indikace:** Léčba bolestivé osteoartrózy kolene nebo kyčle. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku. Přípravek je nevhodný pro pacienty alergické na sóju nebo arašídý. **Upozornění:** Není určen pro pacienty do 12 let, neměl by být podáván během těhotenství. **Nežádoucí účinky:** Piascledine je velice dobře snášen, v ojedinělých případech se mohou vyskytnout zažívací potíže. Vzácné regurgitaci s tukovou pachutí může být zabráněno užitím během jídla. Vzácně se vyskytly hypersenzitivní reakce, velmi vzácně zvýšení jaterních enzymů. **Dávkování:** 1 tobolka denně během jídla. **Balení:** 15 tobolek. **Datum poslední revize textu SPC:** 6.9.2006. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen zdravotními pojišťovnami. Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



cena v lékárně: 199,- Kč



**Medicom International s.r.o.**

Páteční 7, 635 00 Brno, tel. 546 123 111, fax 546 123 112

# KARDIOLOGIE

Předsedající: B. Fischerová – čtvrtek / 23. 4. 2009 / 9.10–11.00

## Perikarditidy

B. Fischerová

I. interní – kardiologická klinika LF MU a FN U Sv. Anny v Brně

**Úvod:** Perikard je tenká vazivová membrána obklopující srdce a odstupuje velkých cév. Zánět listů perikardu vede ke klinickému syndromu zvanému perikarditis. Toto onemocnění je etiologicky velmi různorodé, což může být příčinou variabilního klinického obrazu.

**Klinické formy:** Podle průběhu dělíme perikarditidy na akutní, rekurentní a chronické. **Akutní** perikarditida bývá nejčastěji idiopatická nebo virová. Většinou začíná jako **suchá (pericarditis sicca)**. Vedoucím symptomem je typická perikardiální bolest, většinou píchavého charakteru, v prekordiu nebo za sternem, zhoršuje se při hlubokém nádechu, kašli, změně polohy. Při poslechu srdce slyšíme typický perikardiální třecí šelest. Při objevení se **výpotku (pericarditis exsudativa)** může bolest i perikardiální třecí šelest vymizet. **Chronické** perikardiální výpotky mají mnohoučetnou etiologii (idiopatické, infekční, maligní tumory, chronické selhání ledvin nebo srdce, myxedém, hemoperikard) i široké spektrum příznaků. Mohou být i zcela asymptomatické. Hromadění tekutiny v perikardiální dutině může vést až k útlaku srdce – **tamponádě srdeční**. K typickému obrazu tamponády patří pokles systolického arteriálního tlaku, vzestup žilního tlaku (zvýšená náplň krčních žil, hepatomagalie, ascites), oslabené srdeční ozvy, tachykardie, pulsus paradoxus (oslabení arteriálního pulzu v inspiriu). Neléčená tamponáda progreduje do obrazu šoku s letálním zakončením. Echokardiografie je nejdůležitější diagnostickou metodou perikardiálních výpotků včetně známek tamponády (diastolický kolaps pravé síně, při progresi částečný diastolický kolaps pravé komory, swingující pohyby srdce v perikardiální tekutině). Léčbou tamponády je evakuační punkce perikardu.

Při pokračujícím zánětu dochází k vazivovému ztluštění, srůstům, event. až kalcifikacím v perikardu, což vede k omezení diastolického plnění srdce. Vzniká **konstriktivní perikarditida**. Příčinou bývá tuberkulózní nebo purulentní perikarditida, maligní tumory, hemoperikard,

radiační terapie, zřídka stavy po kardiochirurgických výkonech. Konstrikce má progresivní charakter a někdy bývá nutná chirurgická resekce perikardu.

## Fibrilace síní

R. Lábrová

Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno

Fibrilace síní (FS) je nejčastější supraventrikulární tachyarytmií. Její incidence a prevalence roste s věkem. Předpokládá se, že v následujících padesáti letech se zvýší počet pacientů s FS 2,5–5krát. U pacientů s FS se snižuje kvalita života, zvyšuje se morbidita i mortalita. Na dvojnásobné mortalitě u pacientů s FS se podílí převážně tromboembolické mozkové příhody a částečně i progresse srdečního selhání.

Úspěšná léčba FS a obnovení sinusového rytmu (SR) potom vedou k částečnému zlepšení, někdy až k úplné normalizaci funkce levé komory. Terapií první volby u pacientů s FS stále zůstává farmakologická terapie.

U pacientů bez přítomného organického postižení srdce podáváme ke kontrole rytmu antiarytmika I.c třídy – propafenon event. v kombinaci s betablokátořem či veapamillem. U ICHS a dobrou funkcí LK podáváme ke kontrole rytmu antiarytmika III. třídy – sotalol nebo amiodaron, event. amiodaron v kombinaci s betablokátořem. Pro pacienty se srdečním selháním (SS) s ejekční frakcí levé komory pod 35 % je k dispozici pouze amiodaron event. v kombinaci s betablokátořem. Podání digoxinu do kombinační léčby je pro udržení SR málo účinné. Ke kontrole frekvence komor bez přítomného organického postižení srdce podáváme tzv. uzlová antiarytmika, která zpomalují vedení v oblasti AV uzlu, verapamil, betablokátoř, event. digoxin. U pacientů se SS používáme ke kontrole frekvence komor při FS pouze betablokátoř nebo digoxin. Betablokátoř jsou vhodnější u převažujících adrenergně závislých rychlých srdečních frekvencí. Pokud maximálně tolerovaná dávka betablokátořu a digoxinu neudrží přiměřenou frekvenci komor a není indikace k selektivní ablací FS, potom se zvažuje i u těchto pacientů sycení amiodaronem.

U rizikových pacientů s FS je indikována chronická antikoagulační terapie v plné terapeutické dávce.

Pokud není účinná antiarytmická terapie k udržení SR nebo eufrekvenční FS, potom se volí některý z nefarmakologických postupů. U symptomatické paroxysmální FS se provádí izolace plicních žil. U perzistující formy FS je nutná komplexní selektivní ablace v levé síní. U pacientů se srdečním selháním a FS se stále častěji indikují implantace biventrikulárních kardiostimulátorů k resynchronizační terapii myokardu, někdy s nutnou neselektivní ablací AV junkce.

## Akutní koronární syndrom

B. Fischerová

I. interní – kardiologická klinika LF MU a FN U Sv. Anny v Brně

Akutní koronární syndromy (AKS) jsou všechny stavy vzniklé v důsledku ruptury nestabilního koronárního plátu s nasedající intrakoronární trombózou. Patří mezi ně všechny typy akutního infarktu myokardu (AIM): s elevacemi ST (STEMI) včetně AIM s čerstvým blokem levého Tawarova raménka (BLRT), bez elevací ST (NSTEMI) a nestabilní angina pectoris.

Podle „Univerzální definice AIM“ publikované Evropskou kardiologickou společností v r. 2007 je infarkt myokardu akutní ložisková ischemická nekróza myokardu. Ke stanovení klinické diagnózy AIM je nutný průkaz pozitivní markerů nekrózy (nejlépe troponinu T nebo I, event. CK-MB) a zároveň přítomnost alespoň jednoho z následujících kritérií: klinické příznaky ischemie (typické stenokardie), EKG známky ischemie (elevace nebo deprese ST), vývoj patologického Q- kmitu, průkaz ztráty viabilního myokardu zobrazovací metodou, souvislost s koronární revaskularizací nebo náhlá srdeční smrt s předchozími známkami ischemie či průkazem čerstvého koronárního trombu při pitvě.

Při vyšetřování nemocného s AIM je při prvním kontaktu nejdůležitější anamnéza typických stenokardií, často doprovázených dušností a vegetativními symptomy (nauzea, zvracení, pocení...). K pacientovi s těmito symptomy je nutno co nejdříve přivolat RZP a pokud je možno, natočit EKG, jehož výsledek určí další postup. Pokud má nemocný elevace ST nebo nově vzniklý BLRT, od počátku bolesti uplynulo

méně než 12 hodin (a transfer by netrval déle než 90 minut), měl by být ihned přivezen do nejbližšího katetrizačního centra k provedení akutní koronarografie a event. zprůchodnění infarktové tepny direktní koronární angioplastikou. Pacienti s NSTEMI jsou transferováni na JIP nebo KJ spádové nemocnice, profitují však také z koronarografie – nejlépe do 72 hodin, vysoce riziková (přetrvávající potížení při terapii, přetrv.

hluboké deprese ST ve více svodech, pozitivní troponin...) co nejdříve.

Ve farmakoterapii AKS podáváme kyselinu acetylosalicylovou (bolus 500 mg i.v. nebo 400 mg p.o., s následnou udržovací dávkou 100 mg p.o. denně), clopidogrel (300–600 mg v úvodu, následně 75 mg p.o. denně), heparin nebo LMWH dle hmotnosti pacienta. Bolesti tlumíme opiáty (Fentanyl 2 ml i.v.),

vždy podáváme kyslík. Nitráty jsou indikovány u přetrvávajících stenokardií, hypertenze nebo srdečního selhání. Betablokátory se podávají zvláště u pacientů s tachykardií a hypertenzí (s výjimkou kontraindikací – bradykardie, hypotenze, akutní srdeční selhání). V případě potřeby je nutno zahájit ihned kardiopulmonální resuscitaci. Další léčba AIM souvisí s terapií komplikací a sekundární prevencí.

## Firemní sympozium Johnson & Johnson s.r.o.

čtvrtek / 23. 4. 2009 / 11.00–11.10

### Centra pro řešení kýly v České republice

Kavalec Petr<sup>1</sup>, Ferenc Michal<sup>1</sup>, Smetka Jan<sup>2</sup>, Mašek Ondřej<sup>3</sup>, Kalát František<sup>4</sup>, Bureš Tomáš<sup>5</sup>, Slováček Radim<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Chirurgické oddělení nemocnice v Uherské Hradiště,

<sup>2</sup>Kyjev,

<sup>3</sup>Benešov,

<sup>4</sup>Příbram,

<sup>5</sup>Kladno,

<sup>6</sup>Vsetín

Prezentace činnosti a zhodnocení operačních výsledků Center pro řešení kýly v České republice. Operace kýly je jedním z nejčastějších chirurgických výkonů s nemalým zdravotním, sociálním a ekonomickým dopadem. V období let 2004 až 2008 jsme v Centrech pro řešení kýly operovali 3 926 pacientů.

Před 4 roky vznikla v České republice Centra pro řešení kýly. Vznikla jako společná aktivita několika regionálních chirurgických pracovišť (nikoliv univerzitních) z různých míst země. Základní filozofii při vzniku těchto spolupracujících center bylo: prosazovat nejmodernější poznatky chirurgie v oblasti operace kýly břišní stěny, používat odpovídající materiály a postupy v léčbě, zavést registr k dlouhodobému hodnocení výsledků, aktivně se podílet na vzdělávání chirurgů a ostatních lékařů a na osvětě laické veřejnosti.

Každé pracoviště vytvořilo pracovní tým Centra pro řešení kýly, zřídilo kýlní poradnu s pravidelnou ordinací, otevřelo internetové stránky pro laickou veřejnost, zavedlo jednotnou evidenci (registr) pro pooperační sledování pacientů.

Zásady činnosti Centra pro řešení kýly: tým má dostatečnou zkušenost s různými typy operací v různých typech kýly, pro každý typ výkonu je zajiš-

těna zastupitelnost operátora, vzdělávání mladších chirurgů pro zachování kontinuity činnosti, kontinuální péče o pacienta (první kontakt v kýlní poradně, perioperační období, rekonvalescence, pooperační sledování), vedení databáze, vyhodnocování výsledků, pravidelná setkání zástupců všech pracovišť. Kýlní centra používají jednotnou klasifikaci, mají protokol pro operace tříselné, umbilikální, ventrální a incisionální kýly v současné době vycházející z guidelines sevillského kongresu EHS.

Kýlní centra spolupracují s firmou Ethicon a používají moderní výrobky této firmy. Centrum pro řešení kýly má ochranu známku.

Soustředěná péče a sjednocený postup podle protokolu v Centrech pro řešení kýly přispěly k poklesu počtu recidiv a ke zvýšenému zájmu pacientů o operace kýly v těchto specializovaných pracovištích.

## Firemní sympozium Medicom – SYSADOA aneb Co je nového v léčbě osteoartrózy

čtvrtek / 23. 4. 2009 / 11.40–12.10

### Symptomatická terapie osteoartrózy

M. Olejárová

Revmatologický ústav Praha

Hlavním symptomem osteoartrózy (OA), bez ohledu na její lokalizaci, je bolest. Dalšími častými příznaky jsou ztuhlost a omezení funkce kloubu. Bolest je také rozhodujícím faktorem kvality života a funkčního postižení pacientů

s OA. Zdrojem bolesti není vlastní artrotická chrupavka, ale reaktivní změny přilehlých inervovaných tkání (subchondrální kost, synoviální membrána, vazy a úpony apod.). Intenzita bolesti přímo nekoreluje s tíží morfologického postižení, terapie OA proto sleduje cíle dva – stabilizaci morfologické progresy a zlepšení artrotických symptomů, především bolesti a funkce.

Bolest lze ovlivnit u OA nefarmakologickými postupy, farmakoterapií a léčbou chirurgickou.

Nefarmakologická opatření (edukace, úprava pohybového režimu, cvičení, redukce váhy, opěrné a ortopedické pomůcky, pravidelná péče, fyzioterapie apod.) snižují bolest i další obtíže spojené s OA. Úprava pohybového režimu tedy není v případě OA pasivním přizpůsobením nemoci, ale aktivní terapeutickou intervencí.

Farmakoterapie spočívá v podávání analgetik, event. nesteroidních antirevmatik (NSA). Analgetikem volby je paracetamol v dávce do

4g denně; při jeho neúčinnosti nebo kontraindikacích pak NSA. NSA se vzhledem k jejich nežádoucím účinkům doporučuje podávat u OA s opatrností, v co nejnižších dávkách a po co nejkratší dobu. U pacientů se zvýšeným rizikem NSA gastropatie je třeba podat s neselektivními NSA současně gastroprotektiva nebo zvolit selektivní inhibitory COX2.

Specifickou skupinou léků OA jsou tzv. pomalu působící léky OA, které jsou schopny zlepšit metabolickou aktivitu chrupavky a postihnout artritický proces několika mechanismy současně. Mezi tyto látky patří glukosamin sulfát, chondroitin sulfát, diacerein, výtažek z avokáda a sojových bobů (ASU) a kyselina hyaluronová a její deriváty. Tyto léky mají pozvolný nástup účinku, který ovšem přetrvává i po ukončení léčby po dobu nejméně dvou měsíců. Léčba však musí být dlouhodobá (alespoň tři měsíce dvakrát do roka nebo kontinuálně).

U nemocných se zánětlivou reakcí (otok, bolest, zvýšená teplota nad kloubem) je možné provést intraartikulární obstrukci glukokortikoidem. Tuto léčbu je možné v případě účinnosti opakovat s odstupem nejméně 6 týdnů a maximálně 3–4x do roka.

Při selhání konzervativní léčby jsou indikovány chirurgické postupy léčby, z nichž nejúčinnější jsou totální kloubní náhrady.

### **Piascledine 300 – nová symptomatická, pomalu působící látka na léčbu osteoartrózy**

**L. Šenolt**

**Revmatologický ústav Praha**

Důležitou strategií v léčbě osteoartrózy (OA) jsou pomalu působící látky ovlivňující symptomy choroby (tzv. SYSADDOA, symptomatic slow acting drugs of osteoarthritis). Jedná se

o léky známé jako chondroprotektiva, které mají schopnost ovlivnit metabolický obrat hyalinní chrupavky a přidružených kloubních struktur. Novým preparátem na českém trhu je piascledine, extrakt z avokáda a sojových bobů. V preklinických studiích bylo prokázáno, že piascledine podporuje syntézu proteoglykanů a kolagenu typu II, snižuje expresi pro-zánětlivých cytokinů a metaloproteináz podporujících patogenezi OA. Klinické studie prokázaly pozitivní efekt piascledinu na symptomy OA kolenních a kyčelních kloubů. Léčba přitom vedla ke sníženému abúzu analgetik a nesteroidních antirevmatik. Navíc byl prokázán protektivní vliv piascledinu na postupné zužování kloubní štěrby u nemocných s těžším stupněm artritického postižení kyčelních kloubů. Piascledine se podává jednou denně, léčba bývá většinou dlouhodobá a preparát je velmi dobře tolerován.

## **ORTOPEDIE**

*Předsedající: J. Selucký – čtvrtek / 23. 4. 2009 / 12.10–13.40*

### **Co nového v endoprotetice, zvláštnosti předoperační přípravy a života s endoprotézou**

**J. Selucký, P. Příkryl, P. Pilař**

**Ortopedické oddělení Nemocnice Přešov**

Vývoj medicíny nám přináší také nové operační postupy a nové implantáty. Někdy bývá obtížné rozhodnout, zda se jedná opravdu o pokrok pro pacienty, nebo jde jen o drobnou, nepodstatnou změnu sloužící reklamě a obchodu. Proto kritické hodnocení novinek není od věci. V posledních letech se v oblasti endoprotetiky objevily miniinvaze, resurfacing, miniprotézy, rotační kolena, genderspecifické nebo hyperflexní endoprotézy kolen. Jsou opravdu přínosem pro pacienty? Jak vypadají první zkušenosti a jaké jsou střednědobé výsledky? Tyto a další otázky si pokládá kolektiv autorů a také na ně odpovídá.

V další části bude interaktivně řízená diskuze k tématu přednášky a ke zvláštnostem předoperační přípravy a života s endoprotézou.

### **Artroskopické operace, posun možností artroskopických**

### **zámků, zhodnocení rutinních, ale i experimentálních výkonů**

**M. Rafi, P. Příkryl**

**Ortopedické oddělení Nemocnice Přešov**

Artroskopie je moderní, elegantní, rychlá miniinvazivní metoda. Pro pacienta znamená malou operační zátěž, krátkou hospitalizaci, rychlý návrat do běžného života a příznivý kosmetický efekt oproti otevřeným operacím. Přednáška pojednává o možnostech artroskopických operací, hodnotí rutinní a experimentální výkon.

Od prvního pokusu vyšetření kolene, kdy Takagi 1918 v Tokiu zavedl do kolena kadaveru cystoskop, uplynulo bezmála 100 let. Teprve rozvoj techniky v 80. letech umožnil skutečné operování touto metodou. Umožnila to především miniaturizace videokamery, rozvoj PC techniky, digitalizace a v neposlední řadě rozvoj operačních nástrojů a také artroskopických implantátů. Čím dál více se artroskopicky provádí složitější a náročnější operace.

První ASK zákroky v ČR se datují okolo 90. let.

Nejčastěji operovaným kloubem je koleno. Rutinně se provádí téměř na všech

ortopedických pracovištích. Jedná se o ASK ošetření lézí menisků, čerstvých poranění či na základě degenerativních změn. Dále pak plastiky zkřížených vazů, debridement chrupavek, synovektomie. Méně rutinně pak mozaik plastika chrupavek a úplně specificky je pak ASK asistovaný odběr chondrocytů s jejich následnou kultivací a aplikací zpět do kolene. Proveditelné je také řešení patologie femoropatellárního skloubení – dysplazie, luxace, chondropatie...

Dále pak ASK asistovaná operace zlomenin horního konce tibie. Při monokompartmentálním postižení kolene se ASK asistovaně provádí i korekční osteotomie tibie.

Druhým nejčastěji operovaným kloubem je ramenní kloub. Zde ASK operativa udělala největší pokrok za poslední roky. Nejčastěji provádíme ASK dekomprese a bursectomie subakromiální. Dále stabilizace GH skloubení, ale i zadopřední stabilizace.

Řešení patologie na dlouhé šlaše bicepsu včetně SLAP léze je rutinní součástí této metody. Největší novinkou je řešení patologie manžety rotátorů, kdy jsme schopni elegantně ASK řešit jakékoliv poškození této struktury. Na základě ASK lze ověřit stav chrupavek a in-

dikovat implatnaci TEP ramenního kloubu. V neposlední řadě řešení určitých typů zlomenin pod kontrolou ASK. Je třeba se zmínit i o ASK operaci adhezivní kapsulitidy – zmrzlého ramene.

Dalším z možností ASK ošetření je loketní kloub. Zde se nejčastěji provádí „uvolňovací“ operace, tzn. synovektomie, cheilektomie, odstranění volných tělísek.

Hlezenní kloub patří k méně artroskopovaným kloubům. Zde se nejčastěji provádí přední dekomprese, synovektomie, ošetření chondrálních lézí, odstranění volných tělísek. V posledních letech přináší velmi dobré výsledky ASK asistovaná déza TC skloubení.

„Karpus“ neboli zápěstní kloub se ASK řeší pouze na spec. pracovištích. A to proto, že je to málo operovaný kloub a měl by to provádět ortoped nebo chirurg se zaměřením na chirurgii ruky. Měl by znát celou problematiku dané oblasti.

Kyčelní kloub se v České republice tak často neartroskopuje, ale existuje pár pracovišť, které se touto problematikou zabývají. Další možnosti používání ASK je artroskopie k vyšetření malých kloubů nohou, subtalo skloubení, řešení patní ostruhy a některé entezopatie.

Ve sféře experimentu neustále zůstává řešení poškozených chrupavek a transplantace menisků.

## Velké problémy s malými patologiemi na noze

P. Skácel, J. Selucký

Ortopedické oddělení Nemocnice Přerov

Jde o přednášku zabývající se problematikou onemocnění nohy s důrazem na postižení přednoží, jako je hallux valgus, pes transversoplanus a metatarsalgie. V první části proběhne stručný průřez etiologií a patogenezí tohoto onemocnění, následně přehled možností konzervativní a operační terapie těchto onemocnění. V další části bude interaktivně vedená diskuze o této problematice, která by měla osvětlit časté otázky týkající se onemocnění přednoží.

# Firemní sympozium sanofi-aventis

čtvrtek / 23. 4. 2009 / 15.10–15.40

## Poruchy chování ve stáří

V. Pidrman

Poruchy chování ve stáří se rozvíjejí ruku v ruce s poruchami kognitivních funkcí, respektive s poruchami intelektu. Jelikož jsou však poruchy chování nápadné, bývají často prvním znakem, který vzbudí pozornost. Mohou být prvním důvodem, který může vést k vyšetření odborníkem, ve svých důsledcích mohou vést k odhalení demence.

Poruchy chování jsou obzvlášť stresující pro příbuzné, respektive pro pečovatele o demenčního nemocného. Jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). BPSD zahrnují relativně široké spektrum příznaků, a to zejména:

1. paranoidní ladění, paranoidní myšlení, bludné ladění, popř. výskyt bludů
2. výskyt halucinací
3. poruchy v běžných činnostech
4. agitovanost, agresivita
5. poruchy rytmu spánku / bdění
6. změny nálad: deprese, mánie, úzkosti a fobie

Výskyt BPSD znamená menší či větší postižení intelektu, není však v přímé souvislosti s poškozením intelektu, jinými slovy závažnost BPSD nemusí vždy odpovídat závažnosti postižení intelektových funkcí.

Zásady terapeutické intervence při výskytu BPSD:

- BPSD jsou velmi častou komplikací, která provází narušení intelektu. S výskytem BPSD můžeme počítat až v 90 % případů demenčních nemocných.
- BPSD jsou výrazným stresorem jak pro pacienty, tak pro jejich rodiny, rovněž tak pro pečovatele. Nejsou-li včas a správně identifikovány a léčeny, pak vedou k brzké institucionalizaci nemocného.
- Terapeutická intervence pro BPSD je stejně, mnohdy dokonce více účinná než terapie mající za cíl korigovat kognitivní poruchy.
- Na výskyt BPSD bychom měli myslet vždy při zjištění poruch intelektu, měli bychom je aktivně vyhledávat, aktivně se tázat rodinných příslušníků, pečovatelů na jejich výskyt.

Léčba BPSD zahrnuje dva na sobě závislé a od sebe neoddelitelné kroky, pokud chceme být úspěšní:

- léčbu nefarmakologickou (behaviorální)
- léčbu farmakogenní.

Zásady správné farmakoterapie BPSD:

- vědět, proč lék podáváme, mít tudíž jasnou základní diagnózu
- mít vyjasněny cílové (hlavní) symptomy, které chceme léčit
- léčbu hodnotit v předem stanovených časových krocích, které jsou reálné
- neopomíjet lékovou titraci s ohledem na farmakologické vlastnosti léku
- racionalizovat množství různých léků podávaných pro léčbu více nemocí
- ctít monoterapii pro léčbu určité nemoci
- jednoduše (a písemně) instruovat pacienta / pečovatele
- doporučit užívat denní nebo týdenní lékové výdejní boxy
- sledovat nejen vlastní efekt léku, ale i základní tělesné a psychické funkce
- aktivně sledovat případné vedlejší účinky léčby

# ALERGOLOGIE A IMUNOLOGIE

Předsedající: J. Bystrouň – čtvrtek / 23. 4. 2009 / 15.40–17.10

## Anafylaxe

J. Peprníková

Oddělení alergologie a klinické imunologie  
LF UP a FN Olomouc

Anafylaktická reakce (anafylaxe) je náhle vzniklá a život ohrožující alergická reakce, která vzniká na podkladě imunopatologické reakce I. typu mediované především protilátkami IgE.

Náhlé systémové uvolnění mediátorů žírných buněk a bazofilů způsobí systémovou alergickou reakci s různými orgánovými projevy, v úvodu většinou kožními (v 90%), nejzávažnější je postižení kardiovaskulárního a respiračního systému. Příčinou anafylaxe jsou potraviny (různé ořechy, luštěniny, ryby a mořské plody, mléko, vejce, některé druhy ovoce a zeleniny), léky (beta-laktamová antibiotika, především peniciliny, dále sulfonamidy), hmyzí jedy, alergenové extrakty, očkovací látky, latex atd.

Anafylaktoidní reakce je způsobena jinými mechanizmy (non-IgE) – projevy, závažnost i léčba jsou však stejné jako u anafylaktické reakce (např. po rtg jodových kontrastních látkách).

Nejtěžší a život ohrožující formou anafylaktické reakce je anafylaktický šok, který může nastoupit velmi rychle (nejrychleji ze všech druhů šoků).

Lékem první volby při léčení anafylaxe je vodný roztok adrenalinu v ředění 1:1000 v úvodní dávce 0,2–0,5 ml intramuskulárně, event. subkutánně.

Neexistuje žádná absolutní kontraindikace podání adrenalinu u anafylaxe. Fatální případy jsou velmi často způsobeny opožděným zahájením adrenalinové terapie.

Při event. léčení adrenalinem v infuzi musí být pacient monitorován. Dále se podávají antihistaminika, kortikosteroidy, B2 mimetika, kyslík, infuzní roztoky k udržení oběhu.

Vždy je třeba včas zajistit žilní přístup.

Pacienti léčení betablokátory mohou být rezistentní na běžně doporučenou terapii anafylaxe, u nich je třeba podat glukagon a atropin.

Zásadní je prevence – je nutné, aby se pacienti s anamnézou anafylaxe vyhýbali známým alergenům a byli vybaveni záchranným protišokovým balíčkem: epinefrin v autoinjektoru (Epipen či Anapen), perorální nebo rektální kortikosteroid, perorální antihistaminikum, inhalační B2 mimetikum.

## Kopřivky

J. Braunová

Oddělení alergologie a klinické imunologie  
LF UP a FN Olomouc

Kopřivky (urtikarie) jsou běžným onemocněním, v současné době postihující až 20% populace. Primárním příznakem, velmi negativně ovlivňujícím jak osobní, tak profesní život pacienta, je svědění. Typickým kožním projevem je urtikariální léze. Jde o problematiku, která vyžaduje spolupráci praktického lékaře, dermatologa a alergologa.

Ve svém sdělení se zmíním jak o problematice klasifikace, diagnostiky, tak o současných možnostech terapie.

## Moderní léčba alergické rýmy

J. Bystrouň

Oddělení alergologie a klinické imunologie  
LF UP a FN Olomouc

Alergická rýma se může zdát jako banální onemocnění, ale její důsledky mohou významně ovlivňovat kvalitu života touto nemocí postižených pacientů. Snižuje soustředěnost a výkonnost při studiu, v pracovním procesu, omezuje v pracovních i mimopracovních aktivitách. Stále zaznamenáváme nárůst prevalence alergické rýmy. V ČR se udává prevalence 10–25%.

Závažnost alergické rýmy je nejen v její prevalenci, ale i ve vztahu k dalším chorobám jako jsou konjunktivitida, sinusitida, faryngitida a průduškové astma. Alergická rýma je klinickou manifestací alergického fenotypu. Současný léčebný přístup respektuje spojitost alergického zánětu v horních i dolních dýchacích cestách jako ve společných dýchacích cestách.

Terapie alergické rýmy je založena na základních principech léčby všech alergických chorob: odstranění příčinného alergenu, odstranění nespecifických spouštěčů, specifické alergenové imunoterapie a na dlouhodobé farmakoterapii. V léčbě se uplatňují závěry mezinárodních konsenzů (poslední inovace ARIA 2007). Doporučuje se včasná a komplexní léčba, jejíž účinnost dává dobrý předpoklad i pro prevenci rozvoje nebo alespoň zmírnění závažnějšího alergického onemocnění, jakým je průduškové astma.

V léčbě se používají krátkodobě úlevové léky (nosní, event. systémová dekonjestiva, lokální

nebo systémová antihistaminika). Pro kontinuální sezónní i celoroční léčbu se používají moderní antihistaminika, u kterých můžeme pozorovat i významné protizánětlivé a imunomodulační účinky, především u nejnovější generace – desloratadin, levocetirizin, z lokálních antihistaminik pak levokabastin, azelastin a další.

V preventivní lokální léčbě jsou stále ještě často používány kromony, které jsou velmi ceněny pro jejich jedinečný bezpečnostní profil, ale nutno časté aplikace (3–6x denně) dost snižuje compliance s pacienty, a proto jsou vytlačovány účinnějšími léky, které je možno podávat jen 2x, nebo dokonce jen 1x denně.

Neúčinnějšími protizánětlivými léky při zvládnutí alergického zánětu jsou topické kortikosteroidy. Vedle starších přípravků (beklometazon) existují i novější molekuly (budesonid, flutikazon, mometazon), které mají ještě výraznější vazbu ke kortikosteroidním receptorům ve tkáních, na které jsou aplikovány a jsou výrazně bezpečnější – s minimálním přechodem do systémového oběhu.

U pacientů, u kterých je alergická rýma spojena i s projevy průduškového astmatu, je velmi výhodná kombinace antihistaminik a topických steroidů s antileukotrieny (montelukast, zafirlukast). Tato kombinace velmi příznivě ovlivňuje i rinitické potíže.

Při včas diagnostikované alergii, kde přecitlivělost je vyjádřena jen na jeden nebo malou skupinu podobných alergenů, je velmi účinnou léčbou specifická alergenová imunoterapie. V současné době již existují velmi kvalitní standardizované vakcíny ve formách pro sublingvální nebo subkutánní podávání. Efekt léčby se po 3–4leté léčbě projevuje až 90% zlepšením klinických projevů onemocnění.

Nedovedeme zatím snížit prevalenci alergických onemocnění, která je způsobena výraznými změnami životního stylu v posledních 50. letech a změnami v životním prostředí. Na tyto změny se každý organizmus nedokáže stejně dobře adaptovat. Pomocí včasné a přesné diagnostiky dokážeme tyto choroby identifikovat a ve velké většině případů moderní léčbou je zmírňovat – kontrolovat. Léčba je zaměřena na to, aby pacienti s alergickými chorobami mohli plně vykonávat veškeré své aktivity bez významnějšího omezení.

# Zdravotnické noviny

Tradiční zdroj nezávislého aktuálního zpravodajství pro lékaře i zástupce ostatních odborných profesí ve zdravotnictví, farmacii, státní správě a zdravotních pojišťovnách.

- 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

■ PŘEDSTAVUJEME MUDr. Miroslava Procházkou, vedoucího rehabilitačního oddělení Zdravotnického zařízení Jarov str. 22

■ TÉMA Cystická fibróza: Léčebná, ale nevyčlelněná nemoc „slaných“ dětí str. 14

■ AKTUALITY Polámané biologické hodiny str. 11

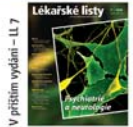
## Zdravotnické noviny

13/2009 ročník 58

WWW.ZDN.CZ

TÝDENÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

CENA 23Kč PŘEDPLATNÉ 23Kč



### MZ představilo projekt standardizace zdravotní péče

Ministryně zdravotnictví Daniela Filipová minulý úterý představila projekt tvorby standardů zdravotní péče. Pacienti se z nich mají dozvědět, na jakou péči mají být daném onemocněním nárok. Pro lékaře budou standardy závazné, pokud bude schválen zákon o zdravotních službách.

Olga Pavlíková

Ministerstvo zdravotnictví schválilo realizaci „systému tvorby národních standardů“, který zahrnuje „Národní sadu standardů odborné zdravotní péče“, „Národní sadu ukazatelů kvality zdravotních služeb“ a „Standard zdravotnické dokumentace“. „Všechny projekty úzce souvisí a kvalitní péče o pacienty a jejich bezpečím. Měly by jim za cíl stanovit stejné pravidla pro poskytování zdravotní péče na péči všech oborů a pro všechny poskytovatele zdravotních služeb. Vytvořením zavedení standardů bude zajištěno nejmodernější zdravotní péče založené na nejnovějších poznáních a znalostech specialistů v každém oboru v České republice.“ říká na tiskové konferenci ministryně. Standardy zdravotní péče, často označované také jako doporučení



Ministerka zdravotnictví Daniela Filipová představila projekt tvorby standardů zdravotní péče.

Ve vztahu k odborné veřejnosti přináší přehled o nevhodných a neaktuálních lékařských postupech při léčbě konkrétních diagnóz. Zdravotní pojišťovny ve standardech získají možnost garantovat kvalitu péči svým pojištěncům i nástroj pro financování zdravotní péče. Pro pacienty bude léčení podle standardů znamenat možnost v delším věku mít než dosud porovnatelné podmínky, které při konzumaci zdravotní péče podpoří, a souhlasit se tak více podílet na rozhodování o svém zdravotním stavu.

Počítá se s využitím zahraničních zkušeností „V rámci projektu se počítá jak s využitím dosavadních výsledků dosažených na úrovni jednotlivých odborných lékařských společností, tak s využitím zahraničních zkušeností

se není, kde je proces standardizace odborné zdravotní péče již v pokročilejší fázi. Počítáme rovněž s pravidelnou aktualizací jednotlivých standardů tak, aby odpovídaly aktuálním a moderním medicínským poznáním a postupům“, vysvětlila ministryně Filipová.

Projektový návrh na ukončení přílohu č. 13 realizovanou Odborným fórem pro standardizaci zdravotní péče, které funguje od minulého roku jako poradní orgán ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven pro tvorbu doporučených lékařských postupů. Za účasti odborníků z vybraných lékařských oborů pracovalo fórum na vývoji procesních postupů a na metodice tvorby standardů.

Ministerstvo zdravotnictví předpokládá zapojení široké odborné veřejnosti na všech úrovních projektu.

(Pokračování na straně 2)

Tato úloha vyšlo 30. března 2009



### Mladá fronta divize Medical services představuje

**Libor Zámečník, Viktor Soukup:**  
**Prevence a léčba onemocnění močových cest**

ISBN 978-80-204-1941-5  
formát B6, 110 x 165, 96 stran, barevné, brožovaná vazba, cena: 88 Kč 79 Kč

Knihy lze objednat na adrese:  
Mladá fronta a. s. – divize Medical Services, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany  
e-mail: rihova@mf.cz, tel: 225 276 248, gem 725 537 585 nebo na internetu: www.zdn.cz



# ODBORNÁ PŘÍLOHA

## Lékařské listy

Odborná témata z jednotlivých medicínských oborů zpracovaná špičkovými odborníky.

- kazuistiky
- novinky z oblasti farmakoterapie a preventivního lékařství
- přehledné informace pro ambulantní lékaře

Pro předplatitele zdarma přístup do archivu článků na [www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)

Podíl čtenářů z lékařské sféry oslovených odbornými zdravotnickými tituly z vydavatelství Mladá fronta činí průměrně 87 %



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](http://www.mf.cz)

Kontakty inzerce – Marcela Horáková, e-mail: [horakova@mf.cz](mailto:horakova@mf.cz), tel. 225 276 443

Kontakty předplatné – Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9, e-mail: [mf.prstc@cpost.cz](mailto:mf.prstc@cpost.cz), tel. 800 300 302

# PSYCHIATRIE

Předsedající: J. Praško / pátek / 24. 4. 2009 / 9.00–10.30

## Úzkostné poruchy v primární péči

J. Praško<sup>1,2</sup>, K. Látalová<sup>1</sup>, Z. Sigmundová<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Univerzita Palackého v Olomouci

<sup>1</sup>Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc

<sup>2</sup>Psychiatrické Centrum Praha

<sup>2</sup>Centrum neuropsychiatrických studií

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy vůbec. Vedou k výraznému funkčnímu postižení a distresu. Nejvýznamnějšími úzkostnými poruchami jsou panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, agorafobie, sociální fobie a specifické fobie. Léčbou volby u všech úzkostných poruch je psychoterapie, zejména postupy kognitivně behaviorální terapie, krátké dynamické psychoterapie a interpersonální psychoterapie. Tyto postupy však vyžadují speciální výcvik psychoterapeutů a jsou dostupné jen ve vybraných specializovaných centrech, která zdaleka nepokrývají potřeby terénu. Farmakologická intervence může použít různé postupy. Vysoce potentní benzodiazepiny, jako je alprazolam, clonazepam nebo lorazepam mohou pomoci snížit úzkost spojenou se zámkroky, pomoci se spánkem a umožnit krátkodobé zvládnání úzkosti po akutním stresu, ale nejsou vhodné k podávání po delší dobu pro riziko rozvoje tolerance, závislosti a syndromu z vysazení po přerušení podávání. Selektivní inhibitory zpětného vychy-

távání serotoninu a další novější antidepresiva jsou dnes pokládány za léky první volby u úzkostných poruch.

Podpořeno projektem CNS, č. 1M0002375201 MŠMT ČR

## Demence – klinický obraz a léčba

K. Látalová

Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

Populace v České republice stárne. Dochází k prodlužování střední délky života. Zvyšuje se ambulantní počet seniorů, zároveň narůstá jejich procentuální zastoupení v populaci. Z hlediska zdravotního stavu je populace seniorů vysoce heterogenní. Vykazuje vyšší celkovou morbiditu, která je specifická vysokým výskytem akutních stavů a degenerativních onemocnění. Mezi nejčastější choroby vyššího věku patří kognitivní poruchy a demence. Podle některých zdrojů dochází ve věku nad 65 let každých 5 let ke zdvojnásobení případů. V současnosti narůstá skupina nemocných, kteří se nacházejí ve středním a těžkém stadiu demence. Největší díl demencí tvoří demence atroficko-degenerativní, je jich přinejmenším 60 %. Nejčastější z nich je demence u Alzheimerovy choroby. Demence vaskulární představují více než 20 %, z nich nejčastější je multiinfarktová. Sekundární demence jsou zastoupeny 10 %. Smíšené formy představují podle různých zdrojů 10–15 %.

Při léčbě demencí bývá rozlišován kognitivní a nekognitivní postup. Základní léčbou je zejména terapie kognitivních funkcí (hlavním klinickým představitelem této léčby jsou inhibitory cholinesteráz a memantin). Ovlivnění acetylcholinergního systému je v současnosti nepoužívanějším a neúspěšnějším způsobem léčby demencí.

## Depresivní poruchy

H. Stolínová

Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

Depresivní poruchy představují z psychiatrického hlediska nejrozšířenější typ poruchy. První kontakt pacienta s depresí bývá často v ordinaci praktického lékaře, a je proto podstatné toto onemocnění včas rozpoznat a adekvátně léčit. Sdělení ve zkratce obsahuje přehled etiopatogenetických teorií onemocnění, předkládá stručná vodítka pro diagnostiku deprese v ordinaci praktického lékaře a shrnuje současné možnosti efektivní léčby. Podrobněji se zabývá somatickým syndromem u depresivního onemocnění, koincidencí deprese a somatických diagnóz a z hlediska praktického lékaře možnostmi farmakoterapeutické a psychoterapeutické intervence. Sdělení je doplněno kazuistikou, která na konkrétním příkladě podtrhuje důležitost erudované péče u tohoto typu pacientů, zejména v ordinacích somatických lékařů.

# Firemní sympozium Medicom

pátek / 24. 4. 2009 / 10.30–11.00

## Zařazení antidepresiva trazodonu (SARI) v klinické praxi

J. Raboch

Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha

Včasná diagnostika a adekvátní léčba depresivní poruchy je jednou z výzev medicíny 21. století. Prakticky všechny standardy správné léčby považují v akutní léčbě středně těžké a těžké depresivní epizody použití antidepresiv za postup první volby. Mezi nejčastěji předepisovanými léky patří i trazodon (Trittico AC) – látka typu SARI – Serotonin Antagonists Reuptake

Inhibitor. Jeho mechanismus účinku je mezi antidepresivy zcela unikátní a komplexní. Z terapeutického hlediska je nejdůležitější jeho působení na serotoninergní systém, protože jeho ovlivnění centrálního noradrenergického a dopaminergního systému je minimální. Trazodon je především blokátorem postsynaptických 5HT<sub>2</sub> receptorů a mírným blokátorem zpětného vychytávání serotoninu. Jeho aktivní metabolit m-chlorophenylpiperazin (m-CPP) je přitom přímým 5-HT agonista. Trazodon nemá prakticky žádné anticholinergní účinky. Jeho hlavní indikací je depresivní porucha. Ve srovnávacích

studiích byla nalezena podobná akutní účinnost jako u tricyklických antidepresiv či antidepresiv dalších generací. Stejně tak byl prokázán dlouhodobý efekt tohoto antidepresiva srovnatelný s jinými léky včetně venlafaxinu. Trazodon má též anxiolytické vlastnosti srovnatelné např. chlordiazepoxidem či diazepamem. Výhodou v těchto indikacích je jeho nenávykovost. Mnoho lékařů využívá trazodon vzhledem k jeho sedativním vlastnostem a příznivému účinku na spánkovou architekturu k léčbě nespavosti jako alternativu k benzodiazepinům. Zvláště častá bývá indikace tohoto léku u depresivních

pacientů, kde aplikace SSRI vyvolala insomnií. Na rozdíl od většiny antidepresiv nemá trazodon negativní účinky na sexualitu. Naopak v některých studiích se prokázal jeho prosexuální efekt, především na erektilní dysfunkce. I při dlouhodobém podávání obvykle nevede ke změnám tělesné hmotnosti, což je pro mnohé pacienty velmi významné. Léčbu deprese zahájíme

obvykle jednou večerní dávkou 50–150 mg. Po 3–4 dnech můžeme dávku zvyšovat o 50 mg až na cílových 300 mg rozdělených do dvou denních dávek. Obvyklá hypnotická dávka trazodonu je 50 mg s relativně širokým rozmezím dle efektu a snášenlivosti 25–300 mg v jedné dávce před spaním. Pochopitelně i pro trazodon platí stejné zásady jako pro ostatní antidepresiva.

Každý pacient s depresí by měl být farmakologicky léčen v rámci dobrého léčebného vztahu a alespoň podpůrné psychoterapie v akutní etapě více týdnů do dosažení plné remise a poté v pokračovací etapě trvající nejlépe 1 rok (minimálně 4 měsíce) by mělo být zabráněno relapsu afektivní poruchy a dosaženo plného návratu psychosociálních funkcí.

## ONKOLOGIE

*Předsedající: M. Duda / pátek / 24. 4. 2009 / 11.30–13.30*

### Biologická léčba solidních nádorů

**B. Melichar**

**Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc**

Pojem biologická léčba byl dlouhou dobu používán jako synonymum pojmu imunoterapie. V posledních několika letech však dostal tento pojem s příchodem cílené léčby nový obsah. Cílená léčba je léčbou zaměřenou na vlastní patogenetické mechanismy nádorového onemocnění. Cílené léky mohou být nízkomolekulární inhibitory proteinů, které se podílejí na maligní transformaci, nebo protilátky proti těmto proteinům. Obecně je cílená léčba lépe tolerována než cytotoxická chemoterapie, s cílenou léčbou se však objevilo nové spektrum nežádoucích účinků. U některých onemocnění, například u gastrointestinálního stromálního nádoru, cílená léčba zcela změnila průběh onemocnění, ale v posledních několika letech se cílená biologická léčba stala součástí standardních postupů i u řady nejčastěji se vyskytujících nádorů.

### Současná koncepce onkochirurgie

**M. Duda**

**II. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc**

Chirurgická léčba představuje u naprosté většiny solidních nádorů základní léčebný postup, skýtající naději na vyléčení či dlouhodobější terapeutický úspěch. Ročně je v České republice diagnostikováno asi šedesát tisíc nově hlášených zhoubných onemocnění. Na jejich léčbě se až dosud podílelo takřka 160 chirurgických pracovišť. Tato skutečnost odporuje celosvětově přijímané koncepci „High volume hospitals“, která poukazuje na skutečnost, že v léčbě nádorových onemocnění se s počtem léčených pacientů zlepšují i výsledky a je to i ekonomicky výhodné. To bylo i u nás důvodem, že z iniciati-

vy České onkologické společnosti bylo ustaveno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR z r. 2006 18 komplexních onkologických center, kam by měla být koncentrována léčba nejsložitějších onkologických pacientů, což platí jak pro léčbu chirurgickou, medikamentózní i zářením. V r. 2008 po auditu jednotlivých center byl jejich počet snížen na 13.

Aktuální problematika onkochirurgické péče zahrnuje aspekty odborné, kam patří problematika radikalita operací (resekce R1, R2), paliativních operací, multidisciplinární postupy a léčba na základě Evidence Based Medicine. Neméně důležitá je problematika organizační, kam náleží již zmiňovaný princip High volume hospitals, dostupnost péče, specializace v onkochirurgii a financování onkochirurgie. Díky Českému národnímu onkologickému registru (NOR) máme k dispozici ojedinělý soubor dat o bezmála 1,5 miliónu onkologických nemocných. Brněnští odborníci z Centra statistiky a analýz vytvořili originální softwarový nástroj nazývaný Systém pro vizualizaci onkologických dat (SVOD). Na základě těchto analýz můžeme i u nás konstatovat existující rozdíl ve výsledcích léčení onkologických pacientů, kdy jsou shledávány významné rozdíly v pětiletém přežívání u pacientů se stejným stadiem onemocnění v závislosti na pracovištích v České republice. Tak např. v létech 1977–2002 u karcinomu tlustého střeva stadia I–II byl rozdíl pětiletého přežívání v závislosti na pracovištích s různým počtem léčených případů v rozmezí 38 až 66 % a u III. stadia v rozmezí 30 až 50%. Jednoznačně lepší výsledky byly dosahovány tam, kde byl léčen větší počet nemocných. Podobné údaje byly však publikovány i v zahraničí, např. v Německu. V současné době existují u nás významné rozdíly v podílu počtu onkologických pacientů na celkovém počtu nemocných léčených na chirurgickém pracovišti. Tak např. u 3 kapacitně přibližně stejných

oddělení kolísal tento rozdíl podle charakteru a zaměření pracovišť mezi 7,4 až 23 %.

Historie péče o onkologické nemocné má v Čechách a na Moravě dlouholetou tradici. Již v r. 1904 byl v Praze založen Spolek pro zkoumání a potírání rakoviny (V. Rubeška, gynekolog, K. Maydl, chirurg, L. Syllaba, internista). V r. 1929 byl v Brně založen spolek „Dům útěchy“ chirurgem J. Bakešem, předchůdce dnešního Masarykova onkologického ústavu. I když chirurgové byli od počátku zapojeni do péče o pacienty s nádory, neprofilovala se dlouho tato odbornost v rámci chirurgie. Zatímco první specializované onkochirurgické pracoviště ve Virginii vzniklo v r. 1965, onkochirurgická společnost v USA v r. 1975 a v Evropě v r. 1981, tak samostatná sekce onkochirurgie vznikla u nás při České onkologické společnosti až v r. 2002. Zatím u nás neexistuje oficiální možnost profilace chirurgů v onkochirurgii na rozdíl od možnosti získat tuto specializaci v rámci onkochirurgických společností v Evropě i v USA. Až do současné připravované novelizace zákona o postgraduálním vzdělávání lékařů byl z iniciativy Onkochirurgické sekce České onkologické společnosti a České chirurgické společnosti navržen vzdělávací program pro onkochirurgii.

Snaha o uplatnění principu High volume hospitals, tedy koncentrace péče o onkochirurgické pacienty do menšího počtu chirurgických pracovišť než je tomu dnes s rozhodujícím významem ustavených onkochirurgických center, je zatím bržděna nevyřešeným financováním onkochirurgické péče. Po dlouhých jednáních byl v r. 2007 přislíben vedením VZP výkonový systém plateb onkologických operací ve vybraných centrech. Od letošního roku by se snad tento projekt jako pilotní ve vybraných centrech stát skutečností. Tím by byla dána další možnost profilace určitého počtu chirurgů na tuto problematiku. Onkochirurg by měl být široce vzdělaným onkologem, jehož léčebnou metodou je chirurgie.

## Komplexní léčba kolorektálního karcinomu

K. Vysloužil

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Od doby prvních dekompresních operací se léčení kolorektálních nádorů dramaticky změnilo. Podobně jako v jiných oborech střídá období stagnace období bouřlivého nadšení a rozvoje. V 19. století se této problematice věnovali hlavně chirurgové a byli již publikovány četné operační postupy, které se zaměřovaly na odstranění nádoru. U nádorů tračníku se jednalo o resekční výkony, u kterých byly v průběhu dalších desetiletí upravovány jen standardy onkochirurgické radikality. Největší pozornost byla dlouhodobě věnována radikální chirurgické léčbě nádorů rekta. Byly propracovány různé operační postupy jak cestou abdominální, tak perineální. Vrcholem tohoto bouřlivého rozvoje oboru je bezesporu práce Ernesta Milese z roku 1908, která vytyčila standardy radikality chirurgické léčby maligních

nádorů konečníku. Milesova abdominoperineální amputace rekta byla obecně přijatá a bez větších změn měla až do 60. let 20. století výsadní postavení v léčbě maligního nádoru konečníku. 60.–80. léta 20. století byla ve znamení plejády operačních postupů, které lze nazvat obdobím sfinkter šetřících operací. Vrcholem tohoto období byly staplery umožňující nízké anastomózy rekta. Tyto převratné změny v chirurgii rekta, respektující onkologická kritéria a zachovávající pasáž per vias naturales, pravděpodobně znamenají limit chirurgických úspěchů v chirurgii nádorů konečníku. V posledním dvacetiletí, které je charakterizováno v onkochirurgii kolorekta jen drobnými korekcemi operační techniky a taktiky, bylo dosaženo minimalizace operační letality a pooperační morbidity. Poslední změny přinesl rozvoj miniinvasivní chirurgie. Běžné jsou transanální resekce tumorů rekta pomocí operačního rektoskopu a také laparoskopická technika se stala součástí kolorektální chirurgie. Současně se však ukázalo, že chirurgická léčba nemůže již radikálněji změnit výsledky

léčení těchto nemocných. Současné období je hlavně obdobím intenzivního rozvoje interdisciplinární spolupráce při léčení zhoubných nádorů kolon a rekta. Do popředí se dostává onkologická léčba, která významně zlepšuje výsledky léčení nemocných po radikální operaci tumoru, snižuje počet neresekabilních tumorů a ovlivňuje léčení kolorektálních metastáz. Významnou roli v komplexní léčbě nádorů kolorekta hrají vyšetřovací metody, které umožňují přesnou diagnostiku, a tak ovlivňují taktiku léčení nemocných. Nelze se tedy divit, že z dnešního pohledu komplexní léčba nádorů kolon a rekta, vyžadující jako základ onkochirurgicky radikální odstranění tumoru, očekává výrazné zlepšení dlouhodobých výsledků od nechirurgických léčebných postupů.

## Radioterapie s modulovým svazkem (IMRT) v léčbě nádorů hltnu

K. Cwiertka

Abstrakt nedodán.

# PRÁVNÍ PROBLEMATIKA V PRAXI

*Předsedající: L. Prudil / pátek / 24. 4. 2009 / 15.00–16.00*

## Právní problematika v praxi

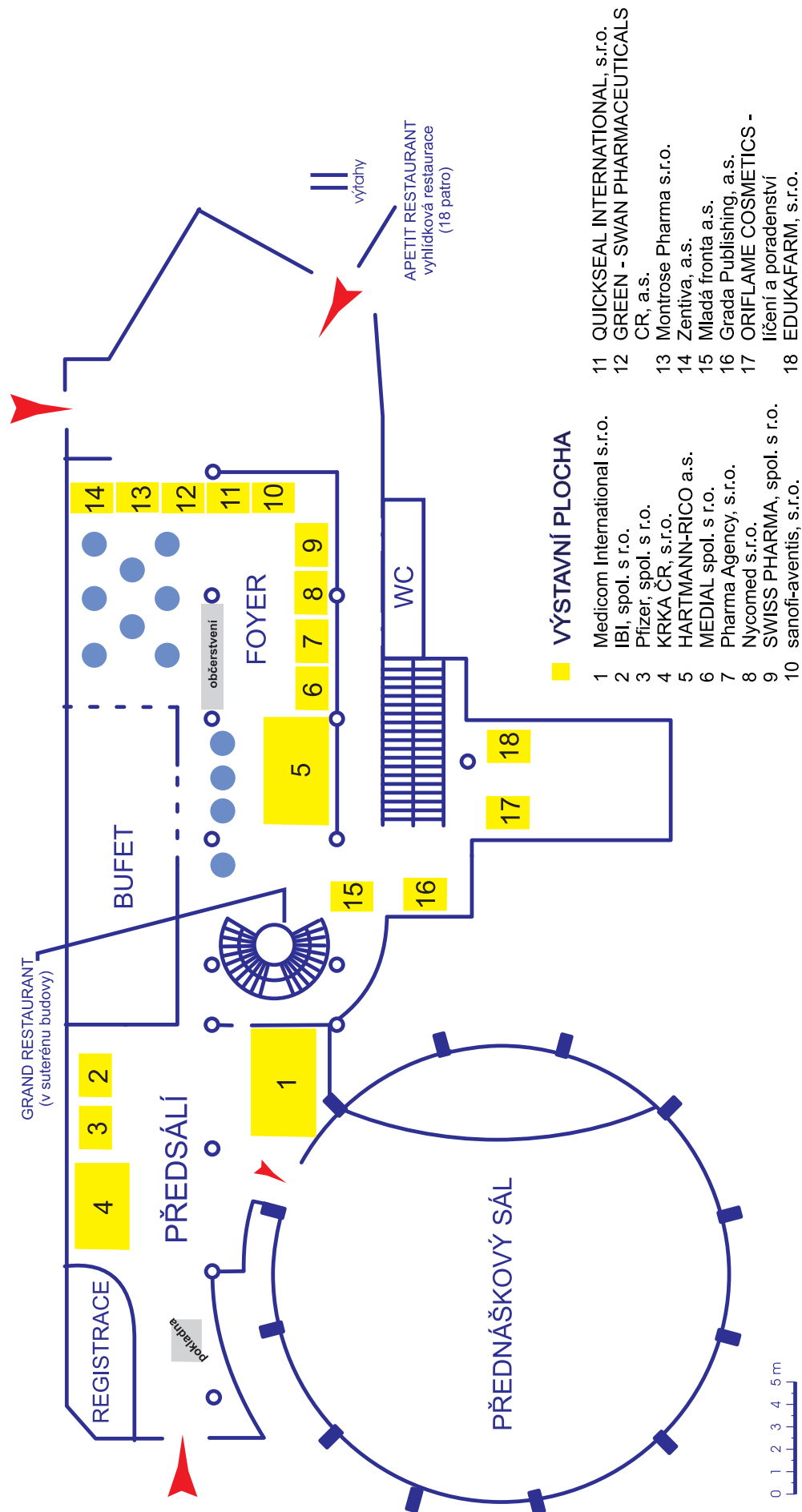
L. Prudil

Abstrakt nedodán.





## Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci MEDICÍNA PRO PRAXI - VII. kongres praktických lékařů a sester 23. - 24. 4. 2009 / REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC



## POŘADATELÉ

- II. interní klinika FN u sv. Anny Brno
- Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

# MEDICÍNA PRO PRAXI

## VII. kongres praktických lékařů a sester

23.–24. 4. 2009

Regionální centrum Olomouc, Jeremenkova 40b, 779 00 Olomouc

### GENERÁLNÍ PARTNER



**Medicom International s.r.o.**

### HLAVNÍ PARTNEŘI



pomáhá léčit.

### SPONZOŘI

BAXTER CZECH spol. s r.o.	Montrose Pharma s.r.o.
GlaxoSmithKline, s.r.o.	Nycomed s.r.o.
GREEN - SWAN PHARMACEUTICALS CR, a.s.	Pfizer, spol. s r.o.
IBI, spol. s r.o.	Pharma Agency, s.r.o.
IVT Imuno s.r.o.	QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
Johnson & Johnson, s.r.o.	sanofi-aventis, s.r.o.
MEDA Pharma s.r.o.	SWISS PHARMA, spol. s r.o.
MEDIAL spol. s r.o.	Zentiva, a.s.

### MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

# O krok před alergií

bez  
doplátku!



## Cezero<sup>®</sup>

levocetirizini dihydrochloridum  
Cezero 5 mg, 30 potahovaných tablet

**RYCHLÁ a SILNÁ**

### První generický levocetirizin v ČR!

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

**Název přípravku:** Cezero 5 mg, potahované tablety. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 5 mg levocetirizini dihydrochloridum. **Léková forma:** Potahované tablety. **Indikace:** Symptomatická léčba alergické rinitidy a chronické idiopatické kopřivky. **Dávkování a způsob podání:** Potahované tablety jsou určeny k vnitřnímu užití. Tableta se polyká celá, zapije se tekutinou, může se užívat s jídlem nebo nezávisle na jídle. Doporučuje se podávání v jedné denní dávce. **Dospělí a mladiství od 12-ti let a děti od 6-ti do 12-ti let:** Doporučená denní dávka je 5 mg (1 potahovaná tableta). U dětí do 6-ti let se užívání přípravku Cezero 5 mg nedoporučuje, protože potahované tablety dostupné v současné době nedovolují odpovídající úpravu dávkování. U starších pacientů se středním až závažným poškozením ledvin se doporučuje úprava denní dávky (viz níže). U pacientů s poruchou funkce ledvin se dávkování upravuje dle hodnot clearance kreatininu:  $\geq 50$  ml/min: 1 tableta přípravku Cezero 5 mg denně; 30-49 ml/min: 1 tableta přípravku Cezero 5 mg každý 2. den;  $< 30$  ml/min: 1 tableta přípravku Cezero 5 mg každý 3. den;  $< 10$  ml/min: přípravek Cezero 5 mg je kontraindikován. U pacientů s izolovaným poškozením jater se nevyžaduje úprava dávky. Délka podávání závisí na charakteru, trvání a průběhu potíží. U pylové rýmy je to 3-6 týdnů a v případě krátké expozice pylu postací jeden týden. V současné době jsou klinické zkušenosti s podáváním 5 mg levocetirizinu ve formě potahovaných tablet po dobu 6 měsíců. Jsou dostupné výsledky z jednoholeté klinické studie s racemátem u pacientů s chronickou kopřivkou a chronickou alergickou rýmou a z 18-měsíční studie u pacientů s pruritem při atopické dermatitidě. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na levocetirizin, na jiné piperazinové deriváty nebo na kteroukoliv z pomocných látek. Pacienti se závažnou poruchou funkce ledvin při clearance kreatininu nižší než 10 ml/min. **Zvláštní upozornění:** Opatrnosti je třeba při současném požívání alkoholu. Přípravek Cezero 5 mg obsahuje laktosu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy intolerance galaktosy, vrozenou intolerancí laktosy nebo malabsorpce glukosy-galaktosy by neměli tento lék užívat. **Interakce:** Interakční studie (včetně studie s inductory CYP 3A4) s levocetirizinem nebyly provedeny. Studie s racemátem (cetirizinem) prokázaly, že se nevyskytují žádné klinicky významné nežádoucí interakce s pseudofedri-

nem, cimetidinem, ketokonazolem, erythromycinem, azitromycinem, glypizidem a diazepamem. Ve studii s opakovaným podáváním theofyllinu (400mg jednou denně) byl pozorován malý pokles clearance cetirizinu (16%); dostupnost theofyllinu nebyla současným podáváním cetirizinu změněna. Stupeň absorpce levocetirizinu není ovlivněn jídlem, snižuje se však rychlost absorpce. U citlivých pacientů může současné podávání cetirizinu nebo levocetirizinu a alkoholu nebo dalších sedativ ovlivnit centrální nervový systém, třebaže bylo prokázáno, že racemát (cetirizin) nezesiluje účinky alkoholu. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici žádná klinická data o těhotných vystavených působení levocetirizinu. Ve studiích prováděných na zvířatech nebyly zaznamenány žádné přímé či nepřímé škodlivé účinky na březost, embryonální /fetální vývoj, porod nebo postnatální vývoj. Při předepisování přípravku těhotným nebo kojícím ženám je třeba opatrnosti. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Srovnávací klinické studie neprokázaly, že levocetirizin v doporučené dávce ovlivňuje pozornost, reaktivitu nebo schopnost řídit. Přesto mohou někteří pacienti pociťovat během léčby přípravkem Cezero 5 mg ospalost, únavu nebo slabost. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji byly pozorovány bolest hlavy, somnolence, sucho v ústech a únava. Méně častěji pak slabost a bolest břicha. Bližší informace o nežádoucích účincích najdete v úplném znění SPC. **Balení:** 30 potahovaných tablet po 5 mg. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání.

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

Datum první registrace: 7.5. 2008. Datum poslední revize textu SPC: 7.5. 2008. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko, Registrační číslo: Cezero 5 mg: 24/247/08-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

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



Naši invenci a znalosti jsme zasvětili zdraví. Naše odhodlání, vytrvalost a zkušenosti společně slouží jedinému cíli – vyvíjet účinné a bezpečné výrobky nejvyšší kvality.

# LÉČBA DEPRESE A NESPAVOSTI V 1 TABLETĚ



# TRITTICO® AC

trazodoni hydrochloridum

**SARI**  
SEROTONIN ANTAGONIST  
REUPTAKE INHIBITOR

## Kdy volit trazodon?

**U depresivní poruchy provázené insomnií, anxietou nebo agitovaností \***

\* Češková E. Mechanismy účinku antidepresiv a postavení trazodonu, jediného zástupce skupiny SARI. Lékařské listy, 21.12.2007

**TRITTICO®AC** Zkrácená informace o přípravku:

**Složení:** Trazodoni hydrochloridum 75 a 150 mg v 1 tbl. s řízeným uvolňováním. **Indikace:** Deprese různé etiologie, včetně typů provázených anxietou, poruchami spánku nebo sexuální dysfunkcí neorganického původu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na trazodon nebo pomocné látky. **Těhotenství a laktace:** Přípravek by neměl být podáván zejména v 1. trimestru těhotenství a během laktace. **Nežádoucí účinky:** Ospalost, závratě, nervozita, únava, cefalgie a nespavost, nauzea, zácpa, xerostomie, porucha akomodace, orthostatická hypotenze. Vzácně priapismus. **Zvláštní upozornění:** Během léčby pečlivě sledovat pacienty se sebevražednými myšlenkami a sebepoškozováním. Přípravek by neměl být podáván dětem a mladistvým do 18 let věku. **Dávkování:** U lehčích a středních forem depresi se podává 75-150 mg trazodonu v jedné denní dávce obvykle večer. U středně závažných forem se podává 150-300 mg denně ve dvou dílčích dávkách, nejlépe odpoledne a večer. Dávku lze podle tolerance nemocného zvyšovat o 50 mg denně každé 3-4 dny až do 450-600 mg za den. Po dosažení plného antidepresivního účinku lze dávky snížit na udržovací kolem 150 mg/den a v nich pokračovat několik měsíců. **Balení:** 20x150 mg, 60x150 mg, 30x75 mg. **Datum poslední revize textu SPC:** 7.3.2007. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami. Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

www.trittico.cz



**Medicom International s.r.o.**

Páteřní 7, 635 00, Brno, tel.: 546 123 111, fax.: 546 123 112, www.medicomint.cz