

Medicína pro praxi

2020

A

www.solen.cz | Med. praxi 2020; 21(Suppl A) | ISBN 978-80-7471-295-1 | 2020

ABSTRAKTA

7. kongres Medicíny pro praxi v Ostravě – kongres praktických lékařů

7.–8. února 2020

Clarion Congress Hotel Ostrava

Pořadatel: Společnost SOLEN, s.r.o.,

a časopis Medicína pro praxi

Záštita: Klinika anesteziologie, resuscitace

a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF OU



SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PROGRAM – pátek 7. února

9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

9.05–10.30 REHABILITACE

garantka MUDr. Irina Chmelová, Ph.D., MBA

- **IP** Možnosti rehabilitační a fyzikální medicíny v péči o pacienty s traumatem – Čajková A.
- **IP** Polytrauma – „běh na dlouhou trať“ – Stodůlková M.
- **IP** Rehabilitace v jednotlivých fázích cévní mozkové příhody – Baníková Š.
- **IP** Cévní mozková příhoda – celoživotní výzva – Fiedorová I.

10.30–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–13.00 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- Venofarmaka ve světle nových guidelines – Nováková Z.
- Novinky v POCT pro rok 2019 a 2020 – POCT jako pomoc při screeningu onkologických onemocnění – Skála B.
- Léčiva rostlinného původu pro terapii úzkostí – Vranová V.
- Bolest zad u mladých dospělých z pohledu revmatologa – Havrlant D.
(Přednáška sponzorovaná společností Novartis, s.r.o.)
- Role praktického lékaře v přípravě střeva na endoskopické vyšetření: jak to co nejlépe udělat? – Lukáš M.
- Překvapivé chyby v léčbě žilního onemocnění, jak se jim vyhnout? – Černohorská J.

13.00–14.00 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

14.00–15.20 NOVINKY V LÉČBĚ CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

garant doc. MUDr. Michal Bar, Ph.D.

- Organizace iktové péče v České republice – Čábal M.
- Akutní terapie ischemické cévní mozkové příhody – Král J.
- Následná péče o pacienta s cévní mozkovou příhodou – Bar M.
- Endarterektomie, indikace a způsoby provedení – Hrbáč T., Večeřa Z., Reguli Š.

15.20–16.20 KARDIOLOGIE

garant prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

- Cévní věk: účinný nástroj pro komunikaci s pacienty aneb „ČÍM DŘÍVE, TÍM LÉPE“ – Soška V.
- Nečekejme a jednejme – Plíva M.
- Prognóza pacienta s ICHS v našich rukách – Matějka J.

16.20–16.40 PŘESTÁVKA

16.40–18.00 KAZUISTIKY Z PRAXE

garant prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

- Komplikované průběhy salmonelózy – Orságová I.
- Kazuistika bolestí břicha – divertikulitidy a karcinomu prsu – Kepičová M., Kubala O.
- Preeclampsie a HELLP syndrom z pohledu praktického lékaře – Špaček R., Miřatská P.
- IgG4 pankreatitida imitující karcinom pankreatu – Blaho M.

Workshopy / pátek 7. února

9.30–10.30 Správné měření EKG a ABI v praxi

- Vedou pracovníci záchranné služby
- Součástí workshopu budou nejčastější chyby při natáčení EKG a ABI, a také péče o přístroj a jeho komponenty

10.45–11.45 Zajištění dýchacích cest supraglotickými pomůckami při resuscitaci a zajištění venózního vstupu kanylou

- Vedou pracovníci záchranné služby
- Součástí workshopu bude využití laryngeální masky, ústního vzduchovodu, laryngeální tuby, a dále praktický nácvik zajištění venózního vstupu kanylou na trenažeru

13.30–15.15 Role praktického lékaře v komplexní péči o člověka s duševním onemocněním

- Vedou Mgr. Andrea Šichová, Mgr. Martin Okáč, MUDr. Michal Raszka, PhD.
- Interaktivní seminář se primárně zaměřuje na to, jak s pacienty s duševním onemocněním efektivně komunikovat a pracovat a jak podpořit jejich zotavení. V rámci modulu bude krátce představena reforma péče o duševní zdraví se zaměřením na regionální specifika a možnosti spolupráce mezi praktickými lékaři, ambulantním, lůžkovým a komunitním sektorem psychiatrické péče.

NA WORKSHOPY JE VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

PROGRAM – sobota 8. února

9.00-10.00 **IP** ATD... INFEKCE?

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

- diskuzní interaktivní přednáška

10.00-12.00 **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE**

- Nová doporučení neurologické společnosti a očkování – Jirsenská Z.
- Koky smrtelné infekce – Blechová Z.
- Nové možnosti v managementu recidivujících infekcí močových cest – Emmer J.
- Omega-3 index, nový parametr charakterizující některá zdravotní rizika dětí a dospívajících – Suchánek P.
- Zánět, omega-3 NMK a jejich role v etiologii deprese – Příkrylová Kučerová H.
- HIV infekce v ordinaci praktického lékaře – Bartková D.
(Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences s.r.o.)

12.00-12.30 **PŘESTÁVKA**

12.30-13.45 **SLUCHOVÉ PROBLÉMY V DĚTSTVÍ A DOSPĚLOSTI**

garant prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.

- **IP** Příčiny nedoslýchavosti u dětí a dospělých, vyšetřovací techniky poruchy sluchu – Šlapák I.
- **IP** Možnosti kompenzace poruch sluchu: typy sluchadel, indikace, legislativa – Kruntorád V.
- **IP** Implantovatelné sluchové pomůcky: typy, indikace, legislativa – Šlapák I.

13.50 **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

Workshop / sobota 8. února

12.15-13.45 **Paní, pane, pojďte si hrát aneb psychosomatika v ordinaci praktického lékaře**

- Vede MUDr. Michal Kryl
- Workshop vychází z koncepcí propojení psycho-fyzických dějů, z jejichž sledování (selfmonitoring) lze usuzovat nejen na aktuální psychosomatické vynacházení se v bezprostřední přítomnosti, ale i na širší kontext životní zkušenosti každého účastníka. Workshop zahrnuje několik (bezpečných) psychoterapeutických technik zaměřených na tělo.

NA WORKSHOP JE VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

7. kongres Medicíny pro praxi v Ostravě – kongres praktických lékařů

7.–8. února 2020 | Clarion Congress Hotel Ostrava

Pořadatel

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

Záštit

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

Odborný garant

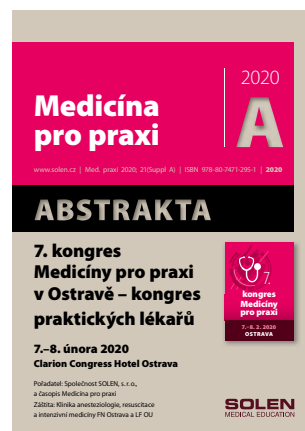
prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Barbora Ludvová, 777 557 413, ludvova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

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



Supplementum A Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2020; 17(Suppl A).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-295-1

Rehabilitace

garantka MUDr. Irina Chmelová, Ph.D., MBA

pátek / 7. února 2020 / 9.05–10.30 hod.

Možnosti rehabilitační a fyzikální medicíny v péči o pacienty s traumatem

MUDr. Anna Čajková

Klinika léčebné rehabilitace FN Ostrava

Léčebná rehabilitace má své nezastupitelné místo v terapii traumat. Snahou je vytvořit optimální podmínky k hojení a minimalizovat primární i sekundární následky úrazu. Hlavním cílem je pak usnadnit návrat pacienta do běžných a pracovních činností či zájmových aktivit.

Vedle úvodní antiflogistické a antiedematózní léčby je nutné reedukovat funkci postiženého segmentu, a tím pozitivně změnit celkový pohybový projev (chůzi). Terapeutickými postupy je možné ovlivnit otok, změněnou aferentaci v postiženém segmentu, facilitovat hybnost a svalovou sílu, korigovat svalovou nerovnováhu. Neméně důležitá je motivace a edukace pacienta v autoterapii, jehož aktivní přístup se velkým dílem odrazí v celkovém výsledku. Kromě dominantního postavení kinezioterapie rehabilitace disponuje také podpůrně možnostmi fyzikální terapie, které autorka blíže specifikuje v prezentaci.

Výsledkem je pak restituce stavu, nebo nutnost vytvoření kompenzačních strategií. Zde svou roli hraje výběr vhodných kompenzačních pomůcek, které budou v přednášce zmíněny i proto, že od tohoto roku je rozšířená preskripce v kompetenci praktických lékařů.

Z praktického pohledu bude formou krátkých videí demonstrován správný pohybový stereotyp s kompenzační pomůckou. Zacílení na chyby pak usnadní praktickému lékaři edukaci o korekci chůzového stereotypu i pacientů, kteří využívají oporu mimo poúrazové stavy (vertebrogení obtíže, artrózy, ...).

Polytrauma – „běh na dlouhou trať“

Martina Stodůlková, DiS.

Klinika léčebné rehabilitace, Fakultní nemocnice Ostrava

Následky polytraumatu jsou zpravidla dlouhodobé, osobní i společenské. Časné zahájení rehabilitace u těchto pacientů je žádoucí a bezpečné.

Péče o polytraumatizovaného pacienta se nepočítá v řádech dnů či týdnů, ale spíše měsíců až let. Propuštěním z nemocnice péče nekončí, začíná ten nekonečný „běh na dlouhou trať“. Pacienti podstupují opakované hospitalizace a operační zákroky a stále „rehabilitují“, a i přesto se mnozí z nich neobejdou bez trvalých následků, které musí kompenzovat.

Na konkrétní kazuistice pacienta po polytraumatu demonstrujeme širokou škálu rehabilitační péče a její různorodost v jednotlivých fázích terapie po dobu 1,5 roku. V závislosti na vývoji zdravotního stavu pacienta se lišily prostředky terapie i cíle, kterých jsme se snažili dosáhnout. Je potřeba vyzdvihnout důležitost multidisciplinární spolupráce mezi jednotlivými obory (lékaři, sestry, ošetrovatelky, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, nutriční poradci, psychologové aj.) a v neposlední řadě spolupráce s rodinou.

V době akutní fáze na oddělení intenzivní péče (ARO) bylo prioritou zlepšení ventilačních parametrů a podpora weaningu pacienta, které podmiňují možnost časné vertikalizace. Samozřejmostí byla spolupráce s ošetřujícím personálem při aplikaci konceptu Bazální stimulace. V subakutní fázi v době hospitalizace na traumatologii byla hlavním cílem mobilizace pacienta s nutným respektováním povolené zátěže a dalšími limity v souvislosti s polytraumatem – vertikalizace, přesuny na vozík, WC a nácvik základní sebeobsluhy. Následně byl pacient hospitalizován na lůžkovém rehabilitačním oddělení a pokračoval v ambulantní péči s cílem zlepšení kvality a rozsahu pohybu, celkové kondice, soběstačnosti, resocializace a návratu k běžným denním činnostem, včetně návratu k zaměstnání a koníčkům. V rámci celkové rehabilitační péče jsme využívali techniky na neurofyzilogickém podkladě a přístrojové vybavení kliniky, elektroterapie a vodoléčebné procedury včetně cvičení

v bazénu. Výsledkem celého procesu terapie jsou minimální trvalé následky ve smyslu omezení krajních pohybů v rameni a zápěstí nedominantní LHK a plný návrat pacienta ke své práci jako OSVČ v oblasti obchodu, a také k jeho koníčkům jako je cyklistika, turistika a lyžování.

Zásadní pro úspěch rehabilitace, celkové léčby, a tím i výsledného stavu je **aktivní spolupráce pacienta a míra jeho motivace**.

Rehabilitace v jednotlivých fázích cévní mozkové příhody

MUDr. Šárka Baníková, MBA

Klinika léčebné rehabilitace Fakultní nemocnice Ostrava

Prognóza po cévní mozkové příhodě je i přes významné pokroky v léčbě v akutním stadiu a adekvátní primární nebo sekundární preventivní terapii stále závažná s přetrvávající vysokou dlouhodobou morbiditou. V léčebném rehabilitačním procesu je nutné kontinuální přizpůsobení vyvíjejícímu se klinickému obrazu a rovněž reagovat na individuální potřeby konkrétního pacienta. Zdůrazňována je včasnost a kontinuita rehabilitace, jejíž zahájení je nezbytné již v akutní fázi od prvních dnů pobytu na iktové jednotce.

Na počátku tohoto procesu se stanovuje na základě vyšetření pacienta léčebně rehabilitační plán, který by měl mít přesně specifikovaný cíl a měl by být zaměřen na všechny poruchy vzniklé při CMP. Plán se mění v závislosti na změnách klinického stavu pacienta a měl by reálně odrážet jeho funkční potenciál k dosažení určitých změn. Při stanovení cílů je nutné přihlížet k mnoha faktorům (míra tolerance rehabilitačního programu, funkční deficit, motivace atd.) a zároveň je potřeba zohlednit premorbidní osobnost pacienta. Rozlišujeme několik vývojových stadií CMP, která se navzájem překrývají, a každé stadium vyžaduje jiný fyzioterapeutický přístup.

Základem realizace léčebně rehabilitačního programu je koordinovaná spolupráce multidisciplinárního týmu, který tvoří lékaři řady odborností, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, protetik, sociální pracovník a také pedagog, zejména v akutním stadiu má neopomíjenou roli ošetrovatelská péče. Společným cílem je zkvalitnění života pacienta, minimalizace jeho závislosti a maximalizace sociální integrace. Každá odbornost používá specifické diagnosticko-terapeutické postupy, rehabilitační techniky a koncepty, které se v praxi často kombinují, využívají se nejmodernější algoritmy včetně robotických. Léčebný program je zaměřen k podpoře návratu mozkových funkcí, zabránění vzniku sekundárních změn (především z imobility), k nácviu denních aktivit, výcviku substitučních mechanismů, výběru vhodných kompenzačních pomůcek a v případě trvalého postižení i úpravu prostředí. Dosahování stanovených cílů je průběžně vyhodnocováno používáním speciálních testů a metodik.

Komplexní přístup k léčbě pacientů po CMP v rámci centralizované péče do specializovaných iktových center zajišťujících multioborovou péči skýtá větší naději na přežití a dosažení kvalitnějšího funkčního stavu. Po předání pacienta do domácí péče má nezastupitelnou roli praktický lékař, který zajišťuje jeho další dohled.

Cévní mozková příhoda – celoživotní výzva

Mgr. Iva Fiedorová

Klinika léčebné rehabilitace, Fakultní nemocnice Ostrava

Cévní mozková příhoda (CMP) zaujímá třetí místo v úmrtnosti (15–20 %) a první místo v invaliditě (20–30 %). Mezi hlavní důsledky této strukturální poruchy (CMP) patří nejen poruchy funkcí motorických, ale i senzorických, kognitivních, emočních a psychických, vždy s projekcí do sociální oblasti. Zmíněné poruchy na různé úrovni a v různé kombinaci přetrvávají dlouhodobě a často doživotně. Funkční deficit je často kompenzován náhradními mechanismy či vyžaduje používání kompenzačních pomůcek. Proces rehabilitace má své nezastupitelné místo v ovlivnění neuroplasticity a klade si za cíl maximální využití funkčního potenciálu jedince. Pro efektivní terapii, ve kterékoliv fázi po atace, je nutné před zahájením terapie provést zhodnocení úrovně funkčního deficitu ideálně prostřednictvím

vhodného měřitelného testu. Pacient se vždy podílí na stanovení terapeutického cíle (např. stabilita, chůze, úchopy, manipulace, dosahové aktivity). Obecně lze tvrdit, že do 2 let po atace má mozek největší schopnost neuroplasticity a reorganizuje se rychlým tempem, po této době tato schopnost pokračuje pomaleji. Hlavní podmínkou je nutnost provádění opakovaných pohybů (repetice), aby se uskutečnil proces opakovaného motorického učení. Rehabilitace s vyšší intenzitou umožňuje rychlejší dosažení potenciálu, proto je optimální doba terapie 3–6 hodin denně. Vždy ovšem záleží na motivaci pacienta, jeho funkčním potenciálu, celkové kondici a úrovni kognitivních a psychických funkcí.

V posledních deseti letech došlo k významnému vývoji v oblasti rehabilitačních technologií. Využití robotických systémů a virtuální reality umožňují v maximální možné míře provádět opakování funkčních pohybů v požadované kvalitě při plnění úkolů v rámci námi zvolené hry. Jedná se o přístroje s biofeedbackem, které jsou schopny také poskytovat měřitelné údaje. Ve FN využíváme k tréninku stability posturograf, Thera Trainer Balo, k ovlivnění parametrů chůze Lokomat ProFreeD a pro aktivity na horních končetinách Armeo Spring.

V kontextu neurofyzilogického přístupu terapie centrální parézy je novým trendem Dohoda o řízeném autoreedukačním tréninku, jehož autorem je pan profesor J. M. Gracies. Celý koncept je založen na funkčním zhodnocení postižených svalových skupin, zhodnocení triády: paréza – spasticita – zkrácení. Hlavní součástí je samostatné aktivní provádění předepsaných cviků z instruktážních materiálů (autostrečink a opakované pohyby agonistů) a vedení denních záznamů pravidelného cvičení do deníku. Každé cvičení by mělo být obtížné, fyzioterapeut má roli sportovního kouče. Zpravidla se opakuje několik cyklů terapie (cca po dobu 1 roku) s opakovaným přehodnocováním efektu terapie (4–6 týdnů) a ev. možností aplikace botulotoxinu do vybraných spastických svalů dle výsledků funkčního testování.

Součástí celoživotního programu by mělo být pravidelné cvičení (optimálně skupinové) se zaměřením na prevenci pádů, cvičení dynamické a statické stability, aerobní cvičení (např. kruhový trénink), ev. pomalé formy cvičení (jóga, pilates).

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 7. února 2020 / 11.00–13.00 hod.

Venofarmaka ve světle nových guidelines

MUDr. PhDr. Zdeňka Nováková, Ph.D.

Praktický lékař pro dospělé, Hrušovany u Brna

Chronická onemocnění žilního systému patří mezi civilizační nemoci. Mnohé studie potvrdily vysokou prevalenci chronického žilního onemocnění v české populaci, dosahující až 50 % a prevalence nejčastější manifestace choroby, varixů, se vyskytuje u čtvrtiny populace. Přesto celých 25 % pacientů s touto diagnózou zůstává neléčených.

Patofyziologie chronického žilního onemocnění není zcela objasněna. Mezi nejdůležitější mechanismy zcela jistě patří insuficience žilní stěny, porucha funkce žilních chlopní, dysfunkce žilního endotelu a porucha na úrovni mikrocirkulace. Etiopatogenetickým faktorem, který stojí v pozadí těchto mechanismů je chronický zánětlivý proces. Ten se uplatňuje na úrovni makro i mikrocirkulace. Zánětlivé děje jsou v současné době těžištěm výzkumu chronické žilní nedostatečnosti.

Aktuální doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického žilního onemocnění byla publikována v International Angiology. Tato doporučení zpracovávalo více než 40 nezávislých renomovaných odborníků. Jedna z kapitol je věnována léčbě venofarmaky. Moderní účinné venoaktivní látky jsou rostlinného původu. Podle těchto doporučení dosáhla MPFF (mikronizovaná purifikovaná frakce diosminu s hesperidinem) stupně A v ovlivnění těchto symptomů: bolesti, pocitu tíhy, napětí, pocit dyskomfortu, kožních změn a kvality života.

Extrakt z *Ruscus aculeatus* spolu s hesperidinem a kyselinou askorbovou byl oceněn stupněm A pro bolest, tíhu, pocit napětí, parestazie, obvod kotníku a objem končetiny. Z výše uvedeného vyplývá, že tento preparát jako jediný ve své lékové skupině prokázal na základě randomizovaných

studií a metaanalýz v úrovni důkazů A účinnost v redukci obvodu kotníku a objemu končetiny. Díky těmto výsledkům byla trojkombinační terapie v nových guidelines oceněna silným doporučením v terapii chronického žilního onemocnění.

Novinky v POCT pro rok 2019 a 2020 – POCT jako pomoc při screeningu onkologických onemocnění

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Člen výboru SVL ČLS JEP

Všeobecný praktický lékař Lanškroun

Vězeňská služba ČR

Vazební věznice Olomouc

POCT je moderní, prakticky již mnoho let používaná metoda. Vhodně zvoleným způsobem zjištění některých základních parametrů doplní a upřesní diagnostiku.

V ordinaci praktického lékaře se vždy používala metoda odběru moče nebo krve:

- Sedimentace
- Moč chemicky
- Glykemie glukometrem

Moderní přístroje nyní umožňují:

- CRP
- Strept A
- INR
- Glykemie
- Glykovaný hemoglobin
- FOB (kvantitativně)
- INR
- Troponin
- Pro BNP
- D-Dimery

Lze tedy postihnout nejen celou řadu akutních potíží, ale plně pacienta saturovat v možnosti provádět dispensarizaci – diabetik, prediabetik, warfarinizovaný pacient. Vždy a vše na jednom místě. Určitou obezřetnost je třeba připomenout u negativních hodnot troponinu a pro BNP (negativní EKG) a pozitivní klinice.

Je třeba jen volit vhodný přístroj a pamatovat i na to, že řádně provedená externí kontrola a kalibrace není jen doklad pro pojišťovnu, leč je podkladem pro správné rozhodování.

Překvapivé chyby v léčbě žilního onemocnění, jak se jim vyhnout?

MUDr. Júlia Černohorská, Ph.D.

Dermal Centre Mělník

Chronické venózní onemocnění (CVD) je pacienty stále velmi podceňované. Z různých průzkumů vyplývá, že pacienti podceňují symptomy a k lékaři častokrát přichází pozdě. A to buď s pokročilými varixy, nebo s již trvalými kožními změnami vyplývajících z těžkých hemodynamických poruch v žilním systému. Přibývá i pacientů s nehojící se ránou žilní etiologie. A přitom vyšší stadia CVD významně snižují kvalitu života pacientů. Z posledního průzkumu z roku 2019 vyplývá, že zejména u mladších pacientů je zpoždění mezi prvními symptomy a zahájením léčby až v 52 %, a to i přes to, že v průměru trpí 2–4 symptomy současně. Tento průzkum probíhal v České republice tři měsíce na ambulancích chirurgů, dermatologů a angiologů. A přinesl překvapivé výsledky. Kromě bagatelizování onemocnění žil pacienti dochází k podceňování důsledků neléčeného CVD i u lékařů. Až

27 % pacientů v pokročilých stádiích CVD nikdy nemělo sonografické vyšetření. I přes prokázaný reflux a žilní hypertenzi nebyli pacienti odesláni ke konzultaci k cévnímu chirurgovi a k chirurgické intervenci. Ze sledovaných pacientů 20 % nemělo kompresivní terapii.

Výzkum v oblasti patofyziologie CVD dnes velmi pokročil. Víme, že se jedná o soubor současně probíhajících dějů, které nelze vnímat izolovaně. Pochopení podstaty CVD nabízí vysvětlení pro obtíže, kterými pacient trpí, je dostatečným argumentem pro včasné nasazenou léčbu, a také je důležité pro navržení efektivního managementu léčby CVD.

V každodenní praxi je nutné si uvědomit, že CVD je progresivní a celoživotní onemocnění, které vyplývá z venózní hypertenze, žilního refluxu, chronicky probíhajícího zánětu, poškození chlopní a žilní stěny a změn probíhajících v makro a mikrocirkulaci, které vedou k otokům dolních končetin, bolestivosti, nebo také ke kožním změnám. Až 30 % pacientů s rozvinutými kožními změnami v souvislosti s CVD je ve zvýšeném riziku vzniku bércového vředu. A to vede ke snížení kvality života a výraznému dyskomfortu. CVD je popisováno jako velký a rostoucí globální problém, s vysokou ekonomickou zátěží. Jak se vyhnout chybám v naší praxi a co můžeme udělat pro to, abychom zpomalili progresi žilního onemocnění? Klíčové je nasazení správné kompresivní terapie, vysvětlení nutnosti dodržování režimových opatření v každodenním životě, včasné nasazení venofarmak a zejména pochopení komplexnosti patofyziologie CVD.

Novinky v léčbě cévních mozkových příhod

garant doc. MUDr. Michal Bar, Ph.D.

pátek / 7. února 2020 / 14.00–15.20 hod.

Organizace iktové péče v České republice

MUDr. Martin Čábal, doc. MUDr. Michal Bar, Ph.D., FESO

Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Vzhledem k výraznému posunu v léčbě akutní ischemické cévní mozkové příhody v posledních letech bylo potřeba zlepšit péči o pacienty s iktem. V roce 2011 vznikla v rámci České republiky síť iktových center s cílem zkvalitnění akutní péče o tyto pacienty. Celá síť se skládá z celkem 32 center vysoce specializované péče o pacienty s iktem (dříve Iktová centra) a 13 center vysoce specializované cerebrovaskulární péče (dříve Komplexní cerebrovaskulární centra).

Péči o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním, včetně triáže pacientů s iktem, definují věstníky MZ ČR číslo 2/2010, 8/2010, 4/2015 a 11/2015. Věstníky také stanovují požadavky na technické a věcné vybavení a na personální zabezpečení zdravotnických zařízení a sledování indikátorů kvality. Kromě MZ ČR je sledování kvality péče zajištěno pomocí registrů, mezi které patří např. RES-Q (Registry of Stroke Care Quality).

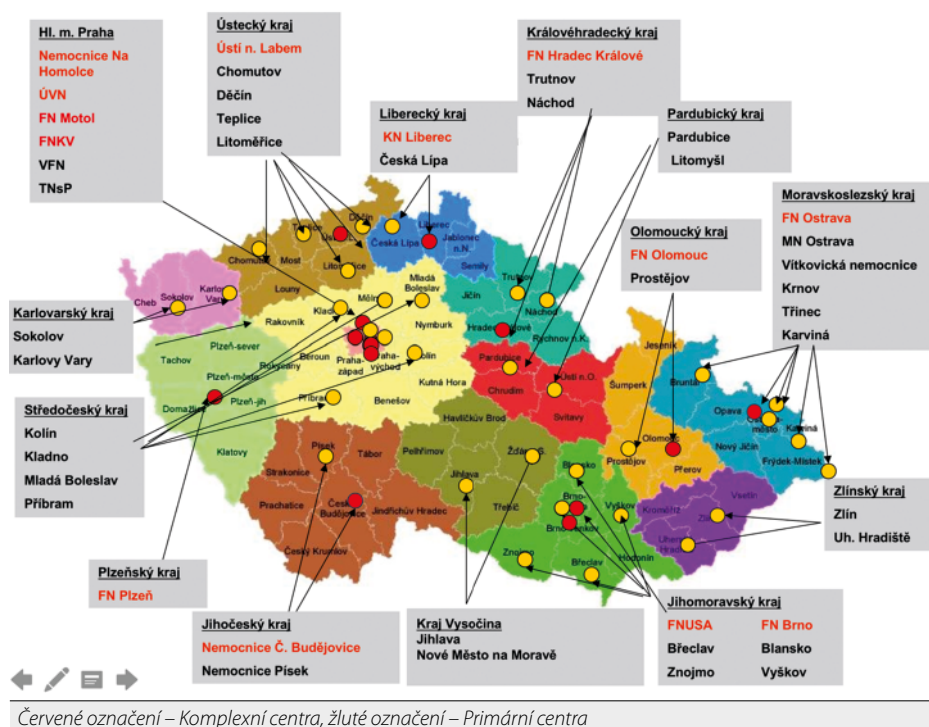
Vlastní přednemocniční péče je zajišťována zdravotnickými složkami Integrovaného záchranného systému. Každý pacient s podezřením na CMP je do 24 hodin od vzniku příznaků transportován do iktového centra. Záchranáři jsou školeni v rozpoznávání příznaků CMP a nově byla od roku 2016 do přednemocniční triáže zavedena v ČR Iktová karta, která pomáhá v rozhodování o dalším směřování pacienta. Součástí Iktové karty je FAST PLUS test, který je vysoce senzitivní v selekci pacientů s podezřením na okluzi velké cévy. Ti jsou následně transportováni přímo do centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče s možností provedení mechanické trombektomie.

V roce 2018 bylo v České republice hospitalizováno ve 45 iktových centrech 26 848 pacientů, bylo provedeno 608 systémových trombolýz a 1361 mechanických trombektomií.

V počtu intervencí se ČR řadí na druhé místo v Evropě.

Do budoucna je v plánu aktuálně na rok 2020 reakreditace center iktové sítě. Vzhledem k uzavření spolupráce mezi ESO (European Stroke Organisation) a ČNS (České neurologické společnosti) budou nové podmínky do určité míry kopírovat podmínky certifikace ESO.

Závěrem je nutno zmínit, že vznik sítě iktových center znamenal přelom v péči o pacienty s CMP v České republice.

Obr. 1. Síť iktových center v České republice

Akutní terapie ischemické CMP

MUDr. Jiří Král, doc. MUDr. Michal Bar, Ph.D., FESO

Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Léčba akutní ischemické CMP zahrnuje podání intravenózní trombolýzy (IVT), endovaskulární rekanalizační léčbu – mechanická a aspirační trombektomie (MT), popř. konzervativní terapii.

Systémová trombolýza se podává všem pacientům s ischemickou CMP do 4,5 hodin od vzniku příznaků (i.v. podání rekombinantního aktivátoru plasminogenu – preparát Actilyse) při vyloučení kontraindikací k podání systémové trombolýzy (podrobně viz. www.cmp.cz nebo www.cmp-manual.cz). V závislosti na rychlosti podání IVT se zvyšuje šance na dobrý klinický výsledek až o 30 %.

Při současném uzávěru intervenovatelné tepny (a. carotis communis, a. carotis interna, segment M1–2, a. cerebri media, a. vertebralis a bazilaris) lze provést mechanickou trombektomií do 6 hodin od vzniku příznaků v karotickém povodí (ve vertebrobasilárním povodí je časové okno individuální s ohledem zejména na klinický stav a zobrazovací kritéria) za předpokladu vyloučení kontraindikací k provedení těchto léčebných modalit (podrobně viz www.cmp.cz nebo www.cmp-manual.cz). Při úspěšné rekanalizaci uzavřené cévy dochází ke zvýšení šance na dobrý klinický výsledek o 50 %.

V roce 2018 bylo v Moravskoslezském kraji hospitalizováno v 6 iktových centrech 3554 pacientů, bylo provedeno 608 IVT a 200 MT.

Pacienti kontraindikovaní k systémové trombolýze, popř. endovaskulární terapii jsou léčeni konzervativně na jednotkách intenzivní terapie.

Všichni pacienti s akutní ischemickou CMP časně podstupují časnou fyzioterapii a logopedickou péči.

Následná péče o pacienta s cévní mozkovou příhodou

doc. MUDr. Michal Bar, Ph.D.

Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

V posledních dvaceti letech došlo k výraznému posunu v léčbě akutní cévní mozkové příhody (CMP). Do praxe byly zavedeny léčebné postupy, které mají vysokou účinnost a nejvyšší

možnou úroveň důkazů. Průkaz účinnosti intravenózní trombolýzy v polovině 90. let znamenal první zásadní přelom i v organizaci péče o pacienty s iktu. Druhým zásadním momentem byl definitivní průkaz účinnosti mechanické trombektomie pro pacienty s uzavřením velké mozkové tepny v roce 2016. Obě tyto možnosti rekanalizační léčby si postupně vynutily i změnu organizace celé péče o pacienty s akutní CMP. V roce 2018 bylo hospitalizováno v iktových centrech v ČR celkem 26 000 akutních pacientů s CMP. V průběhu hospitalizace je vedle akutní rekanalizační terapie také důležitá přesná diagnostika příčiny cévní mozkové příhody. Na základě určení příčiny CMP nastavujeme preventivní terapii, která snižuje riziko recidivy mozkového infarktu. Nedílnou součástí následné péče o pacienta po CMP je indikace lůžkové nebo ambulantní rehabilitační péče, a to dle výsledného klinického stavu pacienta v modifikované Rankinově škále (mRS). Pacienti s mRS 1–2 jsou indikováni k ambulantní rehabilitaci, s mRS 2–4 k ústavní lůžkové rehabilitaci. V Moravskoslezském kraji jsou pacienti po CMP dispenzarizováni v Cerebrovaskulárních poradnách, kde probíhá vedle preventivní terapie také diagnostika a léčba ostatních možných komplikací CMP, jako jsou vaskulární deprese a demence.

Modifikovaná Rankinova škála (mRS)		
0	žádné symptomy	schopen všech běžných aktivit jako před příhodou
1	bez zřetelného omezení	schopen všech běžných aktivit, ale uvědomuje si rozdíl s porovnáním před příhodou
2	lehké omezení	není schopen vykonávat všechny předchozí aktivity, ale je soběstačný (nakoupí, uvaří si, umyje se...)
3	středně těžká nemohoucnost	chodí bez pomoci, vyžaduje pomoc (ne celý den, ale nenakoupí, neuvaří)
4	středně těžká až těžká nemohoucnost	chůze s dopomocí, nezvládá bez pomoci
5	bezmocnost	upoután na lůžko, inkontinence
6	smrt	

Endarterektomie, indikace a způsoby provedení

MUDr. Tomáš Hrbáč, Ph.D., MBA, MUDr. Zdeněk Večeřa, MUDr. Štefan Reguli, Ph.D.

Neurochirurgická klinika FN Ostrava

Karotická endarterektomie (CEA) je již více než 67 let (první publikace stran karotické endarterektomie v roce 1953) hlavní terapeutickou metodou léčby hemodynamicky významných stenóz krkavic. Princip karotické endarterektomie, jak již sám název napovídá, spočívá v chirurgickém odstranění aterosklerotického plátu z vnitřního lumina cévy (nejčastější výskyt v oblasti karotické bifurkace na krku). Plát je rizikový jako možná příčina vzniku ischemické cévní mozkové příhody. V 90–95 % případů je to tromboembolická cévní mozková příhoda, kdy tromby vznikají v oblasti stenózy krkavice při změně laminárního na turbulentní proudění a pouze v 5–10 % se jedná o hypoperfuzní příhody na podkladě snížení průtoku krve mozkem. Ve většině případů při současně intrakraniálně nedostatečně uzavřeném Willisově okruhu nebo okluzi ostatních magistralních tepen na krku (druhostranná krkavice, vertebrální tepny).

Indikace ke karotické endarterektomii jsou poměrně striktní, odpovídající aktuálním vědeckým poznatkům, které se historicky mění na základě aktuálně proběhlých studií. V současné době platí doporučení AHA/ASA (American Heart Association / American Stroke Association) a ESO (European Stroke Organisation) z roku 2011.

Symptomatické karotické stenózy (to znamená stenózy, kde proběhla ischemická cévní mozková příhoda nebo tran – CMP příhoda ipsilaterálně ne déle než 6 měsíců před indikační rozvahou, pokud je interval delší, pak je považována z indikačního hlediska za asymptomatickou) jsou indikovány k CEA, pokud je stenóza **ACI větší než 50 %**.

Asymptomatická karotická stenóza (to znamená pacient, který neměl ischemickou CMP/TIA v povodí stenózované tepny v posledních 6 měsících) je doporučena k CEA, pokud je **stenóza ACI větší než 60 %** a je přítomno minimálně jedno z kritérií tzv. vysokého rizika iktu, mezi která patří: **progrese stupně karotické stenózy**, detekce mikroembolů pomocí dopplerovského transkraniálního

vyšetření, nestabilní karotické pláty identifikovány ultrazvukem, porušení cerebrální vasomotorické rezervy, hemoragie do aterosklerotického plátu, klinicky němé emboligenní infarkty detekované pomocí CT nebo MR.

Karotická endarterektomie u asymptomatických stenóz má přednost před endovaskulárními technikami (karotický stent, balónková angioplastika) AHA/ASA, ESO 2011.

Karotická endarterektomie by se měla provádět na pracovištích, kde peroperační morbidita/mortalita je menší než 6 % u symptomatických stenóz a 3 % u asymptomatických stenóz. Indikace k řešení karotické stenózy by měly probíhat v iktových centrech na základě rozhodnutí multidisciplinárního týmu (neurolog, intervenční radiolog, chirurg/neurochirurg).

Kardiologie

garant prof. MUDr. Vladimír Soška, Ph.D.

pátek / 7. února 2020 / 15.20–16.20 hod.

Nečekejme a jednejme

MUDr. Milan Plíva

Kardiologické oddělení interní kliniky, Pardubická nemocnice

Arteriální hypertenze je nejčastějším rizikovým faktorem kardiovaskulárních chorob. I přes její relativně snadnou diagnostiku a široké spektrum možností farmakologické léčby dosahuje cílových hodnot krevního tlaku pouze menšina pacientů. Jako hlavní příčiny této skutečnosti jsou vnímány především špatná adherence a perzistence k léčbě. Poslední verze doporučených postupů pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze klade mimo jiné důraz na včasné zahájení farmakologické léčby, optimálně fixní kombinací antihypertenziv u většiny pacientů.

Prognóza pacienta s ICHS v našich rukách

MUDr. Jan Matějka

Kardiologické oddělení interní kliniky, Pardubická nemocnice

Kardiovaskulární onemocnění stále představují nejčastější příčinu onemocnění v naší populaci. Autor s využitím kazuistik popisuje postupy vedoucí k ovlivnění prognózy nemocných podle klinické situace (akutní vs. chronické koronární syndromy) a podle typu intervence (režimová, farmakologická, nefarmakologická). Dále dokumentuje význam důsledné sekundární prevence ICHS pomocí základních lékových skupin ovlivňujících úmrtnost, recidivu koronární příhody a nutnost revaskularizace. Zmiňuje také informace obsažené v nových evropských doporučených postupech pro léčbu chronických koronárních syndromů zveřejněných v roce 2019.

Kazuistiky z praxe

garant prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

pátek / 7. února 2020 / 16.40–18.00 hod.

Komplikované průběhy salmonelózy

MUDr. Irena Orságová, Ph.D.

Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

Typickým klinickým projevem salmonelózy je průjemové onemocnění, které představuje dlouhodobě po kamylobakterioze druhý nejčastější bakteriálně podmíněný infekční průjem v České republice. Objevuje se nejčastěji v letním období, a to po konzumaci nedostatečně tepelně upravených potravin

většinou z vepřového a drůbežího masa nebo vajec. Inkubační doba se pohybuje mezi 8–48 hodinami po požití kontaminované potravy. Onemocnění může mít výjimečně komplikovaný průběh, který se projeví bakteriemií nebo sepsí, typické jsou také nejružnější extraintestinální lokalizované procesy v 10–15 %, např. artritidy. Komplikace se objevují zpravidla u imunosuprimovaných osob, u imunokompetentních spíše výjimečně, a to v 1–4 %. Ve sdělení jsou uvedeny kazuistiky dvou pacientů s komplikovaným průběhem, pacienta se sepsí a pacientky se salmonelovou gonartritidou. Oba pacienti byli staršího věku s vícečetnými komorbiditami, průjem u nich nebyl v popředí potíží. Jejich léčba spočívala mimo jiné v intravenózním podávání antibiotik, průběh byl protrahovaný a vyžadoval multioborovou spolupráci.

Kazustika bolestí břicha – divertikulitidy a karcinomu prsu

MUDr. Markéta Kepičová, MUDr. Petra Guňková, Ph.D., MUDr. Otakar Kubala, Ph.D.

Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Předkládáme kazuistiky o případech, kdy i přes přesvědčivou anamnézu a klinický náález je konečná diagnóza odlišná od přijímací diagnózy.

V prvním případě se jedná o bolesti břicha, které zprvu spíše svědčí o urologickém infektu, avšak nakonec pro nelepšící se stav, a tudíž postupné doplňování paraklinického vyšetření (kdy mj. je zajímavé pro klinickou praxi i to, že UZ břicha je ve srovnání s CT vyšetřením falešně negativní – proto je nutné v praxi brát UZ vyš. spíše jako orientační vyš.), zjišťujeme náhlou příhodu břišní – divertikulitida s překrytou perforací divertiklu s následnou operační revizí dutiny břišní.

V druhém případě se jedná o případ non-compliance pacientky, která přes palpační náález na prsu a mamografickém vyš. s biopsií se rozhodla toto neřešit, avšak po čase byly zjištěny známky generalizace, a to peroperačně při operačním řešení fraktury, ve zcela jiném zdravotnickém zařízení než screeningovém, kde i v rámci přijímacího protokolu zamlčela základní diagnózu, a proto byla opět kompletně došetřována. Následně po zjištění karcinomu prsu přiznala svůj zdravotní stav a byla již plně převzata a došetřena mamologickým MDT týmem a dále léčena onkology.

Cílem této přednášky je poukázat na atypické případy, které nás v ambulanci mohou čekat, a proto je třeba u každého pacienta rozvážně provádět diferenciální diagnostiku.

Preeklampsie a HELLP syndrom z pohledu praktického lékaře

MUDr. Richard Špaček

Gynekologicko-porodnická klinika OU a FN Ostrava

Preeklampsie představuje nejzávažnější formu hypertenzních onemocnění v graviditě a je spojena s významným zvýšením mateřské i novorozenecké morbidity a mortality. Incidence rozvoje preeklampsie v ČR se pohybuje mezi 4–7 %. Některé rizikové faktory pro rozvoj této komplikace, jako přidružená interní onemocnění těhotné, jsou dnes dobře definovány a jsou zahrnuty do mechanismu screeningového vyšetření, které je v počátku těhotenství nabízeno každé těhotné ženě. Kvalitní prekoncepční kompenzace těchto onemocnění, ve které hraje zásadní roli také praktický lékař, tak může riziko vzniku preeklampsie výrazně snížit, nebo rozvoj onemocnění alespoň oddálit.

Léčba již rozvinuté preeklampsie se liší podle stupně závažnosti onemocnění a jejím základem je kompenzace tlaku krve a prevence rozvoje záchvatu tonicko-klonických křečí těhotné ženy, tzv. eklampsie. Definitivní léčbu pak představuje až ukončení těhotenství. Preeklampsie však nepředstavuje rizika jen v těhotenství, ale je spojena i s dlouhodobými následky na zdraví žen. Je prokázáno, že ženy, jejichž těhotenství bylo komplikováno preeklampií, mají vyšší riziko rozvoje hypertenze, ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody, renálních onemocnění a dalších interních onemocnění. Tyto znalosti, spolu s následnou adekvátní dispenzarizací, která většinou probíhá v režii praktického lékaře, tak můžou výrazně přispět ke snižování následné morbidity žen, jejichž těhotenství bylo preeklampií komplikováno.

Přednáška přináší pohled na těhotné ženy z hlediska praktického lékaře, u kterých byla diagnostikována preeklampsie a HELLP syndrom, včetně kazuistik.

IgG4 pankreatitida imitující karcinom pankreatu**MUDr. Martin Blaho**

Interní klinika FN Ostrava

Kazuistické sdělení se věnuje pacientovi, který je v naší nemocnici veden od roku 2014 pod diagnózou adenokarcinomu pankreatu. Pro toto onemocnění byl chirurgicky revidován a stav byl zhodnocen jako inoperabilní. Následně pacient podstoupil paliativní chemoterapii. I přes statisticky špatnou prognózu tohoto maligního nádoru a předpokládanou krátkou dobu přežívání se však těší dobrému zdraví. Jedná se tedy o diagnostický omyl? Sdělení obsahuje základní informace o vzácné a stále málo známé klinické jednotce – IgG4 nemoci. Součástí jsou pak i ukázky ze zobrazovacích metod a z cytologického vyšetření pankreatu.

Mezioborová spolupráce

sobota / 8. února 2020 / 10.00–12.00 hod.

Nové možnosti v managementu recidivujících infekcí močových cest**MUDr. Jiří Emmer**

Onapharm, s. r. o

Zatímco akutní IMC (cystitida) není v běžné praxi velké téma, rekurentní cystitidy (RIMC) představují pro první linii nelehkou výzvu. Některé profylaktické režimy (intermitentní chemoterapeutika, brusinky) neprokázaly léčebný přínos. D-manóza a bakteriální lyzáty představují efektivní alternativu chemoterapeutikům v dlouhodobém subinhibičním režimu.

**40% TADY
A TEĎ**

**Chcete slevu na předplatné
oblíbeného časopisu
Medicína pro praxi nebo
Pediatrie pro praxi?**

**Získáte ji pouze v průběhu
tohoto kongresu
u našeho stánku.**

Co dalšího u nás najdete?

PUBLIKACE z e-shopu –
ušetříte poštovné

ANKETA – ovlivníte podobu dalších
kongresů a třeba získáte i cenu

TWITTER – už vám nic neunikne



Omega-3 index, nový parametr charakterizující některá zdravotní rizika dětí a dospívajících

RNDr. Pavel Suchánek

Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Tuky jsou nezastupitelnou složkou výživy. Vhodné, případně nevhodné zastoupení různých druhů tuků, resp. mastných kyselin ve stravě dětí a dospívajících má zásadní vliv nejen na riziko kardiovaskulárních onemocnění, nebo imunitu, ale některé mastné kyseliny ovlivňují i schopnost učit se a zapamatovat si, případně i psychomotorické schopnosti. Současná výživová doporučení zdůrazňují z výše zmíněných důvodů nutnost omezit nasycené a trans mastné kyseliny a naopak doporučují navýšit omega-3 mastné kyseliny, zejména pak dlouhořetězcové, označované jako tuky z mořských ryb. EPA má výrazný protizánětlivý účinek, je tedy důležitá z pohledu imunity, DHA je zásadní z hlediska duševního vývoje dítěte. Současné výzkumy SZÚ prokázaly výrazný nedostatek zejména DHA v mateřském mléce. Nedostatek tuků z mořských ryb (EPA a DHA) ve stravě se ukazuje jako velmi důležitý především pro děti a dospívající, protože právě tyto mastné kyseliny mají pozitivní vliv na schopnost učit se a zapamatovat si, mají vliv na psychomotorické schopnosti a ovlivňují i chování a schopnost soustředit se. Omega-3 index stanovovaný z kapky krve je parametrem, který přímo koreluje s příjmem a využitím těchto důležitých mastných kyselin. V rámci dlouhodobého projektu jsme se zaměřili na korelaci omega-3 indexu se schopností učit se a zapamatovat si u sportujících dětí a dospívajících. Sledovali jsme i korelaci s množstvím aktivní svalové hmoty a množstvím tělesného tuku u sportujících dětí a dospívajících, protože současné poznatky zmiňují i vliv na přednostní využití tuků jako zdroje energie v rámci fyzické aktivity.

Záněť, omega-3 NMK a jejich role v etiologii deprese

doc. PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, Ph.D.

Psychologický ústav FF MU Brno

Psychiatrická nemocnice Brno

Deprese je velmi časté a velmi závažné duševní onemocnění. V průběhu života postihne až 16 % populace a předpokládá se, že v roce 2030 bude deprese globálně největší ekonomickou zátěží společnosti. Léčba deprese založená pouze na ovlivnění neurotransmiterů se ukazuje jako nedostatečná a existuje stále více důkazů o tom, že důležitou roli v rozvoji depresivního onemocnění hrají zánětlivé procesy v mozku. Proto jsou v léčbě deprese stále častěji doporučovány a v každodenní praxi používány další možnosti a postupy, které potencují účinek konvenčních antidepressiv. Jako velmi nadějně se v tomto směru jeví omega-3 nenasycené mastné kyseliny. V mnoha výzkumných studiích byl potvrzen příznivý efekt omega-3 nenasycených mastných kyselin v léčbě deprese, a proto také jejich využití je doporučováno jako vhodné doplnění psychofarmakologické a psychoterapeutické léčby, buď formou diety „středomořského“ typu nebo formou kvalitních potravinových doplňků.

HIV infekce v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Daniela Bartková

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

Infekce virem HIV je i ve 21. století opředena řadou mýtů, a to i mezi zdravotníky.

Tato infekce vede postupně ke zhoršování funkce imunitního systému, což je spojeno s rozvojem oportunních infekcí a nádorů, a následně k jeho úplnému selhání.

V současnosti je k dispozici velmi účinná antiretrovirová léčba, která pacientům umožňuje žít plnohodnotný život bez výrazných omezení, a to včetně založení rodiny. Velmi důležité je ale zahájení léčby v časném stadiu onemocnění, což jde ruku v ruce s časným stanovením diagnózy. Bohužel se i nadále setkáváme s pacienty, kteří byli diagnostikováni až v pozdních stádiích. Je velmi

důležité na toto onemocnění pomýšlet nejen u rizikových skupin, jako jsou muži mající sex s muži, intravenózní uživatelé drog či cizinci ze zemí s vysokým výskytem HIV infekce.

Zatím se stále setkáváme se zdravotníky, kteří mají obavy pečovat o HIV+ pacienty. Je třeba podotknout, že diagnostikovaný a léčený pacient je výrazně méně infekční, či dokonce neinfekční, oproti pacientovi, který o své nemoci zatím neví.

K ovlivnění epidemiologické situace výskytu HIV v ČR je nutné používat všechny nástroje, které máme k dispozici, tedy osvětu a prevenci, preexpozici a postexpozici profylaxi, diagnostiku a léčbu již infikovaných pacientů, a role praktického lékaře je zde nezastupitelná.

Sluchové problémy v dětství

garant prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.

sobota / 8. února 2020 / 12.30–13.45 hod.

Příčiny nedoslýchavosti u dětí a dospělých, vyšetřovací techniky poruchy sluchu

prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc., MUDr. Milan Urík, Ph.D., MUDr. Dagmar Hošnová, Ph.D.

Klinika dětské otolaryngologie FN Brno a LF MU

V přednášce bude podán přehled základních anatomických pojmů, uvedeny videoanimace funkce sluchové dráhy. Mezi základní vyšetřovací metody sluchu patří audiometrie – subjektivní i objektivní, tympanometrie a otoakustické emise. Do schématu vyhledávání nedoslýchavých dětí patří novorozenecký skrínink a skrínink předškolních dětí. Dospělí přicházejí v okamžiku subjektivních potíží s poruchou komunikace. Mezi nejčastější příčiny poruchy sluchu u dětí patří vývojové vady, sekretní otitida a ostatní typy zánětů. U dospělých jsou nejčastější příčinou zhoršení sluchu degenerativní změny v souvislosti s věkem, zánětlivé postižení uší a náhle vzniklá nedoslýchavost.

Možnosti kompenzace poruch sluchu: typy sluchadel, indikace, legislativa

MUDr. Vít Kruntorád

Klinika dětské otolaryngologie FN Brno a LF MU

Možnosti kompenzace poruch sluchu jsou široké. Odvíjejí se do značné míry od technologického pokroku na poli zpracování zvuku mikroprocesorem a možnostech sdílení informací mezi sluchadly a příslušenstvím.

Pokud je to možné, snažíme se o zlepšení sluchu binaurálně, tedy sluchu obou uší, kdy je zachována prostorová orientace a výrazně se zlepšuje srozumitelnost řeči.

Legislativa platná od 12/2019 upravuje indikační kritéria a výši příspěvku zdravotní pojišťovny na pořízení sluchadel u dětí i dospělých.

Implantovatelné sluchové pomůcky: typy, indikace, legislativa

MUDr. Ivo Šlapák, CSc., MUDr. Milan Urík, Ph.D., MUDr. Dagmar Hošnová, Ph.D.

Klinika dětské otolaryngologie FN Brno a LF MU

Přednáška přináší přehled vyšetřovacích metod používaných u dětí i dospělých. Uvedeny jsou nejčastější poruchy sluchu a vedoucí k nedoslýchavosti. Možnosti náhrady poruchy sluchu: sluchadla, závěsná, zvukovodová. Při nemožnosti použít sluchadla je nutno provést implantaci protetických protéz. Mezi ně patří vibrační systémy BAHA a Bonebridge. Plně implantovatelné pomůcky: kochleární implantát. Budou uvedeny indikace k použití jednotlivých pomůcek, jejich ceny a legislativa.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ
PARTNER



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



MLADÍ
PRAKTIČI



GRADA



TRITON
Distribuce
TRENDY
V MEDICINĚ



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.

Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.

Angelini Pharma Česká republika s.r.o.

Aurovitas, spol. s r.o.

BIOVIT IMPEX CO.ČR,s.r.o.

EDUKAFARM, s.r.o.

FAVEA Plus a.s.

GALENODERM s.r.o.

Gilead Sciences s.r.o.

Imunoglukan CZ s.r.o.

KAUMY s.r.o.

KRKA ČR, s.r.o.

LAB MARK a.s.

Medi Plus Servis, s.r.o.

Novartis s.r.o.

Nutricia a.s.

Odborný léčebný ústav Metylovice-Moravskoslez-
ské sanatorium, příspěvková organizace

Onapharm, s.r.o.

Orion Diagnostica – organizační složka

Pfizer PFE, spol. s r.o.

PharmaSwiss Česká republika s.r.o.

PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o.

PROFIMED s.r.o.

RBP, zdravotní pojišťovna

RosenPharma a.s.

S & D Pharma CZ, spol. s.r.o.

sanofi-aventis, s.r.o.

Schwabe Czech Republic s.r.o.

SWISS PHARMA, spol.s.r.o.

VEGALL Pharma s.r.o.

VITANA, a.s.

Všeobecný lékař Welfare s.r.o.

Zentiva, k.s.

PARTNER COFFEE BREAKU

