

# MEDICÍNA PRE PRAX

## Správa z 2. ročníka Kongresu lekárov prvého kontaktu v Bratislave

Alexandra Frolkovičová

NZZ SZU, Bratislava

V dňoch 8. – 9. septembra sa v City Hoteli v Bratislave uskutočnil 2. ročník Kongresu lekárov prvého kontaktu. Dvojdňového podujatia sa zúčastnilo 380 praktických lekárov, prednášať prišlo 28 odborníkov a vystavovalo 28 firiem.

Via pract., 2006, roč. 3 (10): 483–486

Prvý blok kongresu bol venovaný **Neurológii a bolesti**. V prvej prednáške sa *Dr. Gogolák* venoval *bolesti pri vertebrogénnych ochoreniach*. Ide o druhú najčastejšiu príčinu návštevy u lekára a u osôb nad 45 rokov, aj najčastejšiu príčinu práceneschopnosti. Dôkladne boli rozobraté početné príčiny vertebrogénnej bolesti, z ktorých najčastejšie sú muskulo-ligamentózne poranenia a degeneratívne zmeny medzistavcových platničiek alebo fazetových klbov. Gogolák zdôraznil, že asociácia medzi klinickými príznakmi a nálezmi zobrazovacích vyšetrení je slabá, preto u väčšiny pacientov nie je možné stanoviť presnú patologicko-anatomickú diagnózu. Pre praktického lekára je dôležité identifikovať naliehavé stavy, vyžadujúce urgentné chirurgické riešenie. Zvláštny prístup vyžaduje chronická vertebrogénna bolesť, kde okrem vhodných rehabilitačných postupov netreba zabúdať na možnosť súčasnej depresie alebo psychogénne podmienenej somatizácie.

Témou druhej prednášky prvého bloku bola *bolesť pri periférnych neuropatiách*. S prejavmi neuropatie sa praktickí lekári najčastejšie stretávajú v súvislosti s metabolickými ochoreniami (hlavne DM) alebo pri toxických vplyvoch. Správne cielenými otázkami možno už v praktickej ambulancii vysloviť podozrenie na bolesť neuropatického typu, príp. iné prejavy neuropatie a včas odoslať pacienta k špecialistovi. *Dr. Kučera* názorne vysvetlil závislosť príznakov neuropatie od charakteru a miery postihnutia jednotlivých typov nervových vlákien a význam ich zisťovania. Objektívizácia funkcie tenkých nemyelinizovaných vlákien štandardnými elektrofyziologickými vyšetreniami totiž nie je možná, preto základom správnej diagnózy neuropatie je klinické vyšetrenie. Prednáška bola výborne koncipovaná a presne „šitá“ pre potreby praktických lekárov.

Príjemne osviežujúco pôsobila tretia a posledná prednáška prvého bloku, *kazuistiky v problematike neurológie a bolesti*. Prvá bola venovaná neuropatickej bolesti po CMP, v druhej *Dr. Cibulčík* názorne rozviedol diferenciálnu diagnostiku bolestí hlavy a v tretej sa zaoberal problematikou diagnostiky bolestivých polyneuropatií.



Po prvom bloku nasledovalo firemné symposium spoločnosti Boehringer Ingelheim, v ktorom vystúpili *Dr. Krištofik* s prednáškou *Účinnosť a bezpečnosť meloxicamu a jeho postavenie v liečbe ochorení pohybového ústrojenstva v ambulancii praktického lekára* a *Dr. Fabka* s prezentáciou o lieku MOVALIS.

Druhý odborný blok, venovaný **Onkológii**, začal prednáškou o *karcinóme prsníka*, najčastejšom nádorovom ochorení u žien. Mortalita tohto ochorenia klesá, základným predpokladom úspechu je však naďalej včasná diagnostika. Prevažná časť karcinómov prsníka vzniká sporadicky, hereditárnych je asi 10 – 15 % a sú podmienené mutáciou génov BRCA-1 alebo BRCA-2. Tieto sa vyskytujú v mladších vekových skupinách a majú tendenciu rásť bilaterálne. Úlohou praktického lekára je hlavne prevencia tohto ochorenia, zahŕňajúca edukáciu o zdravom životnom štýle, význame samovyšetovania prsníkov, informovanie o potrebe pravidelných mamografických kontrol a včasného odoslania rizikových pacientok k špecialistovi. *Prof. Špánik* zároveň

dôkladne oboznámil aj s modernými liečebnými metódami karcinómu prsníka.

V druhej prednáške druhého bloku o *neuroendokrinných nádoroch* *Dr. Šálek* zdôraznil, že diagnostika týchto nádorov je veľmi problematická. Neuroendokrinné nádory sa vyskytujú sporadicky alebo sú súčasťou hereditárnych syndrémov. Chirurgická liečba naďalej zostáva základom liečby, v symptomatickom manažmente stále vedú somatostatínové analógy.

Tretia prednáška bola venovaná problematike *nádorov pľúc*, hlavnej príčine smrti na nádorové ochorenia. *Doc. Beržinec* zdôraznil fakt, že stúpa incidencia tohto nádorového ochorenia u žien a u osôb, ktoré nikdy nefajčili. Asi 80 % karcinómov pľúc tvorí nemalobunkový karcinóm pľúc a asi 20 % malobunkový. Prednáška bola veľmi názorná, problematika sa preberala prostredníctvom kazuistík a množstva obrazového materiálu. Podrobne sa hovorilo aj o pokrokoch v liečbe karcinómu pľúc. Úlohou praktického lekára však naďalej zostáva prevencia (osвета) a včasná diagnostika.



V prakticky orientovanej prednáške o *mamografii* Dr. Mlyneková zdôraznila oprávnenosť všeobecného lekára odporučiť pacientke v rámci komplexnej preventívnej prehliadky aj vyšetrenie prsníkov (mamografické aj ultrasonografické). Od januára 2006 je na všetkých rádiologických pracoviskách povinné druhé čítanie mamogramov a ich hodnotenie v zmysle systému BI-RADS s klasifikáciou 0 – 5. Z odborného usmernenia MZ pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení ďalej vyplýva, že každá žena vo veku od 25 do 40 rokov má 1 x za dva roky absolvovať ultrasonografické vyšetrenie prsníkov, nad 40 rokov každé dva roky mamografické vyšetrenie. U žien s rizikovou osobnou alebo rodinnou anamnézou, užívateľiek HRT alebo žien, ktoré podstúpili operačný zákrok prsníka sa periodicita vyšetrení skraca na jeden rok.

V popoludňajšom **sympóziu spoločnosti Sano-fi-Aventis** ako prvá odznela prednáška o *úlohe praktického lekára v liečbe pacienta po prekonaní AKS*. Najčastejšiu príčinu smrti predstavuje ateroskleróza, základným pilierom liečby AKS je teda antitrombotická liečba. Z antitrombotík používame najčastejšie kyselinu acetylosalicylovú (KAS), klopidogrel alebo ich kombináciu. Dr. Kasper odporučil praktickým lekárom, ktorí zachytia a bezpečne diagnostikujú NSTEMI podať pacientovi KAS a klopidogrel, nitráty, analgetiká, heparín a betablokátry. V diskusií sa potom preberalo v súčasnosti problematické využitie klopidogrelu praktickým lekárom, vzhľadom na preskripčné obmedzenie.

Druhá prednáška o *sekundárnej prevencii CMP z pohľadu praktického lekára* bola zameraná na prehľad ovplyvniteľných rizikových faktorov CMP a možnosti ich modifikácie. Dr. Cibulčík zdôraznil veľký význam prevencie tohto závažného celospoločenského problému, ktorý tvorí jednu z najčastejších príčin mortality a dlhodobej morbidity našej populácie. Okrem farmakoterapeutického ovplyvnenia artériovej hypertenzie a diabetu, využitia sta-

tínov a antiagregačnej (resp. antikoagulačnej) liečby sa hovorilo aj o režimových opatreniach (fyzická aktivita, liečba obezity, zanechanie fajčenia atď.).

Tretia prednáška bola venovaná *inhibítorm ACE a kardiovaskulárnemu riziku*. Je zrejmé, že cieľom liečby artériovej hypertenzie nie je len samotné zníženie krvného tlaku, ale v prvom rade zníženie kardiovaskulárnej mortality. Dr. Števlík zdôraznil priaznivý efekt inhibítorov ACE na celú kaskádu dejov v procese aterosklerózy a zároveň na metabolizmus glukózy, čo je pri častej koincidencii hypertenzie a DM 2. typu ďalšou výhodou. Známy „antidiabetogénny“ účinok ramprilulu viedol k iniciovaniu štúdie DREAM, ktorej cieľom je zistiť, či liečba ramprilom a/alebo rosiglitazónom pôsobí preventívne proti vzniku DM 2. typu a aký je jej vplyv na mortalitu pacientov s poruchou tolerancie glukózy alebo zvýšenou glykémiou nalačno. Výsledkov tejto štúdie sa dočkáme v najbližšom čase.

Posledná prednáška sympózia bola venovaná *insomnii a jej terapii*. Poruchy spánku patria k veľmi častým problémom v ambulancii praktického lekára.

V tejto veľmi užitočnej a prakticky orientovanej prednáške sa Dr. Dragáček úvodom venoval rozdeleniu porúch spánku na niekoľko typov a ich kľúčovému významu vo výbere správnej terapie. Zdôraznil význam odlišenia tzv. sekundárnej insomnie, ktorej liečba patrí do rúk špecialistu. V kompetencii praktického lekára je farmakologická liečba akútnej a prechodnej nespavosti. V prezentácii bol uvedený praktický postup výberu vhodného farmaka, hovorilo sa aj o príznakoch a spôsoboch liečby prípadnej závislosti na benzodiazepínoch. Boli uvedené podrobné odporúčania pre správnu spánkovú hygienu.

Tretí blok **Uro-gynekológie a gynekológie** začal prednáškou o *diagnostickom algoritme pri inkontinencii moču a možnostiach medikamentózneho liečby urgentnej inkontinencie moču u žien*. Najčastejší výskyt močovej inkontinencie zaznamenávame v období plnej pracovnej produktivity, vo veku 50 – 60 rokov. V klinickej praxi rozdeľujeme poruchy udržania moču podľa etiopatogenézy na dve základné skupiny: stresovú a urgentnú inkontinenciu. Dr. Gažo v prednáške uviedol presný diagnostický algoritmus, vysvetlil ciele a metódy medikamentózneho liečby.

V druhej prednáške *Od pošvových plastiek cez Burcha k TOT. Koniec historického vývoja? doc. Hollý* rozobral niektoré problémy diagnostiky stresovej inkontinencie u žien, indikačné kritéria, operačné postupy, včasné aj neskoré komplikácie a terapeutické výsledky jednotlivých operačných postupov.

V tretej prednáške gynekologického bloku s názvom *Vulvovaginálny dyskomfort a recidivujúce vulvovaginitídy* sa Dr. Kliment venoval problematike vulvovaginálneho dyskomfortu, potrebe odlišenia infekčných aj neinfekčných príčin, významu rovnováhy pošvovej biocenózy a porúch imunity pre vznik nepríjemných symptómov. Ponúkol aj diagnosticko-te-







rapeutický algoritmus vulvovaginálneho dyskomfortu v ambulatných podmienkach.

Posledný blok prvého dňa bol venovaný **akútnej medicíne** so zameraním na úrazovú problematiku. V prvej prednáške o *úrazoch chrbtice a miechy doc. Dobiáš* zdôraznil, že poškodenie chrbtice nemusí znamenať poškodenie miechy a naopak, poškodenie miechy sa nemusí spájať s poškodením chrbtice. Boli rozobraté najčastejšie mechanizmy úrazov, kedy treba myslieť na možné poškodenie chrbtice, diagnostický postup, metódy prvej pomoci bez alebo s improvizovanými pomôckami a ďalšie smerovanie pacienta.

V druhej prednáške úrazového bloku sa *Dr. Bulíková* venovala *popáleninám a poleptaniu*. Tak ako u detí sú najčastejšie obareniny, u dospelých zase popáleniny spôsobené plameňom. Lekár prvého kontaktu musí byť schopný poskytnúť účinnú prvú pomoc, poznať riziká inhalačnej traumy, odhadnúť straty tekutín, vedieť určiť mieru naliehavosti situácie a prípadnú potrebu prevozu do zdravotníckeho zariadenia. V prezentácii boli uvedené aj praktické postupy prvej pomoci vrátane tekutinovej substitúcie. Osobitne bol spomenutý postup ošetrovania poleptania chemikáliami.

Tretia prednáška pojednávala o *zlomeninách končatín a ich improvizovanom znehybnení*. Praktický lekár sa v ambulancii môže stretnúť so širokým spektrom úrazov končatín od nezávažného podvrtnutia až po ťažkú zlomeninu v kĺbe. Pokiaľ nie sú prítomné isté známky zlomeniny, je ťažké tieto stavy odlíšiť bez RTG vyšetrenia. V prezentácii *Dr. Bulíková* názorne uviedla metódy prvej pomoci bez aj s dostupnými pomôckami. V prednemocničnej starostlivosti zdôraznila zastavenie krvácania, správne znehybnenie končatiny ako prevenciu závažných komplikácií, ďalej analgéziu a tekutinovú substitúciu podľa stavu pacienta.

Súčasťou aktivít bloku urgentnej medicíny bola počas oboch kongresových dní aj prezentácia nových postupov pri KPR podľa odporúčaní z roku

2005 a nácvik na resuscitačných modeloch Laerdal, ktorú využilo množstvo účastníkov.

Ďalší kongresový deň začal **gastroenterologickým blokom**. *Dr. Hrčka* prezentoval skúsenosti v rámci *Národného programu skríningu kolorektálneho karcinómu na Slovensku*. Tento program bol u nás spustený v októbri 2002 pre hrozivý nárast incidencie tohto ochorenia, keď sa Slovensko dostalo do skupiny krajín s najväčším výskytom tohto ochorenia na svete. *Dr. Hrčka* uviedol, že hlavným problémom tohto programu je nedostatočná spätná väzba zo strany praktických lekárov aj gastroenterológov, hlavne nechuť odosielať formuláre do centra. Keďže štát (okrem nákupu prístrojov a testov) nevenoval na propagáciu a administráciu projektu žiadne financie, jeho perspektíva závisí hlavne od spolupráce a ochoty všetkých zúčastnených.

V druhej prednáške boli uvedené *možnosti endoskopikkej liečby komplikácií chronickej pankreatitídy*. Chronická pankreatitída je zápalové ochorenie s dlhoročným priebehom, ktoré môže byť sprevádzané komplikáciami ako sú pseudocysty, abscesy, vonkajšie a vnútorné fistuly, stenózy choledochu, segmentálna portálna hypertenzia, stenózy dvanástni-

ochorenia kardiovaskulárneho systému a cukrovka. V porovnaní s bežnou populáciou má poruchu erekcie až 75 % diabetikov. *Dr. Sokol* uviedol, že ideálnym liekom, ktorý je nielen účinný a bezpečný, jeho vstrebávanie neovplyvňuje príjem jedla, ale hlavne má rýchly nástup účinku je v súčasnosti tadalafil. Tento liek umožňuje prinavrátiť normálny sexuálny život bez zaťažujúcej zložky plánovania.

V úvodnej prednáške **kardiologického bloku** sa *prof. Bada* venoval *nefarmakologickej liečbe chronického srdcového zlyhávania*. Prevalencia chronického srdcového zlyhávania stúpa vekom a pacient je v typickom prípade polymorbídny. Najčastejšími komorbiditami sú arteriálna hypertenzia, ischemická choroba srdca, diabetes mellitus 2. typu, CHOPCH, poškodenie obličiek, anemický syndróm a postihnutie lokomočného aparátu. Profesor Bada zvlášť zdôraznil potrebu riešenia sociálnej izolácie týchto pacientov a význam pravidelného osobného kontaktu s osobou, ktorá pacienta motivuje k dodržiavaniu liečebného režimu. Zaujímavé je zistenie, že u pacientov s CHSZ je ideálna mierna nadváha (na rozdiel od primárnej prevencie, keď sa nadváha a obezita považujú za rizikový faktor) samozrejme s udržaním



ka, krvácania a karcinóm pankreasu. Liečba môže byť konzervatívna, endoskopická alebo chirurgická. *Prof. Vavrečka* vysvetlil možnosti endoskopikkej liečby pri jednotlivých druhoch komplikácií.

Na záver bloku vystúpil s praktickou prednáškou *prof. Pechan*. Predstavil aktuálny stav v *chirurgickej liečbe pri komplikáciách chronickej pankreatitídy*. Výklad vhodne doplnil vizualizovanými ukážkami chirurgických zákrokov.

Potom nasledovalo **sympóziu spoločnosti Eli Lilly** bolo venované *erektilnej dysfunkcii a jej modernej liečbe*. Vekom stúpa počet mužov, ktorí majú problémy s erekciou, vo veku 40 – 70 rokov tento problém postihuje asi 52 % mužov. Okrem veku zohrávajú vplyv rôzne ochorenia, najčastejšie sú to

pohyblivosti a samostatnosti pri vertikalizácii, bez pomoci inej osoby.

Druhá prednáška pojednávala o *ACE inhibítoroch a blokátorech receptora angiotenzínu II v liečbe chronického srdcového zlyhávania*. ACE inhibítory sa odporúčajú ako terapia prvej línie u pacientov so zníženou systolickou funkciou ĽK bez ohľadu na prítomnosť symptómov. Pri príznakoch retencie ACE inhibítory podávame spolu s diuretikami. Dávky sa netitrujú podľa symptomatológie, ale do výšky dokázanej ako účinnej v klinických štúdiách. Menej jednoznačné sú indikácie ACE inhibítorov u pacientov s diastolickou dysfunkciou ĽK. Vtedy ich podávame hlavne u pacientov s arteriálnou hypertenziou a dokázanou hypertrofiou ĽK. *Doc. Kamenský* sa veno-

val aj porovnaniu účinku sartanov a ACE inhibítorov (podobný vplyv na mortalitu a morbiditu), vzťahu účinku ACE-I a pohľavia (asymptomatické ženy nemusia profitovať z liečby) a vplyvu ACE-I na redukciu incidencie novej FP (redukcia je signifikantná).

Tak ako druhá prednáška bola venovaná základnému pilieru farmakologickej liečby SZ, ACE-inhibítorom, v tretej prednáške o *integrovanej liečbe chronického srdcového zlyhávania doc. Goncalvesová* uviedla princípy komplexného prístupu k pacientom so SZ. Zdôraznila význam nefarmakologických intervencií (diéta, pohybový režim, monitoring hmotnosti a príjem tekutín), očkovania proti chrípke a pneumokokovej infekcii. Rozšírili sa aj možnosti intervenčnej a chirurgickej liečby, vznikli špecializované ambulantly aj lôžkové pracoviská pre diagnostiku a liečbu SZ. Opodstatnenosť takéhoto komplexného prístupu dokázali aj najnovšie pozorovania a randomizované štúdie.

**Reumatologický blok** otvoril *prof. Rovenský* prednáškou o *súčasnom stave biologickej liečby pri reumatoidnej artritíde*. Rozvoj biologickej liečby RA a ostatných difúzných zápalových ochorení umožnili moderné poznatky z imunopatogenézy týchto chorôb, pričom najlepšie výsledky poskytuje liečba ovplyvňujúca aktivitu cytokínov. S kĺbnou deštrukciou sú spojené hlavne TNF a IL-1, ktorých blokáda vedie k útlmu zápalového procesu. U nás sú registrované tri preparáty (infliximab, etanercept, adalimumab), ktorých využitie bolo v prednáške podrobne rozvedené. Tieto moderné lieky, ktoré sa využívajú hlavne u pacientov rezistentných na doterajšiu terapiu bežnými chorobu modifikujúcimi liekmi, sú schopné spôsobiť pokles aktivity RA v klinických znakoch aj laboratórnych parametroch.

Druhá prednáška bola venovaná *obrovskobunkovej arteritíde a polymyalgia rheumatica*. Obrovskobunková arteritída je systémová granulomatózna vaskulitída neznámej etiológie, ktorá môže postihnúť ktorúkoľvek strednú alebo veľkú artériu, zväčša však zasiahne vetvy karotickej artérie (najčastejšie temporálnu artériu, potom hovoríme o temporálnej arteritíde). Pacienti s temporálnou arteritídou sa dožívajú rovnakého veku ako ostatná populácia, ak však obrovskobunková arteritída po-



stihne veľké a stredné tepny, môže sa prejavíť veľmi dramaticky a skončiť letálne (disekciou alebo ruptúrou aorty, IM alebo CMP). *Prof. Štvrtinová* sa v prednáške podrobne venovala klinickému obrazu, histopatologickým zmenám, diagnostike ochorenia a možnostiach jeho modernej liečby.

Oživením reumatologického bloku boli *vybrané kazuistiky v reumatológii* v podaní *doc. Lukáča*, s dôrazom na demonštráciu heterogenity klinického obrazu chronických zápalových ochorení. Tieto okrem pohybového aparátu môžu postihnúť ktorýkoľvek orgán alebo systém organizmu. Správne stanovenie diagnózy umožní včasné začatie komplexnej a dlhodobej liečby.

Posledný blok bol venovaný **právnej problematike v zdravotníctve** a bol otvorený otázkou *povinnnej mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkov*. *Dr. Kováč* zdôraznil význam dôvery vo vzťahu lekár – pacient a zaoberal sa praktickými dôsledkami mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkov vo vzťahu k informovaniu príbuzných a pacienta. Zbaviť mlčanlivosti môže zdravotníckeho pracovníka (okrem orgánu príslušného na vydanie povolenia) iba pacient, prípadne jeho zákonný zástupca. Napriek tomu, že podľa zákona je prípustná akákoľvek forma zbavenia mlčanlivosti, vzhľadom na dôsledky, ktoré môže prípadné porušenie mlčanlivosti mať, *Dr. Kováč* odporučil formu písomnú.

V druhej prednáške s názvom *Trestné právo a lekár* sa rozoberali osobitné procesné práva a povinnosti lekára v pozícii svedka, znalca alebo osoby obvinenej z trestného činu, ku ktorému došlo pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. *Dr. Kováč* uviedol, že postavenie svedka má prednosť pred postavením znalca, lebo svedok je na rozdiel od znalca nenahraditeľný. V poslednej prednáške *Dr. Kováč* komplexne rozobral jednotlivé druhy *zodpovednosti lekára*. Pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti môžu mať charakter jednorazového zlyhania alebo sú jednoducho dôsledkom nesprávneho diagnostického alebo liečebného postupu. Zodpovednosť morálnu nie je možné uplatňovať pred súdom, pre vznik právnej zodpovednosti je potrebné naplnenie predpokladov zodpovednosti.

Spoločnosť Solen s odbornou garanciou Internistickej spoločnosti SLK už druhý rok zorganizovala kvalitné vzdelávacie podujatie pre lekárov prvého kontaktu. Celkovo na kongrese odznelo 33 prednášok v ôsmich blokoch a troch sympóziách. Odborná úroveň prednášok bola výborná, priestory vyhovujúce a príjemné.

**MUDr. Alexandra Frolkovičová**  
NZZ SZU, Limbova 12, 833 03 Bratislava  
e-mail: alexandra.frolkovicova@szu.sk