

MEDICÍNA PRE PRAX – správa z kongresu lekárov prvého kontaktu v Košiciach

Monika Jarčušková¹, Rudolf Novotný², Adriána Liptáková³

¹ NZZ, Košice

² Interná klinika FNŠP J. A. Reimana, Prešov

³ Ústav lekárskej mikrobiológie LF UPJŠ, Košice

Postgraduálne medicínske vzdelávanie je celoživotná práca lekára. Každý lekár iste ocení, ak sa k informáciám dostane jednoducho, zrozumiteľne a v príjemnom prostredí. O to išlo aj organizátorom 2. ročníka kongresu Medicína pre prax (prvýkrát v Košiciach) – spoločnosti Meduca a Lekárskej fakulte Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Meduca zabezpečovala organizačnú časť kongresu, Lekárska fakulta UPJŠ garantovala odbornú úroveň podujatia a súčasne poskytla svoje priestory. Napriek krásnemu letnému počasiu sa kongresu, ktorý sa konal 12. – 13. mája 2006, zúčastnilo podľa našich odhadov asi 400 účastníkov, študenti Lekárskej fakulty (vrátane postgraduálnych) mali vstup na podujatie bez poplatku. Podujatie bolo určené predovšetkým pre lekárov prvého kontaktu, ale nielen pre nich. V ôsmich blokoch odznelo 25 vyžiadanych prednášok, súčasťou programu boli aj 2 satelitné sympózia.

Via pract., 2006, roč. 3 (5): 268–270

Úvodná časť kongresu bola venovaná **infekčným chorobám v komunite**. *Schréter* v prednáške o chrípke zdôraznil veľkú variabilitu vírusu, niektoré epidemiologické aspekty šírenia ochorenia a možnosti liečby. Z epidemiologického hľadiska poznáme sezónny a pandemický výskyt chrípky, zvláštnou kapitolou je vtáčia chrípka. Najlepšou prevenciou je očkovanie, pretože najmä u starších a imunokompromitovaných pacientov je ochorenie závažnejšie a výskyt komplikácií častejší. V liečbe možno použiť inhibitory kanálového proteínu M2, ale najmä inhibitory neuraminidázy – oseltamivir a zanamivir. *Jarčuška* sa v prednáške venovala atypickým patogénom, ktorých význam v etiológii respiračných ochorení je stále niektorými praktikmi nedocenený. Medzi atypické patogény zaraďujeme najmä mykoplazmy, chlamýdie, legionely a koxiely. Ich diagnostika je problematická, pomerne nákladná a k lekárovi sa výsledky dostávajú neskoro. Preto časť pacientov nedostane včas adekvátnu liečbu – makrolidy, tetracyklíny, poprípade fluorované chinolóny. Incidencia infekcií vyvolaných atypickými patogénmi sa pritom zvyšuje najmä v súvislosti so zmenou životného štýlu (klimatizované budovy, častejšie cestovanie a pod...). Chlamýdie a mykoplazmy majú vzťah k bronchiálnej hyperreaktivite, vzťah oboch patogénov k celému radu ochorení sa intenzívne skúma (aterogenéza, sclerosis multiplex, Alzheimerova choroba, nemalobunkový karcinóm pľúc a pod.). *Adamkovičová* prehľadne rozdelila herpetické vírusy a venovala sa najmä infekciám, s ktorými sa praktik môže stretnúť. U infekcií vyvolaných Herpes simplex typu 1 a 2 je k dispozícii okrem epizodickej liečby aj dlhodobá supresívna liečba nižšími dávkami antivirotik (acyklovir a valacyklovir) po dobu aspoň 3 mesiacov. Herpes zoster je často neskoro diag-

nostikovaný, pri neskoršom začiatku liečby je dokumentovaný častejší výskyt postherpetickej neuralgie.

Ďalší blok bol venovaný **kožným ochoreniam**, ktorých liečba sa v posledných rokoch preniesla viac do ambulantnej sféry. *Jautová* sa venovala komplexne problematike liekovej alergie. Najmä jej diagnostika prináša v praxi značné problémy. K najčastejším alergénom patria antibiotiká a chemoterapeutiká, anestetiká, nesteroidné antireumatiká a analgetiká. Prejavy na koži sú pestré, medzi najzávažnejšie patria Quinckeho edém a anafylaktický šok. Okrem širokej palety in vivo testov, sa z in vitro testov sa najviac využívajú bazofilodegranulačný test, lymfocytotransformačný test a alergosorbentový test. Prednáška bola, podobne ako ostatné prednášky v tomto bloku, výborne dokumentovaná fotografiami. *Ficová* v analýze 180 pacientov s prejavmi dermatitídy na dolných končatinách zistila u 135 prejavov chronickej venóznej insuficiencie. Najčastejšími alergénmi boli peruánsky balzám, metylparabény a neomycín. U 76 % pacientov bola pozitívna oligovalentná reakcia, u 14 % monovalentná a u 10 % polyvalentná. *Baloghová* sa v prednáške venovala etiopatogenéze, klinike a terapii akné. Acne vulgaris sú jednou z najčastejších dermatóz u mladých ľudí, pričom praktický lekár je väčšinou prvý, ku ktorému adolescenti prídu. Často sa nevenuje pozornosť prvým štádiám, keď sú možnosti terapie dobré a ochorenie nemá vplyv na psychiku mladých ľudí.

V popoludňajšom satelitnom sympóziu firmy **Sanofi-Aventis** sa *Dragášek* zaoberal nespavosťou, pričom v liečbe sekundárnej insomnie je rozhodujúce spoznanie primárnej príčiny a jej následná liečba. V liečbe akútnej a prechodnej nespavosti sa využívajú hypnotiká 3. generácie (tzv. Z-hypnotiká). Pri chronickej nespavosti možno po psychiatrickom

vyšetrení použiť i iné psychofarmaká. V klinickej praxi v našich podmienkach sa stále neprimerane využívajú (resp. zneužívajú) benzodiazepíny, u ktorých po niekoľkoročnom používaní vzniká závislosť. *Szakács* sa venoval úlohe praktického lekára v komplexnej starostlivosti o pacienta s akútnym koronárnym syndrómom, ktorý je podobne ako cievne mozgové príhody v dnešnej dobe preventabilné ochorenie. *Gdovinová* uviedla údaje WHO, podľa ktorých sú cievne mozgové príhody druhou najčastejšou príčinou smrti vo svete, pričom ročne zomiera 4,6 milióna ľudí. Zvlášť upozornila na význam antiagregačnej liečby v sekundárnej prevencii cievnych mozgových príhod. Použiť možno nízke až stredné dávky kyseliny acetylsalicylovej (ASA), kombináciu ASA s dipyridamolom s predĺženým účinkom a clopidogrel. Antikoagulačná liečba je indikovaná u všetkých pacientov po tranzitórnom ischemickom ataku alebo po ischemickej cievnej mozgovej príhode kardioembolickej etiológie, predovšetkým u pacientov s fibriláciou predsiení. Súčasťou sú i režimové opatrenia, vrátane úpravy hmotnosti. *Pella* sa venovala kombinovanej liečbe artériovej hypertenzie. Iba 5 – 23 % liečených hypertonikov dosahuje trvalo hodnotu krvného tlaku pod 140/90. Dobré antihypertenzívum musí poskytnúť pacientovi 24 hodinovú kontrolu krvného tlaku, musí mať dobrú compliance, byť účinné v liečbe systolickej artériovej hypertenzie, dôležitý je i minimálny výskyt vedľajších príhod a interakcií. Takouto skupinou liečiv sú i blokátory angiotenzínu II na receptore AT1.

Ďalší blok bol venovaný **kardiológii**. *Pella* z novovzniknutej Kliniky preventívnej a športovej medicíny FN L. Pasteura a LF UPJŠ definoval ciele preventívnej kardiológie a možnosti ich realizácie. 21. storočie prinieslo niekoľko „neinfekčných“ epidémii – obezity, metabolického syndrómu a diabetu.

V tomto kontexte je potrebné zafinovať nový rozmer preventívnej kardiológie – zaoberá sa nielen primárnou a sekundárnou prevenciou ischemickej choroby srdca, ale i prevenciou „ekvivalentov“ (diabetes mellitus, metabolický syndróm), prevenciou komplikácií ischemickej choroby srdca, najmä srdcového zlyhania, ale i prevenciou komplikácií srdcovej nedostatočnosti, predovšetkým akútnych zhoršení. V niektorých krajinách – v Austrálii a na Novom Zélande je výučba preventívnej medicíny zaradená do základných škôl. *Mitro* sa venoval komplexnému manažmentu chronického srdcového zlyhávania. Z biochemických vyšetrení je užitočné vyšetrenie natriuretických peptidov, z prístrojových vyšetrení je kľúčovou metódou echokardiografia. Ostatné metódy ako rádionuklidová ventrikulografia, spirometria a kardiálna magnetická rezonancia sú využívané menej. Liečba chronického srdcového zlyhávania je komplexná, zahŕňa režimové opatrenia, farmakologickú, kardiostimulačnú a chirurgickú liečbu. Z farmakologickej liečby prognózu pacientov zlepšujú ACE inhibítory, betablokátoary, antagonisti aldosterónu a sartany. Symptómy pacientov zlepšujú diuretiká a digoxín. *Gonsorčík* prehľadne zhrnul nové možnosti diagnostiky srdcovo-cievnych ochorení. Z biochemických metód sú ako nezávislé prediktory vyššieho koronárneho rizika uvádzané najmä hypersenzitívny C reaktívny proteín a von Willebrandov faktor. V elektrokardiografii sa veľká pozornosť venuje štúdiu elektrickej nestability, v Holterovskom monitorovaní sú novinkou transtelefonné softvéry. V posledných rokoch máme k dispozícii objektívnejšie a reproduktívnejšie zobra-zovacie metódy. Echokardiografia vstúpila do éry 3 – D obrazu, zdokonalili sa dopplerovské metódy, detailnejšie zobrazenie umožňuje i kardio CT a MRI. Atraktívnou sa v posledných rokoch stáva i neinvazívna diagnostika ischemickej choroby srdca.

Posledný blok prvého dňa bol venovaný **psychiatrii**. So starnutím populácie stúpa i výskyt psychických porúch. *Pálová* poukázala na výskyt depresie v skupine pacientov starších ako 65 rokov, ktorý je približne 25 %, pričom ochorenie je diagnostikované iba u jedného zo šiestich chorých. Aj z nich je 40 % nedostatočne liečených. Mortalita starších ľudí s depresiou je pritom 1,5 – 3 x vyššia ako u gerontov bez depresie. Takisto morbidita je vyššia. Dve tretiny starších ľudí však nevyhľadajú lekársku pomoc. Depresia sa prekrýva za mnohými ochoreniami, na ktoré sú starší pacienti liečení (Parkinsonova choroba, cieвне a neurovegetatívne ochorenia mozgu a pod.). V liečbe je potrebné kombinovať farmakoterapiu a psychoterapiu, v liečbe najťažších foriem môžeme použiť elektrokonvulzívnu liečbu. Problematika alkoholizmu v staršom veku nie je okrajová. Ako zdôraznil *Bodnár* existujú 2 skupiny

ľudí, ktorí nadmerne užívajú alkohol. Prvou sú tí pacienti, ktorí nadmerne užívajú alkohol celý život, druhou sú pacienti, ktorí začali užívať alkohol vo vyššom veku, najmä po odchode do dôchodku. V staršom veku dochádza k „zvýšenej citlivosti na alkohol“ – prah tolerancie je nižší. Alkohol výrazne zhoršuje vekom znížené kognitívne funkcie, častejšia je posturálna instabilita a vyšší výskyt depresie a suicidií. Liečba alkoholizmu vo vyššom veku je vždy komplexná. *Breznoščáková* poukázala na význam praktických lekárov v detekcii demencie u starších pacientov. Príčinami porúch správania vo vyššom veku môžu byť okrem demencie i poruchy vedomia, depresie, paranoidné stav, strata životných istôt a sociálneho postavenia, somatické ochorenia a používanie niektorých farmák. V liečbe porúch správania je dôležité komplexné zhodnotenie príčin, ktoré k nim vedú. Pacientov liečime farmakologickými a nefarmakologickými postupmi. Z farmakologických postupov ovplyvňujeme kognitívnu a nekognitívnu funkciu. Minimálne rovnako dôležitá je i nefarmakologická behaviorálna liečba.

V sobotu 13. mája bol úvodný blok prednášok venovaný **bolesti**. Vertebrogénny algický syndróm (VAS) sa podľa štatistik vyskytne u každého jedinca aspoň raz za život. Poruchy driekových medzistavcových platničiek tvoria 90 % všetkých diskopatií. *Szilasiová* uviedla diagnosticko-terapeutický algoritmus starostlivosti o pacientov s VAS. V klinickom obraze dominuje iritačná zložka – bolesť a zániková zložka, ktorá sa prejavuje stratou citlivosti v príslušnom dermatóme alebo oslabením svalovej sily. V diagnostike sú základnými metódami klinické vyšetrenie, CT. Vo vybraných prípadoch je užitočná perimyelografia a MRI vyšetrenie. Z prognostického hľadiska je dôležité elektromyografické vyšetrenie. Operačné postupy sú indikované v prípadoch radikulárnych syndrómov, ktoré nezaberajú na konzervatívnu liečbu. Zvláštnym typom bolesti je neuropatická bolesť, ktorej sa venovala *Gdovinová*. Vzniká pri primárnej lézii alebo dysfunkcii nervového systému. Vzniká priamou stimuláciou receptorov, spontánnou aktivitou v poškodených vláknach, deafferentáciou a ako bolesť sprostredkovaná nesympatikovo. Charakteristickými črtami sú hyperpatia, anesthesia dolorosa, dysestézia a algodýnia. Neuropatická bolesť nereaguje na bežné analgetiká, preto sa v liečbe využívajú antikonvulzíva – karbamazepíny, ale i antikonvulzíva 3. generácie – gabapentín, pregabalin, topiramát a lamotrigín. Poznatky o etiopatogenéze, diagnostike a liečbe migrény prezentovala *Paučová*. V súčasnosti je v popredí trigeminovaskulárna teória patofyziológie migrény, známy je i podiel 5-hydroxytryptamínu. Od septembra 2003 sa používa nová klasifikácia bolestí hlavy, ktorá rozdeľuje migrénu do 2 kategórií – migrénu s aurou a migrénu bez aury.

Aura býva najčastejšie zraková, ale môže byť i sensorická afazická a motorická. Stratégia modernej liečby zahŕňa profylaktickú liečbu, nefarmakologické postupy i liečbu selektívnymi antagonistami 5-hydroxytryptamínových receptorov.

V bloku venovanému akútnej medicíne *Grochová* prezentovala Barcelonskú výzvu, z r. 2002, ktorej cieľom je dosiahnuť zníženie mortality na sepsu do roku 2007 o 25 %. To možno dosiahnuť iba dodržiavaním súboru opatrení, ktoré je potrebné realizovať na zvládnutie septického šoku a ťažkej sepsy do 2, 6 a 24 hodín. Diagnosticko-terapeutický algoritmus je komplexný a presný sled postupov a je námetom na samostatné číslo časopisu. Zdôrazňuje sa význam komplexného prístupu, pričom žiadny postup nie je nadradený inému. Novinkám v kardiopulmonálnej resuscitácii sa venovala *Capková*. Nové smernice boli publikované Európskou radou pre resuscitáciu. Najdôležitejšími zmenami v základnej neodkladnej resuscitácii dospelých sú: začať resuscitáciu vtedy, ak postihnúť nereaguje a nedýcha normálne, záchrancovia by sa mali naučiť položiť svoje ruky na stred hrudníka, nestrácať čas orientáciou pomocou okraja rebier. Vdych záchrancu by mal trvať 1 sekundu, pomer kompresii a vdychov je 30 : 2, u dospelých sa vynechávajú počiatočné 2 vdychy a začína sa 30 kompresiami okamžite po zistení zastavenia krvného obehu. Ďalšími zmenami sú postupy v automatickej vonkajšej defibrilácii a zmeny v rozšírenej neodkladnej resuscitácii dospelých. *Hudák* sa venoval ďalšiemu závažnému problému v intenzívnej medicíne – malnutricii v perioperačnom období, jej diagnostike a liečbe. Prevalencia malnutrie u chorých a hospitalizovaných pacientov je 20 – 60 %. Nedostatočná nutriícia je spojená s vyššou perioperačnou morbiditou a mortalitou. 7 až 14 dní predoperačnej prípravy umelou výživou u malnutričných pacientov signifikantne znižuje pooperačné komplikácie a mortalitu. Totálna perioperačná parenterálna výživa v dĺžke 1 – 2 týždne je indikovaná len u ťažko malnutričných pacientov. *Molčányiová* zdôraznila rozdiel medzi multiorgánovým zlyhávaním (MODS – multiple organ dysfunction syndrome) a multiorgánovým zlyhaním (MOFS – multiple organ failure syndrome). Primárny MODS sa vyskytuje ako priamy dôsledok pôsobiaceho inzultu, pri sekundárnom MODS vyvolá inzult systémovú zápalovú reakciu. MODS vyžaduje multidisciplinárnu spoluprácu, pričom je dôležitá správna klinická interpretácia laboratórnych výsledkov.

V obedňajšom sympóziu firmy **Boehringer Ingelheim** prezentovala *Tomková* skúsenosti s použitím meloxicamu v liečbe ochorení pohybového ústrojenstva. Meloxicam je bezpečný preparát určený pre primárnu ambulatnú prax.

V ďalšom popoludňajšom bloku, ktorý bol venovaný **najčastejším problémom vo vnútornom lekárstve** prezentoval *Tkáč* možnosti prevencie a liečby diabetes mellitus (DM) 2. typu. Medzi rizikové faktory patria familiárna predispozícia, prítomnosť hraničných porúch glukózovej tolerancie, nadváha, abdominálna obezita a aterogénna dyslipidémia. Pacienti s metabolickým syndrómom majú 7-násobne vyššiu šancu rozvoja DM 2. typu. Klinické randomizované štúdie u pacientov s poruchou glukózovej tolerancie ukazujú, že možno zabrániť rozvoju diabetu režimovými opatreniami, farmakologickou liečbou obezity, podávaním inzulínových senzitizerov alebo inhibíciou črevnej rezorpcie glukózy. Nie je celkom jasné či ide o prevenciu diabetu alebo len oddialenie jeho nástupu. V ďalšej časti prednášky zdôraznil nové možnosti liečby diabetu 2. typu. *Lazúrová* sa venovala endokrinným príčinám hypertenzie. Endokrinná hypertenzia sa vyskytuje u 3 – 5 % hypertonikov. Hypertenzia sa vyskytuje pri akromegálii, centrálnom Cushingovom syndróme, primárnej hypotyreóze primárnej hyperparatyreóze. Hypertyreóza je spojená s izolovanou systolickou hypertenziou. Najčastejšou endokrinnou príčinou hypertenzie je primárny hyperaldosteronizmus – Connov syndróm, ktorý je spôsobený adenómom alebo bilaterálnou hyperpláziou drene nadobličiek. Typickými klinickými prejavmi feochromocytómu sú diastolická artériová hypertenzia a hyperkinetická cirkulácia. V diagnostike využívame vyšetrenie voľných plazmatických metanefrínov a vyšetrenie katecholamínov v moči. *Tkáčová* komplexne rozobrala problematiku chronickej obštrukčnej choroby pľúc. Ide o chronické pomaly progredujúce ochorenie charakterizované obmedzením prúdenia vzduchu dýchacími cestami, ktoré je spôsobené ich obštruk-

ciou. Tá je na rozdiel od astmy temer ireverzibilná, pričom je spojená so zápalovou reakciou. Základným vyšetrením je komplexné spirometrické vyšetrenie. CHOBCH rozdeľujeme do 4 štádií (I. – ľahké, II. – stredne ťažké, III. – ťažké, IV. – veľmi ťažké). Základom liečby v prvom štádiu sú krátkodobo pôsobiace β_2 agonisti alebo anticholinergiká. V II. štádiu používame v liečbe dlhodobo pôsobiace bronchodilatanciá – formoterol a salmeterol, v prípade potreby ich môžeme kombinovať s krátkodobo pôsobiacimi bronchodilatanciami a teofylínmi, v III. štádiu k dlhodobo pôsobiacim bronchodilatanciam pridávame inhalračné kortikoidy, liečba orálnymi kortikoidmi nie je vhodná. V IV. štádiu používame i domácu oxygenoterapiu, pri rozsiahlom emfyzéme môžeme využiť volumredukujúcu operáciu alebo transplantáciu pľúc. Dôležitou úlohou je edukácia pacienta.

Posledný blok bol venovaný právnej problematike zdravotníctve. *Longauer* predniesol široko koncipovanú prehľadnú prednášku, ktorá rozoberala súčasnú jurisdikciu v zdravotníctve. V úvode si všimol reformné zákony v zdravotníctve 576 – 581/2004 Z.z. a najmä novely týchto zákonov 342, 347 350 – 352/2005 Z.z. Zdôraznil zodpovednosť pracovníkov v zdravotníctve, ktorá je trestnoprávna, občianskoprávna, pracovnoprávna, správnoprávna, disciplinárna, zmluvná a tímovú zodpovednosť. Ďalšia časť prezentácie bola venovaná aplikácii Trestného zákona 300/2005 Z.z. a nového Trestného poriadku 301/2005 Z.z. V závere poukázal na internetové stránky, na ktorých sú umiestnené informácie k právnej problematike v zdravotníctve. *Bobrov* sa bližšie zaoberal problematikou znalcov v zdravotníctve. Odbor zdravotníctva patrí k najrozšírenejším znaleckým odborom, čomu zodpovedá celkový počet znalcov – fyzických osôb. V ďalšej časti zdôraznil roz-

diely medzi právnym postavením znalca a právnym postavením svedka a legislatívne podmienky činnosti znalcov. Lekárska fakulta UPJŠ nazhromaždila v minulých rokoch neoceniteľné skúsenosti ako znalecký ústav. *Jutka* analyzoval prvý rok činnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Pobočky úradu v súčasnosti sídlia v 8 mestách, jedna z nich je v Košiciach. Jej činnosť začala 1. 1. 2005, v posledných mesiacoch sa jej činnosť organizačne i personálne stabilizovala. ÚDPZ vykonala v roku 2005 celkovo 1 455 pítiev, pričom v 14 prípadoch bol zistený nesúlad medzi klinickou diagnózou a pítievnym nálezom. ÚDPZ súčasne plní sankčnú a edukačnú úlohu.

Celkovo na podujatí Medicína pre prax odznelo 30 prednášok, pričom 9 prednášajúcich bolo mladších ako 40 rokov, a až na ojedinelé výnimky boli všetci prednášajúci zamestnancami LF UPJŠ a FNLP. Spoločenská úroveň podujatia bola primeraná. Po prvom dni bol súčasťou programu raut, stravovanie bolo zabezpečené po celú dobu kongresu. Spoločnosť Meduca vydala z podujatia zborník prednášok (Supplementum 1 – abstrakty, Via Practica 5/2006).

Záverom môžeme konštatovať, že Lekárska fakulta UPJŠ týmto podujatím spolu s akreditáciou niektorých špecializačných odborov dokázala svoje ambície v postgraduálnom štúdiu. Meduca po zorganizovaní podobného kongresu minulý rok v Bratislave potvrdila, že kvalitný kongres pre širokú medicínsku verejnosť sa dá uskutočniť i mimo hlavného mesta.

MUDr. Monika Jarčuškóvá
 NZZ Srbská 1, Košice
 e-mail: jarcuska@upjs.sk