

XII. výročný kongres Českej internistickej spoločnosti ČLS J. E. Purkyně

**Artérová hypertenzia, diabetes mellitus, obezita
23. – 25. október 2005, Praha, Česká republika**

V dňoch 23. – 25. októbra 2005 sa uskutočnil v Prahe XII. výročný kongres Českej internistickej spoločnosti ČLS J. E. Purkyně (ďalej ČIS). Išlo o prvý veľký internistický kongres usporiadaný po viac ako desaťročí a konal sa v spolupráci so Združením praktických lekárov a ďalšími odbornými spoločnosťami. XI. kongres sa konal v Brne a bol v niektorých smeroch zlomový – po desaťročí kongresov internej medicíny pre lekárov v praxi opustili Zlín ako genius loci a výbor ČIS rozhodol, aby sa výročné kongresy ČIS konali striedavo v Prahe a Brne. Uskutočnili sa zmeny v organizácii a zostavovaní programu. Jednotlivým odborným spoločnostiam interného zamerania plošne ponúkli jeden- až dvojhodinové limity na zostavenie svojich blokov. Okrem týchto prezentácií na pozvanie umožnili ďalším záujemcom zúčastniť sa na programe v piatich paralelných sekciách voľnými oznámeniami vo forme prednášok a posterov. Kongresové Centrum Praha na Nám. 5. května (Praha 4) k tomu poskytol veľmi dôstojné, až ideálne prostredie i dostatok priestoru pre sprievodnú výstavu sponzorujúcich (50) firiem.

Záujem spriaznených odborných spoločností predčil očakávanie a všetky oslovené spoločnosti veľmi iniciatívne spolupracovali s programovým výborom kongresu. O záujme svedčil i vysoký počet registrovaných účastníkov (prevyšoval 1 500 osôb). Spôsob zostavovania programu i tento rok potom jednoznačne podporil integračnú a generalizačnú úlohu vnútorného lekárstva. Toto úsilie je veľmi dôležité v súčasnom období dezintegračných tendencií vnútri interného odboru a interných oddelení alebo kliník ako ich inštitucionálneho vyjadrenia. Zazneli prednášky v metabolickom bloku, bloku Českej spoločnosti pre aterosklerózu, Českej spoločnosti pre hypertenziu, gastroenterologickom, endokrinologickom, chemoterapeutickom, hepatologickom, transplantáčnom, diabetologickom, angiologickom, pneumologickom bloku, ďalej bloky neinvazívnej kardiológie, invazívnej kardiológie, blok Slovenskej internistickej spoločnosti, pracovnej skupiny arytmie, blok geriatrickej a gerontológie, ČIS, enterálnej a parenterálnej výživy, Združenia praktických lekárov, hematologický, obezitologický, reumatologický, nefrologický blok, blok voľných oznámení, kardiologický, hypertenziologický, varia a firemné sympóziá (18), ktoré sa konali zásadne v prvý a posledný deň konania podujatia. V priebehu podujatia sa konali i štyri programové bloky zdravotných sestier (kongresu sa ich zúčastnilo vyše 300). Celkovo program kongresu vyznel prevažne postgraduálne a ponúkol prezentácie vo všetkých hlavných oblastiach a pododboroch internej medicíny; len asi tretina programu sa venovala pôvodným oznámeniam. Spoločenský program bol bohatý: slávnostné otvorenie kongresu v Spoločenskej sále Centra a „Welcome drink“ v prvý deň, organový koncert v Kapitulnom chráme sv. Petra a Pavla druhý večer po odbornom programe, ako aj spoločenské stretnutie na Karlovej univerzite, v starodávnom Karolíne na záver kongresu. Vyšlo aj novinové číslo špeciálneho vydania „Kongresové noviny“ venované súčasnosti a budúcnosti vnútorného lekárstva (Quo vadis medicina interna?), s pozdravmi účastníkom kongresu, výberu z niektorých odborných príspevkov, diskuzné fórum: Spoločný základ, koordinátor, partner – alebo čo je interna? a téma „Pľúcna hypertenzia znovu na scéne“. Všetky abstrakty prijatých prezentácií boli operatívne publikované v časopise Vnitřní lékařství, 2005;51:10/október.

Z veľkého množstva vedeckého programu vlastného kongresu uvádzame len tie súhrny, závery, abstraktové obsahy, ktoré nás profesne vzťahom k téme neinvazívnej kardiológie, geriatrickej a klinickej hypertenziológie zaujali a ktoré bolo možné z časových dôvodov navštíviť. Predpo-

kladáme, že môžu byť podnetné i pre ďalších záujemcov o túto atraktívnu a dynamicky sa rozvíjajúcu oblasť medicíny.

Priebežné výsledky randomizovanej štúdie intrakoronárnej transplantácie autológnych kmeňových buniek pri akútnom infarkte myokardu. Pacienti s AIM prednej steny ľavej komory. S. Janoušek a spol., (Brno), konštatovali, že napriek úspechom intervenčnej liečby akútneho infarktu myokardu (AIM) nemožno akútnou koronárnou intervenciou (PCI) úplne obnoviť kontraktilnú funkciu nekrotického tkaniva. Novou nádejnou metódou je transplantácia autológnych kmeňových buniek (KB). Autori chceli posúdiť bezpečnosť intrakoronárnej transplantácie KB a vplyv tejto liečby na funkciu ľavej komory (LK) u podskupiny chorých s AIM prednej steny (PS). Do štúdie zaradili pacientov, ktorí spĺňali vstupné kritériá liečby intrakoronárnou transplantáciou autológnych KB s AIM PS liečenú akútnou PCI. Pacientov randomizovali do troch skupín: s použitím vysokej dávky KB, štandardnej dávky a kontrolnej skupiny. Vlastná transplantácia bola vykonávaná intrakoronárne 5. – 9. deň po prebehnutí AIM (druhý deň po odbere KB). Celkovo k 1. máju 2005 bolo zaradených 61 osôb. Z nich malo 34 osôb AIM PS už vykonané kontrolné vyšetrenie po troch mesiacoch. Medzi skupinami neboli žiadne významné rozdiely v základných vstupných údajoch. Počas transplantácie došlo jedenkrát k disekcii koronárnej artérie akútne riešenej implantáciou stentu, inak sa nezistili žiadne závažné komplikácie vlastného zákroku. Vyšetrenie CK, CK-MB troponínu pred vyše 15 hodinami po zákroku nepreukázalo žiadny významný patologický nárast. Nezachytili sa žiadne malígne arytmie. Funkcia LK sa stanovila metódou gated-SPECT. Na záver autori dodávajú, že intrakoronárna transplantácia KB sa javí ako bezpečná metóda liečby AIM. Výsledky poukazujú na nádejný skupinový profit pri rozsiahlejšej poinfarktovej dysfunkcii LK, ale k definitívnemu potvrdeniu klinického prínosu tohto postupu bude nevyhnutná analýza rozsiahlejšieho súboru.

Chyby a omyly v diagnostike infekčnej endokarditídy. P. Gregor (III. interná kardiologická klinika, Kardiocentrum 3. LF UK FN Královské Vinohrady, Praha). Diagnostika infekčnej endokarditídy (IE) je založená predovšetkým na Durackových kritériách, ktoré vychádzajú z laboratórnych, echokardiografických a klinických údajov. K omylom môže dôjsť pri typických či mätúcich nálezoch, dôležitú úlohu má i skúsenosť vyšetrujúceho a pri necharakteristických prejavoch na IR vôbec pomyslieť. Nález hemokultúry patrí medzi hlavné diagnostické znaky. Jej opakovaná negativita sa pozoruje v širokom rozmedzí 5 – 50 % všetkých IE a môže byť často zdrojom rozpakov a nesprávnych interpretácií. Častejšie vzniká pri už začatej antibiotickej liečbe a pri IE spôsobenej neobvyklým infekčným agens (Candida, Aspergillus, Mucobacteria, Chlamydia, Coxiella burnetii, Mycoplasma hominis, Legionella). Vplyv má i technika odberu a spracovania krvi, prípadne prítomnosť neinfekčnej endokarditídy. Echokardiografické prejavy typického postihnutia endokardu (predovšetkým vegetácie, abscesy) predstavujú ďalší hlavný prejav IE. Problémy môžu nastať pri zle vyšetrených chorých, limitujúcich predovšetkým možnosti transtorakálnej echokardiografie (jej senzitivita pre dôkaz abscesov je 28 % v porovnaní s transezofágovou, kde je 87 %). Medzi ďalšie zdroje problémov patrí výskyt komplikácií, ktorých charakter nevzbudzuje na IE podozrenie. Ide predovšetkým o neurologické prejavy, predovšetkým embolizačné, ktoré možno pokladať za bežné ischemické ikty, tiež výskyt ostatných možných neurologických komplikácií (encefalopatie, meningoencefalitis, meningitis, ale i najrôznejšie záchvatovité stavy a krvácanie do mozgu pri mykotických

aneurizmách). Veľmi mátauce môžu byť i pľúcne embolizácie pri pravostranných endokarditídach pôsobiacej dojmom migrujúcich pneuonií. Mnoho ďalších, menej obvyklých komplikácií (muskuloskeletálne, renálne, niektoré septicke a ďalšie), môžu začiatočnú diagnózu IE niekedy skôr zahmlievať.

Gestačná hypertenzia. R. Cífková (Pracovisko preventívnej kardiológie IKEM, Praha), uviedla, že gestačnú hypertenziu charakterizuje nedostatočné prekrvenie mnohých orgánov a vyššia hodnota tlaku krvi (TK) je obvykle len jedným z charakteristických znakov. Ide o stav špecifický pre tehotnosť, hodnoty TK 140/90 mmHg meriame po 20. týždni tehotnosti. Nefarmakologickú liečbu hypertenzie treba zvážiť u tehotných žien so STK ≥ 140 až 150 mmHg alebo DTK $\geq 90 - 99$ mmHg. Neodporúča sa reštrikcia soli, rovnako sa neodporúča redukcia hmotnosti u obéznych žien. STK ≥ 170 mmHg či DTK ≥ 110 mmHg u tehotných treba považovať za závažnú situáciu s nevyhnutnosťou hospitalizácie. Z farmakologickej liečby by sa mal brať do úvahy labetalol i. v., alebo metyldopa či nifedipín perorálne. Intravenózne podávaný dihydralazín sa už nepovažuje za liek voľby, pretože jeho podávanie sa spája s väčším výskytom nežiaducich účinkov. Prahovou hodnotou pre začiatok antihypertenznej liečby sú hodnoty STK 140 mmHg alebo DTK 90 mmHg u žien s gestačnou hypertenziou bez proteinúrie alebo s preexistujúcou hypertenziou pred 28. týždňom tehotnosti. Medikamentóznú liečbu hypertenzie začíname pri rovnakých prahových hodnotách u žien s gestačnou hypertenziou a proteinúriou, alebo pri výskyte symptómov kedykoľvek v tehotnosti, pri rovnakých prahových hodnotách TK pri preexistujúcej hypertenzii a „nasadajúcej“ gestačnej hypertenzii. V ostatných prípadoch sa odporúča začínať medikamentóznou liečbu hypertenzie pri prahových hodnotách STK 150 mmHg alebo DTK 95 mmHg. Pokiaľ nejde o závažnú hypertenziu, možno za lieky voľby považovať metyldopu, labetalol, blokátory vstupu kalcia do bunky (BKK) a betablokátory. BKK sa považujú za bezpečné, pokiaľ sa súčasne nepodávajú so sulfátom magnézia (riziko hypotenzie pri potenciálnom synergizme). ACE inhibítory a blokátory angiotenzínu II (AT₁ blokátory, ARB) sú v tehotnosti kontraindikované. Liečba diuretikami nie je opodstatnená, pokiaľ nie je prítomná oligúria. I. v. sulfát magnézia sa odporúča na prevenciu eklampsie a liečbu kŕčov.

Je čas nahradit ortuťový tlakomer? R. Cífková (Praha), zdôraznila, že presné meranie TK je nevyhnutné na zaradenie jedinca do skupiny podľa TK, na stanovenie rizika spojeného s TK vzhľadom na správne vedenie liečby hypertenzie. Auskultačná metóda merania TK pomocou ortuťového tonometra ostáva metódou voľby na meranie TK v ambulancii. Používanie ortuťových tlakomerov klesá a treba nájsť vhodné alternatívy. V niektorých krajinách EÚ je používanie týchto ortuťových prístrojov dokonca zakázané, pretože ortuť patrí medzi toxické prvky. Ortuťové tonometre možno nahradit aneroidami, ktoré však vyžadujú častú kalibráciu. Na trhu je množstvo poloautomatických prístrojov, ktoré pracujú na auskultačnom lebo oscilometrickom princípe, väčšina z nich však nebola dokonale validizovaná podľa platných protokolov (Association for the Advancement of Medical Instruments, British Hypertension Society, WG on BP Monitoring of the ESH International Protocol for Validation of BP Measuring Device in Adults). Náhrada ortuťových tlakomerov sa vďaka predpisom EÚ stane v blízkej budúcnosti nevyhnutnosťou. Treba používať prístroje validizované podľa štandardných protokolov. Prístroje, ktoré sa prikladajú na zápästie lebo prsty, sú nevhodné.

Renovaskulárna hypertenzia. V. Monhart (Nefrologické oddelenie Internej kliniky 1. LF UK a ÚVN, Praha). Renovaskulárna hypertenzia (RVH) je zvýšenie TK následkom hemodynamicky významnej stenózy renálnej tepny (redukcia prievitu tepny o vyše 60 % s predpokladom vzniku tlakového gradientu prevyšujúceho 15–20 mmHg). RVH patrí medzi najčastejšie formy sekundárnej hypertenzie s prevalenciou asi 3 % všetkých foriem vysokého TK. Ide o najčastejšiu príčinu renálnej hypertenzie ovplyvniteľnú revaskularizačnou liečbou. Z početných extra- a intraluminálnych príčin zúženia renálnej tepny je najviac zastúpená ateroskleróza (70–80 %, s prevahou mužov starších ako 60 rokov, fajčiarov a s typickou lokalizáciou v proximálnej tretine hlavného kmeňa tepny) a fibromuskulárna dysplázia (20–30 %, častejšie u mladých žien, postihuje distálnu časť tepny a jej intrarenálne vetvenie). Vyhľadávanie RVH vykonávame u pacientov s vysokou a strednou pravdepodobnosťou stenózy renálnej tepny na zá-

klade klinických príznakov – vznik hypertenzie u osôb mladších ako 30 rokov a starších ako 55 rokov (najmä u chorých s negatívnou rodinnou anamnézou hypertenzie), alebo výrazné zvýšenie TK u doteraz kontrolovanej hypertenzie, chronický nikotinizmus, šelest na bruchu alebo v bedrách, klinické známky aterosklerotického postihnutia aorty, karotického riečiska alebo tepien dolných končatín, asymetrie vo veľkosti obličiek a prítomnosť hypokaliémie. Diagnostika RVH uprednostňuje neinvazívne vyšetrovacie postupy, ktoré umožňujú dôkaz funkčných následkov tepennej obliterácie (dynamická scintigrafia obličiek inhibítorom ACE, dopplerovská ultrasonografia obličiek) a morfologické zobrazenie tepny (angiografia v rámci magnetickej rezonancie alebo počítačovej tomografie obličiek). Zlatým štandardom v diagnostike RVH stále ostáva renálna angiografia, ktorá by sa však mala indikovať len u chorých s vysokou pravdepodobnosťou RVH a u osôb, u ktorých bolo klinické podozrenie na RVH podporené neinvazívnym vyšetrením. Ciele liečby RVH sledujú: 1. normalizáciu hypertenzie alebo aspoň zlepšenie jej kontroly; 2. zachovanie renálnych funkcií alebo prevenciu ich poškodenia. Pri liečbe RVH sa uplatňujú tri liečebné postupy: farmakologický (normalizuje TK, avšak nebráni progresii vaskulárnych lézií renálnych tepien a poklesu renálnej funkcie), intervenčno-rádiologický (perkutánna transluminálna renálna angioplastika, zavedenie stentu) a chirurgický (aortorenálny by-pass, prípadne i náhrada aorty). Rozhodnutie o spôsobe revaskularizácie vychádza z individuálneho posúdenia.

Ambulantné 24-hodinové monitorovanie tlaku krvi. J. Widimský jr. (Centrum pre hypertenziu, 3. interná klinika 1. LF UK a VFN, Praha). Ambulantné monitorovanie tlaku krvi (AMTK) je neinvazívna metóda, ktorá používa najčastejšie oscilometrický princíp. V porovnaní s jednorazovým meraním TK má AMTK tieto početné výhody: automaticita, vyššia spoľahlivosť a reprodukovateľnosť, presnejšie posúdenie 24-hodinového TK, denného a nočného tlaku, posúdenie cirkadiálneho rytmu TK, variability TK, okamžité meranie TK, možnosť posúdenia pomeru T/P, tesnejšia korelácia s orgánovými komplikáciami. Indikácie AMTK sú nasledujúce: podozrenie na fenomén bieleho plášťa, rezistencia TK na liečbu, epizodická hypertenzia, diabetická vegetatívna dysautómia, overovanie účinnosti nových liečiv a výskumné dôvody. Novou indikáciou AMTK je maskovaná hypertenzia, kedy má pacient normálny TK u lekára a vyššie hodnoty TK doma. Najčastejšie sa ako normálne udávajú pri AMTK priemerné denné hodnoty < 130/80 mmHg. AMTK môže významne prispieť k racionalizácii a zlepšeniu kontroly hypertenzie. Vďaka spoľahlivej diagnostike hypertenzie bieleho plášťa (až u 20–30 % hypertenzných jedincov!) môže AMTK pomáhať znížiť obrovské náklady na farmakoterapiu hypertenzie. Detekciou abnormalít cirkadiálneho rytmu/variability TK/epizodických pikov TK môže AMTK tiež prispieť k zlepšeniu diagnostiky špecializovaných patologických situácií, najmä sekundárnej hypertenzie.

Kombinačná liečba hypertenzie: skúsenosti zo špecializovaného centra. J. Widimský jr. a spol. analyzovali kombinačnú liečbu hypertenzie u 100 pacientov odoslaných do Centra pre hypertenziu. Vyšetřili 100 chorých s hypertenziou (stredne závažná až závažná hypertenzia), u ktorých analyzovali kombinačnú liečbu. Vo vyšetřenej vzorke pacientov sa zistilo prekvapivo časté chýbanie diuretik v troj- a viackombináciách (23 %). 19 % chorých sa podávala nevhodná kombinácia antihypertenzív. 5 % chorých sa podávali dokonca dva lieky z rovnakej triedy antihypertenzív. Autori dospeli k záveru, že nedostatočne účinná kombinačná liečba hypertenzie prispieva k zlej kontrole hypertenzie. Medzi relatívne časté chyby patrí absencia diuretickej liečby v troj- a viackombináciách antihypertenzív.

Primárny hyperaldosteronizmus: najčastejšia príčina sekundárnej hypertenzie. J. Widimský jr. a spol. upozornili, že primárny hyperaldosteronizmus (PH) je najčastejšou formou nielen endokrinne podmienenej hypertenzie, ale všetkých sekundárnych hypertenzií. Prevalencia PH v neselektívnej populácii hypertenzných pacientov sa podľa triezvych odhadov pohybuje medzi 3–8 %. PH sa klasifikuje do týchto foriem: idiopatický hyperaldosteronizmus na podklade bilaterálnej hyperplázie (si 55 % všetkých foriem), aldosterón produkujúci adenóm (asi 35 % všetkých foriem), unilaterálna hyperplázia (asi 6–8 %), familiárny hyperaldostero-

nizmus typ I a II (asi 1 – 2 %) a veľmi vzácne karcinóm kôry nadobličiek. Najvhodnejším screeningovým testom je stanovenie hladiny renínu (ng/ml/h) a aldosterónu (ng/l) a najmä pomer oboch týchto parametrov. Na potvrdenie diagnózy je obvykle potrebné vykonať supresné testy s infúziou fyziologickým roztokom či podávaním fludrokortizónu. V morfolologickej diagnostike sa uplatňuje CT nadobličiek a v prípade nejednoznačných nálezov (tie tvoria najmenej 50 – 60 % prípadov!) sa odporúča katetrizácia suprarenálnych žíl so separovanými odbermi. Liečebné prístupy zahŕňajú konzervatívnu liečbu s dlhodobým podávaním spironolaktónu či eplerenónu (často v kombinácii s tiazidmi) – idiopatická forma, nejasné typy PH. V prípade potvrdenia unilaterálnej nadprodukcie je metódou voľby laparoskopická adrenalectómia. Diagnostické i liečebné prístupy majú však pri PH početné úskalia, a preto je vhodné komplexné vyšetrenie v špecializovaných centrách.

Pľúcna hypertenzia opäť v pozornosti. J. Widimský sen. uviedol, že v ostatnom čase sa do popredia záujmu a pozornosti opäť dostáva problematika pľúcnej hypertenzie, ktorej sa na kongrese dokonca venovalo celé sympóziu. Nastal veľký pokrok pri liečbe primárnej pľúcnej hypertenzie, teraz správne nazývanej podľa SZO idiopatická pľúcna artériová hypertenzia a ich príbuzných foriem (pľúcna artériová hypertenzia pri sklerodermii, skratových chybách srdca a ďalšie formy). Teraz existujú možnosti, ako predĺžiť týmto vážne chorým pacientom život, a to buď trvalou infúziou prostacyklínu, alebo podávaním analógov prostacyklínu, napríklad inhaláciou iloprostu, či subkutánnou trvalou aplikáciou ďalšieho analógu prostacyklínu – treprostinilu. Veľmi zaujímavá a úspešná sa javí tiež liečba neselektívnym antagonistom endotelínových receptorov bosentanom, ktorá má veľkú výhodu v tom, že sa podáva vo forme tabliet. Radikálne sa tiež zlepšili liečebné možnosti chronickej tromboembolickej pľúcnej hypertenzie a mnohých pacientov už boli operovali v Kardiocentre VFN Praha. Začína sa však skúšať aj liečba chorých s chronickou tromboembolicou hypertenziou, u ktorých ide o opakované menšie embólie nevhodné na chirurgickú liečbu (tromendarrektómiou). Možno povedať, že pokroky pri liečbe pľúcnej artériovej hypertenzie a chronickej tromboembolickej pľúcnej hypertenzie boli také výrazné, že je nevyhnutné týchto chorých, predtým zanedbávaných, aktívne vyhľadávať. V roku 2004 boli prednesené a uverejnené odporúčania diagnostiky a liečby pľúcnej artériovej hypertenzie Českej kardiologickej spoločnosti. Vznikla tiež pracovná skupina pľúcnej cirkulácie Českej kardiologickej spoločnosti, ktorá sa sústreďuje na ďalší rozvoj liečby týchto pacientov.

Klinicko-epidemiologická štúdia hypertenzie a ostatných rizikových faktorov koronárnej aterosklerózy v Slovenskej republike 2004 (KESH SR). M. Sninčák a spol. (Centrum pre výskum, diagnostiku a liečbu hypertenzie, Klinika geriatrickej a ošetrovateľstva LF UPJŠ a VOÚG sv. Lukáša v Košiciach, SR). Autori uviedli, že patogenézu aterosklerózy zásadným spôsobom ovplyvňuje artériová hypertenzia. Kontrola TK je tak jedným z najdôležitejších opatrení pri prevencii KVO. Posledný „Kardiovaskulárny program“ (Riečanský a spol.) na Slovensku sa realizoval v modelových okresoch) v rokoch 1978 – 1982 a poukázal na alarmujúcu situáciu zdravia nášho obyvateľstva. Od tej doby priniesol výskum množstvo nových poznatkov a tiež sa zmenil výber vysokoúčinných liekov v tejto oblasti, ale novšie údaje o tejto problematike, zastúpení ochorení na vysoký TK a ostatných rizikových faktorov (RF) KVO nie sú súborne na Slovensku k dispozícii. Preto sa pripravila uvedená populačná štúdia. Cieľom realizovaného klinicko-epidemiologického projektu bolo zistiť prevalenciu hypertenzie, povedomie o nej, stav jej liečby a kontroly v SR, ale aj jej riziko, ako aj prítomnosť RF koronárnej aterosklerózy. Použila sa metóda populačného prieskumu probandov vybraných náhodným výberom z Centrálného registra obyvateľstva SR v siedmich vekových dekádoch (populačná vzorka 3 931 791 obyvateľov SR, očakávaná frekvencia 40 % a 95 % hladina významnosti, Kish&Leslie, 1965). Klinické vyšetrenia sa uskutočnili v medicínskych centrách podľa zostaveného projektu a protokolu štúdie v jednotlivých ôsmich krajoch SR podľa štatistickej stratifikácie a štandardizácie. Projekt získal podporu Ministerstva zdravotníctva SR a bol zaradený do Harmonogramu realizačných projektov NPPZ.

Aktuálne boli predložené predbežne spracované výsledky po 3. doplnenej respondencii v rámci poslednej etapy realizácie klinických vyšetrení. V 19 centrách štúdie podrobne vyšetrili spolu 355 osôb (172 mužov a 182 žien) vo veku 19 – 74 rokov a starších s priemerným vekom $49,5 \pm 14,5$ rokov. V populácii vyšetrených osôb vo veku 25 – 64 rokov ($n = 137$ mužov a $n = 148$ žien) z tohto reprezentatívneho súboru až u 44,9 %, $n = 128$ (48,2 % mužov a 41,9 % žien) sa zistila artériová hypertenzia alebo jej farmakologická liečba (41,4 % v populácii 25 – 64 rokov). Celkovo 135 vyšetrených osôb s hypertenziou v hlavnom súbore osôb vybraných zo slovenskej populácie metódou náhodného výberu vo veku 19 – 75 rokov a starších (74,2 %) vie o svojej hypertenzii, t. j. 38 % populácie celej kohorty. Priemerný systolický tlak krvi v súbore populačného prieskumu bol $133,9 \pm 21,5$ mmHg (diastolický tlak krvi $84,1 \pm 10,7$ mmHg). Priemerný pulzný tlak v celom súbore bol $49,8 \pm 15,4$ mmHg). Celkovo 62,1 % osôb ($n = 113$) s diagnózou hypertenzia v hlavnom súbore užíva antihypertenznú liečbu (31,8 % populácie súboru, $n = 113$), ale len 22,5 % z nich (41 vyšetrených osôb s diagnózou artériová hypertenzia) si svoj tlak krvi efektívne kontroluje v cieľových hodnotách $< 140/90$ mmHg (11,5 % populácie súboru). Celkovo 60 % osôb s hypertenziou sa stále lieči monoterapiou. Pokiaľ ide o ďalšie hlavné rizikové faktory, tak v jednotlivých vekových dekádoch zostavy fajčí až 23,4 % vyšetrených jedincov z celého populačného prieskumu (29,1 % súboru mužov a 18,0 % žien). Až 69,6 % vyšetrených osôb súboru ($n = 257$) v štúdiu má zvýšené hodnoty celkového cholesterolu v krvi (priemerná hladina $5,87 \pm \text{mmol/l}$). Priemerná hladina HDL cholesterolu v súbore bola $1,44 \pm 0,46$ mmol/l, LDL cholesterolu $3,72 \pm 1,0$ mmol/l, triacylglycerolov $1,86 \pm 0,97$ mmol/l a kyseliny močovej $322,9 \pm 91,1$ umol/l. Porucha glycidového metabolizmu (hodnota glykémie $> 6,11$ mmol/l) sa zistila u 44 osôb (12,4 %). Na nadhmotnosť trpí 50,4 % ($n = 186$) probandov, 34,3 % ($n = 127$) z nich má obezitu a len 15,3 % ($n = 56$) tvoria jedinci s normálnou hmotnosťou (priemerné BMI vo vyšetrenom súbore $26,7 \text{ kg/m}^2$; $26,9 \text{ kg/m}^2$ u mužov a $26,5 \text{ kg/m}^2$ u žien). Priemerný výsledok pomeru pás/boky v súbore je 0,94 cm ($1,02$ u mužov a $0,97$ u žien). Viac než polovica vyšetrených osôb (takmer dve tretiny z nich, t. j. 63,4 %) udáva len strednú pohybovú aktivitu. 17,7 % z nich má len minimálnu aktivitu a len 16,9 % má skutočne aktívny prístup k svojmu telesnému zdraviu. U 19,1 % osôb súboru sa nezistil nijaký rizikový faktor (RF) koronárnej aterosklerózy; jeden RF sa dokázal u 25,6 % vyšetrených, dva RF u 26,7 % a tri a viac RF 28,2 % z celého súboru mužov a žien. Populačný prieskum teda preukázal nedobrá stav zdravia slovenského obyvateľstva a vyžaduje komplexný prístup. Ideálnym zámerom SHS by bolo zopakovať prieskum v tej istej populácii rovnakými metódami v roku 2008, respektíve 2013 (päť a desaťročné monitorovanie trendov).

Diabetická nefropatia. V. Tesař (Klinika nefrológie, 1. LF UK a VFN Praha) vychádzal vo svojom príspevku zo skutočnosti, že diabetická nefropatia na podklade diabetu 2. typu je dnes vo vyspelých krajinách najčastejšou príčinou chronického zlyhania obličiek, ktoré vyžaduje liečbu dialýzou alebo transplantáciou. Hlavné úsilie treba zamerať na včasnú diagnostiku a terapiu a liečbu zameranú na spomalenie progresie chronickej renálnej insuficiencie. Klasické štádiá diabetickej nefropatie sú u pacientov s diabetom 2. typu menej vyjadrené. Okrem optimálnej metabolickej podpory je pre renálnu a kardiovaskulárnu prognózu pacientov s diabetickou nefropatiou rozhodujúca kontrola TK s cieľovými hodnotami TK nižšími ako v bežnej populácii. ACE inhibítory (ACEi) a antagonisti angiotenzínu II redukovú albuminúriu, proteinúriu, glomerulárnu hypertenziu a majú i u normotenzných pacientov s diabetickou nefropatiou špecifický renoprotektívny účinok. Aj keď pacienti s diabetickou nefropatiou v porovnaní s pacientami bez nefropatie majú zvýšené kardiovaskulárne (KV) riziko, nie sú doklady pre špecifický kardioprotektívny účinok u pacientov s diabetickou nefropatiou dostatočné. Pacienti s diabetickou nefropatiou by mali byť v spoločnej starostlivosti diabetológa a nefrológa. S nefrológom treba začať konzultovať najneskôr pri poklese clearance kreatinínu pod $0,5 \text{ ml/s}$, aby bolo možné včas ovplyvniť komplikácie chronickej renálnej insuficiencie (napríklad anémie, poruchy kalciumfosfátového metabolizmu) a začať prípravu na dialyzačnú liečbu.

Geriatrické nemocničné oddelenia – samoúčel alebo nevyhnutnosť? Z. Kalvach (III. interná klinika 1. LF UK VFN Praha). V mnohých krajinách sú geriatrické nemocničné oddelenia (GNO) akútneho typu (nie v zmysle následnej starostlivosti) významným, či dokonca rozhodujúcim nástrojom pri rozvíjaní geriatrickej medicíny. ACE units (Acute Care of the Elderly) fungujú napríklad v USA, Kanade, Veľkej Británii, Taliansku, Francúzsku či vo Švédsku. V ČR zatiaľ súčasťou zdravotníckeho systému nie sú, rovnako ako geriatrické ambulancie. Ich vznik a úlohu je potrebné prediskutovať nielen so zdravotnými poisťovňami, ale predovšetkým v rámci odbornej internistickej verejnosti, pretože geriatra napriek všetkej svojej interdisciplinárnosti patrí k odbornostiam, ktoré vznikli z vnútorného lekárstva. Príspevok prezentoval návrh konceptu GNO, a to v súvislosti s ďalšími základnými pojmami, ku ktorým patrí osobitne komplexné geriatrické hodnotenie (CGA), geriatrická krehkosť a geriatrický hospitalizmus. Zahraničné skúsenosti ukazujú, že ACE units nezvyšujú náklady ani nevedú k samoúčelnej medicíne prirodzeného starnutia. Prispievajú k väčšej účelnosti poskytovaných služieb, zníženiu celkového objemu ošetrovacích dní, k subjektívnej spokojnosti geriatrických pacientov predovšetkým kategórie „frakov“ (krehký). Venujú sa predovšetkým tzv. plávajúcim pacientom, ktorí nezapadajú úplne do žiadneho z tradičných odborov a sú ohrození častým prekladaním, skorými rehospitalizáciami, nadmernou indukciou následnej starostlivosti, mnohokrát odborným pochybením a neúčelne vysokými nákladmi. Odborný prínos ACE units sa zakladá napríklad na znalosti atypickej geriatrickej symptomatológie, zameraní sa na funkčné hodnotenie chorých, na rozvíjaní geriatrického režimu či v koncentrácii rehabilitačne ošetrovateľských pomôcok v bezbariérovom prostredí. GNO uľahčujú zvládanie typických geriatrických syndrómov a liečenie vnútorných chorôb u chorých, ktorí vyžadujú chránený režim, napríklad pre funkčne významný syndróm demencie. Sú tiež nevyhnutným predpokladom pre modernú výučbu geriatrickej medicíny.

Diabetes typu LADA. Ako uviedli M. Anděl a spol. (II. interná klinika FNKV Praha), na diabetes 1. typu trpí podľa odhadov 6 – 8 % všetkých chorých s diabetom (DM), v Českej republike to je 45 – 60 000 pacientov, teda až polovica tých, ktorí sú liečení inzulínom. Kým sa pred 15 rokmi zdalo, že DM 1. typu je ochorením detí, adolescentov a mladých dospelých, dnes je zrejme, že DM 1. typu ako dôsledok zničenia B buniek ostrovcov autoimúnnou inzultitídou sa vyskytuje častejšie v dospelosti. Diagnóza DM 1. typu sa opiera o častý výskyt špecifických protilátok (GADA, IA2) a o zníženie alebo nulovú sekréciu inzulínu (najčastejšie meranej ako sekrécia C-peptidu). Charakter postupnej deštrukcie ostrovcov je väčšinou iný ako u detstve či mladosti, deštrukcia prebieha pomaly (preto označenie LADA – Latent Autoimmune Diabetes in Adults, teraz preferovaný názov DM 1. typu, doplnený prípadne o vekovú špecifikáciu „v dospelosti“ alebo „v starobe“). Spočiatku ešte býva zachovaná zvyšková sekrécia vlastného inzulínu, chorých možno kompenzovať diétou alebo PAD, napokon ich však treba vždy liečiť inzulínom (preferuje sa intenzifikovaná liečba viacerými dávkami). V diferenciálnej diagnostike sa zvažuje najmä sekundárny pankretický diabetes, ktorý má väčšinou tiež nulové plazmatické hodnoty vlastného inzulínu. Nevyhnutné je vykonať ultrasonografické vyšetrenie pankreatu.

Diabetická noha – diagnostika, terapia, prevencia. A. Jirkovská (Centrum diabetológie IKEM Praha) prezentovala prehľad o aktuálnych aspektoch syndrómu diabetickej nohy, ktorý je definovaný ako ulcerácia alebo postihnutie hlbokých tkanív nohy distálne od členka. Pojem „syndróm“ zahŕňa i diabetickú neuropatiu a rôzny stupeň ischémie, vo väčšine prípadov býva prítomná aj infekcia. Zaraďujeme tam aj stavy po amputáciách na dolných končatinách. Klinická klasifikácia diabetickej nohy podľa Wagnera je založená na posúdení hĺbky ulcerácie a prítomnosti infekcie, dobre koreluje s klinickou závažnosťou ulcerácie. Skriningové vyšetrenie ischemickej choroby dolných končatín (ICHDK) je u pacientov s DM špecifické. Bolesť v pokoji nie sú spoľahlivou známku kritickej ischémie, pretože u pacientov s DM ich ťažko možno odlišiť od iných príčin bolesti v končatinách, najmä neuropatických. Podobne nie sú spoľahlivou známku ICHDK u pacientov s DM klaudikácie. Periférne pulzácie majú len obmedzenú reproduciability,

hmateľné periférne pulzácie nevylučujú ťažkú ischémiu a nehmateľné pulzácie môžu byť spôsobené atypickými anatomickými pomermi lebo edémom, a nie ischémiou. Pacienti so syndrómom diabetickej nohy nemávajú úplne vyjadrené lokálne ani celkové prejavy infekcie a subfebrilie; hyperglykémie lebo mierne zvýšené zápalové parametre môžu byť známkou závažnej infekcie. Pri liečbe syndrómu diabetickej nohy je podstatné odľahčenie ulcerácií špeciálnou obuvou alebo kontaktnou fixáciou, ďalej liečba infekcie a lokálny debridement. Diagnostiku, liečbu a prevenciu syndrómu diabetickej nohy zaisťujú pediatrické ambulancie.

Farmakoterapia obezity – súčasnosť a perspektívy. M. Kunešová (Centrum pre diagnostiku a liečbu obezity, Endokrinologický ústav, Praha) uviedla, že účinná farmakoterapia je významnou zložkou liečby obezity. Dlhodobá redukcia hmotnosti je prevenciou vzniku alebo prehĺbovania komplikácií obezity, ako sa ukázalo pri DM 2. typu, ale i pri kardiovaskulárnych a cerebrovaskulárnych ochoreniach, pri syndróme spánkového apnoe, artrózy a niektorých typov nádorov. Lieky ďalej zvyšujú úbytok hmotnosti navodený konzervatívnou liečbou (redukčná diéta, fyzická aktivita, zmena správania sa). Farmakoterapia sa indikuje u pacientov s BMI ≥ 30 kg/m², v prípade komplikácií (DM 2. typu, hypertenzia, dyslipidémia) s BMI nad 27 kg/m². V súčasnosti možno použiť moderné prípravky sibutramín alebo orlistat, v niektorých prípadoch možno maximálne na tri mesiace použiť Elsinorské prášky – kombináciu kofeínu a efedrínu. Sibutramín pôsobí centrálnou inhibíciou reuptake serotonínu a noradrenalinu, tým potencie sýtiaci účinok týchto neurotransmitérov. Orlistat sa uplatňuje periférne znížením absorpcie tukov v dôsledku inhibície gastrointestinálnych lipáz. Sibutramín a orlistat sa indikujú i pre dlhodobú liečbu. Nedávny systematický prehľad štúdií, ktoré sledujú dlhodobý úbytok hmotnosti ukázal, že kým zmena diéty navodzuje počas dvoch až troch rokov úbytok hmotnosti menej ako 5 kg, podávanie farmakoterapie počas jedného až dvoch rokov vedie k úbytku hmotnosti 5 – 10 kg (Douketis et al., IJO 2005). V ostatnom čase sa skúša množstvo liekov, nových prípravkov na liečbu obezity. Na registráciu v budúcom roku je pripravený rimonabant, látka, ktorá vedie k inhibícii kanabinoidných receptorov CB1. Spôsobuje zníženie príjmu potravy, ovplyvňuje i návyk. Klinicky sa skúšajú i ďalšie látky, ktoré ovplyvňujú CNS, pretože mozog má dominantný vplyv na správanie sa pri jedle a na periférny metabolizmus. Na druhej strane periférne účinkujúce látky môžu ovplyvniť metabolizmus na úrovni mitochondriálnej, lipolýzy, absorpcie živín a pod. K dispozícii bolcelkový prehľad o súčasnej situácii a výhladoch vo farmakoterapii.

Kongres a jeho program boli z odbornej, organizačnej i spoločenskej stránky veľmi dobré i pekné a iste zanechal v lekárskej verejnosti dlhodobý priaznivý dojem. Škoda, že aktívna účasť slovenských lekárov bola nízka (okrem bloku Slovenskej internistickej spoločnosti s prednáškami o metabolickom syndróme, ďalej endokrinných nádoroch tráviaceho traktu a ich diagnostike a mikroalbuminúrii ako včasnom ukazovateli diabetickej nefropatie a kardiovaskulárneho rizika to bola len jediná slovenská prezentácia v bloku kardiológia o konečných výsledkoch klinicko-epidemiologického prieskumu hypertenzie a niektorých ďalších rizikových faktorov koronárnej aterosklerózy v Slovenskej republike 2002 – 2004 (autori tohto príspevku) a jeden prezentovaný poster Katedry vnútorného lekárstva SZU Bratislava o MARS – Nádej pre pacientov so zlyhaním pečene – prvé slovenské skúsenosti.

Podľa organizátorov však na kongrese avizovalo pasívnu účasť takmer 300 slovenských kolegov.

Pražský internistický kongres v oblasti organizácie, vedeckého programu a spoločenských akcií nastavil latku veľmi vysoko. Práve preto sa domnievame, že sa už teraz možno tešiť na ďalší kongres vnútorného lekárstva ČIS, ktorý sa bude konať v roku 2006 v Brne.

Doc. MUDr. Marian Sninčák, CSc.
Klinika geriatrickej a ošetrovateľstva LF UPJŠ, Košice