



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

dvojčíslo
5-6/2007

ročník 6

určeno všem
praktickým
lékařům



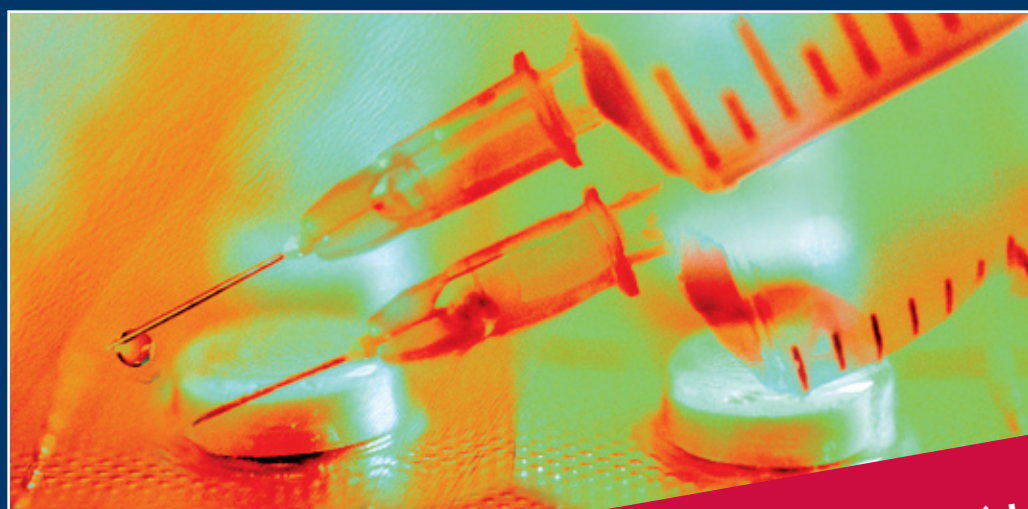
*"Život je naším
životním posláním"*



Boehringer
Ingelheim

Vydává
Practicus s.r.o.

www.practicus.cz



Součástí tohoto čísla jsou Doporučené postupy
Demence a Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích

Z obsahu:

Revmatoidní artritida

Dementní, depresivní nebo obojí?

Farmakoterapie Alzheimerovy choroby

Zdravotní rizika počítačových her

Informační stránky SVL ČLS JEP

nejoblíbenější časopis
praktických
lékařů
(Cesedim
září 2005)



EDITORIAL

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Jaroslava Laňková
lankova@svl.cz

Redakční rada► **Předsedkyně redakční rady:****MUDr. Jaroslava Laňková**(místopředsedkyně SVL ČLS JEP
pro kontinuální vzdělávání)► **Užší poradní výbor:****MUDr. Marcela Bradáčová**(praktická lékařka Brno,
členka výboru SVL ČLS JEP)**MUDr. Pavel Brejník**(krajský konzultant SVL ČLS JEP
za Středočeský kraj)**MUDr. Jiří Burda**

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za Jihočeský kraj)

MUDr. Ján Dindoš

(Praktický lékař a plicní lékař, Neratovice)

MUDr. Jana Hajnová(krajská konzultantka SVL ČLS JEP
za Plzeňský kraj)**MUDr. Alice Havlová**(krajská konzultantka SVL ČLS JEP
za Ostravský kraj)**MUDr. Jiří Havránek**

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za kraj Vysočina)

MUDr. Otto Herber

(Místopředseda SVL ČLS JEP)

MUDr. Ambrož Homola, Ph.D.(krajský konzultant SVL ČLS JEP
za Královéhradecký kraj)**MUDr. Jiří Horký**

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za Zlínský kraj)

MUDr. Cyril Mucha(krajský konzultant SVL ČLS JEP
za kraj Hl. město Praha)**MUDr. Anna Nejedlá**

(krajská konzultantka SVL ČLS JEP za Ústecký kraj)

MUDr. Alexandra Sochorová(krajská konzultantka SVL ČLS JEP za Pardubický
kraj)**MUDr. Alena Šimurdová**(krajská konzultantka SVL ČLS JEP
za Karlovarský kraj)**MUDr. Jan Šindelář**

(krajský konzultant SVL ČLS JEP za Liberecký kraj)

MUDr. Helena Štěpánková(krajská konzultantka SVL ČLS JEP
za Olomoucký kraj)**MUDr. Milada Vinická**(krajská konzultantka SVL ČLS JEP
za Jihomoravský kraj)► **Poradci z řad specialistů:****Doc. MUDr. Věra Adámková, CSc.**

(IKEM - Pracoviště preventivní kardiologie, Praha)

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

(Infekční oddělení FN Bulovka, Praha)

Doc. MUDr. Miloše Sedláčková, CSc.

(Poradce pro obor gastroenterologie, Praha)

Doc. MUDr. Tomáš Sechser, CSc.(Pracoviště klinické farmakologie
Centra diabetologie IKEM, Praha)**Doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.**

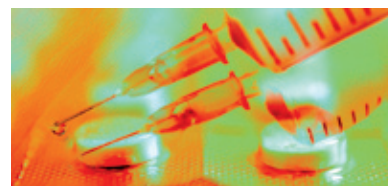
(Samostatná psychiatrická ambulance, Praha 8)

Doc. MUDr. Ludmila Vyhnánková, CSc.

(Praha)

Obsah

- ▶ **Dementní, depresivní nebo obojí?**
MUDr. Jiří Konrád **177**
- ▶ **Anketa na aktuální téma:**
Mají pacienti platit i u praktického lékaře? **180**
- ▶ **Standardy farmakoterapie Alzheimerovy choroby**
Doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc. **182**
- ▶ **Revmatoidní artritida - co by měl vědět praktický lékař...**
MUDr. Liliana Šedová **186**
- ▶ **SVL ČLS JEP informuje** **190**
- ▶ **Zdravotní rizika počítačových her a videoher**
Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., PhDr. Ladislav Csémy **194**
- ▶ **POEM** **198**
- ▶ **Kazuistika:**
Kazuistika bez jednoznačné diagnózy **200**
- ▶ **Užití ACE inhibitorů lisinoprilu v profylaxi migrény**
MUDr. Ingrid Niedermayerová, MUDr. Jiří Mastík **201**
- ▶ **Skupinové praxe v ČR, ano či ne?**
MUDr. Svatopluk Býma, CSc. a kol. **204**
- ▶ **Znalostní test** **206**



practicus

odborný časopis praktických lékařů

Redakce:

PRACTICUS s.r.o.
Budějovická 55/1998
140 00 Praha 4
tel./fax: +420 244 467 641
e-mail: info@practicus.cz
www.practicus.cz

Předsedkyně redakční rady:

MUDr. Jaroslava Laňková
SVL ČLS JEP, U Hranic 16, Praha 10
e-mail: lankova@svl.cz

Odpovědná redaktorka:

Renata Brtnická
GSM: +420 603 576 753
e-mail: brtnicka@practicus.cz

Manažer inzerce:

Mgr. Zdeněk Brtnický
GSM: +420 777 281 866
e-mail: inzerce@practicus.cz

Distribuván ZDARMA

všem praktickým lékařům v ČR.

Roční předplatné pro ostatní zájemce 610 Kč.

Registrace MK ČR E 13477. ISSN 1213-8711.

Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce.

Nepodepsané materiály jsou placenou inzercí.

Redakce nezodpovídá za obsah autorských textů.

Sponzoři tohoto čísla...

- ▶ **Boiron**
- ▶ **Boehringer Ingelheim**
- ▶ **Lundbeck**
- ▶ **Pfizer**
- ▶ **PRO.MED.CS**
- ▶ **Servier**
- ▶ **Schering-Plough**

Dementní, depresivní nebo obojí?

MUDr. Jiří Konrád

Praktický lékař, Havlíčkův Brod

Souhrn:

U pacientů ve vyšším věku se často setkáváme s poruchami paměti i dalších kognitivních funkcí, se stesky na tělesné zdraví a s depresivními příznaky. Deprese ve vyšším věku má specifický obraz s výraznou somatizací a bývá často doprovázena typickými neuropsychiatrickými příznaky kognitivního deficitu – psychomotorickou retardací a bradypsychismem, sníženou chutí k jídlu, narušením cirkadiánních rytmů a dalšími (9). Takové kognitivní poruchy u deprese bývají reverzibilní, hovoříme o depresivní pseudodemenci. Většina depresivních pacientů s indukovanými kognitivními příznaky mimo rámec demence si na poruchy paměti a neschopnost myslet nebo se soustředit stěžuje aktivně. Naopak nemocní s demencí si kognitivního deficitu nebývají vědomi a spíše ho popírají nebo bagatelizují. Častým diagnostickým problémem je rozpoznání depresivních příznaků a odlišení depresivní pseudodemence (DPD) od pravé demence (5). Rychlá a správná diagnostická rozvaha a rozhodnutí o vhodné terapii jsou naléhavé u závažných DPD s psychomotorickým zpomalením až stuporem a život ohrožujícími komplikacemi (dehydratace, dekubity, zápal plic, flebotrombosa s embolizací do plicnice a podobně). Hrozí i sebepoškozující a suicidální jednání. Existuje riziko, že takoví nemocní budou označeni za dementní a lékař rezignuje na léčbu. Deprese se také vyskytuje dosti často současně s demencí, především na začátku klinické manifestace demence. Je důležité vědět, že depresi má smysl léčit za všech okolností bez ohledu na etiologii. Lze tak zlepšit kvalitu života nemocného.

Klíčová slova:

deprese ve stáří, depresivní pseudodemence, demence

Historie pojmu

„Depresivní pseudodemence“ (DPD)

První použil pojem „pseudodemence“ ke konci 19. století Wernicke ve smyslu Ganserova syndromu, předpona „pseudo-“ označovala potenciální reversibilitu kognitivního deficitu (5,6). V r. 1961 Kiloh

(6) popsal 10 pacientů, z nichž většina měla příznaky pseudodemence ve smyslu popsaném Wernickem, ale u 3 pacientů s obrazem demence se později ukázalo, že trpí „endogenní“ depresí. **Indikátory depresivního onemocnění u Kilohových pacientů byly**

- a) anamnéza,
- b) náhlý začátek,

c) odpověď na léčbu antidepresivy.

Syndrom nepravé demence (pseudodemence) může mít mnoho příčin. Jsou to: **deprese – depresivní (pseudo)demence**, dekompenzace poruch osobnosti, Ganserův syndrom, Münchhausenův sy., konverzní stavy, hluchota, delirium, depersonalizace, disociativní stavy, účinky drog, epilepsie, hypomanie, manie, simulace, normotenzní hydrocephalus, parafrenie, schizofrenie a další. **Nejvýznamnějším a nejčastějším podtypem pseudodemence je depresivní pseudodemence (4).**

Dichotomický versus kontinuální pohled na kategorie deprese a demence

Historicky převládala tendence k jednoznačnému oddělení poruch: depresivní pseudodemence jako funkční reversibilní porucha a degenerativní demence jako organická ireversibilní porucha. **Realitě bližší je vidět depresi, kognitivní deficit a degenerativní demenci jako kontinuum poruch, které mohou navzájem přecházet jedna v druhou (3,4).**

Při dlouhodobém sledování pacientů, u kterých byla diagnostikována DPD, dochází u vysokého procenta k přechodu do degenerativní demence (8). Emeryová a Oxman (3,4) používají také termín „tranzitorní demence“. Depresivní (pseudo)demenci a degenerativní demenci považují za dva krajní body organické deteriorace s různou závažností v multifázickém průběhu nemoci. **Na počátku může být reverzibilní „depresivní pseudodemence“ prvním stupněm nebo epizodou v progresi nemoci od deprese bez demence k degenerativní demenci.**

Klinické příznaky DPD a demence

Deprese může být prodromem počínající demence. **Na druhou stranu existuje řada kasuistik, potvrzujících roky trvající**

tabulka č. 1

Kontinuum deprese-kognitivní porucha-degenerativní demence a spektrum souvisejících poruch (3,4)

HISTORICKÝ TREND K DICHOTOMII:

reverzibilní
funkční
neorganický

ireverzibilní
strukturální
organický

NOVĚJI KONTINUÁLNÍ POHLED:

deprese – kognitivní porucha – degenerativní patologie

Spektrum souvisejících poruch:

Depresivní porucha bez kognitivního deficitu
Deprese s depresivní pseudodemencí
Deprese při degenerativní (nebo jiné – např. vaskulární) demenci
Degenerativní (nebo jiné – např. vaskulární) demence bez deprese
Souběh deprese s degenerativní (nebo jinou – např. vaskulární) demencí

reverzibilitu pseudodemence u deprese (8). V oblasti depresivních příznaků mají nemocní s reversibilní pseudodemencí více „somatických“ (např. insomnie) a „intrapysichických“ příznaků (např. autoakuzace, nihilistické ruminace). Pokud pacient nařká, že je špatný, že nic nedokáže, že vše špatně dopadne, že on za to může, že vše zavinil, jde velmi pravděpodobně o depresi. V oblasti kognitivního profilu u pacientů s funkčním postižením (reverzibilní pseudodemence) může být relativně intaktní jejich schopnost řešit sémantické úlohy. Někteří autoři upozorňují na důležitou úlohu lékové toxicity na rozvoj deprese i kognitivního postižení. Další oblastí problematiky je „vaskulární deprese“ a vaskulární demence, která přesahuje rámec článku a informuje o ní především G.S. Alexopoulos (1).

Typické klinické příznaky deprese ve stáří

Klinické příznaky deprese ve stáří se většinou liší od depresivních stavů v dospělosti. Starší depresivní pacienti si méně stěžují na pokles nálady, přestože objektivně je patrný. Druhým výrazným klinickým projevem deprese u starých osob je zaujetí hypochondrickými stesky, somatizace, zvýšené sebeopozorování, strach ze somatické nemoci, přesvědčení o existenci objektivně nepřítomného tělesného onemocnění. I z těchto důvodů se depresivní starší člověk spíše obrátí na svého praktického lékaře než na psychiatra. Je důležitá nepřetržitá edukace praktických lékařů a specialistů nepsychiatrů o vysokém výskytu deprese ve stáří a její prezentaci somatickými příznaky. Deprese ve stáří se může klinicky také manifestovat jako depresivní pseudodemence

a/nebo změnami povahy a chování, které neodpovídají osobnosti nemocného, také anxiétou a sebeopoškočováním.

Diferenciálně diagnostická kritéria DPD a demence

Z vlastní praxe znovu zdůrazňuji a považuji za **nejpodstatnější pro přítomnost deprese mikromanické myšlenkové obsahy (autoakuzace, nihilistické bludy, zdůrazňování vlastní neschopnosti)**, náhlý začátek a psychiatrickou anamnesu. Pro jejich přehlednost uvádím kritéria R. W. Boucharda a M. N. Rossora - tab. č. 2 (2).

Možnosti léčby

Léčba depresivního syndromu u seniorů je překvapivě úspěšná. Dobře tolerované léky první volby jsou **antidepresiva** ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (**SSRI**), anxieta a poruchy spánku dobře ovlivňují mirtazapin, trazodon a tianepin. Výhodné jsou preparáty s řízeným uvolňováním, které jsou pro pacienty bezpečnější, mají nižší frekvenci nežádoucích účinků. Z nových antidepresiv je v této formě dostupný venlafaxin. **Tricyklickým antidepresivům se u starších osob pokud možno vyhýbáme** pro jejich především anticholinergní nežádoucí účinky a kardiotoxicitu. Z pomocných léků používáme antipsychotika u melancholie s psychotickými příznaky (bludy event. halucinace), tlumivá antipsychotika používáme také ke zlepšení spánku (melperon, s opatrností někdy i levopromazin). U rezistentní

tabulka č. 2

Některé klinické rozdíly mezi depresivní pseudodemencí a demencí podle R. W. Boucharda a M. N. Rossora 1999 (2)

Klinický obraz	U depresivní pseudodemence	U demence
Začátek	Rychlý, změny v chování	Postupný, měsíce
Nálada / chování	Stabilní nebo depresivní apatická či úzkostná nálada	Fluktuující, někdy apatie, jindy normální nebo dráždivá
Intelektové funkce	Mnoho stížností, prohlášení o neschopnosti zvládat testy (MMSE), ale výsledky relativně dobré (MMSE)	Objektivní deficit v neuropsychologických testech, ale pacienti minimalizují nebo racionalizují selhání
Sebehodnocení	Špatné, nízké	Normální
Přidružené příznaky	Úzkost, nespavost, anorexie	Občas insomnie
Trvání	Variabilní, příznaky mohou odeznít spontánně nebo po léčbě	Příznaky progredují postupně během měsíců a let
Příčina konzultace	Přichází sám postižený, má strach z demence, slyšel o Alzheimerově nemoci	Přiveden členy rodiny, kteří zaznamenali změny paměti, osobnosti nebo chování
Anamnéza	Psychiatrická anamnesa a/nebo rodinné či osobní problémy	Rodinná anamnesa demence nebývá obvyklá

deprese používáme augmentaci anti-epileptiky, nejlépe lamotriginem, antipsychotiky 2. generace olanzapinem či quetiapinem. Velmi efektivní léčbou deprese u starších osob je elektrokonvulzivní léčba. Přistupujeme k ní u farmakorezistentních pacientů a při ohrožení života u těžké deprese (sebevražedné jednání, odmítání stravy a tekutin, velký psychomotorický neklid, stupor a podobně). **Při thymoprofylaxi po odléčení deprese podáváme dlouhodobě až trvale antidepressiva a dávku, která vedla k remisi, pokud možno nesnižujeme.** Při rekurenci deprese posilujeme thymoprofylaxi lithiem, antipsychotiky 2. generace nebo anti-epileptiky podobně jako při augmentaci léčby (7).

■ Závěr

Depresivní porucha, organický psychosyndrom a demence jsou častými psychickými poruchami ve stáří. **U starých lidí trpících depresí je riziko, že budou označeni za demenční nebo za hypochondry.** Deprese často indukuje kognitivní příznaky mimo rámec demence, ale u takových pacientů lze vždy najít některé

depresivní příznaky. Po depresivních příznacích musíme vždy aktivně pátrat a léčit je, i když najdeme současně kognitivní příznaky.

V diagnostice se ukazují jako **podstatné pro dg. DPD náhlý začátek, psychiatrická anamnéza a přítomnost depresivních příznaků, zejména mikromanických myšlenkových obsahů (autoakuzace, nihilistické bludy, zdůrazňování vlastní neschopnosti).** Ve sporných případech nám mohou pomoci uvedená diferenciálně diagnostická kritéria (2). Měli bychom si vždy být vědomi kontinuity příznaků a diagnóz a **léčit depresivní příznaky i při vědomí pravděpodobnosti přítomných ireverzibilních kognitivních příznaků či již demence.** Diagnóza se může upřesnit až po léčbě (8).

Shrnuto – deprese ve stáří je častá, prezentuje se obvykle somatickými příznaky, někdy imituje demenci. Stížnosti na pokles nálady nebývají obvyklé, i proto často není rozpoznána a léčená. Významně snižuje kvalitu života a působí postiženým těžké strádání. Lékaři ji často přehlédnou nebo jsou k léčbě skeptičtí. Léčba je při-

tom často jednoduchá, účinná a bezpečná – léky první volby jsou antidepressiva skupiny SSRI (citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin), nespavost a úzkost dobře ovlivňuje mirtazapin a trazodon, u těžších a rezistentních depresí bývá efektivní venlafaxin. Paleta použitelných antidepressiv je ovšem širší.

Je důležité vědět, že depresi má smysl léčit za všech okolností bez ohledu na etiologii. Lze tak zlepšit kvalitu života nemocného.

Literatura:

- 1) Alexopoulos G.S., Bruce M.L. et others: *Dialogues in clinical neuroscience*, Vol.1, No.2, Les Lab.Servier, 1999, str.68-77
- 2) Bouchard R.W., Rossor M.N. in: *Clinical Diagnosis and management of Alzheimer Disease*, Sekond Edition, edited by Serge Gauthier, Martin Dunitz Ltd. 1999, str.57-58
- 3) Emery VO, Oxman TE: *Update on the dementia spectrum of depression*. *Am J Psychiatry*. 1992 Mar; 149(3) : 305-17
- 4) Emery VO, Oxman TE: *Depressive dementia: a „transitional dementia“?* *Clin Neurosci*. 1997; 4(1): 23-30
- 5) Fischer P.: *The spectrum of depressive pseudo-dementia*. *J Neural Transm* 1996, /Suppl/ 47: 193-203
- 6) Kiloh LG: *Pseudodementia*. *Acta Psychiatr Scand* 1961, 37: 336-351
- 7) Konrád J.: *Deprese ve stáří*. V „Deprese z různých úhlů pohledu“, pořádatel Anders M., Galén 2006: 65
- 8) Kral VA, Emery OB: *Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged*. *Can J Psychiatry*, 1989; 34(5): 445-6
- 9) Lovestone S., Gauthier S.: *Management of dementia*, Martin Dunitz Ltd. 2001, str. 37-42

Sanofi Aventis - Stilnox

Mají pacienti platit i u praktického lékaře?

**V reakci na editorial minulého čísla jsme obdrželi následující příspěvky, které se svole-
ním autorů rádi publikujeme:**

Jsem pro to, aby u lékaře platili všichni pacienti a za všechno. Pojišťovny by se pak chovaly jako skutečné pojišťovny a podle smlouvy by pacientům hradily buď vše nebo část nebo nic. Lékaři by mohli mít platební terminály a přijímat platby kartami, pojišťovny by mohly svoje klienty vybavit zvláštními úvěrovými kartami jen pro tento účel. Neměl by pak být problém hned po ošetření poslat pojišťovně účet i třeba s tím, jestli je daný případ ukončen, nebo jestli třeba zítra něčím pokračuje. Tím by to žádného pacienta nezruinovalo. Pacienti by samozřejmě dostávali výpisy ze svých účtů, aby měli kontrolu. Myslím, že s penězi a bankovními účty umějí všichni zacházet a hodně rychle by se naučili svoje jednání korigovat. A teď platby pacientů: všichni pracující by platili určitou - myslím, že malou - část na účet solidarity, stejně tak stát za důchodce, děti atd. OSVČ a zaměstnanci by platili svým pojišťov-
nám platby podle svých konkrétních smluv. Stát by za svoje pojištěnce platil určitý stanovený paušál, v případě chronických onemocnění samozřejmě částky navýšené. Všichni mají k dispozici data za 15 let, neměl by to být problém. Rodiče by tam samozřejmě mohli svým dětem doplácet, přátelé přátelům jako dar atd. V případě úmrtí by se peníze vrátily plátcům. Fond solidarity by byl určen pro mimořádné případy, se kterými se nedá počítat, popř. pro několik málo vybraných diagnos (třeba onemocnění právě narozených dětí apod.). Tím by měla fungovat i samoregulace plateb ve zdravotnictví (řečníkům taky nikdo nenařizuje, za kolik mají prodávat maso).

MUDr. Milan Staněk
všeobecný praktický lékař,
Velké Bílovice

Symbolický poplatek v ordinaci nikoho neporazí. A je-li symbolický, neřikal bych mu směšný. Titíž pacienti, kteří hořekují nad doplatky a eventuálními poplatky si následně koupí potravinové doplňky za těžké peníze a na rozdíl od léků, věří, že jim pomohou. Poplatek tedy zásadně ANO. Další vhodnou regulací zbytečných návštěv je objednávkový systém, který ač ne výrazně, přece jen trochu živelné návštěvy u lékaře omezuje. Vadí mi však, že bych měl vybrané částky hlásit pojišťovně a za pacienty je evidovat. Každý sám ať si pohlídá, kolik utratí, jinak nebude mít motiv používat vlastní myšlení. Pekař také nikomu neříká „paní, od zítra už nebudete mít na chlebiček“.

MUDr. Toman Horáček,
všeobecný praktický lékař, Komárov

Pane doktore, kolik budu platit? -a vytahuje peněženku skoro každý den několik pacientů. Bez údivu a rep-
tání. Spíše se diví, že to ještě zdaleka neplatí. Jiní samozřejmě nadále žehrají na zatrolenou situaci, kdy si celý život platí zdravotnictví a teď mají ještě...! Dle mého názoru a s přihlédnutím ke stávající politické situaci jsem přesvědčen, že jakýkoliv regulační poplatek bude průlomem do zkorumpovaného systému zdravotnictví a bude jen na politické garnituře, jaké zdravotnictví pak nakonec bude. Zda opravdu regulovatelné, či nadále bezbřehé?

MUDr. Jan Šindelář,
všeobecný praktický lékař, Liberec

Myslím si že přístup k nám praktikům by neměl být příliš ome-
zován, či snad vůbec neomezován. Na druhou stranu si však myslím, že 30 Kč je opravdu minimální částka a mohla by pomoci u tak zbytečných návštěv

jako např.:... „mám klíště, můžete mi ho odstranit?“ (klíště v dobře přístup-
ném místě pro odstranění)...předpisy Paralenu při lehce zvýšené teplotě trvající 1 den....předpis „něčeho na modřinu....na štípnutí komárem...na odřeně koleno či puchýř na patě“. Pak bychom měli více času na ty opravdu nemocné. Když se pak dozvím, jaké částky někteří moji pacienti utrácí zbytečně za „kila“ vitaminů a výživo-
vých doplňků, tak v částce 30 Kč nevi-
dím problém. Jen mám obavu z možné nadměrné administrativy, aby takto získaný čas nebyl zmařen sezením nad výkaznictvím. Po platbě u specialistů, pokud pacient nemá doporučení, voláme již dlouho, gate keeping je však stále bohužel v nedohlednu!

MUDr. Alexandra Sochorová,
všeobecná praktická lékařka,
Pardubice

Na otázku, zda-li by měli pacienti platit za návštěvu i u praktického lékaře, si nedokáži sám přesvědčivě odpovědět. Spíše si myslím, že ano. Předpokládám, že doplatek za služby (v mezích současného zákona přijatelná formulace pro platbu ve zdravotnických zařízeních) přinese českému zdravotnictví hned několik výhod. Zvýší se práh pro návštěvu lékaře a zmírní se počet zbytečných návštěv. Poklesne hrozba „zdravotní turistiky“ pacientů ze sousedních zemí, kteří by u nás čerpali péči bezplatně. Dojde k posílení sebezpečí a sebeléčby u českých pacientů a tím k racionálnějšímu využívání zdravotní péče. Poplatky mohou trochu zlepšit hospodaření našich praxí. Ale nic není tak jednoduché. Před časem jsem řídil průzkum, podpořený nadací ELPIDA, který zkoumal senzi-
tivitu a připravenost našich občanů k poplatkům ve zdravotnictví. Ochotu ke spoluúčasti v roce 2004 vyjádři-

lo 13 – 59 % z více než 1200 respondentů, podle různých druhů služeb. Z průzkumu ale také vyplynulo, že lidé zároveň očekávají, že jako protislužbu v ordinaci lékaře získají více informací o možnostech léčby a o prevenci, dozvědí se podrobnosti o svém zdravotním stavu a lékař bude mít více času s nimi promluvit. Lze tedy očekávat, že to budou právě praktičtí lékaři, nejbližší a nejsnadněji dostupní pacientům, kteří budou pod největším tlakem a kterým malý příspěvek do pokladny praxe a snad menší počet konzultací vyrovná náročnější pacient. Všechno je v pořádku, pokud my jsme na tento posun v kvalitě péče připraveni a tvůrci změn si ho uvědomují a jsou ochotni ho ocenit.

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
všeobecný praktický lékař, Praha

Poplatky v této výši, kombinované s jejich vykazováním zdravotním pojišťovnám (a na základě toho snížení plateb od pojišťoven), administrativní zátěž s tím spojená – nevím jestli je toto cesta ke zkvalitnění péče na základě úbytku nadbytečných návštěv nebo naopak ke ztížení práce. Primární péče by měla naopak mít delegovanou pravomoc rozhodnout o účelném pohybu pacienta po systému – tedy zamezit koloběhu po odborných ambulancích bez doporučení PL. Platba za nevyžádanou péči by jistě přinesla úspory ze zdravotního pojištění. Naopak stabilizace praxí praktiků – navýšení kapitace, jasná definice toho, co je standardem, jasně definováno, že mimo ordinační dobu je platba samozřejmostí. Co se stane, když pacient poplatek nezaplatí? Nic, bude ošetřen, tak jako byl dosud, když různými regulacemi a zpětnými požadavky celá leta si hlavně VZP řeší nedostatek peněz. Pokud nezměníme pohled na své zdraví, nebudeme bonifikovat prevence, pak je poplatek SMĚŠNÝ.

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
všeobecný praktický lékař, Lanškroun



Domnívám se, že poplatek za návštěvu u praktického lékaře přinese řadu komplikací lékařům i pacientům. Primární péče by měla být dostupná všem pacientům a neměla by být omezována žádnými, byť symbolickými poplatky. Pro PL to bude příliš velká administrativní zátěž bez relevantního efektu pro systém. Poplatky mají smysl na LSPP nebo u ambulantních specialistů, kde můžou omezit zneužívání péče, kterou lze čerpat u svých registrujících lékařů a zabránit často zbytečnému obcházení specialistů stejné odbornosti jedním pacientem.

MUDr. Anna Nejedlá
všeobecná praktická lékařka,
Ústí nad Labem

Není to jednoznačné. Určitě je potřeba regulovat nadužívání lékařské péče – pacienty typu... „minulý týden jsem měl rýmu a kašel. Teď už je to mnohem lepší, ale radši jsem se přišel ukázat...“ nebo paní, která mému staršímu kolegovi řekla, když si přišla na Silvestra pro léky na tlak, „...tak jsem přišla, aby se Vám nezkrátily žíly...“ všichni určitě známe. Je všeobecnou lidskou vlastností, že co je zdarma, toho si nevážím a беру si, jak se mi zamane i když nepotřebuji. Na druhé straně řešení platbou 30 Kč u lékaře taky není zrovna ideální – připadá mi, že je to opět administrativní zatěžování lékařů, bude jistě spousta výjimek a já osobně si nedovedu představit, jak se budu s někým handrkovat, zda je to vyšetření první nebo

kontrolní (když má pacient nové potíže), zda opravdu nepatří mezi výjimky atd. Studovat medicínu jsem šla s ideály a představou, že budu pacienty pouze léčit (ale to už je hodně dávno).

MUDr. Milada Vinická,
všeobecná praktická lékařka,
Brno

Péče o vlastní zdraví je především zájmem a povinností každého jedince. Bohužel jsme byli léta masírováni tezí, že péči o zdraví zajistí stát. Stát může jen řádně stanovit pravidla a zajistit akutní péči (RZP, RLP atd.)

Nejsnazší cestou, jak zabezpečit racionální chování všech účastníků systému péče o zdraví, je vložení garančních peněz pacientem. Ten by v plné výši zaplatil lékaři jeho práci. Pak by mu mohla být část či celá částka vrácena zdravotní pojišťovnou.

Odpadlo by celé účtování pojišťovnám. Nikdo by nemohl vymýšlet výkony, které neprovedl, nebo provedl zčásti. Nikdo by si nedovolil bezdůvodně zvat pacienta na formální kontroly (vidíme např. u diabetologů, pacient na dietě po 3 měsících kontrolován).

Pokud tento systém nebude, je ale stále lepší jakýkoli poplatek (a měl by být vyšší), než nic. Jde o prolomení psychologické bariéry, že je zdravotnictví (a potažmo zdraví) zadarmo. Z poplatků by neměl být vyňat nikdo. Jen je otázka u plánovaných kontrol, např. po infekčním onemocnění, kontroly a převazy úrazů apod. Neohraničoval bych toto nějakým termínem (10 dnů), protože ti lakotní pak do 10 dnů přijdou 6x, když už budou mít zaplacenou, a naopak někdo může opravdu potřebovat více kontrol po delší dobu.

Tedy, odhlédnu-li od „technikálií“ (to slovo je hrozné), jistě poplatek ano, když už ne garanční peníze. Ale k těm by toto mělo směřovat.

MUDr. Jiří Burda,
všeobecný praktický lékař,
České Budějovice

Standardy farmakoterapie Alzheimerovy choroby

Doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.

Psychiatrická klinika, 1. LF UK, Praha; Katedra psychiatrie IPVZ, Praha

Souhrn:

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění, projevující se klinicky syndromem demence a představující jednu z nejčastějších primárních příčin smrti. Alzheimerovu chorobu v současnosti není možné léčit kauzálně – není známa kompletní etiopatogeneze této poruchy. V terapii jsou používány postupy, založené na aktuální znalosti patogenetických řetězců poruchy. U lehkých až středních stadií Alzheimerovy choroby jsou používány inhibitory acetylcholinesteráz – tento léčebný přístup je založen na zjištění, že v incipientních stadiích alzheimerovských demencí je ze všech neurotransmiterových systémů nejvíce postižen systém acetylcholinergní, který je významný pro poznávací funkce (paměť, pozornost, vnímání aj.). Ve středních až těžkých, ale nikoli velmi těžkých (terminálních) stadiích demence jsou používány parciální inhibitory NMDA (N-metyl-D-aspartátových) ionotropních glutamatergních receptorů (v klinickém užití je zatím pouze memantin). Je zkoušena řada dalších farmakoterapeutických přístupů, jejichž účinnost však není dostatečně prokázána kontrolovanými klinickými studiemi, nebo jsou perspektivní, avšak dosud nedostatečně ověřené. Jsou také používána farmaka, jejichž efekt je ryze symptomatický – např. antipsychotika u přidružených poruch chování, antidepressiva u přidružené deprese apod.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba, demence, poruchy paměti, MMSE, behaviorální a psychologické poruchy

Alzheimerova choroba je nejčastější ze všech demencí vůbec. Je to jedna z hlavních primárních příčin smrti. Část všech demencí (minimálně 10 – 20 %) je na smíšeném podkladě, kde se etiopatogeneticky uplatňují kromě Alzheimerovy choroby ještě vaskulární mozkové změny.

Lehká až střední stadia Alzheimerovy choroby

V těchto stadiích je zjišťována porucha centrálního acetylcholinergního systému – nedostatečná tvorba a uvolnění acetylcholinu, snížení počtu nikotinových acetylcholinergních receptorů. Zvýšení výkonnosti acetylcholinergního

systému lze dosáhnout několika způsoby, látky pozitivně ovlivňující centrální acetylcholinergní přenos se nazývají kognitiva. V klinice se zatím uplatňuje jediný způsob – inhibice enzymů odbourávajících acetylcholin – cholinesteráz. Acetylcholin je odbouráván v synaptické šterbině enzymy acetylcholinesterázami, avšak u Alzheimerovy choroby se uplatňují i butyrylcholinesterázy, které jsou u této nemoci tvořeny patologicky v nadměrném množství. Proto jsou terapeuticky využívány inhibitory acetyl- i butyrylcholinesteráz. Ostatní způsoby zvýšení centrálního acetylcholinergního přenosu (např. podání prekurzorů tvorby acetyl-

cholinu – lecitinu, nebo podání ligandů muskarinových a nikotinových receptorů i další přístupy) jsou buď málo účinné nebo neúčinné, nebo se vyskytuje příliš mnoho nežádoucích efektů, a/nebo vyžaduje metoda více klinických studií. V současné době se používají 3 preparáty ze skupiny inhibitorů cholinesteráz: *donepezil*, *rivastigmin* a *galantamin*. *Donepezil* (Aricept, Yasnal) je látka s dlouhým poločasem odbourávání (více než 70 hodin), a proto se dává 1x d. per os. Podává se první 1-2 měsíce 5 mg, pak dlouhodobě 10 mg/den. *Donepezil* je poměrně specifický inhibitor acetylcholinesteráz bez podstatného ovlivnění butyrylcholinesteráz. Je odbouráván v játrech (jaterní cytochromy CYP 450 3A4, 2D6), ale přesto je obecně dobře snášen, má málo lékových interakcí a málo nežádoucích efektů. *Rivastigmin* (Exelon) je cholinergní dualista, blokuje jak acetylcholinesterázy, tak i butyrylcholinesterázy. Podává se per os 2x denně, první měsíc 2 x 1,5 mg, druhý měsíc 2 x 3,0 mg, třetí měsíc 2 x 4,5 mg a pak dlouhodobě 2 x 6,0 mg. Je odbouráván převážně vlastními cholinesterázami, které blokuje, má málo lékových interakcí.

Galantamin (Reminyl) je rovněž cholinergní dualista, inhibuje acetylcholinesterázy a allostericky moduluje pre- i postsynaptické nikotinové receptory. Je odbouráván v játrech systémem cytochromu CYP450 3A4 a 2D6. Přípravek je podáván v retardované formě per os, 1x denně, dávka se titruje – první měsíc 8 mg, druhý měsíc 16 mg a dále dlouhodobě 24 mg.

Použití jednotlivých typů inhibitorů cholinesteráz je metodou volby. Při malé účinnosti nebo intoleranci jednoho přípravku je možno vyměnit za jiný, ale doporučuje se podávat minimálně 3 měsíce, spíše déle, abychom mohli hovořit o účinnosti či neúčinnosti.

Inhibitory cholinesteráz jsou kontraindikovány u těžších převodních srdečních poruch a u aktivní gastroduodenální

vředové choroby. Z nežádoucích účinků jsou častější (především na začátku podávání a při zvýšení dávky v průběhu titrace) nauzea, někdy i zvracení, nechutenství, dyspepsie, mohou se objevit křeče, cefalalgie, neklid nohou. Inhibitory cholinesteráz jsou částečně hrazeny zdravotními pojišťovnami u pacientů s diagnózou pravděpodobné Alzheimerovy choroby, u nichž hodnota testu MMSE (Mini-Mental State Examination) odpovídá 20 – 13 bodům. Inhibitory lze použít i v jiných případech (např. vyšší nebo nižší hodnota testu MMSE), ale v těchto případech nejsou látky hrazeny).

Střední až těžká (ale nikoli velmi těžká, terminální) stadia Alzheimerovy choroby

V těchto stadiích se výrazně uplatňuje porucha centrálního systému excitací aminokyselin (glutamatergního systému). Jsou používány parciální blokátory ionotropních glutamatergních receptorů typu NMDA (N-metyl-D-aspartát). Touto parciální blokádou je jednak zlepšen synaptický přenos vzruchů a tím i jeden ze základních mechanismů učení (dlouhodobá potenciace), jednak je zamezeno nadměrnému influxu iontů kalcia do neuronů, které by vedlo ve svých důsledcích k zvýšení exprese patologických genů (pro apoptózu – programovanou buněčnou smrt); je to tedy také neuroprotektivní působení. Používán je pouze jediný přípravek – memantin (Ebixa). Dávkování je per os 2 x 10 mg/den, titruje se tak, že se začíná dávkou 5 mg 1x denně, a každý týden se přidává 5 mg do konečné dávky. Memantin je obecně velmi dobře tolerován, z nežádoucích efektů se velmi vzácně může projevit excitace a psychotické příznaky (halucinace, paranoidita).

Memantin je částečně hrazen zdravotními pojišťovnami, pokud je stanovena diagnóza pravděpodobné Alzheimerovy choroby a hodnota testu MMSE je 18 – 7 bodů.

Inhibitory cholinesteráz a memantin směji předepisovat psychiatři, neurologové a geriatři.

Inhibitory cholinesteráz a memantin jsou látky, jejichž užití je u Alzheimerovy choroby založeno na důkazech (evidence – based) a jejich užití je racionální. V léčbě Alzheimerovy choroby jsou však také užívána farmaka, jejichž použití

již tak racionální není. Jsou stále ještě používána nootropní farmaka, zejména piracetam a pyritinol. Tyto léky jsou jednak v praxi poddávkovány, jednak kontrolované klinické studie neprokázaly efekt u tohoto typu demence. Určité racionální jádro má použití notropika nicergolinu (Ergotop, Sermion) jako přídatného prostředku pro jeho slabé ovlivnění acetylcholinergního systému. Studie s extraktem z *ginkgo biloba* (Tanakan, Tebokan, Gingio aj.). rovněž neprokázaly jednoznačně pozitivní efekt u Alzheimerovy choroby. Efekt také nebyl prokázán u hormonální estrogenní stimulace postklimakterických žen (předpokládá se určité preventivní působení) ani u použití scavengerů (vychytávačů, zhášeců) volných kyslíkových radikálů, jako je např. alfa-tokoferol (E-vitamin), beta karoten aj. I zde se předpokládá spíše určité preventivní působení. Existuje ještě řada látek, u nichž nebyl prokázán dostatečný efekt. Jsou však zkoušeny nové perspektivní látky, které by v nedaleké budoucnosti měly obohatit naše možnosti léčit nebo alespoň zpomalovat a zlepšovat průběh Alzheimerovy choroby. Jsou zkoušeny např. látky, které snižují tvorbu patologického proteinu beta-amyloidu – inhibitory mozkových patologických enzymů beta a gama sekretáz, nebo inhibitory enzymu glykogen systáza kináza 3 beta, který spouští degeneraci neuronálního tau proteinu.

Je nutné se také krátce zmínit o farmacích, užívaných k léčbě tzv. behaviorálních a psychologických příznaků demence – neklidu, agresivity, přidružených psychotických příznaků, přidružených poruch emotivity (hl. deprese a úzkosti), poruch spánku i posunutí cyklu spánků – bdění. Tyto látky nepůsobí protidemenně, ale symptomaticky ovlivňují chování i emotivitu pacientů a tak zlepšují jejich kvalitu života i kvalitu života pečovateli pacientů (zpravidla nejbližších příbuzných).

Při stavech neklidu, agresivity, přidružených psychotických příznacích i přidružených deliriích jsou používána antipsychotika (neuroleptika). Abychom předešli závažným nežádoucím efektům, měli bychom se důsledně vyhýbat antipsychotikům první generace (např. chlorpromazin, thioridazin) s výjimkou *melperonu* (Buronil), který je velmi dobře snášen a má minimum nežádoucích efektů. Pro zklidnění akutního silného neklidu je vhodný i *haloperidol*, ale

pouze k jednorázovému nebo velmi krátkému podání. Jinak jsou preferována antipsychotika druhé generace, především *tiaprid* (Tiapridal, Tiapra – látka se slabým antipsychotickým efektem, ale dobře tiší neklid a deliria organických pacientů), při neúspěchu tohoto farmaka *risperidon* (Rispedal, Rispen aj.) nebo *olanzapin* (Zyprexa). U těchto látek však bylo v poslední době upozorněno na možný vyšší výskyt cévních mozkových příhod. Dále je s dobrým efektem užíván *quetiapin* (Seroquel), nověji *ziprasidon* (Zeldox).

Při výskytu depresivní symptomatiky nepoužíváme klasická tricyklická anti-depresiva (thymoleptika I. generace – amitriptylin, imipramin, dosulepin aj.) pro jejich anticholinergní efekty. Preferujeme selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (*sertralin*, *citalopram*, *S-citalopram* aj.), anti-depresiva IV. generace (např. *venlafaxin*, *mirtazapin*, *milnacipran*), *tianeptin*. V některých případech používáme i reverzibilní inhibitor monoaminoxidázy *moclobemid* (Aurorix).

V léčbě úzkosti se vyhýbáme benzodiazepinům pro jejich nežádoucí efekty včetně nepříznivého efektu na paměť. Snažíme se je nahradit malými dávkami atypických antipsychotik nebo antidepresiv.

Závěrem

Terapii demence včetně farmakoterapie provádí praktický lékař ve spolupráci se specialisty – psychiatry, neurology, geriatry. Specialisté, i když indikují způsob farmakoterapie, zůstávají spíše konsultanty, hlavní tíže léčby (ale i diagnostiky včetně primárního rozpoznání demence) spočívá na praktických lékařích. Standardy farmakoterapie nejsou závazné, ale slouží spíše jako vodítka pro leger artis vedenou léčbu pacienta.

Literatura:

- 1) Aguglia E, Onor M.L., et al.: Comparison of rivastigmine, donepezil and galantamine in the real-world setting. Poster presented at: 6th International Conference on Alzheimer's and Parkinson's; May 8-12, 2003, Seville, Spain.
- 2) Alom J., Cras P., Jirák R., Karcz A.D., Lebluher F. et al.: Donepezil for the treatment of Alzheimer's disease: a multinational clinical experience study. In: 10th Congress of the International Psychogeriatric Association, Nice, 2001, abstrakt příspěvku, zveřejněný ve sborníku.
- 3) Areosa Sastre A., Sherif F.: Memantine for dementia (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003, Oxford.
- 4) Arias E., Alés E., Gabilan N.H., et al.: Galantamine prevents apoptosis induced by beta-amyloid and thapsigargin: involvement of nicotinic acetylcholine receptors. *Neuropharmacology* 46, 2004, s. 103 – 114.
- 5) Bae C.H., Cho C.Y., Cho K. et al.: A double-blind, pla-

- cebo-controlled, multicentered study of cerebrolysin for Alzheimer's disease. *JAGS* 2001;48, s. 1566-1571.
- 6) Birks J., Flicker L.: Selegiline for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2.
- 7) Birks J., Grimley Evans J., Iakovidou V., Tsolaki M.: Rivastigmine for Alzheimer's disease. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford.
- 8) Birks J., Grimley Evans J., Van Dongen M.: Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford.
- 9) Birks J.S., Melzer D., Beppu H.: Donepezil for mild and moderate Alzheimer's disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford.
- 10) Blesa R., Davidson M., Kurz A., et al.: Galantamine provides sustained benefits in patients with advanced moderate Alzheimer's disease for at least 12 months. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2003;15:79-87.
- 11) Castellanos-Ortega M.R., Cruz-Aguado R., Martinez-Marti L.: Nerve growth factor: possibilities and limitations of its clinical application. *Rev Neurol*, 1999; 29, s. 439-447.
- 12) Cummings J.L.: Cholinesterase inhibitors: expanding indications. *Lancet*, 2000, vol. 356, s. 2024-2025.
- 13) Danisz W., Parsons C.G., Möbius H.-J., Stöffler A., Quack G.: Neuroprotective and symptomatological action of memantine relevant for Alzheimer's disease – a unified glutamatergic hypothesis of the mechanism of action. *Neurotoxicity Research*, 2000;2, s. 85-97.
- 14) Feldman H. (ed.) et al.: Cholinesterase inhibitor therapy for Alzheimer's disease and related dementias. *Internat Psychogeriatrics*, 2002, 14, Suppl. 1.
- 15) Fioravanti M., Flicker L.: Nicergoline for dementia and other age associated forms of cognitive impairment (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford.
- 16) Gauthier S.: Acetylcholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease. *Exp Opin Invest Drugs*, 1999;8(10), s. 1511-1520.
- 17) Giacobini E.: Cholinesterases and cholinesterase inhibitors. Martin Dunitz, London, 2000, 270 s.
- 18) Hogervorst E., Yaffe K., Richards M., Huppert F.: Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia (Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford.
- 19) Jiráček R., Koukolík F.: Demence. Galen, Praha, 2004, 335 s.
- 20) Jiráček R., Borzová C., Konrád J., Franková V., Spousta S.: Demence. In: *Psychiatrie, doporučené postupy psychiatrické péče II*, ed. Raboch J., Anders M., Praško J. Hellerová P. Infopharm, Praha, 2006, s. 22-37.
- 21) Johannsen P., Hasselbach S., Jakob G. et al: Behavioral benefits with continued donepezil treatment in Alzheimer's disease patients. Poster presented at the 8th Congress of the European Federation of Neurological Societies (EFNS), Sept. 4-7 2004, Paris, France.
- 22) Olin J., Schneider L.: Galantamine for Alzheimer's disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford.
- 23) Peskind E.R., Potkin S.G., Pomara N. et al: Memantine monotherapy is effective and safe for the treatment of mild to moderate Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. Presented at the 8th Congress of European Federation of Neurological Societies, Sept. 4-7, 2004, Paris, France.
- 24) Qizilbash, N., Schneider, LS, Chui, H, Tariot, P, Brodaty, H, Kaye, J, Erkinjuntti, T, eds. Evidence-based Dementia practice. Oxford: Blackwell Science Ltd a Blackwell publishing company, 2003: 428-446).
- 25) Rogers S.I. et al: A 24 week, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. *Neurology*, 1999;50, s. 136-145.
- 26) Rosler M. et al: Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: international randomised controlled trial. *Brit Med Journ*, 1999;318, s. 633-640.
- 27) Sano M. et al.: A controlled trial of selegiline, alptocopherol or both as treatment for Alzheimer's disease. *The Alzheimer's disease cooperative study. N Engl J Med*, 1997;336, s. 1216-1222.
- 28) Scharf S., Mander A. et al: Double-blind, placebo-controlled trial of diclofenac/misoprostol in Alzheimer's disease. *Neurology* 1999;53, s. 197-201.
- 29) Schenk D.: Opinion: Amyloid-beta immunotherapy for Alzheimer's Disease: The End of Beginning. *Nat Rev Neurosci*, 2002, 3, 824-828.
- 30) Scott H.D., Laake K.: Statins for the prevention of Alzheimer's disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003, Oxford.
- 31) Švestka J.: Galantamin – dualistické kognitivum. *Psychiatrie*, 2001;4, s. 2065-2074.
- 32) Tariot P.N., Farlow M.R., Grossberg G.T. et al: Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil. A randomized, controlled trial. *JAMA*, Jan. 21, 2004;291 (3):317-324.
- 33) Weinstock M.: The pharmacotherapy of Alzheimer's disease based on the cholinergic hypothesis: an update. *Neurodegeneration* 1995, Dec.;4(4), s. 349-356.
- 34) Wilcock G.K., Lilienfeld S., Gaens E.: Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: multicentre randomised controlled trial. *Galantamine international-1 study group. Brit Med Journ*, 2000, Dec.9;32, s.1445-1449.
- 35) Wilkinson D., Hammond G., Van Baelen B.: Galantamine provides sustained benefits in patients with advanced moderate Alzheimer's disease. Poster presented at the 8th European Federation of Neurological Societies, Paris, France, Sept. 4-7, 2004.
- 36) Williams P.S., Rands G., Orrel M., Spector A.: Aspirin for vascular dementia (Cochrane review). *The Cochrane Library*, 2003, 2.
- 37) Winblad B., Poritis N.: Memantine in severe dementia: results of the 9M-Best Study (Benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). *Int J Geriatr Psychiatry* 1999 Feb;14(2):135-146.
- 38) Yamada K., Witta A., Hasegawa T., Fujii K. et al.: Orally active NGF synthesis stimulators: Potential therapeutic agents in Alzheimer's disease. *Behav Brain Res*, 1997;83, 1-2, s. 117-122.
- 39) Zoller B., Hock C. Kull H.U.: Rational therapy of Alzheimer's dementia based on current clinical studies. *Schweiz Rundsch Med Prax*, 2001, May 10;90(19), s. 827-834.

Servier - Bioparox

Revmatoidní artritida - co by měl vědět praktický lékař k diagnostice a současným možnostem léčby?

MUDr. Liliana Šedová
Revmatologický ústav, Praha

Souhrn:

Revmatoidní artritida je nejčastější zánětlivé revmatické onemocnění s heterogenním průběhem od mírného tzv. „selflimited“ až po trvale progredující maligní a destruktivní polyartritidu invalidizující postiženého a zkracující jeho život.

Rozhodující k zabránění závažného průběhu je včasná a účinná terapeutická intervence, která je zatížena nežádoucími účinky. Časná diagnóza artritidy a identifikace podskupin se závažnou prognózou ještě dříve, než splní klasifikační kritéria pro revmatoidní artritidu, je nutností, pokud chceme zabránit těžkým následkům.

Klíčová slova:

časná artritida, revmatoidní artritida, perzistující artritida, anti-CCP protilátky, chorobu modifikující léky, biologická léčba

Nejčastější zánětlivá artropatie je revmatoidní artritida (RA) (obr. č. 1). Postihuje cca 1 % obyvatelstva a při přetrvávající aktivitě vede k progresivním kloubním destrukcím a deformitám, funkčnímu omezení a následnému snížení kvality života i jeho zkrácení až o 10 let (14). Dosažení remise RA je hlavním cílem

současných terapeutických trendů a proto je nutné léčbu zahájit v časném období, kdy lze z krátkodobého hlediska snížit aktivitu nemoci a z hlediska dlouhodobého podstatně zmírnit její průběh. Také reakce na terapii je při včasném zahájení lepší a dlouhodobá remise více pravděpodobná (10).

Diagnóza RA se však opírá o klasifikační kritéria Americké revmatologické společnosti z roku 1988 (1), což z podstaty věci - šestitýdenní trvání příznaků, přítomnost erozí a revmatických uzlů - vede k pozdnímu rozpoznávání choroby (tab. č. 1).

Proto je nutné přistoupit k pacientovi s jakoukoli časnou netraumatickou artritidou jako k pacientovi s potenciální artritidou revmatoidní se všemi jejími možnými negativními důsledky. Vzhledem k tomu, že počínající příznaky tohoto onemocnění jsou mnohdy zcela nespecifické (únava, subfebrilie, hubnutí, zvýšené reaktanty akutní fáze, asymetrická oligo až polyartritida, negativní rentgenový obraz) není cílem vyšetření nemocného s časnou artritidou stanovit, zdali se jedná o artritidu revmatoidní či nikoli, ale najít odpověď na následující otázky:

1) Jedná se o chronickou artritidu?
2) Jedná se o perzistující nemoc?
3) Jedná se o závažnou nemoc?
Odpověď na tyto otázky umožní identifikovat pacienty s potenciálně závažnou a přetrvávající chorobou a zahájit jejich účinnou léčbu v co nejčasnějším stadiu nemoci.

Protože však na začátku choroby další vyšetření nemusí vést k upřesnění diagnózy (mezi nemocné, kteří eventuálně vyvinou RA, má více než 60 % normální reaktanty akutní fáze, 70 % má negativní nebo pro jinou diagnózu zavádějící rentgenový nálezn a 60 % nemá přítomny revmatoidní faktory) a navíc v řadě případů je v časném stadiu choroby dobrá odpověď na nesteroidní antirevmatika, může se přetrvávající závažná artritida dlouhodobě maskovat (4).

tabulka č. 1

Klasifikační kritéria revmatoidní artritidy

Pacienti by měli splňovat nejméně 4 z následujících kritérií:

- Ranní ztuhlost trvající nejméně jednu hodinu po dobu 6 týdnů
- Artritida s otokem nejméně 3 kloubů po dobu 6 týdnů
- Artritida ručních kloubů s otokem, nejméně po dobu 6 týdnů
- Symetrická artritida po dobu nejméně 6 týdnů
- Revmatoidní uzly
- Typické RTG změny
- Přítomnost revmatoidního faktoru v séru (pozitivní u 80 % pacientů)



Obrázek č. 1: Pokročilá revmatoidní artritida s těžkým funkčním deficitem

Rozhodnutí odeslat pacienta k revmatologovi by se proto mělo opírat nikoli o další laboratorní výsledky či nálezy zobrazovacích metod, ale o anamnézu a klinické vyšetření odhalující **rysy suspektní ze zánětlivé artropatie** (odpověď na otázku 1). Jsou to otok kloubů, postižení metakarpofalangeálních (obr. 2a; 2b) a metatarzofalangeálních kloubů, symetrická distribuce postižení, dobrá reakce na nesteroidní antirevmatika,

rodinná anamnéza a významná ranní ztuhlost.

Podezření na **perzistující artritidu** by mělo vzniknout pokud anamnéza obtíží trvá déle než 12 týdnů (odpověď na otázku 2). Nemocní s kratším trváním příznaků mají lepší prognózu a až 50 % z nich dosáhne dlouhodobé remise po jednorázovém podání kortikosteroidů. Naopak pokud artritida trvá déle než 12 týdnů, je pravděpodobnost přetrvávající choroby až pětinašobně vyšší (6).

V současnosti neexistuje jednoznačný **prognostický ukazatel** závažnosti artritidy kromě její vlastní progresy, proto se používá kombinace různých markerů s lepším či horším prognostickým potenciálem (viz tab. č. 2) (12) (odpověď na otázku 3). Nejnovějšími z uvedených prognostických ukazatelů jsou protilátky proti cyklickému citrulinovanému peptidu. Mají vysokou specifitu a senzitivitu pro RA, dobrou prediktivní sílu, jsou jeden z možných etiopatoge-

netických faktorů vzniku onemocnění, bývají přítomny i desítky let před prvními příznaky artritidy a jejich asociaci se závažnou erozivní chorobou prokázaly zahraniční i tuzemské práce (9; 13). Ze všech těchto důvodů lze v budoucnu předpokládat jejich zařazení mezi klasifikační kritéria RA v rámci jejich plánované větší revize.

Po odpovědi na všechny 3 otázky lze zjednodušeně rozdělit nemocné s časovou artritidou na 2 skupiny:

- nevyžadující terapii chorobu modifikujícími léky
- vyžadující terapii chorobu modifikujícími léky

Do první skupiny patří pacienti s velmi časným stadiem choroby (do 12 týdnů), s pravděpodobně nezávažnou nemocí (dle prognostických kritérií), s asymetrickou polyartritidou nebo oligoartritidou. U části z nich se choroba bude teprve rozvíjet, část bude mít artritidu jen přechodnou.

Pacienti v druhé skupině by měli, co nejčasněji dostat adekvátní léčbu odpovídající aktuální aktivitě choroby a její prognóze. Základními preparáty jsou klasické choroby modifikující léky (DMARDs dle anglické zkratky „disease modifying anti-rheumatic drugs“) rozšířeny v posledních letech o nový preparát leflunomid (viz tab. 3). Podávání se musí upravit při nedostatečné účinnosti rychlým zvýšením dávky a/nebo kombinací s dalším preparátem ze stejné skupiny za běžných bezpečnostních kauzel. K „přemostění“ období do nástupu efektu je vhodné použít glukokortikoidy a nesteroidní antirevmatika.

Přelom v terapii RA znamenaly v posled-

tabulka č. 2

Prognostické faktory časně revmatoidní artritidy

- Autoprotilátky: revmatoidní faktory / anti-CCP
- Genetické faktory: přítomnost tzv. sdíleného epitopu
- Reaktanty akutní fáze: CRP, FW, PV
- Ženské pohlaví
- Zobrazovací metody: evidence poškození (USG, MR, rtg)
závažnost a lokalizace zánětu (USG, MR)
- Zhoršení funkčních schopností

Vysvětlivky: anti-CCP - protilátky proti cyklickému citrulinovanému peptidu; CRP - C-reaktivní protein; FW/- sedimentace erytrocytů; PV/- plazmatická viskozita; USG/- ultrasonografie; MR - magnetická rezonance

tabulka č. 3

Základní charakteristika běžných DMARD

Lék	Doba nástupu účinku	Udržovací dávka	Nežádoucí účinky
Chlorochin	2-4 měsíce	250 mg/den	Raš, průjem, retinopatie
Hydroxychlorochin	2-4 měsíce	2x200 mg/den	Raš, průjem, retinopatie
Sulfasalazin	1-2 měsíce	2-3x1 g/den	GI příznaky, raš, myelotoxicita
Methotrexat	1-2 měsíce	10-25 mg /týden p.o., i.m., i.v., s.c.	Hepatotoxicita, GI příznaky, raš, častější infekce myelotoxicita, plíce
Leflunomid	1-3 měsíce	20 mg/den	Hepatotoxicita, GI příznaky, raš
Soli zlata	3-6 měsíců	25-50 mg/1-3 týdny i.m.	Raš, stomatitida, myelotoxicita, trombocytopenie, proteinurie
Azathioprin	2-3 měsíce	50-150 mg/den	Myelotoxicita, hepatotoxicita, GI příznaky
Cyklosporin A	1-2 měsíce	2,5-4 mg/kg/den	nefrotoxita, hypertenze, hyperplazie gingivy, infekce
Cyklofosfamid	2-3 týdny	50-100 mg/den p.o. nebo 400-800 mg/3-5 týdnů	GI příznaky, hematurie, myelotoxicita

Vysvětlivky: GI - gastrointestinální



Obrázek č. 2 a, b: Časná artritida s otokem metakarpofalangeálních kloubů

ních letech biologické léky. Jedná se však o léčbu nákladnou, která může být doprovázena vedlejšími nežádoucími účinky, především recidivujícími infekty včetně specifických a vyšším výskytem malignit. Indikace musí být proto pečlivě zvážena z hlediska možného prospěchu a rizika. Nejvíce pokročilá je biologická léčba blokující $\text{TNF}\alpha$. Využívá se monoklonálních protilátek (infliximab, adalimumab), či solubilního receptoru pro $\text{TNF}\alpha$ (etanercept). Tyto léky vedou ke snížení aktivity nemoci a ke zpomalení či případně i zástavě rentgenové progresy (2,7,8). Kratší zkušenosti jsou v současné době s dalšími biologickými léky rituximab a abatacept (3). I u těchto léků byla popsána účinnost u nemocných nereagujících na DMARDs či na anti-TNF terapii. Biologická léčba je určena pro pacienty s vysokou aktivitou choroby, u kterých selhala klasická terapie.

Ke sledování krátkodobých i dlouhodobých účinků léčby a jejich případných toxických dopadů iniciovala Česká revmatologická společnost (ČRS) vytvoření registru pacientů léčených blokátory $\text{TNF}\alpha$ (ATTRA = anti- $\text{TNF}\alpha$ terapie revmatoidní artritidy). Registr je spravován Centrem biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity v Brně, pod dohledem ČRS. Zařazení do registru a dlouhodobé sledování je povinnou administrativní součástí použití všech biologických léků.

Boehringer - Antistax

- 1) Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-24.
- 2) Breedveld FC, Weisman MH, Kavanaugh AF et al. The PREMIER study: A multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with adalimumab plus methotrexate versus methotrexate alone or adalimumab alone in patients with early, aggressive rheumatoid arthritis who had not had previous methotrexate treatment. *Arthritis Rheum*;54:26-37.
- 3) Edwards JCW, Scepanski L, Szechinski J et al. The efficacy of B-cell-targeted therapy with rituximab in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2004;350:2572-81.
- 4) Emery P. Prognosis in inflammatory arthritis: the value of HLA genotyping and oncological analogy. The Dunlop Dotteridge Lecture. *J Rheumatol* 1997; 24:1436-42.
- 5) Genovese MC, Becker J-C, Schiff M, et al. Abatacept for rheumatoid arthritis refractory to tumor necrosis factor inhibition. *N Engl J Med* 2005;353:1114-23.
- 6) Green MJ, Marzo-Ortega H, McGonagle D et al. Persistence of mild early inflammatory arthritis: The importance of disease duration, rheumatoid factor and the shared epitope. *Arthritis Rheum* 1999; 42:2184-8.
- 7) Heiberg MS, Rodevand E, Mikkelsen K, et al. Adalimumab and methotrexate is more effective than adalimumab alone in patients with established rheumatoid arthritis: results from a 6-month longitudinal, observational, multicentre study. *Ann Rheum Dis* 2006;65:1379-83.
- 8) Maini R, StClair EW, Breedveld F, et al. Infliximab (chimeric anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody) versus placebo in rheumatoid arthritis patients receiving concomitant methotrexate: a randomised phase III trial. *Lancet* 1999;354:1932-9.
- 9) Schellekens GA, Visser H, de Jong BAW, et al. The diagnostic properties of rheumatoid arthritis antibodies recognizing a cyclic citrullinated peptide. *Arthritis Rheum* 2000; 43:155-63.
- 10) van Aken J, Lard LR, le Cessie S, Hazes JMW, Breedveld FC, Huizinga TWJ. Radiological outcome after four years of early versus delayed treatment strategy in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:274-9.
- 11) Van der Heijde DM, Klareskog L, Rodríguez-Valverde V, et al. Comparison of etanercept and methotrexate, alone and combined, in the treatment of rheumatoid arthritis. Two-year clinical and radiographic results from the TEMPO study, a double-blind, randomized trial. *Arthritis Rheum* 2006;54:1063-74.
- 12) van Zeben D, Hazes JM, Zwiderman AH et al. Factors predicting outcome of rheumatoid arthritis, results of a follow up study. *J Rheumatol* 1993; 20:1288-96.
- 13) Vencovský J, Macháček S, Šedová L et al. Autoantibodies can be prognostic markers of an erosive disease in early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2003; 62:427-30.
- 14) Wiles N, Symmons DPM, Harrison B, Barret E, Barret JH et al. Estimating the incidence of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 1339-46.

Kvalita v primární péči

Po loňském pozvání Evropské akademie učitelů v praktickém lékařství (EURACT) do Prahy, organizované českou zástupkyní v Euractu Dr. Laňkovou, pozvala Společnost všeobecného lékařství ČLS do Prahy i jednání **Evropské asociace pro kvalitu v primární péči (EQuiP)**. O cílech, metodách i výsledcích práce této skupiny, stejně jako o konferencích, které EQuiP pořádá, již Practicus informoval.

Čeští zástupci v EQuiP, Dr. Struk a Dr. Seifert, využili přítomnosti významných evropských expertů a za podpory Odboru zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví ČR uspořádali mezinárodní seminář na téma kvality v primární péči na ministerstvu. Seminář zahájila náměstkyně ministryně **MUDr. Markéta Hellerová**. Ve svém úvodním slově ocenila význam mezinárodního setkání a vyslovila podporu aktivitám Společnosti

všeobecného lékařství a projektům na podporu kvality. Upozornila, že v současné době je v ČR systém externího hodnocení kvality zdravotní péče nejvíce propracován a využíván pro lůžková zdravotnická zařízení a to prostřednictvím národního či mezinárodního akreditačního systému zdravotnických zařízení. Lze ale předpokládat, že v ČR, stejně jako jinde v Evropě, poroste motivace praktických lékařů aktivně prokazovat svoji kvalitu např. formou absolvování akreditační procedury.

Profesor všeobecného praktického lékařství a současný prezident EQuiP, **Joachim Szeczenyi z Heidelbergu**, představil EQuiP a jeho cíle. Zdůraznil právo každého pacienta na kvalitní lékařskou péči na všech úrovních. Připomněl, že EQuiP od roku 1991, kdy vzniknul, významně ovlivnil teorii

a metodologii kvality a vytvořil mezinárodní prostředí pro tvorbu, testování a implementaci různých nástrojů na podporu kvality. Jako příklad uvedl peer review groups = malé skupiny lékařů, kteří se dlouhodobě, systematicky a kriticky zabývají hodnocením svojí práce nebo práce jiných, s cílem dosáhnout zlepšení kvality poskytované péče. Zapojení praktických lékařů v těchto skupinách dosahuje v některých zemích až 80%: např. Belgie, Dánsko, Holandsko, Velká Británie. V současné době členové EQuiP pracují na několika projektech, které zahrnují témata: spokojenost pacientů, profesionální zdraví lékařů, klinické indikátory

kvality péče, kvalita dokumentace, lékařská pochybení, etika zvyšování kvality. EQuiP má v současné době delegáty z 28 evropských zemí. Ve svém dalším vystoupení představil prof. Szeczenyi projekt EPA (European Practice Assessment), který byl vytvořen na půdě EQuiP a který je v praxi rutinně používán pro akreditaci praxí v Německu, Holandsku a Švýcarsku. EPA je především

nástrojem pro hodnocení a zvyšování kvality organizační úrovně všeobecných praxí, samostatných i skupinových. Hodnocení praxe zahrnuje několik dimenzí: sebehodnocení lékaře (lékařů), hodnocení pacientů prostřednictvím validizovaného dotazníku, hodnocení pracovníků praxe (sestry, sester) a konečně externí hodnocení praxe, k tomuto účelu vyškoleným návštěvníkem. EPA je využitelná pro skupinové i sólo praxe. Hodnocení se opírá o soubor indikátorů, které umožňují vzájemné srovnání praxí. EPA umožňuje stanovit silná a slabá místa v organizaci praxe a motivuje ke zlepšení. Projekt je připraven k využití v Belgii a ve Slovinsku a bude pilotně zkoušen v dalších zemích, nejenom v Evropě. Vedlejším produktem EPA jsou data, která umožňují srovnávat a prokazovat kvalitu a potenciál všeobecných praxí.



Kees ent Veld pracuje částečně jako praktický lékař v holandském městečku Brielle, ale zároveň vede Centrum pro tvorbu a implementaci doporučených postupů (DP) Holandské královské společnosti praktických lékařů. Holandsko patří mezi země s nejdelší historií tvorby DP pro praktické lékaře a také s nejlépe propracovanou metodikou tvorby a implementace DP. V současné době bylo v Holandsku zveřejněno 83 DP pro praktické lékaře. V první fázi tvorby DP je nejprve shromažďována literatura k tématu a hledány potřebné důkazy. Tato fáze je obvykle svěřena akademickým pracovištím praktického lékařství. Pak je vytvořen draft DP a odeslán ke komentářům vybraným praktickým lékařům i specialistům. Nakonec je text publikován a autorizován. Celý proces trvá 1-2 roky. DP jsou aktualizovány po 3-5 letech. DP jsou náplní učebnice praktického lékařství a ovlivňují i pregraduální výuku. Mají vysoký respekt u specialistů i u pojišťoven. Podle výzkumu v praxích, je efekt implementace odhadován na 70%. Kees ent Veld doporučil navštívit stránku www.g-i-n.net (Guidelines international network).

Prof. Janko Kersnik má svou ordinaci praktického lékaře v Krajnske Gore, v Julských Alpách. V současné době je prezidentem Slovinské společnosti rodinných lékařů. Mnoho let se zabývá otázkami kvality péče a na toto téma také obhájil disertační práci. Pro své sdělení si vybral téma lékařských omylů. Lékařské omyly jsou součástí každodenní praxe. Ačkoliv chyby nejčastěji přicházejí jako nečekané události, zaviněné lidským faktorem, jsou obvykle výsledkem selhání systému. Jsou nemilé, nevídané a někdy mohou pacienta poškodit. Nelze se jim absolutně vyhnout, lze ale minimalizovat jejich výskyt systematickým zlepšováním kvality práce. Zjištěné, analyzované a popsání omyly jsou prostředkem jejich prevence, zvyšování bezpečnosti pacienta a zvyšování kvality. V některých zemích, jako např. v Německu nebo Holandsku, je využívána možnost anonymního, nevystopovatelného, elektronického samo-hlášení omylů. Z těchto omylů připravuje čas od času odborná společnost nebo pověřené pracoviště zprávu. V Německu je dokonce vyhodnocován omyl měsíce! Dalším zdrojem informací o omylech jsou stížnosti pacientů, průzkumy, audit, zprávy znalců. Vyhodnocování bezpečnosti praxe pro pacienta, zvažování rizik chyb a omylů a v případě, že k nim dojde, analýza a následné poučení, jsou součástí systematické kontroly kvality každého pracoviště. Janko Kersnik zakončil své vystoupení parafrází teze Nielse Bohra: Expert je ten, který se již poučil ze všech možných chyb.

Za českou stranu vystoupili v programu semináře Seifert, Struk a Mucha.

Dr. Seifert připomněl projekty PHARE z devadesátých let a na ně navazující projekty z Programu na podporu kvality Ministerstva zdravotnictví ČR. V těchto projektech bylo uplatněno v široké míře právě know how, získané na půdě

EQuIP. Uživatelé výsledků projektů se staly odborné společnosti; Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP (dále SVL) a Odborná společnost praktických lékařů pro děti a dorost. Vzniklo Centrum správy doporučených postupů SVL a byl zahájen sofistikovaný proces pro tvorbu doporučených postupů pro praktické lékaře včetně implementační strategie. Byl vytvořen systém regionálního kontinuálního vzdělávání praktických lékařů, propojený s metodami sběru dat a hodnocení kvality. Vznikly také první teoretické publikace pro primární péči, obsahující kapitoly věnované kvalitě.

Dr. Struk představil projekty E-zdraví v České republice a společnost MEDTEL, která se touto problematikou zabývá.

Dr. Mucha představil zahraničním i domácím hostům svůj koncept lékařského softwaru pro praktické lékaře, který vypracoval na zadání Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Připomněl, že „klinika“ praktického lékaře shromažďuje obrovské množství dat, které by mohly být využitelné pro výzkum i pro hodnocení kvality. Současně používaný software není z tohoto hlediska ideální a není ani dostatečně přátelský k uživatelům. V diskusi pak zazněly otázky kvality softwaru a možnosti hodnocení kvality. V zemích, kde indikátory kvality (např. hodnota TK u hypertoniců, glykovaný hemoglobin u diabetiků, počet proočkovaných, atd.) hrají roli i pro odměňování lékařů, jako např. ve Velké Británii, jsou tato data vkládána strukturovaně (do políček) a jsou pro potřeby hodnocení extrahována. Podobně sběr dat funguje v praxích v Holandsku nebo Dánsku. Je to evropský trend, s kterým musíme do budoucna počítat i u nás. Na druhou stranu, jediné možnost prokazovat naši kvalitu, je cesta k našemu řádnému uznání a respektování.

V dalších dvou dnech pak proběhlo uzavřené jednání skupiny EQuIP v hotelu ILF.

Z něho vyplynuly některé nabídky účasti v projektech pro naši společnost. Z mého pohledu pro nás nejvýznamnější je možné připojení k aktivitě EPA - projektu evropské akreditace praxí. Tento projekt by mohl vyvážit současný trend akreditace nemocnic a pomohl by alespoň některým praxím prokázat svoji kvalitu. Příprava metodiky akreditace je ale poměrně náročná a vyžaduje samostatný projekt. V závěru jednání jsem představil naši společnost jako potenciálního pořadatele světové konference WONCA v roce 2013. Získal jsem podporu, nicméně soupeři jsou velmi silní: Atény, Vídeň a hlavně Barcelona. O kandidatuře se rozhodne letos v létě.

Jednání EQuIP bylo na vysoké úrovni zajištěno agenturou TARGET MD.

V Praze 7.5.2007

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Dopis VZP o nasmlouvání kódu pro CRP

Pro informaci všem zájemcům o nasmlouvání kódu pro CRP (POCT) otiskujeme tento dopis VZP, který jsme obdrželi 4.5. 2007.



Ústředí
Orlická 4/2020
130 00 Praha 3

Vážená paní
Dr. Jaroslava Laňková
místopředsedkyně SVL ČLS JEP
pro kontinuální vzdělávání lékařů
U Hranic 3221/16

V Praze dne 2. května 2007
Čj.: ÚZP/165/OAZP/154/07

100 00 Praha 10

Vážená paní místopředsedkyně,

dovolte mi, abych v návaznosti na dopis MUDr. Dalibora Štambery ze dne 13. února 2007 Čj.: ÚZP/165/OAZP/154/07, doplnila další podmínky pro nasmlouvání kódu 02230 - kvantitativní stanovení CRP (POCT) tak, jak byly v aktualizovaném interním předpise ředitele VZP ČR sděleny všem Krajským pobočkám a Územním pracovištím VZP ČR.

1. Za doloženou účast na úvodním certifikovaném školení o metodě stanovení CRP se považuje mimo potvrzení IPVZ Praha, i doklad o absolvování kurzu "Diagnostika akutního zánětu v ambulantní péči - stanovení CRP", na akreditovaném pracovišti Ústavu klinické biochemie 1. LF UK a VFN Praha.

2. Smluvní partner bude při nasmlouvání souhlasit se započtením tohoto výkonu (i když je prováděn jeho ZZ) do regulací na indukovanou péči (jedná se sice o výkon, který je prováděn PL, ale náplní spadá do výkonu vyžádané péče komplementu, proto i náklady na tento výkon budou posuzovány v rámci této skupiny - laboratorního komplementu).

3. Z pohledu smluvní politiky VZP ČR se u odborností 001 a 002 jedná o standardního poskytovatele - s Metodikou VZP ČR ke stanovení standardního poskytovatele se lékaři měli možnost seznámit při jednáních na Územních pracovištích, ale i v časopise TEMPUS č. 10/2006, ve kterém byla uveřejněna v článku ředitele VZP ČR MUDr. Horáka, CSc.

4. Pracoviště splňuje podmínky věcného vybavení, kterým je přístroj pro kvantitativní stanovení CRP - název přístroje bude uveden v příloze č. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče.

S pozdravem

M. Ambrožová
RNDr. Marcela Ambrožová
ředitelka úseku zdravotní péče

TELEFON:
FAX:

Zdravotní rizika počítačových her a videoher

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Národní koordinátor Evropského akčního plánu o alkoholu Světové zdravotnické organizace, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

PhDr. Ladislav Csémy

Psychiatrické centrum, Praha

Souhrn:

Tato práce shrnuje zdravotní rizika videoher. K nim patří nezdravý životní styl s nedostatkem pohybu, onemocnění pohybového systému, obezita, virtuální nevolnost, zvýšené riziko úrazů a větší sklon riskovat, epilepsie, zhoršení interpersonálních vztahů a vyšší úzkost v sociálních vztazích, zvýšená agresivita a oslabení prosociálního chování. Tento výčet není úplný, lze např. předpokládat, že excesivní věnování se videohram zvyšuje riziko problémů působených alkoholem a jinými látkami. Hraní počítačových her souviselo v populaci českých dospívajících s častějším konzumem alkoholických nápojů, zejména piva, destilátů nebo míchaných alkoholických nápojů, dále s častějším kouřením cigaret a kouřením marihuany. Objevila se i souvislost s rvačkami a šikanováním druhých a sníženou známkou z chování. V odborné literatuře se objevuje tendence řadit excesivní hraní videoher do blízkosti patologického hazardního hráčství, tedy mezi návykové a impulzivní poruchy.

Klíčová slova:

počítačové hry, videohry, zdravotní rizika, násilí, návykové nemoci

Úvod

Rozvoj techniky s sebou přináší nové možnosti, ale i nová nebezpečí. V následujícím textu se zaměříme na rizika počítačových her a to zvláště pro děti a dospívající. Pojem videohry (anglicky video games), který se v následujícím textu vyskytuje, zahrnuje nejen počítačové hry, ale i hry provozované např. na mobilních telefonech nebo za pomoci jiných zařízení spojených se zobrazovací jednotkou.

Životní styl

Je mimo pochybnost, že děti a dospívající v průmyslově vyspělých zemích tráví v současnosti mnohem více času sedavým způsobem života, než tomu bylo u minulých generací. To s sebou přináší četná zdravotní rizika (např. onemocnění pohybového systému, obezita, diabetes,

kardiovaskulární nemoci). Hardy a spol. (2006) uvádějí u dívek mezi 12. až 15. rokem signifikantní nárůst času stráveného vsedě, při čemž videohry, video a televize se na času stráveném vsedě podílely téměř třetinou.

Pohybový systém

Hakala a spol. (2006) identifikovali častou manipulaci s počítači jako nezávislý rizikový faktor pro bolesti šíje a ramen a bolesti bederní páteře. Rozšíření počítačů a času, který děti a dospívající s počítači tráví, považují citovaní autoři za faktor, který vysvětluje nárůst těchto obtíží od roku 1990 do současnosti. Citovaní autoři považují počítačové aktivity doslova za „nové riziko pro veřejné zdraví“. Burke a Peper (2002) konstatují, že užívání joysticku a hraní počítačových her bylo signifikantním a nezávislým

prediktivním faktorem pro tělesné obtíže, nejčastěji bolesti zápěstí a zad. Kratenová (2007) a spol. zjistili u 38,3% českých dětí ve věku 11 až 15 let vadné držení těla. České děti se věnovaly tělesnému cvičení a sportu v průměru 4 hodiny týdně, kdežto sledování televize a hraní počítačových her jim zabralo v průměru 14 hodin týdně.

Obezita a jídelní návyky

Shields (2006) uvádí, že vzestup obezity se u kanadských dětí mezi lety 1978/1979 až 2004 ztrojnásobil, což dává mimo jiné do souvislosti s nárůstem „obrazovkového času“ (televize, videohry, počítače). Carvalhal a spol. (2007) konstatují nárůst nadváhy a obezity u portugalských dětí už ve věku 7 – 9 let a dávají to do souvislosti s časem tráveným elektronickými hrami. Stettler a spol. (2004) konstatují, že hraní videoher je v populaci švýcarských dětí nezávislým rizikovým faktorem obezity. S uvedenými je ve zdánlivém rozporu práce Van den Bulcka a Eggermonta (2006), kteří zjistili u 13 až 16 letých kvůli televizi a počítačovým hrám vynechávání jídla. Lze totiž předpokládat, že excesivní hraní elektronických her a sledování televize přispívají ke všeobecně nesprávným jídelním návykům.

Virtuální nevolnost, tendence riskovat a úrazy

Fischer a spol. (2007) zjistili, že po hraní závadivých her měly experimentální osoby tendenci více riskovat, než když hráli neutrální hry. Riziko úrazů zvyšují i poruchy rovnováhy, které se objevují po skončení her obsahujících např. simulovanou jízdu autorem (např. Fushiki a spol. 2005). To není pouze problémem počítačových her, ale i simulátorů pohybu, které se používají např. při výcviku v armádě (Regan a Price, 1994). Citovaní autoři popisují kromě poruch závratí i nevolnost, žaludeční obtíže a bolest hlavy. Zdá

se, že výskyt, trvání a závažnost těchto obtíží se liší u různých osob. Ma a Jones (2003) uvádějí, že u dětí, které se více věnovaly sledování televize, počítačovým hrám a videohrám, docházelo častěji ke zlomeninám horních končetin. Lehké tělesné cvičení se naopak uplatňovalo jako ochranný činitel.

Oči

Dlouhé hodiny hraní videoher a podobné aktivity zatěžují nemalým způsobem zrak. Blehm a spol. (2005) hovoří o počítačovém zrakovém syndromu, který se projevuje napětím očí, jejich únavou, podrážděním, zčervenáním, rozmazaným a dvojitým viděním. Časté bývají také bolesti hlavy způsobené očními problémy. Jen pro zajímavost uvádím, že z hlediska očí je patrně nejvýhodnější, když pohled směřuje mírně dolů (ovšem příliš nízký umístěný monitor může vést k špatnému držení krku a páteře a působit jiné problémy). Kromě popsanych obtíží patrně dochází i k dalším poruchám. Tak Tong a spol. (2002) popisují závažnější formy astigmatismu u dětí ve věku 7 – 9 let, které se více věnovaly videohrám a užívání počítače.

Epilepsie

Obraz epilepsie vyvolané videohrou byl poprvé popsán v roce 1981. Shoja a spol. (2007) dávají v současnosti vyšší výskyt fotosenzitivní epilepsie do souvislosti s nástupem nových technologií, zejména televize a videoher. Chuang (2006) se zaměřil na výskyt epileptických záchvatů u hráčů interaktivních online her. Těmto hrám se údajně věnuje více než 3,4 miliónů lidí na Tchaj-wanu, 4 milióny v Koreji, 2 milióny v USA a 7 miliónů v Číně. Nové online hry jsou krvavější, násilnější, složitější a graficky propracovanější. Autor cituje práce, podle nichž souvisejí online hry s emočními poruchami, nutkavým myšlením a násilným chováním. Citovaný autor popsal soubor 10 osob, u nichž online hry vyvolávaly epileptické záchvaty. Uzavírá, že se jedná o heterogenní soubor, který se liší od fotosenzitivní epilepsie vyvolané videohrami a doporučuje hráče před tímto rizikem varovat.

Vztahy, sociální dovednosti, školní prospěch

Podle Lo a spol. (2005) dochází u dospívajících, kteří se věnují online hrám, ke zhoršení kvality interpersonálních vztahů

a k úzkosti v sociálních vztazích a to úměrně času, který trávili těmito hrami. Lze předpokládat, že mezilidským vztahům škodí i agresivita, o níž více dále. Adaptaci dospívajícího patrně zhoršuje také okolnost, že „obrazkový čas“ je nezávislým rizikovým faktorem pro špatný školní prospěch (Sharifa a Sargenta, 2006).

Násilí

Carnagey a spol. (2006) uvádějí, že více než 85 % videoher obsahuje nějakou formu násilí a přibližně polovina z nich násilné chování závažného charakteru. Haninger a Thompson (2004) zjistili mezi 396 videohrami určenými pro dospívající podíl násilných videoher v 94%. Lemmens a spol. (2006) uvádějí, že násilné videohry preferují spíše chlapi s menší mírou vcítění, se sklonem k násilí a s nižší inteligencí. Podle citovaných autorů je v tomto případě kauzalita obousměrná, protože násilné videohry mimo vůči násilí desenzitizují a snižují empatii. Alikasifoglu a spol. (2007) popsali soubor šikanovaných a šikanujících dospívajících. Mimo jiné zjistili mezi šikanovanými i šikanujícími bylo více kuřáků, těch a kdo pili alkohol a věnovali se počítačovým hrám. Bushman a Huesmann (2006) dokládají metaanalýzou, že násilí v médiích, včetně televize a počítačových her, zvyšuje z krátkodobého hlediska více agresivitu u dospělých než u dětí, z dlouhodobého hlediska naopak ale více agresivitu u dětí než u dospělých. Zdá se, že nejnebezpečnější formy násilí v počítačových hrách jsou ty, které může dospívající v reálném životě snadno napodobit. Např. bodnutí nožem v takové hře představuje pro okolí dospívajícího větší riziko než používání interkontinentálních raket. Gentile a Stone (2005) shrnují poznatky v této oblasti a uvádějí, že násilné hry podněcují agresivní emoce, vyvolávají související změny fyziologie a korelují s agresivním chováním. Bartholow a spol. (2005) uvádějí, že kromě desenzitizace vůči násilí se při agresivních hrách navíc oslabuje empatie a narůstá hostilní vnímání okolí. Bushman a Huesmann (2006) dále konstatují, že už prostá přítomnost zbraní v zorném poli zvyšuje množství agresivních myšlenek, to platí tím spíše v situaci, kdy někdo pozoruje agresivní chování.

Děti, podobně jako mláďata primátů, mají tendenci napodobovat to, s čím

se setkávají. Desenzitizace vůči krvi nebo porušení integrity lidského těla může být užitečná např. pro chirurga. U dospívajících je však nevhodná, protože se tak snižují užitečné zábrany při používání násilí vůči sobě nebo druhým. Bushman a Huesmann (2006) uvádějí, že násilně se chovající kladní hrdinové jsou z hlediska učení se násilí ještě nebezpečnější než násilně se chovající záporné postavy. Závažná je i skutečnost, že násilné videohry vedou u dětí a dospívajících k snížení prosociálního chování (přehled viz Carnagey a spol., 2006). Citovaní autoři uvádějí, že v experimentu došlo po 20 minutách hraní agresivních her při pozorování násilí k relativně nižšímu vzestupu tepové frekvence a kožní galvanické reakce, než když před tím hrály pokusné osoby nenásilné hry. Podle Funka (2005) by měli klinici povzbuzovat rodiče, aby omezovali hraní agresivních videoher u dětí a podněcovali jejich kritické uvažování. Brady a Matthews (2006) konstatují, že agresivní videohry jsou nebezpečné pro všechny dospívající a představují zvláště velké riziko pro dospívající, kteří vyrůstali v násilně se chovajících rodinách či společenstvích.

Návyková rizika

Existuje tendence řadit patologický vztah k počítačům, internetu a videohrám mezi návykové a impulzivní poruchy (tj. do stejné skupiny jako např. patologické hráčství, pro které je ale charakteristické hraní o peníze či jinou hmotnou odměnu). Mezi lidmi nadměrně se věnujícím počítačům byl zjištěn vysoký výskyt jiných duševních problémů, manželských konfliktů a syndrom vyhoření. To by nemělo překvapit, protože uvedené faktory jsou rizikovými činiteli i ve vztahu k závislostem nebo patologickému hráčství.

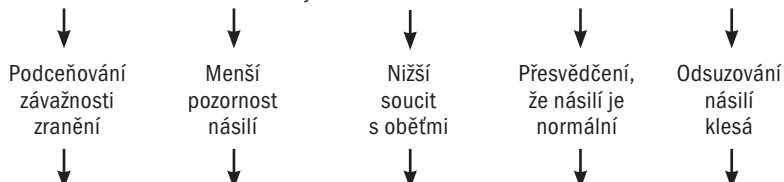
Ng a Wiemer-Hastings (2005) hovoří přímo i o internetové závislosti a k jejím projevům řadí selhávání ve škole nebo problémy v rodinných i dalších vztazích. Grusser a spol. (2005) vytvořili na základě definic závislosti a patologického hráčství Mezinárodní klasifikace nemocí a americké DSM-IV novou diagnostickou kategorii, kterou nazvali „excesivní hraní počítačových her a videoher“. V jejich souboru dětí ve věku 11 až 14 let se tato porucha vykytovala v 9,3 %. Citovaní autoři popisovali u postižených dětí jiné komunikační vzorce, zhoršenou schop-

obrázek č. 1

Desenzitizace vůči násilí během násilných her (volně podle Carnegie a spol., 2006)

Opakující se hraní násilných her spojené s pozitivním emočním obsahem, hudbou, s humorem, odměna za násilné chování, rostoucí intenzita násilných podnětů, když dítě přechází k hře určené pro starší ročníky

Vyhasnutí strachu z násilí



Nižší ochota pomoci obětem násilí a odkládání případné pomoci. Vyšší pravděpodobnost zahájení agresivního chování, závažnější forma agrese, delší trvání agresivního chování.

nost soustředění na školní povinnosti a odlišné způsoby, jak zvládat negativní emoce. Autoři považují excesivní hraní videoher za neadekvátní způsob zvládnutí stresu. Podobně Johansson a Gotestam (2004) přirovnávají excesivní provozování počítačových her k patologickému hráčství, i když počítačové hry nejsou finančně odměňovány. Výskyt této nové poruchy v norské populaci 12 – 18 letých odhadují na 2,7 % (téměř 4x častěji u chlapců). S použitím adaptované definice patologického hráčství podle DSM-III-R zjistili Griffiths a Hunt (1998) výskyt závislosti na počítačových hrách mezi 12–16 letými Brity u jednoho z pěti dospívajících. Autoři tohoto sdělení považují za nejvhodnější řadit „závislost“ na počítačových hrách do skupiny „jiné návykové a impulzivní poruchy“ (kód F63.8 podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí). Leung (2004) upozorňuje, že na internetu a online hrách „závislí“ dospívající používají počítač především k navození libosti nebo útěku před nepříjemnými duševními stavy, kdežto normální dospívající ho používají k racionální práci s informacemi.

Zneužívání alkoholu, drog a patologické hráčství

Griffiths a Wood (2000) srovnávají excesivní věnování se počítačovým hrám s patologickým hráčstvím a konstatují, že některé videohry se hazardním hrám v mnoha směrech podobají. Uvedení autoři také upozorňují na rizika hazardních her na internetu. V některých videohrách objevuje i zneužívání psychoaktivních látek (Thompson a spol. 2006). Jestliže se nepříznivý vliv televize na zneužívání alkoholu prokázal (Robinson

a spol., 1998), význam počítačových her v tomto směru není zcela jasný. Je ovšem známo, že jedna návyková nemoc může snadno přejít v jinou (např. závislost na heroinu v závislost na alkoholu nebo patologické hráčství v závislost na alkoholu), proto je třeba dospívajícím, kteří měli problémy s excesivním hraním počítačových her, věnovat zvýšenou pozornost při prevenci škod působených psychoaktivními látkami. Zajímavá práce MacDougall a spol. (1983) zjistila, že kombinace stresující videohry a kouření tabáku zvýšila krevní tlak více než by odpovídalo součtu zvýšení tlaku pro samotné kouření nebo samotnou videohru. Za zneklidňující lze považovat zjištění Bradyho a Matthewse (2006), že po skončení hraní násilné videohry se u zkoumaných dospívajících objevily mimo jiné i permissivnější postoje k alkoholu a marihuaně.

Další zdravotní a psychologická rizika

Uvedený výčet zdravotních rizik v důsledku excesivního věnování se počítačovým hrám není úplný. Např. Kimata (2003) popsal v souvislosti s videohrami zvýšený výskyt kožních alergických reakcí. S ohledem na stres, který provází videohry, zvýšení krevního tlaku (Brady a Matthews, 2006), hypokinezu, větší tendenci riskovat a další okolnosti lze předpokládat i další rizika.

Krátce o léčbě

Youngová (Young, 1998) uvádí, že strategie, které se používají při léčbě, zahrnují především práci s motivací, změnu životního stylu, využívání vlivu širšího okolí, rozpoznávání spouštěčů a vyhýbání se

jím nebo jejich lepší zvládnutí, prohlubování sebeuvědomění, udržování dobrého stavu a prevenci relapsů. Autorka také upozorňuje na skutečnost, že návykové chování ve vztahu k Internetu může být formou úniku, před jinými duševními problémy, které je třeba také léčit. Jedná se o postupy, které se používají i při léčbě jiných návykových nemocí (Nešpor, 2000). Kontrolované studie týkající se efektivity léčby „závislosti“ na počítačových hrách jsme ale v literatuře nenašli, důvodem může být i neustálená diagnostická kritéria této poruchy.

Videohry u dětí a dospívajících

Je známo, že návykové problémy se rozvíjejí v dětství a dospívání rychleji. Nedostatečný rozvoj sociálních dovedností a jednostranný životní styl má také v dětství a dospívání vyšší riziko než v pozdějších letech. Velmi rizikový je pro děti prvek násilí v počítačových hrách, který může podstatně zhoršit schopnost jejich adaptace ve společnosti. Děti jsou navíc v souvislosti se školními povinnostmi více ohroženy hypokinezou (nedostatkem pohybu), což s sebou přináší četná rizika. Toho by si měli být vědomi rodiče, pedagogové i příslušníci pomáhajících profesí.

Počítačové hry v životě českých dětí

Informace o tom, do jaké míry se čeští dospívající věnují počítačovým hrám, resp. jaké mají počítačové hry souvislosti s některými formami chování, jsme získali z databáze studie Mládež a zdraví (The Health Behaviour in School-aged Children) (Csémy, 2007). Data pocházejí z roku 2006 a týkají se pouze žáků 9. tříd ZŠ (N= 1665, 842 chlapců, tj. 50,6%). Hraní počítačových her bylo velmi rozšířené mezi chlapci – 52 % uvedlo, že hraje počítačové hry ve všední dny alespoň dvě hodiny, o víkendech to bylo 62 %. U děvčat se hra touto intenzitou vyskytovala podstatně řidčeji (15, respektive 17 procent). Korelační analýzou jsme zjišťovali těsnost souvislosti mezi intenzitou hraní počítačových her (kategorizováno počtem hodin věnovaných hře během všedních dnů a během víkendových dnů) a mezi frekvencí kouření, pití alkoholických nápojů, užívání marihuany, dále mezi rvačkami, šikanováním druhých a výskytem snížené známky z mravů. Výsledky naznačily, že mezi sledovanými

formami chování a hraním počítačových her existuje statisticky významný vztah, i když hodnoty korelačních koeficientů nebyly vysoké. Výsledky lze interpretovat tak, že časté hraní počítačových her souvisí s častějším konzumem alkoholických nápojů, zejména piva, destilátů nebo míchaných alkoholických nápojů, dále s častějším kouřením cigaret a kouřením marihuany. Rovněž je zde naznačena souvislost s častějšími rvačkami a šikanováním druhých a sníženou známkou z chování. V obecné rovině je možné předpokládat, že děti, které v nadměrné míře hrají počítačové hry, mají současně také horší kontrolu regulace chování.

Literatura:

- 1) Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak-Kaymak D. Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *Eur J Pediatr*. 2007 (www.springerlink.com/content/21m7110438h11813/?p=fa9aba62cca434ba5c3d07025ff6fa&pi=0).
- 2) Bartholow BD, Sestir MA, Davis EB. Correlates and consequences of exposure to video game violence: hostile personality, empathy, and aggressive behavior. *Pers Soc Psychol Bull*. 2005;31(11):1573-1586.
- 3) Blehm C, Vishnu S, Khattak A, Mitra S, Yee RW. Computer vision syndrome: a review. *Surv Ophthalmol*. 2005;50(3):253-262.
- 4) Brady SS, Matthews KA. Effects of media violence on health-related outcomes among young men. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(4):341-347.
- 5) Burke A, Peper E. Cumulative trauma disorder risk for children using computer products: results of a pilot investigation with a student convenience sample. *Public Health Rep*. 2002;117(4):350-357.
- 6) Bushman BJ, Huesmann LR. Short-term and long-term effects of violent media on aggression in children and adults. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(4):348-352.
- 7) Carnagey NL, Anderson CA, Bushman BJ. The effect of video game violence on physiological desensitization to real-life violence. *J. Exp. Soc. Psychol*. 2006, http://sitemaker.umich.edu/brad.bushman/recent_publications
- 8) Carvalho MM, Padez MC, Moreira PA, Rosado VM. Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *Eur J Public Health*. 2007;17(1):42-46.
- 9) Chuang YC. Massively multiplayer online role-playing game-induced seizures: a neglected health problem in Internet addiction. *Cyberpsychol Behav*. 2006;9(4):451-456.
- 10) Csémy L. Studie Mládež a zdraví. Data zpracovaná pro toto sdělení 2007.
- 11) Fischer P, Kubitzki J, Guter S, Frey D. Virtual driving and risk taking: do racing games increase risk-taking cognitions, affect, and behaviors? *J Exp Psychol Appl*. 2007;13(1):22-31.
- 12) Funk JB. Children's exposure to violent video games and desensitization to violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2005;14(3):387-404, vii-viii.
- 13) Fushiki H, Kobayashi K, Asai M, Watanabe Y. Influence of visually induced self-motion on postural stability. *Acta Otolaryngol*. 2005;125(1):60-64.
- 14) Gentile DA, Stone W. Violent video game effects on children and adolescents. A review of the literature. *Minerva Pediatr*. 2005;57(6):337-358.
- 15) Griffiths MD, Hunt N. Dependence on computer games by adolescents. *Psychol Rep*. 1998;82(2):475-80.
- 16) Griffiths M, Wood RT. Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing, and the internet. *J Gambli Stud*. 2000;16(2-3):199-225.
- 17) Grusser SM, Thalemann R, Albrecht U, Thalemann CN. Excessive computer usage in adolescents--results of a psychometric evaluation. *Wien Klin Wochenschr*. 2005;117(5-6):188-195.
- 18) Hakala PT, Rimpela AH, Saarni LA, Salminen JJ. Frequent computer-related activities increase the risk of neck-shoulder and low back pain in adolescents. *Eur J Public Health*. 2006;16(5):536-541.
- 19) Haninger K, Thompson KM. Content and ratings of teen-rated video games. *JAMA*. 2004;291(7):856-865.
- 20) Hardy LL, Bass SL, Booth ML. Changes in sedentary behavior among adolescent girls: a 2.5-year prospective cohort study. *J Adolesc Health*. 2007;40(2):158-165.
- 21) Johansson A, Gøtestam KG. Problems with computer games without monetary reward: similarity to pathological gambling. *Psychol Rep*. 2004;95(2):641-650.
- 22) Kimata H. Enhancement of allergic skin wheal responses in patients with atopic eczema/dermatitis syndrome by playing video games or by a frequently ringing mobile phone. *Eur J Clin Invest*. 2003;33(6):513-517.
- 23) Kratnova J, Zejglicova K, Maly M, Filipova V. Prevalence and risk factors of poor posture in school children in the Czech Republic. *J Sch Health*. 2007;77(3):131-137.
- 24) Lemmens JS, Bushman BJ, Konijn EA. The appeal of violent video games to lower educated aggressive adolescent boys from two countries. *Cyberpsychol Behav*. 2006;9(5):638-641.
- 25) Leung L. Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction. *Cyberpsychol Behav*. 2004;7(3):333-348.
- 26) Lo SK, Wang CC, Fang W. Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychol Behav*. 2005;8(1):15-20.
- 27) Ma D, Jones G. Television, computer, and video viewing: physical activity; and upper limb fracture risk in children: a population-based case control study. *J Bone Miner Res*. 2003;18(11):1970-1977.
- 28) MacDougall JM, Dembroski TM, Slaats S, Herd JA, Elliot RS. Selective cardiovascular effects of stress and cigarette smoking. *J Human Stress*. 1983;9(3):13-21.
- 29) Nešpor K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál 2000; 152 (2005 vychází 3. rozšířené vydání).
- 30) Ng BD, Wiener-Hastings P. Addiction to the internet and online gaming. *Cyberpsychol Behav*. 2005;8(2):110-113.
- 31) Regan EC, Price KR. The frequency of occurrence and severity of side-effects of immersion virtual reality. *Aviat Space Environ Med*. 1994;65(6):527-530.
- 32) Robinson TN, Chen HL, Killen JD. Television and music video exposure and risk of adolescent alcohol use. *Pediatrics*. 1998; 102(5):E54.
- 33) Sharif I, Sargent JD. Association between television, movie, and video game exposure and school performance. *Pediatrics*. 2006; 118(4):e1061-70.
- 34) Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep*. 2006;17(3):27-42.
- 35) Shojia MM, Tubbs RS, Malekian A, Jafari Rouhi AH, Barzgar M, Oakes WJ. Video game epilepsy in the twentieth century: a review. *Childs Nerv Syst*. 2007;23(3):265-267.
- 36) Stettler N, Signer TM, Suter PM. Electronic games and environmental factors associated with childhood obesity in Switzerland. *Obes Res*. 2004;12(6):896-903.
- 37) Thompson KM, Tepichin K, Haninger K. Content and ratings of mature-rated video games. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(4):402-410.
- 38) Tong L, Saw SM, Carkeet A, Chan WY, Wu HM, Tan D. Prevalence rates and epidemiological risk factors for astigmatism in Singapore school children. *Optom Vis Sci*. 2002;79(9):606-613.
- 39) Van den Bulck J, Eggermont S. Media use as a reason for meal skipping and fast eating in secondary school children. *J Hum Nutr Diet*. 2006;19(2):91-100.
- 40) Young KS. Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction - and a winning strategy for recovery. New York: John Wiley & Sons 1998; 250.

pozvánka...

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,
dovolujeme si vás pozvat na kurs pro ambulantní a praktické lékaře:

Léčba závislosti na tabáku v ambulantní péči

Kurs pořádá Ústav všeobecného lékařství spolu
se Společností pro prevenci nemocí.

Místo a čas:

čtvrtek 21. června 2007 od 10,00 hod.

posluchárna Rehabilitační kliniky, Albertov 7, Praha 2 (1. patro)

Kurs je určen pro lékaře v ambulantních praxích, zejména praktické lékaře. Náplní semináře v rámci postgraduálního vzdělávání je edukace ambulantních lékařů v léčbě závislosti na tabáku a management péče o pacienty – kuřáky tabáku v ambulancích.

Program:

10,00 – 10,45 hod.

MUDr. Alena Šteflová, WHO/**Důsledky aktivního a pasivního kouření**

10,45 – 11,30 hod.

MUDr. Jozef Čupka, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP/**Role ambulantního lékaře v léčbě závislosti na tabáku – epidemiologie, formy intervence**

11,30 – 12,15 hod.

as. MUDr. Luboš Janů, Ph.D., Psychiatrická klinika LF UK v Plzni/**Princip závislosti na tabáku a její mediátory**

12,15 – 13,00 hod.

MUDr. Lenka Štěpánková, Centrum léčby závislosti na tabáku 1. LF UK a VFN Praha/**Individuální a skupinová psychoterapie závislosti na tabáku. Rizika psychiatrické komorbidit kuřáků**

13,00 – 13,30 hod.

Polední občerstvení zajištěno

13,30 – 13,45 hod.

MUDr. Eva Králíková, CSc., Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK v Praze/**Farmakoterapeutické a psychobehaviorální intervence v léčbě závislosti na tabáku**

13,45 – 14,30 hod.

prof. MUDr. František Perlík, DrSc., Farmakologický ústav 1. LF UK v Praze/**Lékové interakce kouření**

14,30 – 15,15 hod.

MUDr. Jozef Čupka, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP/**Poradna odvykání kouření v ordinaci – know how a management**

15,15 – 16,00 hod.

MUDr. Kateřina Langrová, Česká koalice proti tabáku/**Linka pro odvykání kouření – telefonická poradna a její možnosti. Nekuřácký podnik.**

Účastníci kursu obdrží certifikát o absolvování kursu.

Kurs je pořádán ve spolupráci s ČLK.

Pro ambulantní lékaře je kurs zdarma.

Příhlášky a informace:

Petra Richtrová, Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Albertov 7, Praha 2, tel./fax: 224917479, vselek@lf1.cuni.cz.

Těšíme se na setkání s vámi.

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství, 1. LF UK v Praze

POEM (Patient oriented evidence that matters)

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

1 týden = 2 týdny léčby na eradikaci HP

► **Klinická otázka:** Je léčba trvající 1 týden dostatečná k eradikaci *Helicobacter pylori* (HP)?

► **Závěr:** Jeden týden léčby omeprazolem, amoxicilinem a clarithromycinem podávaném 2x denně, je stejně účinná pro eradikaci *Helicobacter pylori* (HP) jako stejná léčba trvající 2 týdny. Je také levnější a méně zatěžující pro pacienty (LOE = 1b).

► **Reference:** Zagari RM, Bianchi-Porro G, Fiocca R, Gasbarrini G, Roda E, Bazzoli F. Comparison of 1 and 2 weeks of omeprazole, amoxicillin and clarithromycin treatment for *Helicobacter pylori* eradication: the HYPER study. Gut 2007;56:475-479.

► **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)

► **Financování:** Průmysl

► **Prováděcí prostředí studie:** Ambulantní (specializované)

► **Rozdělení:** Utajené

► **Synopse:** K eradikaci HP je používána řada léčebných režimů o různé době trvání, od tak krátkých, jako je jeden den léčby, až po délku trvání 14 dnů. Jeden z nejbližších užívaných terapeutických režimů je založen na podávání omeprazolu 20 mg, amoxicilinu 1 g a clarithromycinu 500 mg (OAC) 2x denně. V Evropě je léčba obvykle podávána po dobu 7 dnů, většina amerických lékařů ji však předepisuje na dobu 10 – 14 dnů (podobný a široce užívaný PrevPac je také doporučován na dobu 14 dnů). Meta-analýzy zjistily vyšší četnost eradikace u delší doby léčby, ale jen málo studií přímo srovnávalo tyto dvě délky léčby. Do této studie bylo zařazeno 909 dospělých (průměrný věk = 46 let, 68% bylo mužů) se symptomatickým duodenálním vředem a pozitivním rychlým ureázovým testem na HP. Účastníci byli randomizováni do 3 skupin, ve kterých užívali OAC po dobu 1 týdne, OAC po dobu 2 týdnů a samotný omeprazol s amoxicilinem. Pacienti byli po 2 týdnech endoskopováni za účelem zhodnocení hojení. Jestliže vřed nebyl zhojen, byla endoskopie provedena ještě jednou za 4 týdny. Všichni pacienti se zhojenými vředy podstoupili ještě jednu endoskopii nejméně 4 týdny po ukončení léčby, aby bylo potvrzena eradikace a měli současně proveden ureázový dechový test. Eradikace HP byla uznána v případech negativit jak biotických vzorků, tak ureázového dechového testu. Skupiny byly na začátku studie srovnatelné, analýza byla prováděna podle původního léčebného záměru („intention to treat“). Ve všech skupinách byl ztracen podobný počet pacientů (17-23), kteří se nedostavili ke kontrolám. Četnost eradikace HP byla srovnatelná ve skupině OAC s délkou léčby 1 týden i ve skupině OAC s délkou léčby 2 týdny (79,7% vs 81,7%), obě OAC skupiny měly vyšší četnost eradikace ve srovnání se skupinou užívací pouze omeprazol a amoxicilin (44,6%). Nežádoucí účinky a nutnost ukončení léčby byly podob-

né u obou OAC skupin s délkou léčby 1 týden a 2 týdny.

pozn. redakce: PrevPac je předbalená kombinace léků určených k eradikaci HP, konkrétně je to lansoprazol, amoxicillin a clarithromycin

Oves je pro pacienty s celiakií bezpečný

► **Klinická otázka:** Mohou osoby s celiakií bezpečně zahrnout ovesné produkty do diety?

► **Závěr:** Ovesné produkty mohou být pacienty s celiakií bezpečně konzumovány. Malé množství kontaminované pšenice je běžné u rýžových, kukuřičných a ovesných produktů, ale obecně nedosahuje prahu pro poškození sliznice. Pacienti na bezlepkové dietě mohou zkusit přidat do diety produkty z ovsu, ale měli by je opět vyloučit, jestliže se objeví potíže. (LOE = 1a)

► **Reference:** Garsed K, Scott BB.

Can oats be taken in a gluten-free diet? A systematic review. Scand J Gastroenterol 2007;42:171-178.

► **Typ studie:** Systematický přehled

► **Financování:** Neznámé/neudáno

► **Prováděcí prostředí studie:**

Ambulantní péče (specializace)

► **Synopse:** Mnoho pacientů s celiakií je stále poučováno, aby se vyhnuli produktům z ovsu. Toto doporučení je založeno převážně na raných nekontrolovaných studiích, neoficiálních důkazech a na obavě, že ovesné produkty mohou být kontaminovány pšenicí. V tomto systematickém přehledu byla pečlivě prohledána literatura a byly identifikovány všechny nekontrolované a kontrolované studie. Největší studie randomizovala 92 dospělých s celiakií do skupiny s požíváním ovsu a do skupiny bez ovsu po dobu od 6 do 12 měsíců. Autoři nenašli žádný rozdíl v rozložení symptomů, slizničním hojení nebo v histologických nálezech. Kontrola u sledovaných za 5 let nenalezla žádný rozdíl mezi skupinami. Množství menších histologických a imunologických studií také neprokázaly žádný signifikantní rozdíl mezi skupinami.

Používejte krokový přístup v léčbě bolesti kolene u starších dospělých

► **Klinická otázka:** Jaký je racionální přístup k léčbě bolesti kolene u starších dospělých v primární péči?

► **Závěr:** Toto doporučení vytvořené racionálním a jednoznačným postupem navrhuje krokový přístup k léčbě pacientů nad 50 let věku, kteří mají bolest kolene z důvodu degenerativního kloubního onemocnění. Toto doporučení, jako většina jiných v současnosti, nebylo testováno na skutečnou proveditelnost nebo účinnost (LOE = 1a-)

► **Reference:** Porcheret M, Jordan K, Croft P. Treatment of knee pain in older adults in

primary care: development of an evidence-based model of care. Rheumatology 2007;46:638-648.

► **Typ studie:** Klinický doporučený postup.

► **Financování:** Nadace

► **Prováděcí prostředí studie:** Ambulantní (primární péče)

► **Synopse:** Tým ze Společnosti pro revmatologii v primární péči (the Primary Care Rheumatology Society) provedl systematické prohledání četných databází na anglicky psané klinické doporučené postupy a systematické prohledání literatury publikované v posledních 10 letech zaměřené na léčbu bolesti kolene a degenerativního onemocnění kloubů u pacientů nad 50 let. Toto bylo potom použito jako základ pro vytvoření konsenzu ke krokovému přístupu v péči o tyto pacienty. Tým používal standardní přístup při extrahování relevantních informací a hodnocení síly doporučení, ačkoliv úroveň důkazu u doporučeních hodnocena nebyla. Ze 77 vybraných odkazů zařadil tým 24 intervencí včetně sebekpéče (jako je cvičení, nepředepisování léků a suplement) a profesionální péče (jako jsou nesteroidní protizánětlivé léky [NSAID] a akupunktura). Utřídili svá doporučení do 4 kroků. První krok je aplikovatelný na všechny pacienty a každý následující krok odpovídá pacientům, kteří mají přetrvávající bolest nebo handicap, ačkoliv zkouší nebo zvažují všechny intervence v předešlých krocích.

Jejich doporučení jsou následující:

Krok 1

- Snížení váhy
- Paracetamol (Acetaminofen)
- Cvičení
- Písemné informace
- Ponaucení o posilujícím efektu spánku
- Léčba teplem
- Symptomatické pomalu působící léky u osteoartrózy (slow-acting drugs, SYSADOA) např. glucosamin, chondroitin, diacerein, ASU (avocado/soybean unsaponifiables - nezmýdelnitelný podíl olejů ze semen avokáda a sóji luštěnaté)

Krok 2

- Neselektivní NSAID
- Kombinovaná opioidní analgetika
- Fyzioterapie
- Laterální klínové stélky
- Selektivní NSAID
- Skupinová edukace
- Kapsaicin
- Akupunktura
- Přístroje
- Podpurné pomůcky při chůzi

Krok 3

- Intra-artikulární aplikace hyaluronu
- Intra-artikulární aplikace kortikosteroidů
- Pracovní lékařství
- Transkutánní elektrická stimulace nervů
- Topické NSAID
- Kognitivně behaviorální léčba

Krok 4

- Doporučení k chirurgickému výkonu

Zpracovala: J. Laňková

Copyright © 2007 by Wiley Subscription Services, Inc. All rights reserved.

Kazuistika bez jednoznačné diagnózy

MUDr. Eva Šťastná

Praktická lékařka, Česká Lípa

PA: praktická lékařka, věk 54 let

OA: stp TE, CHCE v r. 82, lymeská boreliosa v r. 97, stp. HE, adnexa ponechány v r. 98. vyšetřována pro průjmy, v r. 2001 kolonoskopie norma, oj. divertikly, hodnoceno jako poscholecystektom. sy., art. hypertenze na Prestariu 4 mg, HCHT1/2 tbl a Lokrenu 20 mg.

RA: otec ICHS, se sy AP, stp CHCE, pankreatitidě akutní, ICHDK, zemřel po amputaci DK v 78 letech matka ICHS, art. hypertenze, stp. CHCE, žije 76 let, děti 2 zdravé, výška 170, váha 80 kg., Alergie na jodové kontrast. látky,

NO:

27.5.06 pobolívání břicha, postupně zhoršování, zejména bolesti v l. mesogastriu a podbřišku, ale postupně celého břicha, zácpovitá stolice, v den hospit. již žádná, větry O, postupně škytavka, bez T, nezvracela.

28.5.06 byla hospitalizována na chirurgii, jako pracovní dg. stanovena divertikulitida sigmatu. Nasazen Amoksiklav 2g denně, Gentamycin 240 mg v infusích, Novalgín v infusi na bolesti a Normix p.o. 2x denně 1 tb. 29.5.06 hned další den subj. úleva, obnovil se meteorismus a stolice, bolesti břicha vleže ustoupily, jen mírné při pohybu bez teplot. RTG plíc norma, nativ břicha vstoje - nevýrazná střevní pneumatosa zej. mesogastria bez pathol. hladinek a bez distenze střevních kliček, bez rtg známek NPB.

Laboratorně CRP 49, leuko 17 tis., ostatní laboratoř v normě, moč. sed. norma, sterilní. 30.5.06 sono l. mesogastria - infiltrát asi 5x7 cm, nej. etiol. naléhající na sigma, distální úsek sigmoidea je rozšířen nepravidelně, k tomuto úseku přiléhá nepravidelné ložisko ovoidní, vel. asi prům. 5x7 mm, v okolí bez volné tekutiny, bez zn. abscesu, kraniální úsek sigmatu bpn.

31.5.06 CT se vzduchem - těsná stenosa aborálního sigmatu, infiltrát v malé pánvi naléhající zezadu na sigma a na dělohu ??? (stav po vagin. hysterektomii), divertikulosa sigmatu, střevo v krátkém úseku bez vzduchové náplně

5.6.06 kontrolní sono dist. úsek sigmatu je nepravidelně rozšířen až na 12 šíře stěny, místy laločnatě, k tomuto úseku přiléhá ovoidní infiltrát v průměru asi 35 mm jemně zrnité struktury, okolí je jinak bez pathol., ZMENŠUJE SE.

7.6.06 kolonoskopie: nepříliš výrazná divertikulosa sigmatu, žádná zánětlivá ani jiná patologie, lze vyloučit i stenosu v oblasti sigmatu (i jinde), nevýrazné vnitř. hemorhoi-

dy, jinak norm. nález při pankolonoskopii/etiol. souvislost s infiltrátem v malé pánvi a se sigmatem je nepravděpodobná! (dr. Čerbák). Jelikož v tento okamžik byla zpochybněna diagnosa divertikulosy, byla pacientka poslána na gynekol. sono.

8.6.06 gynekol. sono - stav po vaginální HE, nad pošev. pahýlem zleva útvar smíšené echogenity, strukturálně připomínající kličku střevní, ale bez pohybu, asi 5x6 cm. Ovaria spolehlivě nedif., bez volné tekutiny.

Po té byl konstatován závěr adnextumor nej etiol. a byla propuštěna domů, kontrola za týden, při zhoršení ihned (čtvrtek).

Subj. doma bez T, ale bolesti břicha opět horší, opět dysurické potíže, špatné větry, stolice nebyla, celková únava (pátek).

V pozdních odpoledních hodinách náhle odtok velkého množství zeleného hnisu, postupně s hemorag. příměsí vaginální cestou, subjektivně velká úleva, byla manželem odvezena na gynekologii.

9.6.06 Tam byla vyšetřena - zjištěn odtok sekretu v l. horní části sutury po vagin. hysterektomii a hospitalizována, nasazen Efloran 500mg v infusi 2x denně a pak za 2 dny, kdy se sekrece postupně zklidnila, propuštěna domů s pokračováním Entizolu 2x500 mg. Sama si nasadila Wobenzym týden 3x10 tbl, pak 3x5 tbl až do vybrání celého balení 800 tbl. Laboratoř CRP, leuko 17 tis., ostatní labor. norma, Ca125, 88 cytologie neg., sekret sterilní! Ostatní tumor. markry neg.

10.6.06 Kontrolní sono vaginální - ovoidní útvar již nenalezen, zprava nad pahýlem v.s. ovarium s několika cystami, vlevo pathol. útvar není vidět. L. ovarium se zdá být norm. vzhledu.

16.6.06 kontrolní sono - ovoidní ložisko v regresi 15x12 mm se stěnou sigmatu splývající, bez vlastní stěny, bez prokrvení, okolí v normě. Stále trvá sekrece z pochvy, množstvím již minimální, žlutavá, některé dny úplně ustává, jindy kapička. T není. Subj. je lépe. Bolesti v l. mesogastriu jen při určitých pohybech. Při stolici bolesti O, stolice formovaná, močení s občasnými dysurickými potížemi, občas píchnutí v podbřišku. Dle chirurga budou-li potíže trvat nutná revize laparotomická. Ale spíše se počká, jak se budou obtíže vyvíjet. V současné době laparotomie jen z vitální indikace, neboť by skončila stomií.

4.7.06 kontrolní sono - opět regrese ložiska, stěna aborálního sigmatu lehce zesílená, infiltrát již nenalezen.

Protože ale sekrece i subj. potíže sice nevýrazného charakteru (píchání v podbřišku, pálení při močení) trvá, provedena znovu kultivace sekretu a zjištěna *Klebsiela pneumoniae*, nasazen tedy ještě po konzultaci s infekčním odd. Ciphin 2x500 mg po dobu 14 dnů. Sekrece ustala, ale po vysazení ATB se opět objevilo drobné množství sekretu, dle kultivace *Enterococcus faecalis*, opět provedena citlivost na ATB (mimořádně byl citlivý na všechna dosud braná ATB), ale po konzultaci s prim. mikrobiologie již ATB nenasazena, neboť je předpoklad, že by se s touto infekcí mohl organismus již vyrovnat sám. Skutečně sekrece ustala asi 27.7.06.

Od 10.7.06 pacientka opět v práci. Není unavená a bolesti v l. podbřišku jsou jen malé ale „ví o tom“.

Resistence v břiše nehmátná, stolice je normální (už nemá poscholecystektomické průjmy), leuko se znormalizovaly a rovněž je normální Ca125. CRP je negativní. Na revizi břicha se pacientce vzhledem k riziku nechce (chirurgové neustále mluví o stomii), není ve zdevastovaném stavu, který by to vyžadoval. Na gynekol. kontrolu již pozvána není. Díky ochotě prim. rtg oddělení byla objednána na MR do UL na 16.8.06.

Kontrastní vyšetření ukazuje na aborálním sigmatu v délce asi 8 cm lehce ztlustělou stěnu sigmatu s vícečetnými divertikly, stav po HE a nad suturou po HE VPRAVO! je tenkostěnný hladce ohraničený útvar vel. 39x37x27 mm, který nasedá na nezv. PRAVÉ ovarium, leze se lehce dotýká sigmatu a mediálně od ní jsou drobné cystičky vel. do 10 mm. Ve větších cystě je sedimentující obsah, známky zánětu tračníku ani v okolí cysty neprokázány. (Zřejmě se popis. lékař upsal.)

Pacientka podstoupila ještě 21.8.06 gynekologické vyšetření rovněž v UL, kde shodou okolností byla před 6 lety operována pro HE. Vaginální sono jednoznačně potvrdilo cystu na LEVÉM ovariu vel 44 mm s hemorhag. obsahem. Operační řešení nedoporučeno pro zánětlivý terén. Bylo doporučeno vyčkávat, sledovat cystu, kontrolovat odběry Ca 125. a dg. byla určena tak, že tam měla obojí, tedy stav po proběhlé divertikulitidě se spont. perforací abscesu vagin. cestou a cystis ovarii l. sin. To druhé je v jejím věku normální a cysty se neřeší, zmizí většinou samy.

Kazuistika nemá závěr. Jednoznačná diagnóza v podstatě nebyla určena.

Užití ACE inhibitoru lisinoprilu v profylaxi migrény

MUDr. Ingrid Niedermayerová

Neurologická ambulance Quattromedica, Brno a Neurologická klinika, FN Brno

MUDr. Jiří Mastík

Neurologická klinika, FN U sv. Anny, Brno

Souhrn:

Při nárůstu frekvence a intenzity záchvatů migrény nasazujeme profylaktickou léčbu. Cílem práce bylo zjistit účinnost inhibitoru angiotensin konvertujícího enzymu (ACE) lisinoprilu v této indikaci. Do studie jsme zařadili 54 osob s migrénou, z nichž 26 osob bylo léčeno lisinoprilem a 28 osob v kontrolní skupině metoprololem. Profylaxi trvající 3 měsíce dokončilo 22 osob s lisinoprilem a 26 osob s metoprololem. Ve skupině léčené lisinoprilem i metoprololem byla ve 3. měsíci léčby zjištěna statisticky významná redukce všech sledovaných parametrů, tj. počet dnů s bolestí hlavy (BH), průměrná intenzita BH, index BH, frekvence nauzey a zvracení, foto a fonofobie za měsíc. Ve 4. měsíci po vysazení profylaxe efekt léčby v obou skupinách přetrvával s výjimkou ovlivnění intenzity BH. Studie prokázala účinnost lisinoprilu v profylaxi migrény.

Klíčová slova:

lisinopril, metoprolol, migréna, profylaxe

Cílem práce bylo zjištění účinnosti ACE inhibitoru lisinoprilu (Diroton) v této indikaci.

Metodika

Do sledování jsme zařadili 54 osob s migrénou ve věku 20 až 63 let (5 mužů a 49 žen) s frekvencí 2-8 záchvatů měsíčně (tab. č. 2).

Jednalo se o zdravé osoby bez další přídatné terapie. Předchozí terapie musela být minimálně 2 měsíce vysazena. Soubor jsme náhodně rozdělili na 2 skupiny. První skupina (26 osob) byla léčena lisinoprilem v dávce 20 resp. 10 mg denně, druhá skupina (28 osob) metoprololem v dávce 200 resp. 100 mg. Léčba trvala 3 měsíce. Jeden měsíc před nasazením terapie, 3. měsíc léčby a měsíc následující po vysazení léčby jsme hodnotili tyto parametry: počet dnů s BH, průměrnou intenzitu BH, index BH, frekvenci nauzey a zvracení, foto a fonofobie za měsíc. Výsledky jsme statisticky zpracovali T-testem.

Výsledky

Léčbu lisinoprilem dokončilo 22 osob, terapii metoprololem 26 osob. Ve skupině s lisinoprilem došlo ve 3. měsíci léčby ke statisticky významné redukci

Úvod

Migréna je onemocnění, které v oblasti střední Evropy postihuje asi 12% populace, přičemž ženy jsou postiženy třikrát častěji. Jedná se o neurologické onemocnění, které pokud není správně léčeno, může mít významný vliv na kvalitu života. Při nízké frekvenci záchvatů léčíme jednotlivé ataky. Pokud dochází k nárůstu počtu záchvatů na více než 2 za měsíc, je-li nedostatečný efekt akutní léčby, vyskytují-li se časté či obtěžující aury nebo jestliže migréna výrazně omezuje kvalitu života, volíme nasazení profylaktické léčby (1,2).

V r. 2006 bylo publikováno doporučení EFNS týkající se profylaktické léčby 3. Dle provedených studií jsou medikamenty užívané pro profylaxi rozděleny na skupinu léků 1., 2. a 3. volby (tab. č. 1). Výběr preparátu musí být individuálně přizpůsoben pacientovi. Jako iniciální

profylaxe jsou velmi často využívána antihypertenziva ze skupiny betablokátorů 4. V případě kontraindikace betablokátorů (bronchiální astma, ischemická choroba DKK, srdeční arytmie, sexuální dysfunkce u mužů) lze podat antihypertenzivum ze skupiny ACE inhibitorů.

tabulka č. 1

Doporučení EFNS v profylaxi migrény

Léky 1. volby	Léky 2. volby	Léky 3. volby
betablokátory metoprolol 50-200 mg propranolol 40-240 mg	amitriptylin 50-150 mg naproxen 2x250-500 mg	gabapentin 1200-1600 mg lisinopril 20 mg magnesium 24 mmol/l
blokátory Ca kanálů flunarizin 5-10 mg		candesartan 16 mg ASA 300 mg
antiepileptika valproát 500-1800 mg topiramát 25-100 mg		

tabulka č. 2

Charakteristika souboru

	lisinopril	metoprolol	celý soubor
věk	36,1+-11,7	37,9+-9,6	37,0+-10,6
délka onemocnění	21,4+-11,9	14,7+-9,7	18,1+-11,2
aura	15,3%	25,0%	20,3%
RA	46,1%	53,5%	49,3%
HRA	52,1%	37,5%	44,8%
předchozí profylaxe	50,0%	53,5%	51,7%

2,1+-0,6, 1,7+-0,6, 1,8+-0,5 ($p=0,033$, $p=0,059$), index bolesti 11,0+-3,3, 5,0+-3,2, 7,3+-4,4 ($p<0,001$, $p=0,002$), frekvence nauzey a zvracení ($p<0,001$), fotofobie ($p<0,01$) fonofobie ($p<0,01$), (graf č. 1 a 2). Ve skupině s metoprololem jsme získali obdobné výsledky a statistická významnost nebyla zjištěna pouze u průměrné intenzity BH ve 4. měsíci studie (tab. č. 3).

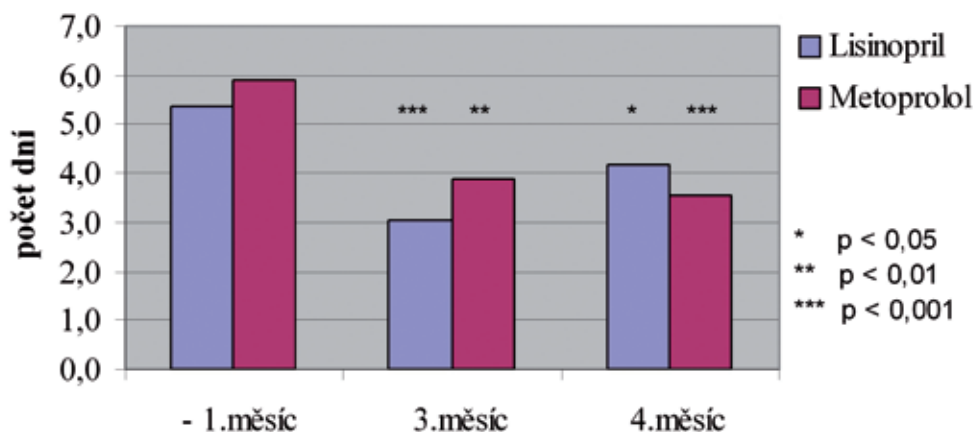
Vedlejší účinky byly pozorovány u 6 osob léčených lisinopriem. Jednalo

se o závrať, útlum, ospalost, hubnutí, nebyl ale zaznamenán kašel. 3 pacientky léčbu z těchto důvodů předčasně ukončily. Ve skupině s metoprololem se vyskytly vedlejší účinky také u 6 osob (závrať, útlum, ospalost, nauzea) a z nich předčasně ukončily léčbu 2 ženy. Jedna žena přerušila léčbu lisinopriem z důvodu gravidity. Redukovanou dávku lisinoprilu (10 mg) užívala 1 osoba, kdežto u metoprololu bylo nutné snížit dávku na 100 resp. 50 mg u 8 osob. Dále jsme sledovali, jakým způsobem jsou léčeny akutní záchvaty. V 84% souboru byly užity triptany, a to nejčastěji sumatriptan (51%), dále eletriptan (13%), zomatriptan (11%), frovatriptan (7%) a nejméně často naratriptan (2%). Antirevmatiky či běžnými analgetiky bylo léčeno 16% osob.

Diskuse

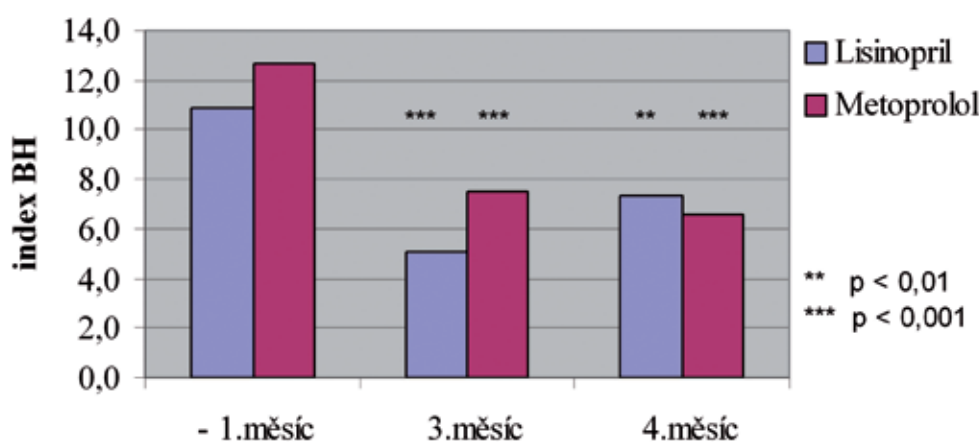
Dle doporučení EFNS patří betablokátory (metoprolol, propranolol) mezi léky první volby v profylaxi migrény a v západní Evropě jsou nejrozšířenější skupinou antimigrenik (5). O použití antihypertenziv ze skupiny ACE inhibitorů jsou v literatuře pouze dvě sdělení. V r. 1995 byla publikována práce týkající se enalaprilu a lisinoprilu, v níž byl poprvé u souboru 17 pacientů popisován pozitivní profylaktický efekt na migrénu (6). V roce 2001 publikoval Schrader et al. v r. 2001 výsledky randomizované a placebem kontrolované studie, kterou dokončilo 47 pacientů (7). Studie prokázala 20% redukci dní s migrénou a 21% redukci indexu

Počet dní s bolestí hlavy



Graf č. 1: Počet dnů s BH při léčbě lisinopriem a metoprololem.

Index bolesti hlavy



Graf č. 2: Index BH při léčbě lisinopriem a metoprololem.

hodnot všech sledovaných parametrů a pouze u průměrné intenzity BH ve 4. měsíci významnost zjištěna nebyla.

Počet dnů s BH v měsíci -1., 3. a 4. byl 5,4+-1,7, 3,0+-1,9, 4,1+-2,2 ($p<0,001$, $p=0,038$), průměrná intenzita bolesti

tabulka č. 3

Výsledky léčby lisinoprilem a metoprololem

	-1.měsíc	3. měsíc	významnost	4. měsíc	významnost
lisinopril					
počet dnů s BH	5,4+-1,7	3,0+-1,9	p<0,001	4,1+-2,2	p=0,038
průměrná intenzita BH	2,1+-0,6	1,7+-0,6	p=0,033	1,8+-0,5	NS
index BH	11,0+-3,3	5,0+-3,2	p<0,001	7,3+-4,4	p=0,002
nauzea a zvracení	3,6+-2,3	1,0+-0,9	p<0,001	0,9+-1,3	p<0,001
fotofobie	2,5+-2,5	0,5+-1,3	p=0,002	0,6+-1,3	p=0,004
fonofobie	2,4+-2,4	0,5+-1,3	p=0,001	0,6+-1,2	p=0,003
metoprolol					
počet dnů s BH	5,9+-1,9	3,9+-2,7	p=0,003	3,6+-2,3	p<0,001
průměrná intenzita BH	2,1+-0,5	1,5+-0,9	p=0,008	1,7+-0,9	NS
index BH	12,6+-4,8	7,5+-6,2	p=0,001	6,4+-5,2	p<0,001
nauzea a zvracení	3,6+-2,6	1,3+-2,4	p=0,001	1,5+-2,4	p=0,003
fotofobie	3,6+-2,6	1,7+-2,2	p=0,008	1,6+-2,0	p=0,075
fonofobie	2,9+-2,5	1,4+-2,0	p=0,019	1,2+-0,9	p=0,005

BH ve srovnání s placebem, přičemž 50% snížení počtu dní s migrénou bylo zaznamenáno u 30% pacientů a indexu BH u 32% osob. V našem souboru jsme zjistili při léčbě lisinoprilem snížení frekvence BH o 45% ve srovnání s obdobím před nasazením profylaxe a index BH se snížil o 55 %. Výsledky mohou však být částečně zkresleny malou velikostí souboru. Výskyt vedlejších účinků byl srovnatelný s léčbou betablokátozem, avšak nutnost redukce dávky byla u lisinoprilu méně častá (2,6% -1 pacient) než u metoprololu (28%).

Závěr

Výsledky naší studie ukazují na účinnost a dobrou toleranci lisinoprilu a představují alternativu pro iniciační profylaxi migrény, pokud není možno z důvodu kontraindikací či malé tolerance nasadit betablokátoz.

Literatura:

- 1) Waberžinek G. Migréna – diagnostika a léčba. Praha: Triton, 2003. 80-85.
- 2) Niedermayerová I. Bolesti hlavy, diagnostika a léčba. Causa subita. 2005;1:14-16.
- 3) Evers S. et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine / report of EFNS task force. European Journal of Neurology. 2006; 13: 560-572.
- 4) Limmroth V et al. The prevention of migraine: a critical review with special emphasis on betaadrenoceptor blockers. BrJ Clin Pharmacol. 2001; 52:237-243.
- 5) Mastik J. Možnosti kombinované léčby migrény. Farmakoterapie. 2006;6:661-663.
- 6) Bender W. ACE inhibitors for prophylaxis of migraine headaches. Headache 1995; 35:470-471.
- 7) Schrader H, et al. Prophylactic treatment of migraine with angiotensin converting enzyme inhibitor (lisinopril): randomised, placebo controlled crossover study. BMJ 2001; 322:19-26.

PLACENÁ INZERCE



CEDH (Středisko vzdělávání a rozvoje homeopatie se sídlem v Paříži)

pořádá

HOMEOPATICKÉ SEMINÁŘE

pro lékaře, farmaceuty a veterináře

**Zveme Vás na dvouleté vzdělávací semináře,
které přednášejí čeští i francouzští lékaři:
moderní styl výuky – elektronická prezentace**

Výuka probíhá ve 20 zemích světa.

„Základy homeopatické terapie“ – PRAHA, BRNO
6 víkendů – od října 2007 do května 2008

Příspěvek účastníka: 4.500 Kč / rok

Dále pořádáme: specializační homeopatické semináře a regionální setkání pro lékaře, podrobnější informace jsou v našich bulletinech, které zájemcům zasíláme zdarma.

V případě Vašeho zájmu nás prosím kontaktujte
– zašleme přihlášku s programem:

CEDH, Pobřežní 3, 186 00 Praha 8
tel.: 224 83 50 91, fax: 222 32 65 02, GSM: 724 185 559
cedh@centrum.cz

25% pacientů* v ČR se již nyní léčí

*výzkum projektu GFK z 12/2003

Skupinové praxe v ČR, ano či ne?

**MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Václav Beneš,
MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Jaroslava Laňková**
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Praha

Souhrn:

V současné době se v médiích ČR diskutuje otázka vzniku „řetězců“ primárních praxí pod jedním právním subjektem, kde praktičtí lékaři (PL) působí jako zaměstnanci v určitých centrech, které mají nabízet primární péči. V odborných kruzích se diskutuje o zkušenostech ze zahraničí, kde dlouhodobě probíhá sdružování praxí PL. Většinou je to na jiném principu: sdružením vlastníků praxí do skupinové praxe, která léčebně zabezpečuje daný region. Právní formy jsou různé: od prosté dohody o spolupráci až po vznik akciových společností nebo družstev. Uvažuje se o perspektivě zachování praxí vlastních a vedených jedním PL (tzv. sólo praxe) podle spokojenosti nebo nespokojenosti lékařů a jejich pacientů.

V ČR zatím převládají sólo praxe. Tato situace je podmíněna historicky. Po roce 1990 v přechodu od kolektivismu k individuální práci, snahami vymknout se ze socialistických poliklinik, poskytnout svým pacientům kvalitnější léčebně preventivní péči (LPP) a konečně pracovat za sebe, ve svých vlastních podmínkách, bez poručnickování, omezování atd. Také nedávný průzkum ukázal, že ve srovnání s Holandskem, Velkou Británií, Polskem, Španělskem a Řeckem, máme v ČR nejvíce samostatně pracujících lékařů.

Klíčová slova:

lisinopril, metoprolol, migréna, profylaxe

Informace o výhodách a nevýhodách sdružování praxí jsou často protichůdné, podle toho, z jakého zdroje vychází a pro českého praktického lékaře může být obtížné se v tomto prostředí orientovat. Jako příklady můžeme uvést:

- 1) obava ze ztráty nezávislosti a přímého vztahu s pacientem
- 2) možnost monopolizace primární péče danou organizací v regionu a ekonomická likvidace konkurence
- 3) možnost přímých vazeb primární a vybraných prvků sekundární a terciární péče, lékáren a pojišťoven, pokud budou vlastněny jedním subjektem s eliminací zdravotnických pracovišť stojících „mimo“

- 4) ohrožení základního poslání primární péče, která se v řetězcích vlastněných jedním subjektem snadno může stát pouhým distributorem a dodavatelem pacientů do více výdělečných specializovaných ambulancí
- 5) odosobnění a možný přílišný důraz zaměřený na zisk větších celků
- 6) vidina vyššího profitu, lepší práce atd.

O možnostech a důvodech zakládání skupinových praxí je potřebné diskutovat a náš článek je možné chápat jako inspiraci pro diskuzi, jak tento problém řešit v ČR.

Jaké jsou udávané výhody skupinových praxí PL a proč v historických zemích EU PL přistupují na uvedený systém práce

a někde se dokonce hovoří o soumraku samostatných sólo praxí? Mezi základní výhody patří:

- 1) lepší zázemí a podmínky pro provoz praxí
- 2) lepší vybavení pro LPP
- 3) lepší a pružnější organizace práce
- 4) lepší kvalita lékařské péče
- 5) lepší dostupnost LPP pro pacienty

Je tomu skutečně tak? Pokusme se na základě získaných poznatků odpovědět na uvedené základní body.

Ad 1. Lepší zázemí a podmínky pro provoz praxí

Tato výhoda je zdůrazňována prakticky ve všech publikacích. Vyplyvá to zejména z větších investičních možností a efektivnějšího využití společných prostor. Ordinance, čekárna i ostatní zázemí mohou být využívány najednou nebo po sobě několika lékaři, zdravotními sestrami, poradnami atd. Skupina lékařských ordinací má i silnější pozici při vyjednávání s dodavateli (v některých státech EU jsou např. velmi zajímavé možnosti množstevních slev). Nezanedbatelné jsou i lepší možnosti výběru kvalitních finančních, daňových a právních poradců. Mění se pozice při vyjednávání s pojišťovnami, zejména pokud daný subjekt má v regionu dominantní postavení. Na to někdy navazují i další výhody, jako je možnost širšího nasmlouvání výkonů, uvolnění regulací, apod. Na druhé straně je si je potřeba uvědomit, že tyto předpoklady nepůsobí automaticky a jsou sólo praxe, které se kvalitou zázemí se sdruženým praxím vyrovnají nebo je i předčí.

Ad 2. Lepší vybavení pro LPP

Tato oblast je skoro pokládána za automatickou. Je jednoznačné, že pro jednoho PL se nevyplatí kupovat všechnu zdravotnickou techniku a další v současné době dostupné vybavení. Jedná se například o EKG a laboratorní přístroje pro rychlou diagnostiku, ultrazvuk, reha-

bilitační vybavení, PC technika, internet aj. Pro některé nelékařské výkony je možné vyškolit nebo najmout odborný personál a uvolnit PL jen pro lékařské činnosti. Ovšem značně záleží na zájmu PL a na profesionalitě vedení skupinové praxe, což dokládají jak údaje z literatury, tak praktické zkušenosti autorů. Například v Londýně některé skupinové praxe nedosahují kvality dobře vedené sólo praxe v ČR.

Ad 3. Lepší a pružnější organizace práce

Ve skupinové praxi mohou PL pracovat jako vlastníci, spoluvlastníci nebo jako zaměstnanci. Povinnosti a práva se samozřejmě liší podle postavení ve skupinové praxi. Z organizačního hlediska jsou značně jednodušší vzájemné zástupy při nepřítomnosti z různých důvodů, ať už jde o účast na akcích kontinuálního vzdělávání, onemocnění, dovolenou, odborné stáže, částečný úvazek apod. Pro osvobození od administrativy lékařů a zdravotních sester je možné přijmout další personál. Ve sdružených praxích je výhodou i možnost určit „subsPECIALIZACE PL“ a jejich zdravotních sester, kde jeden PL se více věnuje například preventivní medicíně, druhý diabetologii, třetí chirurgii nebo např. kožnímu lékařství. Je též možné vyčlenit jednoho lékaře pro akutní záležitosti a ostatní lékaři se mohou plně věnovat objednaným pacientům. Je také snadnější zorganizovat dispenzární péči ve všech oblastech LPP s možností zavedení aktivního zvaní pacientů. Skupinové praxe mají celkově lepší předpoklady pro efektivnější práci lékařů i zdravotních sester. Zajímavé jsou informace o tom, že PL ze sólo praxí stráví více hodin na akcích kontinuálního vzdělávání, což někdy vede k úvahám o vyšší kvalitě jejich péče. Je ale otázkou, zda část kontinuálního vzdělávání ve skupinových praxích není nahrazována vzájemnými konzultacemi a výměnou informací mezi kolegy v rámci praxe. Tato forma vzájemného vzdělávání je obecně považována za jednu nejvíce efektivních.

Ad 4. Lepší kvalita lékařské péče

Skupinové praxe se obecně považují za bezpečnější pro pacienty, poskytující vyšší kvalitu péče a širší sortiment služeb, odborně stimulující lékaře i sestry. Zdálo by se tedy, že se výše uvedené skutečnosti jasně projeví ve vyšší kvalitě poskytované LPP ve skupinových praxích.

Přesto je ale známo, že i když je kvalita infrastruktury sdružených praxí zpravidla lepší, pacienti někdy lépe vnímají sólo praxe pro větší intimitu vztahu lékař-pacient-sestra. Ve skupinových praxích je běžné, že pacient střídá ošetřující lékaře, což je hodnoceno nepříznivě. Sólo praxe tak mohou poskytovat lepší osobní a kontinuální dlouhodobou péči s důrazem na pacientovy individuální potřeby. Také množství a kvalita informací, které pacient o své chorobě a léčebném procesu získá, je někdy kvalitnější v sólo praxích. Ve sdružených praxích jsou však lepší možnosti sledování kvality poskytované LPP, preskripce a určitého omezení možnosti pochybení vázaného na osobu lékaře vzhledem ke střídání lékařů, sdílení dokumentace a možnosti okamžité konzultace s kolegou. Dalším možným problémem je, že pokud se zařízení primární péče stane součástí celku poskytující i částečnou sekundární a terciální péči, jeho činnost se může redukovat podle zájmů ekonomické výhodnosti na úkor kvality a rozsahu poskytované LPP.

Ad 5. Lepší dostupnost LPP pro pacienty

Dostupnost je pro některé pacienty prioritou. Ve skupinových praxích je běžný systém centrálního objednání pacientů přes recepci, často i v pozdních odpoledních hodinách. V sólo praxích je systém objednávání hůře realizovatelný. Nicméně při zvýšeném zájmu pacientů by tato forma mohla být zohledněna za předpokladu zavedení určitého placeného nadstandardu.

Obecně je známo, že práce PL v sólo praxích je mnohem náročnější, vzhledem ke komplexitě úkolů, které musí plnit - kromě vlastní LPP, se musí starat i o technické, ekonomické, právní, daňové a další problémy praxe. To je, mimo jiné, často i hlavní důvod zakládání skupinových praxí samotnými lékaři. V žádném státě EU ale nebyl zaznamenán fakt, že by sólo praxe úplně vymizely a ani se to nepředpokládá. Tam, kde jsou pro to vhodné podmínky, PL zakládají skupinové praxe, které mají i přes 20 000 pacientů a kde se plně mohou projevit některé shora zmíněné výhody.

Proces sdružování praxí v historických zemích EU trval celá desetiletí. Bohužel v ČR tolik času pravděpodobně k dis-

pozici nemáme. Tento proces, může být realizován na základě dobrovolnosti, jako je tomu například ve Skotsku, nebo může být i podporován některými administrativními zásahy. Může být rovněž motivován určitým konkurenčním tlakem v rámci volné soutěže v primární péči. Tato situace se již projevuje v jednom regionu ČR. K vyostření konkurence v ČR jistě přispěje i diskutovaná změna legislativy, kde na zařízení primární péče se nemusí vypisovat výběrové řízení, takže praxe PL nebo sdružená praxe bude moci vzniknout prakticky kdekoli, kde to bude ekonomicky zajímavé. K tomu přispívá i zrušení degresní koeficient.

Závěrem můžeme konstatovat, že vytváření skupinových praxí PL je ve vhodných podmínkách zpravidla přínosné jak pro lékaře, tak i pro pacienty. Je samozřejmě nezbytné pečlivě sledovat kvalitu poskytované LPP. První pozitivní zkušenosti ze skupinových praxí PL jsou i v ČR. Ukazuje se, že je velmi důležitá vnitřní organizace, dobrý právní základ, dobrovolnost vstupu do této formy LPP, kolegiálnost a motivace k nějaké vyšší formě organizace LPP. Na druhou stranu je potřeba důkladně sdružování zvažovat a tam, kde pro to nejsou vhodné podmínky, postupovat cestou zkvalitňování LPP v sólo praxích.

Literatura:

- 1) Goodwin N.: The long term importance of English primary care groups for integration in primary health care and deinstitutionalisation of hospital care. *Int. J. Integr. Care* 2001, 1-19.
- 2) Hippisley-Cox J., Oringle M., Coupland C., and Hammersley V., Wilson A.: Do single handed practices offer poorer care? *BMJ* 2001 Aug 11;323(7308):320-3.
- 3) Jennings N.J. Your practice is not your pension fund. *J. Ir. Dent. Assoc.* 2005, Winter: 51(4):188-9.
- 4) Leese B. Bosanquet N.: Change in general practice and its effects on Service provision in areas with different socioeconomic characteristics. *BMJ* 1995 Aug 26;311(7004):546-50
- 5) Richards D., Toop L., Graham P., Do clinical practice education groups result in sustained change in GP prescribing? *Fam. Pract.* 2003 Apr 20(2): 199-206
- 6) Simoons S., Scott A.: Voluntary or compulsory health care reform? The case of primary care organizations in Scotland. *Health Policy* 2005 Jun, 72(3):351-8
- 7) Van den Homberg P., Engels Z, Van den Hoogen H., Van Doremalen J., Van den Bosch W., Grol R.: Saying „good-bye“ to single-handed practices: what do patients and start lose or gain? *Fam. Pract.* 2005, Feb;22(1):20-7.
- 8) Wildridge V., Childs S., Cawthra L., Madle B.: How to create successful partnership – a review of literature. *Health Info Libr J* 2004 Jun 21, Suppl 1:3-19
- 9) Wilkin D.: Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service: learning from a decade of health service reform. *Med J., August* 2002, Jun 3, 176(11):539-42.


znalostní test č.5/2007 - hodnocen 5 kredity ČLK
Správné odpovědi testu č. 4/2007: 1ab; 2c; 3b; 4a; 5a; 6ac; 7b; 8b; 9abc; 10ac

Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno **5 kreditů ČLK**.
Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz,
a to nejdele do **30.6.2007**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu **Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10**

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese www.svl.cz.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP.

Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přidělovány nebudou.

Dermatitis perioralis
1. Mezi etiopatogenetické mechanismy perorální dermatitidy patří:

- a) intoleranční reakce na kosmetické přípravky
- b) předchozí aplikace kortikoidních extern
- c) atopická reakce kůže na různé alergen

Upozornění: správné mohou být 1-3 odpovědi!

odpovědní lístek - test č. 5/2007
Jméno a příjmení

Adresa pracoviště

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla kredity nemohou být přiděleny)

**Zakroužkujte 1 - 3
správné odpovědi:**
1 a b c **6** a b c

2 a b c **7** a b c

3 a b c **8** a b c

4 a b c **9** a b c

5 a b c **10** a b c