



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 7/2007

ročník 6

pro
praktické
lékaře
zdarma

Přílohou tohoto čísla je

**Doporučený postup
ICHS**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Ordinace nejen na kraji města

Nový seriál zahajujeme návštěvou u MUDr. Marie Stieblerové z Bavorova



Dále z obsahu:

Lékař a etiketa

Hormonální léčba postmenopauzální ženy

Metabolický syndrom ve studii ATLET

Jak vyhrát světovou konferenci WONCA

Obsah

SVL ČLS JEP informuje **6**

Současný pohled na hormonální léčbu (HT) a tibolon v péči o postmenopauzální ženu **11**

MUDr. Jaroslav Jeníček, CSc.

Sledování léčby hypertenze kombinovaným preparátem Accuzide – QUIS **14**

J. Brotánek, Z. Beneš, M. Malý

Výskyt metabolického syndromu v české populaci ve studii ATLET **20**

MUDr. Igor Karen

...ordinace nejen na kraji města **24**

„Praktický lékař zásadním způsobem ovlivňuje další osud pacienta ve smyslu dobrém i zlém.“

...počítač a doktor **26**

Počítač a co je v něm

...prevence v primární péči **27**

Intervenční preventivní medicína

...lékař a etiketa **28**

Rozhovor s Jeho Excelencí velvyslancem Pavlem Fischerem

...paliativní péče v ambulantní praxi **30**

1. díl: Úvod

Představení průvodkyně seriálem.

Význam praktického lékaře v paliativní péči.

Stručné představení Domácího hospice Cesta domů.

...POEM: Patient oriented evidence that matters **32**

...dotazy a odpovědi **34**

... sestra v ordinaci praktického lékaře **35**

Zásady správného odběru krve, díl 1.

...znalostní test **38**

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
7/2007, ročník 6

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 064

fax: 267 184 041

e-mail: practicus@svl.cz

www.practicus.eu

Redakce:

MUDr. Jaroslava Laňková
šéfredaktorka, lankova@svl.cz

MUDr. Jozef Čupka
odborný redaktor

MUDr. Cyril Mucha
odborný redaktor

MUDr. Jana Vojtišková
odborný redaktor

Poradci redakce: MUDr. Jiří Appelt, MUDr. Marcela Bradáčová, MUDr. Pavel Brejtník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. Jana Hajnová, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek CSc., MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Zuzana Miškovská, MUDr. Anna Nejedlá, MUDr. Miloš Ponižil, MUDr. Bohumil Seifert Ph.D., MUDr. Bohumil Skála Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Helena Štěpánková, MUDr. Milada Vinická.

Manažerka časopisu: Hana Čížková.

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10x ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610,- Kč.** ••• Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo dáno do tisku **6.9. 2007.** MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. ••• Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory odborných článků. ••• Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP, 2007**



*Jaroslava Laňková,
šéfredaktorka*



*Jana Vojtíšková,
odborná redaktorka*



*Cyril Mucha,
odborný redaktor*



*Jozef Čupka,
odborný redaktor*

Vážení kolegyně a kolegové,

dnešním číslem zahajujeme další období v rozvoji našeho časopisu s nadějí jeho dalšího přiblížení potřebám praktického lékařství. Odbornými redaktory i poradci redakce jsou nyní výhradně praktičtí lékaři. Připravili jsme několik nových rubrik a seriálů s aktuálními tématy reflektujícími každodenní praxi v našem oboru.

V pravidelných **návštěvách ordinací** kolegů Vám postupně chceme představit různorodost našich praxí ve městech i na venkově, zeptat se na problémy, které naše kolegy tíží, a to, jak je řeší. Oborem, který jsme nestudovali, ale musíme si s ním umět alespoň trochu poradit, je výpočetní technika. V rubrice **Počítač a doktor** postupně probereme základní terminologii a možnosti využití počítače, bez kterého se ve svých praxích už neobejdeme. Lékaři jsou i přes své ne zcela ekonomicky uznané postavení vnímáni společensky jako prestižní skupina a očekává se od nich příklad a vybrané chování. V rubrice **Lékař a etiketa** si můžeme krok za krokem připomenout zásady správného společenského chování. Opomíjenou vzdělávací oblastí je **problematika umírajících pacientů a paliativní péče**. MUDr. Marie Goldmannová z domácího hospice Cesta domů laskavě připravila pro náš časopis seriál o přístupech k nejčastějším terminálním symptomům. Oblíbenou se může stát i rubrika **Dotazy a odpovědi**, která bude reflektovat na Vaše aktuální dotazy a zkušenosti. Preventivní péče tvoří vedle péče o chronicky nemocné největší objem naší každodenní práce. Anglické přísloví praví: „Gram prevence váží jako kilo léčby“. Tomu, jak prevenci ordinovat bude věnována další z pravidelných rubrik. V neposlední řadě byla zařazena i nová **rubrika pro naše sestry**, které jsou nepostradatelnou a významnou částí zdravotnického týmu našich praxí. Vzdělaná sestra je „půl království“, jinými slovy znamená mnoho pro kvalitu, prosperitu a oblíbenost našich praxí. Věříme, že si naše sestřičky se zájmem přečtou i jiné články čísel našeho časopisu.

Doufáme, že se nám náš záměr obnovy časopisu podaří úspěšně naplnit k Vaší spokojenosti. K tomu nám významně mohou pomoci i Vaše příspěvky, články, kasuistiky, zkušenosti, dotazy i připomínky, které, včetně kritiky (té konstruktivní), všechny vítáme.

Vaše redakce

Důležité upozornění:

Vážení kolegové, vzhledem k tomu, že jsme začali využívat novou databázi adres, může se stát, že některý z kolegů náš časopis neobdrží. Pokud se dozvíte o někom takto postiženém, poradte mu, aby se laskavě obrátil na e-mail: practicus.svl@cz nebo na tel. č.: 267 084 264.

Děkujeme.

Jak vyhrát světovou konferenci WONCA pro Prahu!

Když se nově zvolený výbor SVL na sklonku loňského roku rozhodl usilovat o konferenci WONCA, zdálo se to být jen aktuálním projevem velkých ambicí. Letos v lednu pak věci nabraly rychlý spád. Původně jsme uvažovali o konferenci evropské. Pak jsme si uvědomili, že v roce 2013 je v pořádání světové konference na řadě Evropa. Termín podání přihlášky do soutěže o uspořádání konference byl 31. března. Museli jsme se rychle rozhodnout, vybrat pořadatelskou agenturu a začít na nabídku pracovat. 30. března odešla naše nabídka do Singapuru, sídla úřadu světové organizace WONCA a místa konání 18. světové konference WONCA 24. - 27. července 2007.

WONCA (World Organization of National Colleges and Academies of General Practitioners/Family Physicians) je významnou a politicky vlivnou mezinárodní organizací praktických a rodinných lékařů s úzkou vazbou na WHO. Pořádání světové konference WONCA je vysoce prestižní záležitostí. Zatímco regionální konference probíhají každoročně, světová WONCA se pořádá v intervalu 3 let. V roce 2013 se WONCA po 15 letech vrací do Evropy. O pořadateli světové konference WONCA se rozhoduje při jednání Rady (WONCA Council), které vždy předchází světové konferenci. Rada se skládá z delegátů jednotlivých společností/zemí, kteří disponují počtem hlasů, který odpovídá členské základně národních společností. Tato rada také volí prezidenta a další členy exekutivy WONCA.

Konference WONCA mají vědecký charakter s převahou klinických témat, ale jsou řešena a diskutována i témata z oblasti vzdělávání, organizace a zdravotní politiky. Účast na světových konferencích kolísá; letos v Singapuru bylo jen okolo 2000 účastníků, před 3 lety na Floridě 2x tolik.

SVL je dnes nejpočetnější společností České lékařské společnosti JEP se stále rostoucí členskou základnou, která se blíží 4000. SVL je členem organizace WONCA od roku 1982. Ve WONCA Region Europe je SVL respektovanou organizací, se zástupci ve významných pracovních skupinách a organizačních strukturách. Dr. Václav Beneš byl po dvě volební období členem exekutivy WONCA Region Europe a působil ve funkci viceprezidenta a pokladníka.

SVL není nováčkem v organizaci mezinárodních akcí.

V roce 1987 jsme organizovali evropskou konferenci SIMG (předchozí evropská organizace praktických lékařů) a v roce 1997 konferenci pro WONCA Region Europe.

V roce 2006 se v Praze konalo sympozium organizace evropských učitelů praktického/rodinného lékařství (EURACT, 2006) a letos v dubnu pak setkání evropských expertů z oblasti kvality primární péče (EQUIP, 2007). Na jaře loňského roku jsme v Praze zahájili tradici regionálních konferencí pro praktické lékaře ze zemí střední a východní

Evropy (ISGP, 2006). Všechny tyto akce měly vynikající organizační úroveň a zanechaly dobrý dojem u účastníků, vesměs významných kolegů z evropských zemí.

Jedním z prvních kroků výboru SVL, po rozhodnutí o kandidatuře pro WONCA World 2013, bylo výběrové řízení pro kongresovou agenturu. Z pěti uchazečů byla vybrána společnost Guarant Int., která organizačně zajišťovala i úspěšnou konferenci WONCA Europe v roce 1997.

Výbor pověřil vědeckého sekretáře společnosti koordinací nabídky a spoluprací se společností Guarant Int. Od začátku jsme pozvali ke spolupráci zkušeného matadora mezinárodní scény WONCA, MUDr. Václava Beneše.

Do konce března 2007 zaslalo své nabídky spolu s poplatkem 2500 amerických dolarů na sekretariát WONCA v Singapuru pět národních společností. Do hry se tak dostala atraktivní evropská města: Atény, Barcelona, Benátky, Praha a Vídeň. Všechny nabídky byly formálně přijaty. Naše nabídka obsahovala základní informace o hostitelské organizaci (SVL), o kongresovém centru a finančním rozpočtu, včetně návrhu kongresového poplatku a odvodu světové organizaci.

Ještě před odesláním nabídky jsme oslovili reprezentanty zemí střední a východní Evropy se žádostí o podporu. Jedna z klíčových věcí, na které jsme chtěli postavit odlišnost naší nabídky, byla ve zvláštnosti tohoto regionu, který se rychle rozvíjí, a to i z hlediska primární péče. Zdůrazňovali jsme, že oblast střední a východní Evropy konferenci WONCA potřebuje a naopak, WONCA potřebuje zesílit svůj vliv v této části Evropy a jejím prostřednictvím dále na východ. Z některých zemí (Pobaltské země, Polsko) přišly podpůrné maily. Později se ukázalo, že tomuto záměru dobře porozuměla i exekutiva WONCA.

Později jsme oslovili elektronickou cestou zástupce všech evropských zemí. Ve stejnou dobu ale přišly elektronické pohlednice z Barcelony a Vídně, a tak vlastně již začal evropský souboj. Jako první zareagovala na naši informaci Společnost němec-

Pořádání světové konference WONCA je prestižní záležitostí

Do hry se dostaly Atény, Barcelona, Benátky, Praha a Vídeň



Zleva: Václav Beneš, sekretářka WONCA Yvonne Chung, tajemník WONCA Alfred Loh a Bohumil Seifert

Proč zrovna my?

které by podpořily naši kandidaturu oproti silným konkurentům a které by ukázaly na jedinečnost naší nabídky. Připomenou některé z argumentů, na které jsme vsadili:

- 1) Krásná a turisticky atraktivní Praha, prezentovaná jako brána k poznávání Evropy pro turisty z jiných kontinentů.
- 2) Praha cenově dostupnější než ostatní kongresová města. To umožňuje nabídnout nižší kongresový poplatek a tím obecně vyšší dostupnost pro kolegy.
- 3) České pivo je fenomén z hlediska kvality i ceny, a to jsme v žádném případě nepodcenili.
- 4) Region střední a východní Evropy.

Tušili jsme, že rozhodující bude právě lobování během dnů jednání, a to, jak naše prezentace osloví členy Rady. Nicméně ještě před odletem na jednání jsme obeslali z našeho sekretariátu elektronicky všechny národní reprezentanty v Radě informačním letákem a těsně před odletem na konferenci jsme toto zopakovali.

Čtyřdenní jednání Rady WONCA

Čtyřdenní jednání Rady WONCA předcházelo konferenci v Singapuru. Nejprve jednaly regiony. Prezidentem evropské větve WONCA se stal znovu nám dobře známý a nakloněný profesor Igor Šváb ze Slovinska. Výsledek voleb do výboru byl zajímavý v tom, že rovnost pohlaví byla naplněna do té míry, že ženy převažují v poměru 4:3.

V dalších dnech už jednala Světová Rada zástupců členských zemí WONCA. V současné době má WONCA 119 členských organizací. V čele je exekutiva, která se skládá z prezidenta, nově zvoleného prezidenta (president elect), který se ujme předsednictví za 3 roky, prezidentů regionálních organizací WONCA (jako např. prof. Šváb ze Slovinska, znovu-zvolený za region Evropa), pokladníka a některých dalších členů výboru. Končícím prezidentem je prof. Bruce Sparks z Jihoafrické republiky, nastupujícím prezidentem je Chris van Weel z Holandska.

Agenda vlastního jednání se týkala zejména globálních zdravotních problémů, zdravotních problémů třetího světa, vztahu WONCA a WHO a některých

kých praktických lékařů a ústy svého prezidenta nám překvapivě dala přednost např. před Rakouskem.

V průběhu května a června jsme se soustředili na přípravu vlastní prezentace v místě jednání Rady světové organizace WONCA. Byli jsme si vědomi toho, že v seznamu kandidátských měst je jedno krásnější než druhé. Soustředili jsme se na hledání argumentů,

probíhajících celosvětových projektů. Během jednání jsem si uvědomil, jak velký potenciál má praktické/rodinné lékařství k ovlivnění nejzávažnějších zdravotních problémů světa a jak důležité je systém primární péče vybudovat.

Prezentace pěti nabídek pro konferenci 2013 byla naplánována na pondělí 22. července odpoledne s tím, že vlastní tajné hlasování proběhne následující den v poledne.

Sekretariát WONCA umožnil všem žadatelům prezentační stánek/stolek v předsálí jednací místnosti po dobu jednacích dní. Této příležitosti jsme nejlépe využili; náš stánek byl nejlépe připraven a přinášel nejvíce informací. Plasmová obrazovka ukazovala krásy Prahy, informační materiály o městě šly na odbyt a kanárkově žluté plakety „Vote for Prague 2013“ přitahovaly zejména arabské a africké kolegy. Bylo pak radost je potkat s plakou po městě. Garant Int. navíc zajistil jako hostesku českou dívku, žijící v Singapuru, a ta vskutku oživila stánek. Celé čtyři dny jednání byly ve znamení nepřetržitého lobování za Prahu. Na druhou stranu, za Prahu se prostě lobuje dobře...

Pořadí vlastních 15-minutových prezentací žadatelů se losovalo. Česká republika si vylosovala čtvrté místo. Exekutiva WONCA rozhodla, že prezentací se mohou zúčastnit i manželky a doprovázející osoby členů Rady.

Italové představili krásu Benátek. Připomněli loňský úspěšný kongres ve Florencii.

Španělé ukázali nové kongresové centrum v Barceloně, přislíbili účast 5000 praktických lékařů jen ze Španělska a simultánní tlumočení do španělštiny. Připomínám, že přibližně 20 zástupců v Radě bylo ze španělsky mluvících zemí.

Vídeň představila velmi sympatickou nabídku.

Pak jsme šli na řadu my. Prezentaci jsem uvedl informacemi o naší odborné společnosti a jejich domácích i zahraničních aktivitách a zdůraznil postavení regionu střední a východní Evropy z perspektivy primární péče. Zdůraznil jsem, že všichni praktičtí lékaři v České republice se na konferenci hrozně těší. Pak převzal mikrofon pan Tomáš Raboch z Garant Int., představil svoji společnost a prezentoval všechny podstatné informace o Praze, ubytování a dopravě, o kongresovém centru a o vlastní konferenci. Jasně popsal i předpokládaný finanční rozpočet. Pozornost na závěr vzbudil tzv. beer index, srovnání cen piva v evropských městech. Později, při závěrečném ceremoniálu konference, beer index a Prahu účastníkům připomněl i předseda vědeckého výboru singapurské konference. Prezentace byla zakončena jedno minutovým filmem o Praze. Prezentaci podpořili v auditoriu kromě věčně lobujícího Václava Beneše ještě další dva členové výpravy v národních fotbalových dresech.

Po nás se prezentovali Řekové, kteří připomněli, že zorganizovali letní olympiádu.

Prezentace nabídek

Měli jsme z prezentace dobrý pocit a řada kolegů nám přišla pogratulovat. V tuto chvíli jsme již měli slíbenou podporu východní a střední Evropy, Dánska, Německa i Anglie. Bohužel např. Slovensko, ale i další země z naší oblasti, nemají plné členství, takže nás nemohli podpořit. Po zádech nám plácali i někteří arabští zástupci, někteří Afričané, Filipínci a zástupce Singapuru. Na druhou stranu španělsky mluvící komunita v rámci WONCA je velmi silná, a tak jsme nemohli počítat s podporou jižní Evropy, celé Jižní a Střední Ameriky a Karibiku. Otázkou byl postoj Spojených států, které disponují celkem šesti hlasy. Česká republika má dva hlasy. Ve hře bylo celkem asi 180 hlasů od stovky přítomných delegátů + proxy (hlasy delegované).

V předvečer voleb po prezentacích pozval španělský ambasador všechny na recepci do hotelu Raffles, jednoho z nejdražších hotelů v Singapuru. Španělé nás pak osobně, s velkorysostí vítězů, také pozvali na raut. Španělé měli plný dům hostů. Později večer mne španělský kolega představil ambasadorovi. Byl to velice příjemný pán, věnoval mi čtvrthodinku a vyslovil politování, že právě díky Barceloně přijde Praha o tuto konferenci.

Ten večer by na nás nevsadil nikdo ani zlámanou grešli. My jsme ovšem, posílení španělským vínem, na kolena neklesli a ještě v noci se připravovali na poslední bitvu.

Následující den ráno, v době, kdy měli ostatní žadatelé již vystřílenou všechnu municí, postavili jsme se u vchodu do jednací místnosti a nabízeli poslední trumf Guarant Int., čokoládové pražské tolary!

Vzhledem k tomu, že kromě volby města pro konfe-

renci 2013 probíhaly ještě volby do exekutivy, měli jsme ještě příležitost určité zákulisní diplomacie. Při poslední přestávce před volbou jsme ještě získali podporu kolegy z Holandska a s jeho přímluvou hlasy Američanů.

Několik jiných kolegů mně naopak připomnělo sílu Španělů a politovali nás s tím, že by do Prahy tak rádi přijeli....

Jen tak pro jistotu jsem si připravil dvě tři věty, kdybychom náhodou vyhráli.

Pak profesor Bruce Sparks z Jihoafrické Republiky, odstupující prezident WONCA, pak oznámil, že pořádající zemí světové konference WONCA 2013 je Česká republika. A my jsme zažili ohromující pocit z vítězství. Pak už jsme jen přijímali gratulace a nechali se plácet po zádech.

Zvítězili jsme s přesvědčením, že kongres WONCA 2013 v Praze bude úspěšný. Máme silnou odbornou společnost a řadu kolegů, kteří se na práci pro kongres těší. Pro výbor, který povede společnost v příštím volebním období, jsme připravili skutečnou lahůdku.

Již před rozhodnutím jsme získali podporu předsednictva České lékařské společnosti JEP, rektora University Karlovy a pražského primátora. Chtěli bychom jim touto cestou poděkovat. Máme také silnou mezinárodní podporu. A máme zkušeného partnera, společnost Guarant Int.

Není zase tolik dobrých zpráv o našem oboru, abychom se z téhle nepotěšili.

Bohumil Seifert

Vědecký sekretář SVL

a koordinátor nabídky WONCA 2013

Zvítězili jsme!

Kongres Wonca World 2007 v Singapuru

Každé tři roky se koná největší světové setkání praktických lékařů Wonca. Letos to bylo již poosmnácté a místem setkání praktických lékařů se stal exotický Singapur, malý ostrovní státek se stejnojmenným hlavním městem v těsné blízkosti Malajsie oddělené jen malým pásem moře. Symbolem města je mořský lev - Merlion, je to půl lva a půl nějaké ryby.

Město má kolem 3 milionů obyvatel a jeho hlavní předností je čistota a pořádek na každém kroku, dokonce jedním z opatření k udržení čistoty města byl zákaz dovozu žvýkaček, zákaz konzumace jídel a nápojů v metru, které lze přirovnat k operačním sálům. Ale to nebylo nejdůležitější. Ve dnech 24. - 27. července 2007 se zde konala 18. světová konference WONCA, které se zúčastnili zástupci více než 80 států z celého světa.

Naše delegace měla jeden z hlavních úkolů, vedle prezentace práce českých praktických lékařů, pokusit se získat možnost organizovat obdobnou konferenci v Praze v roce 2013. Někomu to připá-

dá jako mluvení o daleké budoucnosti, ale akce takového rozsahu vyžaduje dlouhodobou přípravu a dokonalou organizaci. Našimi „protivníky“ nebo spíš konkurenty o pořádání byla Barcelona, Vídeň, Atény a Benátky.

Každá z ucházejících zemí musela prezentovat svoji práci a předvést podmínky ke konání konference. Konkurenti byli velmi vážní, ale nakonec jsme od volících členů dosáhli většiny a tudíž o místě konání jubilejní 20. konference bylo rozhodnuto a bude se konat v Praze.

Vlastní konferenci zahájil předseda organizačního výboru Dr. Tan See Leng a pozdravil všechny účast-

Rodinné lékařství tvoří základ systému zdravotní péče orientované na pacienta

níky, připomenul kolik úsilí stálo celý organizační výbor uspořádat akci takového rozsahu. Dalšími řečníky pak byl prof. Goh Lee Gan prezident společnosti praktických lékařů organizující země, který je současně regionálním prezidentem Wonca Asia Pacifik. Zmínil, že došlo k velkému rozvoji členů této světové organizace (v roce 1983 měla 31 členů a v současné době je to 112 členů z 93 států a ve velké většině těchto zemí se praktické lékařství vyučuje na lékařských fakultách. Singapur produkuje ročně kolem 250 nových lékařů a v tomto roce se zvýšeně začali věnovat programům léčby poruch lipidového metabolismu, diabetu, hypertenze a chronickým nemocem. Rovněž v tomto státě dochází k velké atomizaci zdravotnictví se vznikem nejrůznějších subspecializací. Spolupráce odborných lékařů s praktiky není vždy taková, jak by si to pacienti, ale i lékaři představovali.

Budoucnost zdravotnictví vidí tento řečník v „harmonizaci vědy a humanity“.

Profesor Bruce Spark, prezident World Wonca vyzvedl význam praktického, rodinného lékařství, které tvoří základní kámen celého systému zdravotní péče orientované na pacienta. Praktičtí lékaři v celém světě pečují o 87% veškerého obyvatelstva planety, je velká snaha o zvyšování kvality péče i přes limitované finanční prostředky vynakládané na zdravotnictví. Singapur dává 4% z HDP na zdravotnictví, zatímco USA až 16%.

Apeloval na spolupráci všech poskytovatelů zdravotní péče, politiků a představitelů zdravotnictví v jednotlivých státech.

Po zahajovacích projevech byly organizovány jednotlivé semináře a workshopy a každý z účastníků si vybral podle svého zájmu. Několik postřehů si dovoluji také předat vám formou mého malého sdělení.

Postgraduální vzdělávání, standardy pro tuto činnost jsou vytvořeny v mnoha státech, délka přípravy mladých praktických lékařů je od 2 do 6 let po ukončení studia na lékařských fakultách, základem musí být osobní předávání zkušeností školitelů mladým školencům.

Snaha světové federace pro lékařské vzdělávání je, aby standardy ve všech státech byly jednotné, nebo alespoň velmi blízké. Hovořilo se rovněž o metodách výuky, jednou z doporučených byla metoda založená na studiu případů (problem based learning). Student se seznamuje se zdravotním problémem, což ho vlastně podněcuje ke studiu, používaná je tato metoda nejen v pregraduální, ale i v postgraduální přípravě.

Na workshopu se ukázalo, že sjednocení přípravy ve všech státech bude složité, protože třeba při tomto jednání se problematika probírala především z pohledu řečníků z Kanady, Austrálie a Singapuru a v každé zemi byla odlišná.

Zajímavě byla uvedena diskuse týkající se kvality péče v praktickém lékařství, kdy se naše profese přirovnávala k čokoládě, která, pokud má být dobrá, musí být složena z kvalitních ingrediencí

a připravena podle standardních postupů, doporučení. V Kanadě v provincii Ontario je vytvořeno 80 indikátorů kvality, které zahrnují jednotlivé oblasti praktické medicíny, jako například dostupnost péče, bezpečnost, účinnost praktické medicíny, fyzikální faktory, práva a povinnosti pacientů, vybavení ordinací, informační systém, způsob dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků pečujících o nemocné, lékařské záznamy, kontinuita péče a zajištění kvality péče o pracovní prostředí.

Metafora čokolády nebyla vybrána náhodně, protože při postupech uvedených výše se jí může kvalita péče poskytované praktickým lékařem velmi blížít.

Problematika CHOPN a kouření byla rovněž další z náplní workshopů, bylo opětovně prokázáno, že kuřáctví, především cigaret, vede ke zvýšenému výskytu této závažné plicní choroby. Při jedné studii z Polska byla CHOPN diagnostikována ve 46,4% u aktivních kuřáků a u 28,0% pasivních kuřáků. Rovněž respirační potíže jako kašel, vykašlávání a dyspnoe byly výrazně častější u kuřáků a rovněž jejich léčení vyžadovalo větší množství pomocných vyšetření a častější přidružená onemocnění jako sinusitidy a akutní otitidy. Také frekvence návštěv kuřáků u praktického lékaře je větší v průměru o 5, což představuje 21,3% než u nekuřáků. Zajímavé by bylo vzhledem k tomu, že jsou kuřáci většími spotřebiteli zdravotní péče, aby platili vyšší zdravotní pojištění. K tomu zatím nedošli ani v Polsku, kde toto šetření probíhalo.

Další zajímavá sdělení byla kolegů z Turecka, kteří představili výsledky výzkumu mezi vysokoškolskými studenty, kdy dotazníkovou metodou zjišťovali vztah mezi tetováním a sexuální aktivitou (množstvím sexuálních partnerů) a zjistili, že studenti s tetováním mají vyšší počet sexuálních partnerů než bez tetování a rovněž vyšší frekvenci rizikových chování jako je kouření, pití alkoholu a další.

Mezi materiály, které dostali všichni účastníci, byla Globální iniciativa pro diagnózu, léčení a prevenci CHOPN, která byla vydána i za spolupráce zástupců České pneumologické společnosti. Novinky z tohoto materiálu budou rovněž zapracovány do doporučeného postupu pro toto onemocnění.

Účast české delegace byla úspěšná, protože bylo dosaženo cíle, aby se Praha stala místem konání výroční 20th Wonca World Conference 2013, získali jsme zkušenosti od organizátorů, všimli si i některých drobných nedostatků, kterým bychom se měli při organizování té naší vyhnout. Opět se hovořilo o důležitosti a nezastupitelnosti našeho oboru, který je základní jak pro lékaře, tak především pro pacienty.

V Hradci Králové 20.8.2007

MUDr. Stanislav Konšacký, CSc.

Fakulta vojenského zdravotnictví,
Katedra všeob. lékařství a urgentní medicíny

MUDr. Alice Havlová, MUDr. Zuzana Miškovská

Pracovní dny maďarského všeobecného lékařství Balatonfured 18. - 20. května 2007

Ve dnech 18. - 20. května t. r. se konalo v Balatonfuredu VI. setkání Maďarských praktických lékařů s mezinárodní účastí. V Maďarsku používají pro praktické lékaře název DOMÁCÍ LÉKAŘ. Je to hodně výstižný název, protože často navštěvují domácnosti svých pacientů, na rozdíl od ostatních lékařů-specialistů (internistů, neurologů, chirurgů či gynekologů). Konference začala mezinárodními jednáními, jejichž závěry byly ihned zapracovány do Prohlášení a předneseny na Národní konferenci, která plynele následovala hned další dny. Toto uspořádání bylo výhodné nejen organizačně (výbor a technické zázemí mohly kontinuálně pracovat), ale také pro autentický přenos „Evropských“ názorů a podnětů přímo do praxe. V Prohlášení se zdůrazňuje nutnost posílit činnost PL o preventivní složku.

Kromě domácích významných představitelů všeobecného lékařství se zúčastnili slovenští kolegové, zástupci Rumunska, Bosny a Hercegoviny, Černé Hory a Slovinska. V naší české delegaci byli: Dr. Havlová, Dr. Mañas, Dr. Miškovská, Dr. Ponížil.

V bloku o **celoživotním vzdělávání** každá delegace prezentovala svůj systém certifikovaného vzdělávání. Dr. Ponížil představil akce naší SVL a tvorbu a implementaci DP. Velký rozruch pak vzbudilo rumunské vystoupení - velice podrobný až nepřehledný systém různých možností přidělit a získat body. V Rumunsku musí domácí lékař nastřádat 700 bodů za 7 let, protože licence se vydává na 7 let, a pokud tuto podmínku pro vzdělávání nesplní, nebude mít prodlouženou licenci a nebude dále samostatně pracovat, může pak pracovat jedině pod garantem. Ta licence je jako občanský průkaz a např. i policie může požádat o nahlédnutí.

V Maďarsku mají licenci na 5 let a za těch pět let musí lékaři nasbírat 250 bodů, musí tedy absolvovat 62 kurzů. Toto platí pro soukromé lékaře, státní zaměstnanci nemusí sbírat body.

Body-kredity chtějí standardizovat, aby platila rovnice jedna hodina = jeden kredit pro jakéhokoli lékaře stejně (chirurg, PL, gynekolog). Domácí lékaři v Maďarsku podporují všechny formy vzdělávání, např. také E-learning.

U nás praktičtí lékaři sbírají kredity na Diplom celoživotního vzdělávání, jehož platnost je také omezena na 5 let. Lékaři ovšem zjistili, že za nesplnění nejsou postihy, a proto se část lékařů přestala vzdělávat.

Dr. Pásztor ze Slovenska nebyl zastáncem tak přísného sbírání kreditů.

V diskusi potom zaznělo, že nejdůležitější je přehlednost vzdělávacího systému a jeho kompatibilita v rámci členských zemí EU. V této souvislosti se také hovořilo o migraci PL- střední Evropa ale není

cílem kolegů z jihovýchodní Evropy, je pro ně jen tranzitní stanicí. Vzhledem k relativně příznivému finančnímu hodnocení PL (měřeno poměrem zisk/životní náklady) v JV Evropě asi k velké ekonomické migraci kolegů nedojde.

V části jednání věnované **prevencím v primární péči** opět účastníci představili systémy prevencí ve svých zemích - většina zemí své prevence zaměřuje především na kardiovaskulární problematiku, onkologie prakticky až na ČR (Miškovská, Mañas) zmíněna nebyla. Z tohoto pohledu volby témat jsme možná dále. Ale na rozdíl od nás mají PL uvedených zemí vyšší prestiž a větší lobbystický tlak ve svých zemích. To, pro co mají důkazy - EBM, si mnohem důrazněji, rychleji, efektivněji prosadí. V Maďarsku začínají s kardiovaskulárním programem, protože zjistili, že obyvatelstvo má mnohem horší zdravotní stav, než se původně předpokládalo. Proto bude kladen veliký důraz na preventivní program kardiovaskulárních nemocí a na léčbu těchto nemocí a na uskutečňování tohoto programu budou mít hlavní roli právě domácí lékaři. Paralelně se vzděláváním PL budou probíhat celonárodní mediální kampaně, například anketa „Na ulici“ s otázkami: Jaký máte krevní tlak? a Jaký máte krevní tlak?

Maďarští domácí lékaři se sešli také proto, aby se poradili, jak získat peníze z UNIE na realizaci tohoto celonárodního programu.

V bloku organizačním si maďarští kolegové položili otázky:

- 1) Jaké změny čekají Domácí lékařství v Maďarsku po systémových změnách probíhajících v nemocnicích.
- 2) Co se změní v péči o chodící pacienty obecně - nebo plošně a co budou měnit v Domácím lékařství.

K plnění těchto úkolů je bezpodmínečně nutná silná, dobře fungující, jednotná organizace domácích lékařů s vypracovanými preventivními programy a postupy, uplatňovanými v každodenní práci a zaručujícími vysokou odbornou kvalitou. Dále je nutné zajistit dohled nad kvalitou a nad ohodnocením kvality. (Ukazatele kvality, zkušenosti, výsledky)

V Maďarsku existuje jen jedna organizace domácích lékařů (PL), která se stará jak o odbornost a vzdělávání, tak také řeší profesní problematiku.

Jednání byla provázena živou a rozsáhlou diskusí, ale vše probíhalo korektně a konstruktivně. Kolegiální duch se přenesl i do krásného okolí kongresového centra a mnohé debaty doznávaly i na pláži, u bazénu i v čárdě. Všichni účastníci byli spokojeni a těší se na další ročník pracovních dnů.

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v říjnu 2007

V měsíci říjnu budou vzdělávací semináře zaměřeny na problematiku dvou nových doporučených postupů týkajících se **geriatrické problematiky v primární péči a léčby chronické rány**. Problematiku na většině míst budou přednášet autoři doporučených postupů a místní odborníci v této problematice. Je to vynikající příležitost vyslechnout si novinky a diskutovat realitu této problematiky v naší každodenní praxi.

V Ostravě v tomto měsíci jsou semináře dva, počátkem měsíce dobíhá ještě zářijový program s tématy doporučených postupů na léčbu ICHS a na Systém přednemocniční neodkladné péče.

Znojmo	2.10.2007, 16:00 - 20:00	Geriatrie a Chronická rána, Hotel Prestige, Pražská 100
Ostrava	2.10.2007, 16:00 - 20:00	ICHS a Systém přednemoc. neodkl. péče, Dům kultury Ostrava, 28. října 124, Ostrava
Litomyšl	3.10.2007, 6:00 - 20:00	Geriatrie a Chronická rána, Hotel Zlatá hvězda, Smetanovo nám. 84, Litomyšl
Praha	3.10.2007, 16:00 - 20:00	Geriatrie a Chronická rána, Praha 2, Lék. dům, Sokolská 31
Ústí nad Labem	4.10.2007, 16:00 - 20:00	Geriatrie a Chronická rána, Odd. vzděl. Masarykovy nem., výuková sl., Sociální péče 12 A/4
Liberec	4.10.2007, 16:00 - 20:00	Geriatrie a Chronická rána, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14
Zlín	8.10.2007, 16:30 - 20:30	Geriatrie a Chronická rána, Aula SZŠ, Bartošova čtvrt
Hradec Králové	11.10.2007, 16:00 - 20:00	Geriatrie a Chronická rána, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Olomouc	13.10.2007, 9:00 - 13:00	Geriatrie a Chronická rána, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Praha	13.10.2007, 9:00 - 13:00	Geriatrie a Chronická rána, Praha 2, Lék.dům, Sokolská 31
Jihlava	17.10.2007, 17:00 - 21:00	Geriatrie a Chronická rána, presbitář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul.
Praha	18.10.2007, 16:00 - 20:00	Geriatrie a Chronická rána, Praha 2, Lék.dům, Sokolská 31
Plzeň	20.10.2007, 9:00 - 13:00	Geriatrie a Chronická rána, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Karlovy Vary	20.10.2007, 9:00 - 13:00	Geriatrie a Chronická rána, Poštovní dvůr, Slovenská 2
České Budějovice	24.10.2007, 16:00 - 20:00	Geriatrie a Chronická rána, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Ostrava	25.10.2007, 16:00 - 20:00	Geriatrie a Chronická rána, Hotel Imperial, Tyršova 6
Brno	27.10.2007, 9:00 - 13:00	Geriatrie a Chronická rána, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39

Ústav všeobecného lékařství I. LF UK informuje

Dne **19. 9. 2007 v 16 - 20 hodin** pořádáme polytématický seminář na téma:

- **Roztroušená skleróza mozkomíšní** (Krasulová)
- **Srdeční selhání** (Widimský nejst.)
- **Profylaxe migrény** (Niedremayerová)

Seminář moderuje: MUDr. Youngová
Posluchárna Rehabilitace, Albertov 7

Ve dnech **19.9. 2007 v Brně, 25.9. v Praze** (hotel Olympic) a **26.9. 2007 v Plzni**, pořádáme seminář na téma:

- **Prevence chřipky**

Přednášející: imunolog (Šeborová), praktik (Vojtíšková, Mucha, Seifert), pediatr (Ševčíková), moderuje vždy jeden ze zástupců Ústavu.

Dne **5. října ve 14-18 hodin** pořádáme v posluchárně Rehabilitační kliniky, Albertov 7, Praha 2, RHB 1. LF UK reprízu kurzu CRP.

Program:

14,00 - 15,00 hod.

- **Biochemická monitorace zánětu** (MUDr. Helena Brodská)

15,00 - 16,00 hod.

- **Současné možnosti stanovení CRP metodou POCT** (Ing. Luděk Šprongl)

16,00 - 17,00 hod.

- **Zkušenosti s metodou CRP v praxi praktického dětského lékaře** (doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.)

17,00 - 18,00 hod.

- **Zkušenosti s metodou CRP v praxi praktického lékaře** (MUDr. Jaroslava Laňková)

inzerční rubrika

Zde je místo pro Vaši soukromou inzerci...

V této rubrice je možno otisknout Vaše inzeráty týkající se Vaší lékařské praxe.

Pro členy SVL ČLS JEP ZDARMA.

Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

MUDr. Jaroslav Jeníček, CSc.

Lékařský dům Praha 7, a.s., Centrum klimakterické medicíny; Gynekologicko–porodnická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Současný pohled na hormonální léčbu (HT) a tibolon v péči o postmenopauzální ženu

Souhrn: HT a tibolon je kauzální terapií všech stavů spojených s deficitem estrogenů. U některých akutních potíží ji lze nahradit nehormonálními prostředky, nikoliv však se stejnou účinností. K prevenci osteoporózy můžeme volit jinou léčbu, tím ale nepůsobilíme na další symptomy estrogenního deficitu. Slibnou budoucnost HT u menopauzálních žen nabízejí preparáty s nízkými (1) nebo ultranízkými (2) dávkami hormonů, preparáty s nově připravenými gestageny (3) a tibolon (4).

Diskuze o prospěchu a rizicích hormonální léčby jen tak neskončí. Potěšitelné je, že původní militantní postoj k hormonální léčbě po publikování studie WHI (5, 7) a MWS (6) se dostává v posledních letech do racionální a pravdivé roviny.

Stejně ale vždy budou existovat ženy, které nemohou nebo nechtějí hormony užívat. Zvláštní opatrnost je nutná u žen s onkologickým gynekologickým onemocněním a rakovinou prsu. Pravděpodobně ale zůstane většinová skupina žen, která by mohla mít z hormonální léčby jasně definovaný prospěch a možná rizika tento prospěch nezastíní (8, 10).

Věk nasazení HT hraje podstatnou roli

Naprosto nepovšimnuta zůstala, v roce 2004 publikovaná, metaanalýza Edwina E. Salpetera (Cornell University-Stanford University, USA) (9). Výhody HT výrazně převažují nad riziky, pokud je terapie zahájena u mladších žen (< 60 let). Naopak s rostoucím věkem zahájení hormonální léčby začínají převažovat rizika nad pozitivními účinky.

Alternativní léčba – potravní doplňky

Laické veřejnosti každodenně v televizi i tisku doporučované potravní doplňky s fytoestrogeny jsou sice v předepsané dávce relativně bezpečné, ale platí za to nízkou účinností téměř srovnatelnou s placebem. Při uvedení na trh musí výrobce dokázat pouze to, že výrobek neobsahuje těžké kovy a bakterie, účinnost prokázat nemusí! Rozumná žena samozřejmě konzultuje možnosti řešení svých potíží se svým lékařem – gynekologem. Mnohé pacientky se dokonce samy přesvědčí o neúčinnosti volně prodejných potravních doplňků a s touto zkušeností již do ordinace přicházejí.

Nízkodávková HT a nové gestageny

Neustále dochází k vývoji názorů na léčbu ve smyslu množství podávaných hormonů i způ-

sobu a délky jejich užívání. Nyní jsou konečně k dispozici výsledky studií, které potvrzují dřívější předpoklady. Jedná se o dvojitě zaslepené a placebem kontrolované studie, jejichž výsledky jsou rozhodně dostatečně validní pro klinické použití (11). Nízké dávky jsou samozřejmě účinné na potlačení akutních potíží a udržují dostatečné množství kostní hmoty (12). Další účinky jsou předmětem intenzivního výzkumu. Preference nízkodávkované terapie je nyní jasná, diskuse se povede o dávce a druhu gestagenu, který budeme přidávat k nízkým dávkám estrogenů. Příkladem nového gestagenu je i nový syntetický hormon – drospirenon (3), který je odvozen od spiroolactonu. Farmakologický profil je velmi podobný endogennímu progesteronu. Drospirenon je účinný antagonist aldosteronu (PARA efekt: progesteron vykazující antagonismus vůči receptorům aldosteronu). V červnu roku 2006 byla publikována v časopise Hypertension prospektivní studie (13), která sledovala ovlivnění I. a II. stadia hypertenze u postmenopauzálních žen třemi dávkami drospirenonu v kombinaci s estradiolem, samotným estradiolem a placebem u 750 účastnic ve studii. Signifikantní snížení 24 hodin monitorovaného krevního tlaku bylo zaznamenáno u dávky 2 a 3 mg drospirenonu v kombinaci s estradiolem. Vedlejší účinky léčby byly malé, nevýznamné a stejné ve všech skupinách. Tento výsledek znamená

Výhody HT výrazně převažují nad riziky je-li terapie zahájena u žen < 60 let

Preference nízkodávkované terapie je nyní jasná

**Tibolon působí
jako účinná
prevence
osteoporózy
podobným
způsobem jako
estrogen**

potvrzení přidaného prospěchu pro tuto novou hormonální léčbu u postmenopauzálních žen s hypertenzí.

Tibolon jako alternativa klasické HT

Zvláštní postavení má v HT tibolon jako první zástupce nové skupiny léčiv – STEAR (Selective tissue estrogenic activity regulators).

Po perorálním podání je tibolon rychle metabolizován za vzniku tří sloučenin, které se podílejí na farmakologickém účinku. Dva z těchto metabolitů (3α -OH-tibolon a 3β -OH-tibolon) mají účinky podobné účinkům estrogenů, zatímco třetí metabolit ($\Delta 4$ -izomer tibolonu) má gestagenní účinky a účinky podobné účinkům androgenů (4). Tibolon a jeho aktivní metabolity působí agonisticky prostřednictvím steroidních receptorů (ER, PR, AR), cestou regulace enzymů a tkáňově specifickým metabolismem. Tibolon a jeho metabolity inhibují produkci aktivních estrogenů v prsu hlavně inhibicí sulfatázové aktivity a stimulací sulfotransferázové aktivity. Tibolon redukuje hladiny biologicky aktivních estrogenů v prsu. Inhibiční efekt tibolonu na sulfatázu v prsu je tkáňově selektivní. Výsledkem metabolismu tibolonu v prsu je nižší výskyt napětí prsů při léčbě tibolonem než u klasické HRT. Na rozdíl od klasické HT tibolon prakticky nezvyšuje mamografickou denzitu (14). Vyšší mamografická denzita může zhoršovat možnosti diagnostiky karcinomu prsu. Sulfatáza v kosti není inhibována. Tibolon zvyšuje kostní minerální denzitu snížením kostního obrátu a působí jako účinná prevence osteoporózy podobným způsobem jako estrogen (15). Tibolon se přibližuje profilu ideálního produktu pro prevenci kostních ztrát u postmenopauzálních žen.

V doporučené dávce 2,5 mg denně účinně potlačuje vasomotorické potíže. Zlepšuje náladu a pozitivně působí na zvýšení libida. Upravuje vaginální atrofii. Působí protektivně na kostní hmotu i při poloviční dávce. Neovlivňuje endometrium a prsní tkáň.

Tibolon byl podrobován intenzivnímu klinickému výzkumu. Ne všechny studie potvrdily původní i teoretické předpoklady. Dle mého názoru vycházely z mylné představy, že HT a tibolon bude vhodný pro všechny ženy a v kterémkoliv věku.

Studie LIFT (Long – term Intervention on Fractures with Tibolone) sledovala incidenci nových zlomenin obratlů u osteoporotických postmenopauzálních žen. Studie LIFT měla potvrdit možnost užití nízké dávky tibolonu 1,25 mg v léčbě

osteoporózy. Bylo zařazeno 4538 osteoporotických žen o průměrném věku 68,2 roku. Studie byla nejprve plánována na 36 měsíců a následně prodloužena o dalších 24 měsíců. Prokázala sice významný ochranný vliv před zlomeninami i před karcinomem prsu ($p = 0,015$), ale byla spojena se zvýšením kardiovaskulárního rizika, zejména cévních mozkových příhod (16), překvapivě bez zvýšení rizika tromboembolické nemoci ve smyslu plicní embolie a trombózy žil dolních končetin ($p = 0,31$).

Poslední dokončená prospektivní studie s tibolonem je studie THEBES (Tibolone Histology of the Endometrium and Brest Endpoints Study), která sledovala histologii endometria u žen užívajících tibolon v dávce 2,5mg a 1,25mg a CEE/MPA u 3240 postmenopauzálních žen randomizovaných v poměru 1:1:2. Metodou sledování byly každoročně prováděné biopsie endometria, měření výšky endometria vaginálním ultrazvukem a vedení záznamů pacientek o krvácení. Studie prokázala negativní vliv tibolonu na výskyt patologií endometria. Účinek tibolonu je podobný jako klasická kombinovaná HRT s lepším profilem amenorhei.

Studie LIBERATE (Livial Intervention following Brest cancer, Efficacy, Recurrence And Tolerability Endpoints) sledovala výskyt rakoviny prsu u žen s klimakterickými potížemi a osobní anamnézou rakoviny prsu. Studie byla předčasně ukončena. Ukončení studie LIBERATE bychom měli opravdu chápat jako potvrzení textu v příbalovém letáku tibolonu, že je kontraindikován u žen s anamnézou karcinomu prsu. Ani tibolon tedy není bezpečnou variantou léčby akutního klimakterického syndromu pro ženy s anamnézou karcinomu prsu. Do studie LIBERATE bylo v letech 2002-2004 zařazeno 3148 žen s anamnézou karcinomu prsu a akutním klimakterickým syndromem, s anamnézou chirurgického řešení karcinomu prsu ne starším 5 let ve stadiu T1-3, N0-2, M0. Průměrný věk žen byl 52,8 roku, BMI 27, celkem bylo hodnoceno 7373 ženských roků užívání. Plánované ukončení bylo v červenci 2007, ale studie byla ukončena v dubnu 2007 pro překročení předem stanoveného rizika rekurence nádoru 1,278. Definitivní výsledky studie budou publikovány v prvním čtvrtletí roku 2008.

Závěr

Hormonální změny související s menopauzou navozují fyzické a psychické příznaky, které mohou mít dopad na kvalitu života ženy v klimakteriu. Jak zvládnutí symptomů, tak kvalitu života je možné zlepšit využitím lépe snášených forem HT nebo tibolonu.

Klimakterické příznaky, hlavně vasomotorické, velmi obtěžují, ženu mohou hendikepovat společensky a v konečném důsledku celkově opravdu snižují kvalitu života. Z dlouhodobého hlediska má podobný vliv i osteoporóza. Objevují se zprávy, že pokles užívání HT přinese v nejbližších letech zvýšení počtu osteoporotických zlomenin (17). Hormonální léčba i tibolon si udrží vedoucí roli v postmenopauzálním období (10, 18) vzhledem ke své účinnosti na zlepšení kvality života.

Literatura

- 1) Panay, N., Ylikorkala, O., Archer, DF. Et al.: Ultra-low-dose estradiol and norethisteron acetate: effective menopause symptom relief. *Climacteric* 2007, 10, s.120-131
- 2) Ettinger B, Ensrud KE, Wallace R et al: Effects of Ultralow-dose transdermal estradiol on Bone Mineral density: A randomized Clinical trial. *Obstet Gynecol* 2004, 104, s. 443-51
- 3) Oelkers, W.: Drospirenone, a progestogen with antimineralocorticoid properties: a short review. *Molecular and Cellular Endocrinology* 2004, 217, s.255-261
- 4) Swegle, JM., Kelly MW.: Tibolone: A Unique Version of Hormone Replacement Therapy. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2004, vol. 38, s. 874 - 881
- 5) Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002, 288, s. 321-333
- 6) Million Women Study Collaborators: Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*, 2003, August 9, Vol. 362, s.419-427

- 7) The Women's Health Initiative Steering Committee: Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women with Hysterectomy. *The Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA*, 2004, April 14, 291, No 14, s.1701-1712
- 8) Fait, T., Vokrouhlická, J., Vrablík, M. et al: Současné postavení hormonální substituční terapie. *Časopis lékařů českých*. 2004, 143, 7, s.447-452
- 9) Salpeter, S.R., Walsh, J.M.E., Greyber, E. et al.: Mortality Associated with Hormone Replacement Therapy in Younger and Older Women, A Meta - analysis. *J Gen Intern Med* 2004, 19, s. 791-804
- 10) IMS Updated Recommendations on postmenopausal hormone therapy. *Climacteric* 2007, 10, s. 181-194
- 11) Gambacciani, M., Monteleone, P., Genazzani, AR.: Low-dose hormone replacement therapy: effects on bone. *Climacteric* 2002, 5, s.135-139
- 12) Ettinger B.: Personal perspective on low-dose estrogen therapy for postmenopausal women. *Menopause* 1999, 6, s. 273-276
- 13) White, W, Hanes, V., Chauhan, V, Pitt, B.: Effects of a New Hormone therapy, Drospirenone and 17 beta Estradiol, in postmenopausal Women With hypertension. *Hypertension*, 2006, 48, s. 1-8
- 14) Bruce, D., Robinson, J., McWilliams, S., et al.: Long-term effects of tibolone on mammographic density. *Fertility and Sterility* 2004, 82, č. 5, s. 1343-1347
- 15) Gallagher, JC., Baylink, DJ., Freeman, R., et al.: Prevention of bone loss with tibolone in postmenopausal women: results of two randomized double-blind, placebo-controlled, dose finding studies. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001, 86, s. 4717- 4726
- 16) Cummings, SR. LIFT study is discontinued. *BMJ*. 2006, s.332-667
- 17) Gambacciani, M., Ciaponi, M., Genazzani AR.: the HRT Misuse and osteoporosis epidemic: a possible future scenario. *Climacteric* 2007, 10, s. 273-275
- 18) Fait, T.: Klimakterická medicína. 2006 Maxdorf, s. 106

LADY
BON[®]
tibolonum

ZENTIVA

Podrobné informace získáte v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese:

Zentiva, a.s., marketingové oddělení, U Kabelovny 130,
102 37 Praha 10, Dolní Měcholupy
Tel.: 267 242 111, fax: 261 141 254, www.zentiva.cz
LB/02.07/013.01/27078990/CZ



Cítíte rozdíl!

Zkrácená informace o přípravku Ladybon Léčivá látka:

tibolonum 2,5mg v jedné tabletě. **Indikace:** léčba příznaků nedostatku estrogenů u žen, které jsou alespoň jeden rok po menopauze, prevence osteoporózy u žen po menopauze s vysokým rizikem budoucích fraktur a s intolerancí nebo kontraindikací jiných přípravků schválených pro prevenci osteoporózy. **Dávkování:** užívá se jedna tableta denně, u starších pacientek není nutná úprava dávky. **Kontraindikace:** těhotenství, karcinom prsu, estrogen-dependentní maligní tumor (např. karcinom endometria), vaginální krvácení neobjasněné etiologie, hyperplazie endometria, přecitlivělost na některou složku přípravku, porfyrie, onemocnění jater, tromboembolie. **Interakce:** Ladybon může zvyšovat fibrinolytickou aktivitu a tedy i zesilovat účinky antikoagulantů. Tento účinek byl zaznamenán u warfarinu. Pacientky současně užívající Ladybon a warfarin je třeba sledovat a dávkování warfarinu upravit. **Těhotenství a kojení:** podávání přípravku Ladybon v těhotenství je kontraindikováno. Nedoporučuje se užívat během kojení. **Nežádoucí účinky:** bolesti břicha, přírůstek tělesné hmotnosti, vaginální krvácení, bolest prsů, svědění v oblasti genitálu, vaginitis, hypertrichóza, leukorea. **Zvláštní upozornění:** Během léčby se doporučují pravidelné kontroly. Léčbu je nutno okamžitě ukončit, pokud je zjištěna kontraindikace, žloutenka nebo zhoršení jaterních funkcí, signifikantní zvýšení krevního tlaku nebo nový výskyt bolesti hlavy migrenózního typu. **Podmínky uchování:** při teplotě do 25°C v původním obalu. **Velikost balení:** 1 x 28 tbl. nebo 3 x 28 tbl. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva a.s., Praha, Česká republika. **Registrační číslo:** 54/045/06-C. **Datum poslední revize textu:** 10.1.2007. **Výdej:** přípravek je vázán na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznámte s úplnou informací o přípravku.**

J. Brotánek, Z. Beneš, M. Malý*

II. interní klinika Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha; * Státní zdravotní ústav, Praha

Sledování léčby hypertenze kombinovaným preparátem Accuzide – QUIS

Souhrn: Hypertenze je závažný zdravotní problém a představuje významný rizikový faktor pro kardiovaskulární onemocnění. Zásadní léčebný význam má snížení krevního tlaku k cílovým hodnotám < 140/90 mmHg.

V našem článku předkládáme výsledky pětitydenního sledování účinnosti a bezpečnosti fixní kombinace Quinapril + Hydrochlorothiazid (Accuzide) u pacientů s mírnou až středně těžkou hypertenzí. V průběhu studie došlo ke statisticky významnému poklesu průměrného denního i nočního systolického i diastolického tlaku.

U většiny antihypertenziv je 50% dávka odpovědná za 80% účinku

Postup Low dose combination se jeví jako nejúspěšnější

Fixní kombinace mají nesporné výhody

Úvod

V dospělé populaci v průmyslově vyspělých zemích má hypertenze velmi vysokou prevalenci a představuje velmi závažný zdravotní problém. Prevalence v České republice se ve věku 25 – 64 let pohybuje kolem 35% a s věkem výrazně narůstá. S kouřením, diabetem, dyslipidemií a obezitou představuje jeden z nejzávažnějších rizikových faktorů ICHS. [1, 8]

I když jsou v dnešní době dostupná moderní antihypertenziva, dosažení cílových hodnot krevního tlaku se pohybuje v České republice kolem 38%. [2]

Monoterapie hypertenze bývá úspěšná u 30 – 40% nemocných. U ostatních dosahujeme normalizace krevního tlaku kombinací dvou i více antihypertenziv. Léčba jedním lékem snižuje hodnoty krevního tlaku v průměru o 4 – 8 mmHg v diastole a o 7 – 13 mmHg v systole. Nejméně 50% nemocných na monoterapii potřebuje k dosažení cílových hodnot tlaku krevního maximální dávku léku. Na monoterapii lépe reagují mladší jedinci s čerstvě zjištěnou hypertenzí, bez orgánových komplikací, a hypertonici s mírně zvýšenými hodnotami tlaku krevního, kde je efekt až 80%. Zvýšení dávky jednoho antihypertenziva může však vést častěji ke vzniku nežádoucích efektů léku. [9]

Jak se v průběhu doby vyvíjela taktika zahájení a vedení léčby hypertenze? Existují tři strategie.

► strategie Increase (zvyšování) – byla populární v 80. letech minulého století. Je založena na výběru vhodného léku, který je po nasazení titrován do maximální dávky, teprve pak je nasazen další lék, který je opět postupně titrován. Tento postup mohl být vhodný při titraci například ACE inhibitorů, zcela nevhodný při zvyšování dávek diuretik. Obecný odhad je, že u většiny antihypertenziv je 50% dávka odpovědná za 80% účinku.

► strategie Switch (záměny) – objevuje se na

začátku 90. let. Zde, pokud se střední dávka jedné skupiny neosvědčí, je zaměněna za jinou. Tento krok se opakuje 1 – 2x, pak se teprve provádí titrace a nakonec kombinace.

► strategie Low dose combination (kombinace malých dávek) – má dvě varianty. V první se zahajuje podáváním malé až střední dávky antihypertenziva, při nedostatečném efektu se přidává další skupina, stejným principem se přidává třetí skupina. Druhá varianta zahajuje ihned dvojkombinací malých až středních dávek. Postup Low dose combination se objevuje na začátku 21. století a jeví se jako nejúspěšnější. [11]

Kombinace léků různých tříd poskytuje aditivní antihypertenzivní účinek. Efekt kombinační léčby ukázala i jedna z posledních studií ASCOT, kde na monoterapii amlodipinem zůstalo pouze 14,5% pacientů a na monoterapii atenololem jen 8,6% nemocných. [12]

Vhodným směrem léčby se jeví fixní kombinace léků. Fixní kombinace mají několik nesporných výhod. Mezi ně patří snížení počtu tablet, užívaných nemocnými. Další jejich předností je skutečnost, že obsahují často nižší dávky jednotlivých antihypertenziv. V neposlední době to je jejich 24 hodinové působení s možností dávkování jedenkrát denně. Výše uvedené výhody rovněž zvyšují adherenci pacientů k léčbě, protože čím je léčebné schéma jednodušší, tím je spolupráce pacientů lepší. Je třeba zde však zmínit i možné nevýhody fixních kombinací. Může být někdy obtížnější titrace léků, může být problematictější posouzení účinnosti jednotlivého preparátu a někdy i složitější zhodnocení nežádoucích účinků.

Některé dříve užívané fixní kombinace nebyly nejideálnější – například v kombinacích Hydrochlorothiazidu s Amiloridem je většinou obsažena vysoká dávka diuretika.

Běžně užívané jsou fixní kombinace ACE inhibi-

toru a diuretika, sartanu a diuretika, kalciového blokátoru a ACE inhibitoru a betablokátoru a diuretika.

Při použití fixní kombinace je nutno vždy přihlížet k tomu, zda je hypertenze nekomplikovaná, a nebo je již provázena postižením cílových orgánů či dalším doprovodným onemocněním (například diabetes mellitus, ICHS atd.). [2, 7]

Vlastní sledování QUIS

Cíl

Zhodnocení účinnosti a bezpečnosti kombinační léčby ACE inhibitorem (Quinapril) a thiazidovým diuretikem (Hydrochlorothiazid) ve fixní kombinaci (preparát Accuzide) na mírnou až středně těžkou hypertenzi.

Metodika

Pro naše sledování jsme vycházeli z již dříve provedených a publikovaných studií s Quinaprilem – Atime, Parra – Carrillo a Dominguez. [13, 14, 15]

V těchto studiích byla sledována účinnost monoterapie Quinaprilem u pacientů s maximálně středně těžkou hypertenzí. Ve světle doporučení ESH/ESC jsme pro naše sledování zvolili kombinační léčbu ACE inhibitorem a diuretikem (Quinapril + Hydrochlorothiazid) ve fixní kombinaci. Prospěšné působení ACE inhibitorů potvrdily velké studie HOPE a EUROPA. [4, 5, 7]

Sledování bylo prováděné jako otevřené, nezaslepené a trvající čtyři týdny.

Primárním endpointem bylo stanovení dosažení cílových hodnot pro hypertenzi < 140/90.

Pro hodnocení tlaku krevního jsme na začátku a na konci sledování využili 24 hodinového ambulantního monitorování krevního tlaku (Ambulatory blood pressure monitoring - ABPM).

Vlastní měření bylo prováděno oscilometrickou metodou. Intervaly měření byly 1 hodina ve dne a 1 hodina v noci. Z naměřených hodnot jsme vyhodnocovali průměrný krevní tlak a tepovou frekvenci za celé sledované období, průměrný denní a průměrný spánkový krevní tlak a tepovou frekvenci, dále jejich změny při testované medikaci.

Ambulantní 24 hodinové monitorování krevního tlaku poskytuje spolehlivější informace proti tlaku měřenému v ordinaci lékaře. Umožňuje získání informací o celodenním tlakovém profilu i tepové frekvenci, dále ukazuje tlakovou reakci ve spánku. ABPM vhodně ověřuje správnost nastavení antihipertenzní léčby. [6, 10]

Kriteria zařazení pacientů

- ▶ nově zachycená nebo nedostatečně léčena hypertenze se systolickým tlakem ≥ 140 a ≤ 179 mmHg a/nebo diastolickým tlakem ≥ 90 a ≤ 109 mmHg
- ▶ věk 35-79 let
- ▶ riziko pro kardiovaskulární onemocnění $\geq 5\%$

v následujících deseti letech dle tabulek SCORE.

Vylučovací kritéria

- ▶ diabetes mellitus
- ▶ známky poškození cílových orgánů při hypertenzi
- ▶ manifestní aterosklerotické onemocnění
- ▶ gravidita a kojení
- ▶ sekundární hypertenze
- ▶ renální insuficience s kreatininem $\geq 150 \mu\text{mol/l}$
- ▶ hyperkalemie $\geq 5 \text{ mmol/l}$
- ▶ známá alergie na ACE inhibitor či thiazidové diuretikum.

Design studie a algoritmus k dosažení cílových hodnot krevního tlaku

Do sledování bylo zařazeno 21 pacientů ze 6 krajů České republiky. Léčbu prováděli převážně praktičtí lékaři.

Na první kontrole (K1) byla odebrána anamnesa se zaměřením na rizikové faktory ICHS (kouření, rodinná zátěž, obezita, hyperlipoproteinemie, tělesná aktivita). Bylo provedeno fyzikální vyšetření a odebrána laboratoř (celkový cholesterol, LDL cholesterol, HDL cholesterol, triglycerid, CRP, Na, K, kreatinin). Dále byla sledována konkomitantní terapie.

Při druhé návštěvě (K1+1 den) bylo provedeno 24 hodinové monitorování krevního tlaku.

Při třetí návštěvě (K1+ 3 dny) dle výsledku ABPM byl nasazen Accuzide (Quinapril 10 mg, Hydrochlorothiazid 12,5 mg) 1x denně.

Čtvrtá návštěva následovala za 14 dnů od nasazení Accuzidu (K1+17 dnů). Na základě vyhodnocení hodnoty krevního tlaku byla ponechána dosavadní terapie či při nedosažení cílových hodnot byla zvýšena dávka na Quinapril 20 mg a Hydrochlorothiazid 12,5 mg (Accuzide 20). Dále byla zjišťována konkomitantní terapie a eventuální nežádoucí účinky.

Pátá návštěva proběhla za 28 dnů po třetí návštěvě (K1+31 den); byl při ní proveden kontrolní ABPM.

Šestá návštěva představovala závěrečnou kontrolu (K1+33 dny), při níž bylo provedeno měření krevního tlaku a tepové frekvence, fyzikální vyšetření, zhodnocení konkomitantní terapie a nežádoucích účinků.

Statistická metodika

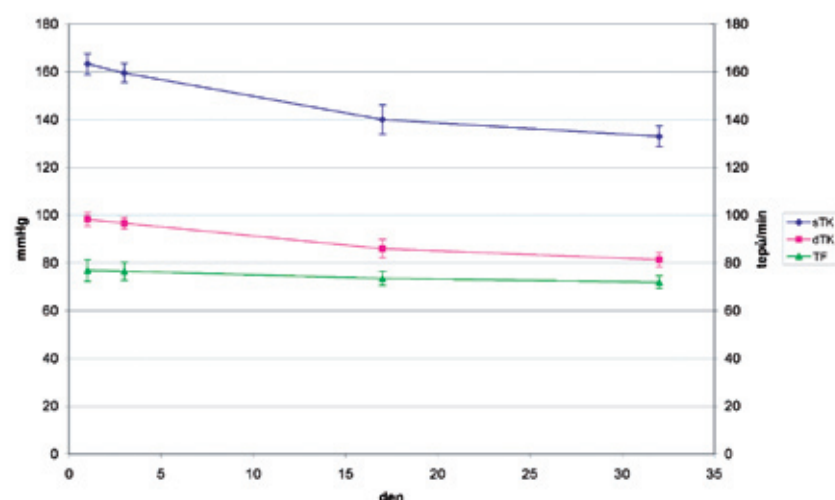
Měřené veličiny jsou popsány pomocí aritmetických průměrů, resp. v případě asymetrického rozložení (u cholesterolu celkového, LDL i HDL, triglyceridů a CRP) pomocí geometrických průměrů. Variabilita dat je charakterizována 95% intervaly spolehlivosti. Pro účely testování byly asymetricky rozložené veličiny logaritmic-ky

Tabulka 1: Antropometrické charakteristiky sledovaných pacientů podle pohlaví

Charakteristika	Muži			Ženy			Celkem		
	Průměr	95% int. spol.		Průměr	95% int. spol.		Průměr	95% int. spol.	
Výška (cm)	179.3	175.3	183.4	165.6	160.7	170.5	174.3	169.9	- 178.6
Hmotnost (kg)	91.3	85.1	97.4	78.6	69.3	87.9	86.6	81.1	- 92.1
BMI (kg/m ²)	28.3	26.9	29.8	28.8	24.6	33.0	28.5	27.0	- 30.0
Obvod pasu (cm)	102.0	97.5	106.5	90.0	82.2	97.8	97.4	92.9	- 101.9

Tabulka 2: Laboratorní parametry sledovaných pacientů při vstupní návštěvě

Ukazatel	Průměr	95% int. spol.	
Celkový cholesterol (mmol/l)	5.65	5.25	- 6.09
LDL-cholesterol (mmol/l)	3.29	2.87	- 3.77
HDL-cholesterol (mmol/l)	1.39	1.27	- 1.52
Triglyceridy (mmol/l)	1.88	1.57	- 2.27
C-reaktivní protein (mg/l)	5.53	3.61	- 8.46
K ⁺ (mmol/l)	4.15	3.95	- 4.34
Na ⁺ (mmol/l)	140.55	139.38	- 141.73
Kreatinin (μmol/l)	91.05	85.19	- 97.30

Graf 1: Průměrné hodnoty kasuálního krevního tlaku a tepové frekvence při jednotlivých návštěvách


transformovány. Hypotéza o shodě průměrů mezi různými podskupinami byla testována pomocí dvouvýběrového t-testu. Posouzení vývoje průměrných hodnot tlaku a tepové frekvence v čase i porovnání 24-hodinových měření před podáním léku a po 28-denní léčbě byly založeny na modelech analýzy rozptylu pro opakovanou pozorování. Chybějící informace v rámci 24-hodinových měření byly doplněny postupem imputace na základě statistických závislostí v rámci datového souboru. Všechny statistické testy byly prováděny na hladině významnosti 0,05.

Výsledky

Ve sledování bylo zařazeno celkem 21 léčených pacientů, z toho 13 (61,9%) mužů a 8 (38,1%)

žen. Průměrný věk byl 58,5 roku (směrodatná odchylka 11, 8), rozpětí (min. -max.) 35-78 let. Průměrný věk mužů byl 56,9 roku, žen 61,0.

V tabulce č. 1 jsou shrnuty základní antropometrické údaje (výška, hmotnost, BMI a obvod pasu). V tabulce jsou pro základní charakteristiky uvedeny aritmetické průměry a příslušné 95% intervaly spolehlivosti, které charakterizují variabilitu dat.

Z tabulky č. 1 plyne, že dle průměrné hodnoty BMI se sledovaní muži i ženy pohybují v pásmu nadváhy. Při hodnocení abdominální obezity dle obvodu pasu se muži pohybují na hranici obezity (normální hodnoty < 102 cm), u žen vycházejí průměrné hodnoty již jako obezita (normální hodnoty < 88 cm).

V dotazníku byly dále vyplňovány anamnestické údaje – rizikové faktory.

Mezi sledovanými pacienty bylo 6 kuřáků (28,6%), z toho 4 muži a 2 ženy; 13 nekuřáků (61,9%), z toho 8 mužů a 5 žen. U dvou osob není údaj znám (jeden muž a jedna žena).

Pozitivní rodinnou anamnesu kardiovaskulárních onemocnění mělo 12 nemocných (57,2%), z toho 9 mužů a 3 ženy. 7 pacientů (33,3%) nemělo tento rizikový faktor (3 muži a 4 ženy). U dvou osob, jednoho muže a jedné ženy, není údaj znám (9,5%).

Dotaz na pravidelnou fyzickou aktivitu zodpověděli ano čtyři nemocní (19,1%) – 2 muži a 2 ženy, ne 15 lidí (71,4%) – 10 mužů a 5 žen.

U dvou není známo (9,5%), z toho 1 muž a 1 žena.

Arteriální hypertenze ve sledovaném souboru byla nově zachycena u 13 pacientů (61,9%), z toho u 9 mužů a 4 žen již dříve přítomná hypertenze byla u osmi osob (38, 1%). Sedm z osmi pacientů s již dříve přítomnou hypertenzí bylo léčeno medikamentosně, to se v průběhu studie nezměnilo. Medikamentosní léčba pokračovala a vzhledem k tomu, že nebyla dostačující k dosažení cílových hodnot TK, byl k ní přidán preparát Accuzide.

Dyslipidemie byla přítomna u 11 nemocných (52,4%), ve čtyřech případech byla hyperlipoproteinemie léčena medikamentosně.

Další laboratorní parametry jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Absolutní patologické laboratorní hodnoty jsou shrnuty v následujícím přehledu:

Tabulka 3: Průměrné hodnoty kasuálního krevního tlaku a tepové frekvence při jednotlivých návštěvách

Ukazatel	1. návštěva			3. návštěva			4. návštěva			6. návštěva		
	Prům.	95% int.	spol.	Prům.	95% int.	spol.	Prům.	95% int.	spol.	Prům.	95% int.	spol.
sTK	163.4	159.1	-167.7	159.6	155.6	-163.7	140.1	134.0	-146.2	133.0	128.6	-137.4
dTK	98.3	95.5	-101.1	96.7	94.3	-99.1	86.0	82.2	-89.9	81.4	78.5	-84.3
TF	76.9	72.4	-81.4	76.6	72.8	-80.4	73.6	70.6	-76.5	72.0	69.3	-74.7

sTK – systolický tlak, dTK – diastolický tlak, TF – tepová frekvence

- ▶ Celkový cholesterol: 16 (76,2 %) z 21 pacientů má hodnoty vyšší nebo rovny 5 (mmol/l)
- ▶ LDL-cholesterol: 15 (71,4 %) pacientů má hodnoty vyšší nebo rovny 3 (mmol/l)
- ▶ HDL-cholesterol: 1 (4,8 %) pacient má hodnotu nižší než 1 (mmol/l)
- ▶ Triglyceridy: 10 (47,6 %) pacientů má hodnoty vyšší nebo rovny 2 (mmol/l)
- ▶ CRP: 10 (47,6 %) pacientů má hodnoty vyšší než 5 (mg/l)

Údaj o LDL cholesterolu chyběl u 1 muže a o CRP u 2 mužů.

Z údajů uvedených v předchozím textu vyplývá, že náš soubor pacientů byl vysoce rizikový stran možnosti vzniku kardiovaskulárních onemocnění. 100% nemocných mělo hypertenzi, 57,2% mělo rodinnou zátěž pro ICHS, 71,4% nemělo pravidelnou fyzickou aktivitu. Kouřilo 28,6% osob.

Dle průměrných hodnot hmotnosti měl soubor nemocných nadváhu nebo mírnou obezitu. Dyslipidemie byla přítomna u 52,4% sledovaných lidí. Z laboratorních testů vyplývá, že průměrné hodnoty celkového i LDL cholesterolu byly mírně zvýšené, nebyly zvýšené průměrné hodnoty triglyceridů. Jako pozitivum lze hodnotit průměrnou hodnotu HDL cholesterolu 1,39 mmol/l. Je rovněž lehce zvýšena hladina CRP (průměrná hodnota 5,53 mg/l) jako nezávislého rizikového faktoru ICHS. [1]

Průběh kasuálního měření tlaku a tepové frekvence při jednotlivých návštěvách jsou patrné z tabulky č. 3 a grafu č. 1.

Pomocí analýzy rozptylu pro opakovaná pozorování byl prokázán statisticky významný pokles průměrných hodnot systolického i diastolického TK v průběhu 3., 4. a 6. návštěvy ($p < 0,001$), přičemž výraznější pokles je mezi 3. a 4. návštěvou. Průměrný absolutní pokles TK mezi 3. a 6. návštěvou (tedy dobou před nasazením testované léčby a koncem studie) je u systolického TK 26,6 mmHg a u diastolického TK 15,3 mmHg. Pokles hodnot tepové frekvence je méně výrazný než u tlaku, je na hranici statistické významnosti ($p = 0,052$). Hodnoty tlaku poklesly i mezi 1. a 3. návštěvou, tedy ještě před podáním léku. Tuto skutečnost si vysvětlujeme jako vysoce pravděpodobně emoční záležitost. Krevní tlak je variabilní hemodynamická veličina, která je ovlivňována řadou faktorů, mezi něž patří např. emoce, pohybová aktivita, příjem potravy, kouření, alkohol, teplota, dýchání a bolest. Při

Tabulka 4: Průměrné denní a noční hodnoty krevního tlaku a tepové frekvence podle 24 hodinového ambulantního monitorování

Ukazatel	Noc			Den		
	Průměr	95% int.	spol.	Průměr	95% int.	spol.
sTK (2. návštěva)	135.4	128.1	-142.7	150.4	145.3	-155.6
sTK (5. návštěva)	119.6	114.6	-124.6	130.2	124.5	-135.9
dTK (2. návštěva)	79.4	73.0	-85.8	91.0	84.9	-97.1
dTKv(5.vnávštěva)	71.0	65.8	-76.3	80.2	75.9	-84.4
TFv(2.vnávštěva)	68.3	64.0	-72.5	79.9	74.3	-85.4
TFv(5.vnávštěva)	65.5	62.1	-68.8	78.7	73.6	-83.7

sTK – systolický tlak, dTK – diastolický tlak, TF – tepová frekvence

diagnostice hypertenze jsou nutná opakovaná měření s odstupem času, rovněž je ideální měřit TK při každé návštěvě třikrát. První měření bývá nejvyšší, dále rozdíl mezi druhým a třetím měřením již bývá minimální. [2]

V tabulce č. 4 jsou prezentovány průměrné denní a noční hodnoty TK a tepové frekvence podle 24-hodinového ambulantního monitorování krevního tlaku.

Hodiny 6 - 22 byly považovány za denní, 23 - 5 za noční. Pro tyto dva časové úseky byly spočteny průměry pro každého jedince a ty pak dále průměrovány za celou skupinu.

Tři grafy (č. 2, č. 3, č. 4) znázorňují průběh průměrných hodnot krevního tlaku a tepové frekvence při 24-hodinovém ambulantním monitorování TK před léčbou a po 28 dnech terapie preparátem Accuzide.

Pokles průměrných hodnot mezi prvním a druhým 24 hodinovým měřením je statisticky významný u denního i nočního systolického tlaku (vždy $p < 0,001$), rovněž je statisticky významný u denního i nočního diastolického tlaku (den $p < 0,001$, noc $p = 0,003$). Pokles hodnot tepové frekvence není statisticky významný ani ve dne ($p = 0,799$) ani v noci ($p = 0,192$). Při porovnání celého průběhu 24-hodinového měření bylo prokázáno, že křivka systolického tlaku z prvního měření leží celkově výše než křivka z druhého měření ($p < 0,001$). Podobně i pro diastolický tlak je celkový rozdíl mezi polohou křivek statisticky významný ($p < 0,001$). U tepové frekvence nejsou rozdíly mezi křivkami prokazatelné ($p = 0,544$).

Snížení tlaku krevního po podání léku tedy bylo prokázáno, tepová frekvence není celkově

Kombinované preparáty obsahující inhibitory ACE a diuretika představují pro nemocné výrazné zlepšení kvality života

průkazně ovlivněna ani ve smyslu zvýšení ani snížení.

Ve sledovaném souboru bylo nutno při čtvrté návštěvě u sedmi pacientů (33,3%) zvýšit dávku z 10 mg na 20 mg Quinaprilu, protože nebylo dosaženo cílových hodnot TK.

Na konci studie bylo pět pacientů (23,8%), kteří nedosáhli cílových hodnot TK. Přehled hodnot jejich tlaků při ukončení sledování předkládáme v tabulce č. 5.

Hodnota 23,8% je vzata přísně statisticky. Při podrobném pohledu na tabulku č. 5 však vidíme, že jeden z pacientů dosáhl normální hodnoty systolického tlaku, další docílil normální hodnoty diastolického tlaku. U ostatních pacientů byl dosažen hraniční diastolický tlak, u jedné osoby hraniční systolický tlak. Nelze vyloučit, že zde byla přítomna i emoční složka, protože hodnoty získané z 24-hodinového monitorování byly příznivé. Je ale jisté, že těmto nemocným bude nutno dále věnovat zvýšenou péči při kontrole tlaku. Při přetrvávání podobných hodnot krevního tlaku by u nich bylo nutné použít k jeho korekci další antihypertenzivum.

Za velmi důležité považujeme posouzení, zda nedochází při užívání léku k výraznějšímu vzestupu tlaku v ranních hodinách. Toto zhodnocení lze založit na porovnání průběhu (trendu) v hodinách 3 – 7. Nebyly prokázány statisticky

významné rozdíly v trendu vývoje průměrných hodnot systolického ani diastolického tlaku ($p = 0,386$, resp. $p = 0,620$). Tento výsledek jasně ukazuje, že lék spolehlivě působí po celých 24 hodin.

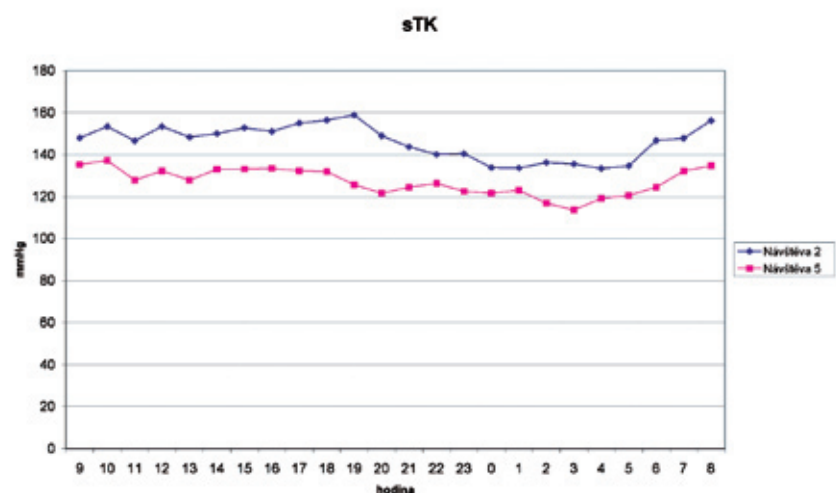
V průběhu celého sledování nebyly zaznamenány žádné nežádoucí efekty testované medikace.

Tabulka 5: Přehled individuálních hodnot tlaku při závěrečné kontrole u pacientů, kteří nedosáhli cílových hodnot

Pacient	sTK	dTK
1	150	90
2	155	90
3	130	90
4	150	80
5	140	90

sTK – systolický tlak, dTK – diastolický tlak

Graf 2: Průměrné denní a noční hodnoty systolického tlaku podle 24-hodinového ambulantního monitorování před léčbou a po léčbě



Diskuze

Naše sledování prokázalo, že při léčbě kombinovaným preparátem Accuzide (Quinapril 10 mg a Hydrochlorothiazid 12,5 mg) dosáhlo cílových hodnot krevního tlaku 66,7% sledovaných osob. U 33,3% nemocných bylo nutno navýšit dávku léku na Accuzide 20 (Quinapril 20 mg a Hydrochlorothiazid 12,5 mg). Po tomto zvýšení medikace byla hypertenze v závěru sledování kompenzovaná u 76,2% pacientů. Pouze 23,8% nemocných nedosáhlo cílových hodnot TK.

Z výsledků vyplývá, že lék při podávání 1x denně poskytuje spolehlivou antihypertenzní účinnost v průběhu celých 24-hodin a zajišťuje tak dostatečnou kontrolu i v období rizikových ranních hodin.

Nejvíce informací o příznivém účinku Quinaprilu přinesla studie QUO VADIS. Tato studie prokázala, že dlouhodobá léčba Quinapilem statisticky významně snižuje výskyt klinických ischemických příhod. [3, 16] Studie EUREKA, testovaná na více než 6000 pacientech se středně těžkou hypertenzí, prokázala po 8 týdnech léčby samotným Quinapilem dosažení cílových hodnot systolického tlaku u 56% pacientů a diastolického tlaku u 90% pacientů. [17] Podobné výsledky přináší i studie MANZATO, v níž cílových hodnot u systolického tlaku dosáhlo 88% a u diastolického tlaku 62% nemocných. Absolutní průměrný pokles TK byl u systolického tlaku 25 mmHg a u diastolického tlaku 15 mmHg v EURECE, resp. 23 mmHg a 16 mmHg ve studii MANZATO. [18] Tyto výsledky odpovídají i našemu sledování, kde dochází k podobnému tlakovému poklesu, je však nutno zmínit, že u dvou třetin našich pacientů bylo dosaženo cílových hodnot již při podání 10 mg Quinaprilu, kdežto obě předchozí zmiňované studie používaly dávku Quinaprilu vyšší (20-30 mg) – ale nebyla zároveň podávána diuretika. Rovněž studie japonských autorů na univerzitě v Nagoji [21] byla designem velmi podobná našemu sledování (podáván byl ale pouze Quinapril), její výsledky jsou velmi blízké našim závěrům.

Ve studii QUIET Quinapril snižoval výskyt kardiovaskulárních komplikací a účinně redukoval progresi koronární aterosklerosy jen u pacientů se zvýšenou koncentrací LDL cholesterolu. [2, 3, 19] V naší skupině pacientů byly průměrné hodnoty celkového i LDL cholesterolu mírně zvýšené, takže podávání Quinaprilu dle výsledků studie QUIET těmto pacientům přináší benefit. Quinapril byl testován rovněž u pacientů s hypertenzí a hypertrofií levé komory srdeční. Při jeho podávání 90,5% pacientů dosáhlo kompletního ústupu hypertrofie levé komory. [20] V jiné studii byl též prokázán nefroprotektivní účinek Quinaprilu a jeho pozitivní vliv na mikroalbuminurii. [15]

Druhou složkou přípravku Accuzide je diuretikum Hydrochlorothiazid. Jeho množství

obsažené v tabletě Accuzide, resp. Accuzide 20 je 12,5 mg a odpovídá doporučením pro léčbu hypertenze. [2]

V této dávce nebyly pozorovány jeho negativní dopady na lipidový a glycidový metabolismus. Thiazidová diuretika u starších osob snižují kardiovaskulární i celkovou mortalitu. Léčba hypertenze thiazidy může být přínosem i pro prevenci osteoporosy vzhledem ke zvýšené reabsorpci kalcia v ledvinách. Eventuální hypokalemie bývá kompenzována přítomností ACE inhibitoru v léku.

V průběhu našeho sledování nebyly zaznamenány žádné nežádoucí účinky léku. Nepozorovali jsme nežádoucí efekty při užití Accuzide, rovněž se neobjevily při zvýšení dávky na Accuzide 20. V klinických studiích prováděných s Quinapriem byly nejběžnější se vyskytujícími nežádoucími účinky bolest hlavy (5,6%), závratě (3,9%), únava (2,6%) a kašel (2,0%). Domníváme se, že při větším počtu pacientů by se zřejmě nežádoucí efekty objevily v rozsahu literárně publikovaných dat. Ale i tak je nutno zkonstatovat, že preparát Accuzide se jeví jako velmi bezpečný a dobře tolerovaný lék.

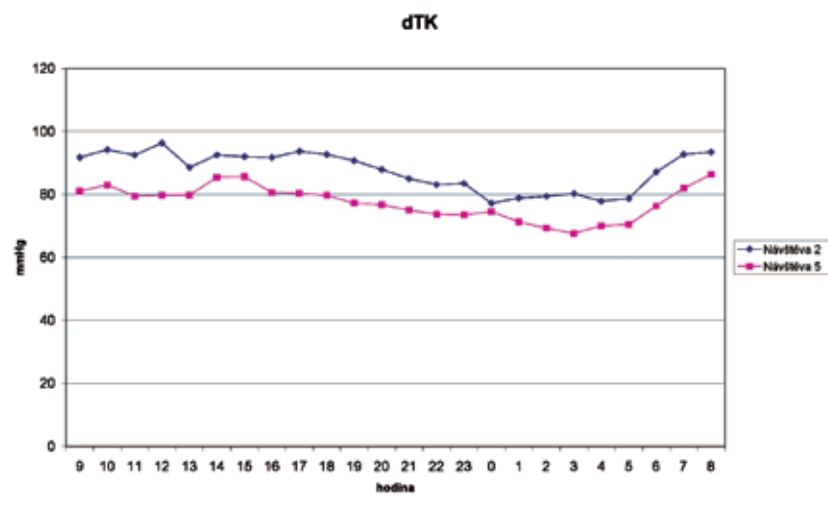
Závěr

Naše sledování prokazuje vysokou účinnost a bezpečnost preparátu Accuzide, respektive Accuzide 20 v klinické praxi. Terapeutický účinek je plně srovnatelný s ostatními moderními léky, obsahujícími ACE inhibitory a diuretika. Výhodou je příznivý farmakokinetický profil (vysoká antihypertenzní účinnost po celých 24 hodin) a velmi nízká incidence nežádoucích účinků. Kombinované preparáty obsahující inhibitory ACE a diuretika představují pro nemocné výrazné zlepšení kvality života.

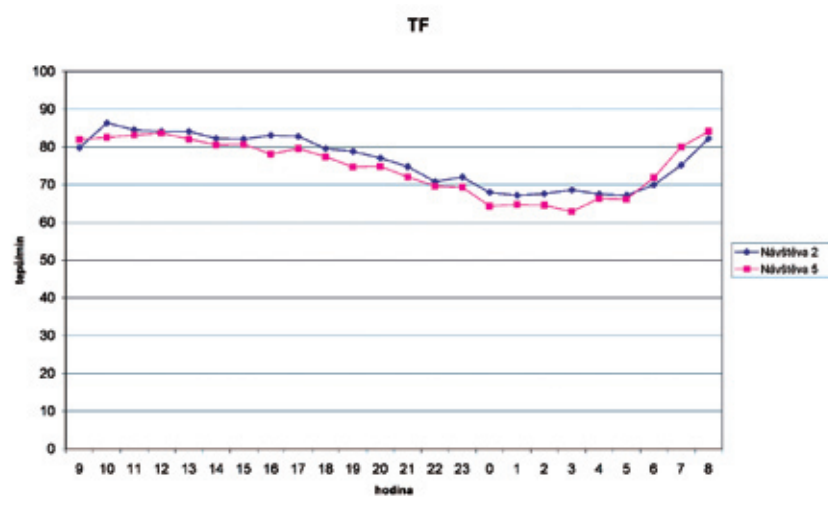
Literatura:

1. Štefka M. Kardiologie. Praha, Grada, 2007: 539 – 559, 213 – 241, 472 – 473
2. Widimský J., Widimský J. jr. Esenciální a sekundární hypertenze pro praxi. Praha, Triton, 2005: 58 – 73, 98 – 113, 140 – 145
3. Špinar J., Vítovec J., Kubecová L., Pařenica J. Klinické studie v kardiologii. Praha, Grada, 2002: 91 – 94
4. Haïat R., Leroy G. Major clinical trials in Cardiovascular therapeutics. Frison – Roche, Paris, 2002: 175 – 178
5. Vítovec J., Špinar J. Inhibitory ACE a ischemická choroba srdeční z pohledu studií HOPE a EUROPA. Remedie 2004;14(2): 158 – 165
6. Filipovský J. Domácí měření krevního tlaku. Kardiologická revue 2006; 8: 32-35
7. HOPE/HOPE – TOO Study Investigators. Long – Term Effects of Ramipril on Cardiovascular Events and on Diabetes. Circulation, 2005: 1339 – 1346
8. Braunwald E., Zipes DP., Libby P. Heart disease. 6th ed. New York, W. B. Saunders Company, 2001: 941 – 995
9. Řiháček I., Souček M., Fráňa P. Kombinační terapie hypertenze. Postgraduální medicína ročník 6, č. 2, Praha, 2004: 42 – 46
10. Němcová H. Měření krevního tlaku. Postgraduální medicína, ročník 6, č. 2. Praha, 2004: 11 – 17
11. Widimský J. jr. Arteriální hypertenze – současné klinické trendy. Praha, Triton, 2006: 97 – 109
12. Poulter N. R. Anglo – Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. Birmingham, Caric Print Limited, 2005: 79 – 87
13. Flack JM, Yunis C, Preisser J et al. The rapidity of drug dose escalation influences blood pressure response and adverse effects burden in patients with hypertension: the Quinapril Titration Interval Management Evaluation (ATIME) Study. ATIME Research Group. Arch Intern Med. 2000 Jun 26;160(12):1842-7.

Graf 3: Průměrné denní a noční hodnoty diastolického tlaku podle 24-hodinového ambulantního monitorování před léčbou a po léčbě



Graf 4: Průměrné denní a noční hodnoty tepové frekvence podle 24-hodinového ambulantního monitorování před léčbou a po léčbě



14. Parra-Carrillo JZ et al. Multicentric study of quinapril, an angiotensin converting enzyme inhibitor, in the treatment of mild to moderate Essential hypertension. Curr Ther Res 1992;51(2):185-95.
15. Domínguez LJ et al. Quinapril reduces microalbuminuria in essential hypertensive and in diabetic hypertensive subjects. Am J Hypertens 1995;8:808-14.
16. Oosterlaan M, Voors AA, Pinto YM et al. Effects of quinapril on clinical outcome after coronary artery bypass grafting (The QUO VADIS Study). QUinapril on Vascular Ace and Determinants of Ischemia. Am J Cardiol. 2001 Mar 1;87(5):542-6.
17. Pueyo C, Diaz C, Sol JM et al. Efficacy and Safety of Quinapril 40 mg Once Daily as Monotherapy for Patients with Poorly Controlled Hypertension The EUREKA Study. Clin Drug Invest 2000 Aug; 20 (2): 81-88.
18. Manzato E, Capurso A, Crepaldi G. Modification of cardiovascular risk factors during antihypertensive treatment: a multicentre trial with quinapril. J Int Med Res. 1993 Jan-Feb;21(1):15-25.
19. Pitt B, O'Neill B, Feldman R et al. The QUinapril Ischemic Event Trial (QUIET): evaluation of chronic ACE inhibitor therapy in patients with ischemic heart disease and preserved left ventricular function. Am J Cardiol. 2001 May 1;87(9):1058-63.
20. Franz I - W, Tönnemann U, Müller JFM. Time Course of Complete Normalization of Left Ventricular Hypertrophy During Long-Term Antihypertensive Therapy With Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors. Am J Hypertens 1998;11: 631-639
21. Hayashi H, Ohsugi S, Ishihara M et al. Effect of Quinapril on the Circadian Blood Pressure Pattern Evaluated by Periodic Analysis of Covariance Am J Ther. 1995 Apr. 2(4): 243-249

MUDr. Igor Karen

Člen výboru SVL ČLS JEP, odborný garant za KVO oblast

Výskyt metabolického syndromu v české populaci ve studii ATLET

Souhrn: Dnes se nahlíží na pacienty s diagnostikovaným MS již jako na velmi rizikové pacienty, kde je vyjádřeno nejen KV riziko, ale oprávněně dnes již mluvíme o kardio-metabolickém riziku.

Reavenova definice

V současné době se vychází z definice MS podle G. M. Reavena z roku 1988, kdy základní triádu syndromu tvoří **vyšší krevní tlak (TK)** a **typická dyslipidemie**, tj. **vyšší hladina triacylglycerolů (TG)** a **nižší HDL-cholesterol** v lačné plazmě.

Metabolický syndrom se vyvíjí v čase u jedinců s genetickou predispozicí při nevhodném životním stylu, tj. při nadměrném energetickém příjmu a nedostatečné pohybové aktivitě.

Genetická predispozice

Genetickou predispozici lze zjistit z rodinné anamnézy; pokud někdo z rodičů prodělal v časném věku (tj. otec do 55 let a matka do 65 let) kardiovaskulární příhodu (srdeční infarkt nebo cévní mozkovou příhodu nebo jiné projevy aterosklerózy) anebo je alespoň jeden z rodičů hypertonik nebo diabetik 2. typu, nese jejich potomek vysoké riziko rozvoje MS.

Většina expertů považuje za patofyziologický podklad MS inzulinovou rezistenci, tj. sníženou schopnost využívat inzulin ke zpracování glukózy. Inzulinová rezistence je podle této hypotézy příčinou vyšší centrální a poté i periferní sympatické nervové aktivity. Někteří experti považují za primární poruchu zvýšenou aktivitu sympatického nervového systému (SNS), která způsobuje ve svalch i jiných tkáních inzulinovou rezistenci a podílí se na vysokém kardiovaskulárním riziku nemocných s MS. Pro nositele MS je však rozhodující ovlivnit oba mechanismy, což v praxi znamená zavedení zdravého životního stylu a indikaci léků snižujících zvýšený tonus SNS a inzulinovou rezistenci. Zatím neexistuje jeden specifický lék, který by dokázal ovlivnit podstatu MS a následně všechny rizikové faktory související s tímto syndromem.

Diagnostika MS je velmi obtížná, neboť MS se vyvíjí v čase v závislosti na životním stylu, genetické predispozici a věku. V klinické praxi se užívají jednoduchá kritéria pro diagnostiku MS, která byla vytvořena v roce 2001 v rámci National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III). Podle této definice se MS vyskytuje u jedinců se třemi a více z pěti uvedených rizikových faktorů (viz níže).

V literatuře není zatím mnoho údajů o prevalenci MS. Z provedených studií, které používa-

ly kritéria NCEP ATP III, se pohybuje výskyt MS v průměru u 24 % severoamerické populace, přičemž prevalence stoupá s věkem (7% u 20-letých osob a 40 % u osob starších 60 let). Dle dostupných literárních zdrojů v naší populaci ve věku 24 - 65 let byla zjištěna prevalence MS 32% u mužů a 24% u žen. Ve věku 65 let a vyšším by byla prevalence MS ještě vyšší. Výskyt MS se liší v různých etnických skupinách a předpokládá se, že jeho výskyt bude stoupat v rozvinutých i rozvíjejících se zemích světa. Na základě toho lze předpokládat nárůst diabetes mellitus 2. typu a tím i nárůst nejčastějších komplikací AS, tj. kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních aterosklerotických příhod. Je třeba aktivně pát rat po osobách s MS a včas u nich zahájit intervenci jednotlivých rizikových faktorů, abychom snížili vysoké riziko pro aterosklerózu a kardiovaskulární (KV) nemoci a abychom zabránili rozvoji diabetes mellitus 2. typu, který by přinesl další zvýšení kardiovaskulárního rizika.

Definice metabolického syndromu: Česká definice:

musí splňovat 3 z následujících 5

- 1) obvod pasu > 102 cm u mužů, > 88 cm u žen
- 2) TAG ≥ 1,7 mmol/l
- 3) HDL – CH < 1 mmol/l u mužů, < 1,3 mmol/l u žen
- 4) TK ≥ 130/85 mmHg (stačí když je zvýšená jedna hodnota)
- 5) Glykémie ≥ 5,6 mmol/l

Americká definice:

musí splňovat 3 z následujících 5

- 1) obvod pasu > 102 cm u mužů, > 88 cm u žen
- 2) TAG ≥ 1,7 mmol/l
- 3) HDL – CH < 1 mmol/l u mužů, < 1,3 mmol/l u žen
- 4) TK ≥ 130/85 mmHg (stačí když je zvýšená jedna hodnota)
- 5) Glykémie ≥ 6,1 mmol/l

Evropská definice:

Obvod pasu > 94 cm u mužů, > 80 cm u žen

Kritéria české definice:
obvod pasu, TAG, HDL, TK, Glykémie

– absolutní podmínka
a dále 2 z následujících 4

- 1) TGC $\geq 1,7$ mmol/l
- 2) HDL – CH < 1 mmol/l u mužů, $< 1,3$ mmol/l u žen
- 3) TK $\geq 130/85$ mmHg (stačí když je zvýšená jedna hodnota)
- 4) Glykémie $\geq 5,6$ mmol/l

V české definici jsou jasně dané obvody pasu jako u americké definice, ale laboratoř je v české definici dle evropské definice pouze kromě glykémie, která je oproti americké přísnější...5,6 mmol/l.

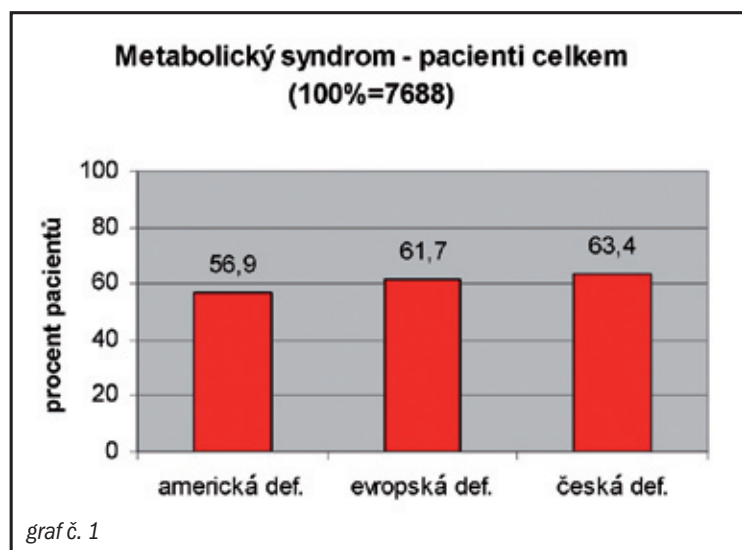
Studie ATLET, která proběhla v letech 2005/2006, měla za hlavní cíl sledovat běžnou léčebně preventivní péči všeobecných praktických lékařů poskytovanou pacientům se zvýšeným KVO rizikem.

Jedná se o observační, neintervenci, multicentrickou, otevřenou, nekomparativní studii realizovanou Společností všeobecného lékařství ČLS JEP ve spolupráci s Katedrou sociální a klinické farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové a organizačně zajištěnou nadačním fondem Praktik.

Studie byla koncipována na podkladě poskytování léčebně preventivní péče v primární linii u vybraných cca 380 praktických lékařů z celé ČR, kteří u prvních 20 pacientů v riziku KVO, kteří navštívili jejich ordinace, měli indikovanou prevenci KVO. Klinické sledování probíhalo 12 měsíců a praktičtí lékaři ji poskytli celkem 7 724 pacientům, přičemž pro vyhodnocení všech potřebných dat k analýze metabolického syndromu byla úplná použita data od 7 688 pacientů.

Dle uvedených kritérií byla vyhodnocena sledovaná populace českých pacientů ve studii ATLET, přičemž jednoznačně vychází data v neprospěch české populace, což můžeme konstatovat jako alarmující zjištění!

Česká definice:



Muži – 2291 pacientů, což je 58,9 %
Ženy – 2584 pacientů, což je 68,0 %

Evropská definice:

Muži – 2226 pacientů, což je 57,2 %
Ženy – 2522 pacientů, což je 66,4 %

Americká definice:

Muži – 1987 pacientů, což je 51,1 %
Ženy – 2384 pacientů, což je 62,7 %

Českou definici splňuje:

4875 pacientů, což je 63,4 %

Vyřáděno v grafech č. 1-4.

Pro praxi je důležité zjištění, dle této studie, že:

Nejčastější splňovanou trojkombinací české definice MS byla:

TAG + TK + Glykémie	(58,5%)
TAG + TK + Obezita	(50,9%)
Obezita + TK + Glykémie	(43,3%)

16,1% pacientů splňovalo všech 5 kritérií MS!

Vzhledem k uvedeným a zjištěným skutečnostem, je nutno si uvědomit, že prakticky každý druhý hypertonik a pacient s dyslipidemií má metabolický syndrom!

Všechny tyto výsledky jsou interpretovány a získány při vstupu respektive zařazení pacientů do studie ATLET, přičemž během studie došlo k terapeutické intervenci hypolipidemiky a antihypertenzivy, a tudíž, lze očekávat... (počkáme si na dodání dalších analýz), že by se mohl výskyt MS v české populaci vlivem expozice hypolipidemik a antihypertenziv u těchto pacientů pozitivně numericky zmenšit na konci... po ročním vyhodnocení a tím pozitivně ovlivnit u těchto pacientů KV riziko.

Důležitá také bude analýza, kolik procentuálně bylo zastoupeno pacientů s DM v této studii, neboť, jak známo, ruku v ruce velmi často jde s DM typická dyslipidémie, kolik bylo pacientů na začátku studie s AH jejich medikace a jaká kombinační terapie byla na konci sledování k dosažení cílových hodnot u pacientů s AH.

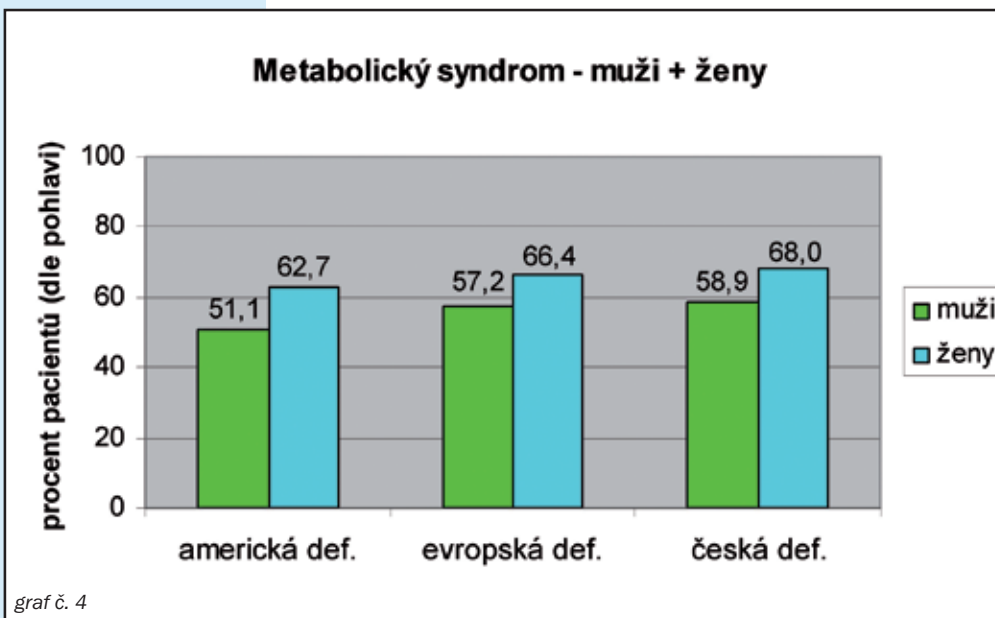
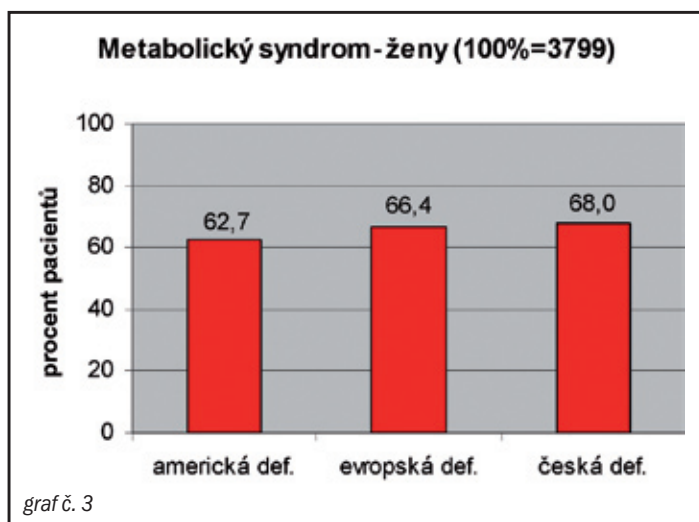
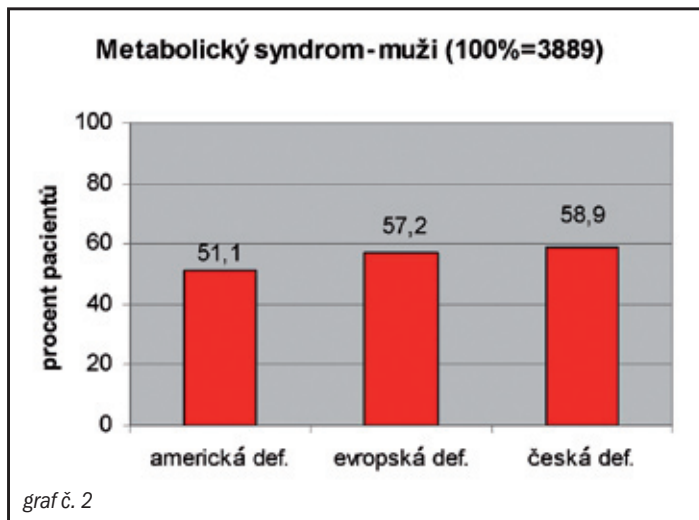
Metabolický syndrom tudíž nelze podceňovat a jak je z uvedeného vidět, tak typickým pacientem s MS je v našich ordinacích sice pacient s obezitou centrálního typu, ale dle výsledků studie na prvních dvou místech

Každý druhý hypertonik a pacient s dyslipidemií má metabolický syndrom

Typickým pacientem s MS v našich ordinacích je pacient s dyslipidemií, hypertenzí a poruchou glukózového metabolismu

dominuje pacient s dyslipidemií, hypertenzí a poruchou glukózového metabolismu, nejčastěji diabetes mellitus, či pacient s dyslipidemií, hypertenzí a obezitou centrálního typu. Zaleží tedy VELMI na interpretaci výsledků ze strany lékaře, potřebných k diagnostice MS

a zejména také na tom, abychom izolovaně nepohlíželi na jednotlivá kritéria a izolovaně je neléčili, ale naopak měli na paměti vzájemnou možnost propojení a kombinace jednotlivých kritérií vedoucích k diagnostice MS (viz výše diagnostická kritéria MS).



Společnost všeobecného lékařství vydala letos v březnu ve spolupráci s odbornými společnostmi ČLS JEP Doporučený postup: Metabolický syndrom... jeho diagnostika a léčba, který byl letos v dubnu představen a pod jejíž patronací v rámci implementace DP v praxi byl od přednášen v 15 městech celé ČR. Díky též patří farmaceutické firmě Zentiva, která poskytovala hmotné zajištění všech seminářů.

Závěr

- ▶ Výskyt komplikací u pacientů s metabolickým syndromem je dán vystupňovaným kardiovaskulárním rizikem v důsledku působení kombinace několika rizikových faktorů metabolického syndromu.
- ▶ V léčbě kardiovaskulárních komplikací metabolického syndromu je třeba respektovat všechny nové a publikované poznatky z oblasti preventivní kardiologie, zvláště výsledky nedávno provedených klinických studií prokazujících klinický přínos změny stravovacích návyků, řádného ovlivnění rizikových faktorů a preventivního užívání některých léků.
- ▶ Je prokázáno obecně, že náležitá léčba snižuje u pacientů s MS a u diabetiků 2. typu kardiovaskulární riziko a incidenci fatálního i nefatálního infarktu myokardu.
- ▶ Prevence a léčba kardiovaskulárních komplikací metabolického syndromu je ve shodě s recentními doporučeními českých odborných společností.
- ▶ Nastává posun v prevenci směrem od ischemické choroby srdeční (ICHS) k prevenci KVO!

Literatura u autora

„Praktický lékař zásadním způsobem ovlivňuje další osud pacienta ve smyslu dobrém i zlém.“



MUDr. MARIE STIEBLEROVÁ - vystudovala Lékařskou fakultu na Západočeské univerzitě v Plzni a nastoupila do praxe na interní oddělení nemocnice v Sušici. Poté, co prošla různými obory medicíny, složila v Českých Budějovicích v roce 1983 atestační zkoušku ze všeobecného lékařství. Od roku 1984 pracuje jako praktický lékař v Bavorově. V současné době ordinuje pro 1000 pacientů a působí jako posudková lékařka ve Strakonici. MUDr. Marie Stieblerová je vdaná a má dvě dcery.

Seriál o praxích „nejen na kraji města“ zahajujeme návštěvou u MUDr. MARIE STIEBLEROVÉ. Její ordinace v malém městečku v předhůří Šumavy je původně stodola, kterou paní doktorka koupila a přestavěla na příjemnou ordinaci. Její majitelka je cílevědomá pracovitá žena, která za všech okolností neztrácí humor a chuť do práce.

Můžete nám charakterizovat svou praxi?

Pracuji v obci Bavorov u Vodňan a do mého obvodu náleží celkem 16 osad, kde u pacientů musím vykonávat také návštěvní službu. Je to tedy poměrně rozsáhlé území.

Jaké pozorujete ve své praxi změny?

Měla jsem registrováno cca 1600 pacientů z městečka a osad, převážně se jednalo o celé rodiny. V posledních letech pacientů ve venkovských obvodech poznenáhlu ubývá, tak jak postupně vymírají starší lidé, protože mladí spíše odcházejí do měst.

Většina z nich odchází do městských aglomerací za prací, z některých míst i pro možnost sociálního a kulturního vyžití. Do obcí naopak přijíždí sezónně chalupáři.

Co znamená tento úbytek pacientů pro vás osobně?

I můj obvod se pomalu a jistě početně zmenšuje, takže aktuální počet registrovaných pacientů je asi 1000. To mne v posledním roce donutilo přijmout na částečný úvazek místo posudkové lékařky ve Strakonici, kam musím 25 kilometrů dojíždět. Dojíždím tam vlastně třikrát týdně na půlden a denně také ordinuji ve své praxi, jinak bych nebyla schopna ordinaci financovat.

Jak jste se vlastně stala praktickou lékařkou na venkovském obvodu? Byla to Vaše vize lékařské praxe?

Chtěla jsem být internistkou, jak jinak, a o práci praktického lékaře jsem v té době ještě neměla ani zdání. Ovšem, jak to tak bývalo, při praxi na interně

v Sušici jsem poznala mnohé. Když někde vypadl nebo onemocněl lékař, poslal se tam někdo mladý.

Ano, to je asi stále běžná praxe. Kdo je mladý a bez závazků, ten pozná nejeden obor...

A tak jsem vystřídal postupně všechna možná místa včetně LDN, dorostové lékařky a tak dále. Když někde v okolí vypadl praktický lékař, tehdy ještě obvodák, tak se jsem musela zastoupit. Byly i takové dny, kdy jsem ráno přišla na své interní pracoviště a ptala jsem se, kde že vlastně dnes budu pracovat.

Předpokládám, že tehdy jste se rozhodla, kam povedou vaše kroky.

Teprve v roce 1983 jsem složila atestační zkoušku ze všeobecného lékařství v Českých Budějovicích a od roku 1984 jsem začala oficiálně pracovat jako praktik na obvodě v Bavorově.

Co považujete za největší úspěch své dosavadní praxe?

Je to jednoznačně vybudování dobře fungující vlastní ordinace. Dále to, že přes značné obavy zvládám splacení úvěru, který jsem si vzala.

To se asi nedá zvládnout bez podpory rodiny a blízkých.

Mám pohodovou rodinu, která v těžkých časech stála a stojí při mně, a to je pro mě nejdůležitější. Je to jednak můj manžel, který pracuje, obdobně jako já, jako praktický lékař, a má pro moji práci a problémy maximální pochopení. Pak jsou to mé skvělé téměř již dospělé dcery. Přestože ani jedna nešla studovat medicínu, vždy mne podporují a povzbuzují.

Které rozhodnutí bylo při budování vlastní praxe nejtěžší?

V první fázi bylo těžké rozhodování, zda si vzít úvěr a pustit se do toho. Zvítězilo ale nadšení a chuť do práce.

A vaše nejtěžší rozhodnutí v již běžící praxi?

Nejtěžším rozhodnutím bylo moje letošní rozhodnutí, kdy jsem s těžkým srdcem musela propustit

**Dělat dobře
naš obor je zatím
dost drahý koníček**

jednu ze svých dvou sester. Ubývá nám postupně pacientů a naše příjmy podstatně poklesly. Bylo to těžké bolestivé rozhodování, ale nedalo se to řešit bohužel jinak.

Máte nějakou příhodu z vaší praxe, na kterou vzpomínáte s úsměvem?

Bylo to jedno pozdní odpoledne, když mne zavolala rodina z blízké obce a žádala okamžitou návštěvu u dědečka, který byl v domácí péči po předchozí prodělané cévní mozkové příhodě. Dle sdělení rodiny špatně dýchal a chvílemi nekomunikoval. Urychleně jsem vyrazila svým autem, ve kterém vozím resuscitační kufřík, a celou cestu jsem zvažovala, nemám-li volat RZS bezodkladně, nebo pacienta nejdříve vyšetřit, protože popis rodiny bývá často zavádějící. Přiklonila jsem se ke druhé variantě. Po příjezdu jsem našla pacienta opravdu lehce lapajícího po vzduchu, po zevrubném vyšetření mi nebylo vůbec jasné, co mu je. Po malé chvilce usilovného přemýšlení mi došlo, že má překážku v dýchacích cestách. V dramatické situaci, za pomoci rodinných příslušníků a nástrojů, které vskutku lékař v brašně nenosí, jsem pacientovi vydolovala z krku značně objemný kus vepřového bůčku. Celá historka skončila dobře, je tedy dnes úsměvná.

Jaké nalézáte ve své práci poselství?

Práce v ordinaci praktického lékaře je práce tvrdá a náročná, spojující a probíhající napříč všemi základními obory medicíny. Praktický lékař zásadním způsobem ovlivňuje další osud pacienta ve smyslu dobrém i zlém. Často záleží na jeho znalostech a zkušenostech z praxe, ale také na jeho rozhodovacích a morálně volních vlastnostech. Dobrá primární péče je základním stavebním kamenem zdravotnictví.

A jakou máte radu pro začínající kolegy?

Dobrá rada pro začínající kolegy: je potřeba sehnat dobrého sponzora, protože chcete-li dělat dobře náš obor, je to zatím dost drahý koníček.

Rozhovor vedla
MUDr. Jana Vojtíšková

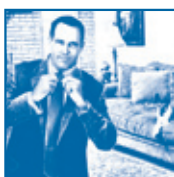


AERIUS = vysoká účinnost po celých 24 hodin

Schválen na
všechny typy alergické rýmy
(včetně intermitentní
a perzistující)



IAR
intermitentní
alergická rýma



PER
perzistující
alergická rýma



CIU
chronická idiopatická
urtikárie

SAR
sezonní
alergická rýma

PAR
perenniální (celoroční)
alergická rýma

AERIUS
desloratadinum
ÚČINNÝ RÁNO, ÚČINNÝ CELÝ DEN

AERIUS 5 mg, potahované tablety

Složení: Léčivá látka: desloratadinum 5 mg v jedné tabletě. Pomocné látky: Jádro tablety: dihydrát hydrogenfosforečnanu vápenatého, mikrokrytalická celulóza, kukuřičný škrob, mastek. Potah tablety: filmový potah (obsahuje monohydrát laktózy, hypromelózu, oxid titaničitý, makrogol 400, indigokarmín (E132)), bezbarvý potah (obsahuje hypromelózu a makrogol 400), karnaubský vosk, bílý vosk. **Indikace:** Zmírnění příznaků spojených s alergickou rýmou a chronickou idiopatickou urtikárií. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, kteroukoli pomocnou látku, loratadin. **Upozornění:** Nedoporučuje se užívání v těhotenství a podávání kojícím ženám. **Interakce:** Nejsou známy. Alerius nepotencuje negativní účinky alkoholu na výkonnost. **Nežádoucí účinky:** Incidence srovnatelná s placebem (únava, sucho v ústech, bolest hlavy). **Uchovávání:** Při teplotě do 30°C, v původním obalu. **Balení:** 10, 30 a 50 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SP Europe, Bruxelles, Belgie. **Registrační čísla:** EU/1/00/160/006, 011, 012. **Datum poslední revize textu:** 1. září 2006. **Způsob výdeje:** Vázán na lékařský předpis. **Způsob úhrady:** Hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

Podrobnější informace o léku jsou na vyžádání k dispozici na adrese:
Schering-Plough Central East AG, Na Příkopě 25, 110 00 Praha 1.

Schering-Plough



Milé kolegyně a kolegové,

také máte občas strach z té hučící, blikající, většinou fungující, ale někdy také stávkující záhadné bedny stojící kdesi ve vaší ordinaci? Ano, pochopili jste správně – mluvíme o počítači.

Většina z nás se s ním již více či méně smířila, část možná i spřátelila, určitá část z nás s ním udržuje pouze příměří a někdo je určitě i ve válečném stavu. Abychom alespoň trochu přispěli k přátelským vztahům mezi lékařskou veřejností a počítači a abychom také zvýšili povědomí o počítačích a jejich záhadách, rozhodli jsme založit pravidelnou rubriku Počítač a doktor.

Budeme se snažit lékaři srozumitelnou řečí objasňovat záhady počítačové techniky, programů, připojení – tedy vše, co by lékaře mohlo kolem počítačů zajímat. Budeme též rádi, pokud na články budete reagovat, popř. vznášet dotazy, resp. náměty na články příští.

Vaše redakce

Počítač a co je v něm

**pevný disk
= dlouhodobá paměť**

Většina z nás již byla postavena před rozhodnutí zakoupit počítač pro svoji ordinaci. Při návštěvě kamenného nebo internetového obchodu jsme však zavaleni množstvím nic nám neříkajících informací, množstvím písmen a číslic, které nám nápadně připomínají pověstné „BFLMPSVZ“.

Pojďme si tedy dnes rozklíčovat, co kromě ceny (které většina z nás rozumí – je vždy vysoká) charakterizuje počítač.

Když mluvíme o počítačích, rozlišujeme dvě hlavní části:

- 1) Hardware (někdy též „železo“) je to, na co si můžeme sáhnout.
- 2) Software železo oživuje – pro nás laiky zcela záhadný abstraktní pojem na úrovni duše.

procesor = mozek

Mozkem počítače je procesor, který z velké části určuje jeho výkon – tedy rychlost a vlastně i přesnost. Z mnoha výrobců zůstali v současnosti na trhu vlastně jen dvě firmy: Intel a AMD. Experti i „expertí“ vedou vášnivé spory, který z nich je lepší, výkonnější a výhodnější. Výkon procesoru určuje kromě modelu také tzv. „takt“, tedy to s jakou rychlostí uvnitř procesoru jednotlivé operace probíhají. Obvyklý takt dnešních procesorů je okolo 3 GHz, což je velká rychlost a procesor se při ní výrazně zahřívá, a je tedy potřeba jej chladit. To nejhlásitější na počítačích je ventilátor, který jej chladí. Někdy může být slyšet i druhý ventilátor, který chladí napájecí zdroj.

Co do plochy asi největší částí počítače je základní deska, tzv. Mother Board – v medicínské mluvě by se dalo říci, že je to mícha. Jsou na ní připevněny, a též prostřednictvím ní jsou propojeny, všechny hlavní části počítače a do jejích tzv. slotů (tedy připojovacích míst) se mohou přidávat nejrůznější zařízení, která mění a rozšiřují možnosti počítače.

Velmi důležitým parametrem PC je tzv. operační paměť (RAM). Pokud bychom opět hledali analogii s medicínou, jednalo by se o krátkodobou paměť – je to místo, kde jsou uložena data, se kterými počítač aktuálně pracuje a která jsou v ní jen pokud je počítač zapnut.

Čím je paměť větší, tím rychleji počítač pracuje,

neboť si může nechávat více dat k dispozici. V tuto chvíli se paměti v běžných počítačích pohybují od 256 MB (velmi slabé) do 1 GB (velmi rychlé).

Pokračujeme-li v medicínských analogiích a RAM bereme jako paměť krátkodobou, dlouhodobou paměť je tzv. pevný disk (hard disk, HD). Je opravdovou knihovnou všech informací uložených v počítači. Kromě velikosti udávané v GB je důležitým znakem též rychlost, s jakou je HD schopen zapisovat, resp. číst data.

Běžné počítače mají dnes HD velikosti 40 – 300 GB. Kromě velikosti je zásadní rozdíl oproti RAM (operační paměti) to, že v něm data uložená zůstávají i po vypnutí počítače.

Do kompletní sbírky útrobu počítače patří napájecí zdroj, o kterém jsme už mluvili, a dále síťová, grafická a zvuková karta. Z jejich názvu je patrné, k čemu jsou potřeba – k připojení počítače k jiným počítačům nebo do internetu, k zobrazení grafických údajů na monitoru a k tomu, aby váš počítač nebyl němý. Každá z těchto karet se může připojovat do již zmíněných slotů základní desky nebo může být její součástí – a pak se takové kartě říká integrovaná.

Slovníček

Hard disk – pevný disk PC, jeho „dlouhodobá paměť“. Obsahuje všechny informace, které jsou v počítači uloženy.

Hardware – součást počítače, na kterou si lze sáhnout.

Integrovaná (síťová, grafická, zvuková) karta – karta, která je zabudovaná uvnitř počítače.

Mother Board – základní deska počítače. Propojuje všechny hlavní části počítače.

Procesor – „mozek“ počítače.

RAM – operační paměť počítače. Zde jsou uložena data, se kterými aktuálně pracujeme.

Sloty – připojovací místa na externí zařízení (myš, klávesnice, tiskárna, fotoaparát).

Software – to, co počítač „oživuje“.

MUDr. Cyril Mucha

Milé kolegyně a kolegové,

tato rubrika by Vám měla přinášet nejnovější pohledy a podněty na prevenci epidemiologicky nejrozšířenějších i nejrizikovějších onemocnění, se kterými se setkáváme v našich ordinacích. Jedno čínské přísloví praví: „Jak se pozná dobrý lékař? Tak, že má prázdnou čekárnu, protože dobře vede své klienty k prevenci, a ti pak nejsou nemocní.“

Takový ideál se nám s vysokou pravděpodobností nepodaří realizovat, ale otázky, týkající se předcházení nemocem, dostává každý z nás od svých pacientů v ordinaci opakovaně. V situaci rostoucích nákladů na zdravotní péči můžeme očekávat, že tyto otázky budou kladeny mnohem častěji, a to nejen od pacientů, ale i od pojišťoven a vlády.

Těšíme se na Vaše dotazy, podněty a náměty k této rubrice.

Vaše redakce

Intervenční preventivní medicína – nové možnosti pro primární péči v ČR

V tomto příspěvku představujeme projekt SVL na poradny intervenční preventivní medicíny pro obezitu a závislost na tabáku.

Všeobecně známé výsledky epidemiologických dat za posledních 20 let ukazují, že cca 75% mortality dospělé populace ČR zapříčiňují kardiovaskulární a onkologická onemocnění. Zdraví obyvatel přitom představuje současný i budoucí kapitál pro širší sociální a ekonomický rozvoj země, čímž je zvýrazněna odpovědnost zdravotního systému státu nejen na formulování, ale i realizaci cílů zaměřených na zlepšení zdraví populace.

Definice pojmu „podpora zdraví“ vycházející z dokumentů WHO je klasifikována jako: „Proces, který lidem umožňuje zvyšovat kontrolu nad determinantami svého zdraví a tak zlepšovat svůj zdravotní stav“.

V ČR se v rámci pravidelných preventivních prohlídek hrazených zdravotními pojišťovnami provádí diagnostická prevence k určení rizik a odhalení iniciačních stádií onemocnění. Výsledkem tohoto typu prevence je zhodnocení aktuálního stavu jedince s doporučením úpravy nebo změny statutu (např.: zhubněte!, nekuřte!, sportujte!, držte dietu!, snižte pití alkoholu nebo abstinujte!, užívejte léky pravidelně!...). Oproti tomuto přístupu nabízejí preventivní intervenční programy po zhodnocení zdravotního stavu i odpovídající kontinuální intervenci. Vzhledem k dominantnímu podílu nádorové a kardiovaskulární mortality v rozvinutých zemích, přisuzované zejména vlivu dvou nejvýznamnějších rizikových faktorů – kouření tabáku a obezity – se intervenční programy WHO v EU a USA zaměřují právě na tyto ovlivnitelné determinanty.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP reflektuje tento vývoj a potřebu zlepšení zdraví obyvatelstva. SVL připravila a v nedávné minulosti vydala několik doporučených postupů cílených právě na prevenci nejvýznamnějších příčin morbidity a mortality ve společnosti. V této souvislosti představuje i nový projekt PORADEN INTERVENČNÍ PREVENTIVNÍ MEDICÍNY (PIPM) pro léčbu obezity a závislosti na tabáku v ordinacích praktických lékařů. Tyto poradny kromě svých zdravotních cílů navíc zvyšují kredibilitu poskytovatelů v narůstající kon-

kurenci zdravotnických zařízení všech typů a také mohou zvýšit i finanční příjem ordinací, neboť platby za výkony tohoto typu prevence jsou přímou platbou od pacientů. Intervence ani léčba obezity nebo závislosti na tabáku u nás není hrazena ze zdravotního pojištění, i když některé pojišťovny již na farmakoterapii pacientům přispívají – např. na léčbu závislosti na tabáku přispívá ZP MV ČR (211) částkou 1000,- Kč všem, těhotným a kojícím ženám pak zvýšenou částkou 2000,- Kč, OZP (207) přispívá částkou 500,- Kč (v případě překročení limitu čerpání), VZP (111) o podobném kroku uvažuje.

Intervenční preventivní poradny se dle zkušeností již existujících prvních průkopníků v ČR stávají zajímavou alternativou v ordinacích praktických lékařů pro dospělé, pediatrii i ambulantních specialistů. Společnost všeobecného lékařství podpoří lékaře a ordinace primární péče potřebnými informacemi, organizační koordinací při vytváření sítě poraden intervenční preventivní medicíny primární péče v každém městě republiky.

Podle statistických údajů více než 50% populace v ČR žije ve městech a obcích s počtem obyvatel od 100 do 20 000. Počet zdravotníků primární péče a jejich celoplošné rozmístění po území vytváří z lékařů prvního kontaktu nejvhodnější a nejefektivnější složku zdravotního systému pro realizaci výzkumu a implementaci výsledků i postupů při podpoře zdraví populace.

Do budoucna plánujeme připravit ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem a Ministerstvem zdravotnictví podklady pro specifické mimokapitační hodnocení práce těchto poraden ze zdravotního pojištění, podobně jako tomu je v některých zemích v zahraničí.

O vývoji projektu poraden intervenční preventivní medicíny budeme na stránkách časopisu Practicus kontinuálně informovat.

MUDr. Jozef Čupka

Odborný garant SVL ČLS JEP pro rozvoj poraden intervenční preventivní medicíny

75% mortality tvoří kardiovaskulární a onkologická onemocnění

Zájemci o intervenční preventivní programy se mohou hlásit na adresu: prevence.nemoci@seznam.cz

Milé kolegyně a kolegové,

je zajímavé, že když jsme zjišťovali, jaká témata by vás zajímala ke zpracování resp. k diskuzi v našem časopise, objevilo se mnohokrát v různých obměnách téma společenské etikety. Ze začátku nám to připadalo nereálné a dokonce i nepatřičné zpracovávat takovéto okrajové téma na stránkách odborného časopisu. Když jsme však nad tím více uvažovali, začali jsme si klást otázku, zda je to opravdu tak „okrajové téma“. Je starostí odborné společnosti pouze odborný rozvoj nebo by měla napomáhat všestrannému rozvoji lékařů? Má nadále lékař ve společnosti, kromě své základní role pečovat o zdraví svých pacientů, též roli následovníhodného vzoru jako v minulosti? Patří např. nadále do tria hlavních osobností vesnic (učitel, farář, lékař) jako dříve? Pokud se podíváme na nejruznější průzkumy, zjišťujeme, že povolání lékaře i nadále patří mezi nejprestižnější povolání a že tedy role lékaře jako „vzoru“ je nadále velmi silná. Na druhé straně potřebujeme vůbec ještě ve společnosti, kde se dříve chodilo i do divadla v holínkách a montérkách a nyní se vše přepočítává pouze na peníze, etiketu? Shodli jsme se, že určitě ano! Dobře, kde jsme se ji ale měli naučit? Většina z nás vyrůstala v období zářných zítřků (průměrný věk praktických lékařů je přes 50 let), kdy důležitější, než jak stolujeme, resp. jak se oblékáme, nebo jak se chováme ke svému okolí, bylo jak překračujeme plán na počest X-tého výročí založení věčné strany s velkým S.

Oslovili jsme tedy člověka z nejpovolanějších, zda by nám v několika krátkých kapitolách přiblížil moderní pravidla společenské etikety. Je to člověk, který se denně pohybuje v oblasti, kde je nadále etiketa – tedy forma, minimálně stejně důležitá jako obsah sdělení. Jedná se o velvyslance ČR ve Francii – tedy zemi, která je kolébkou společenské etikety a kde je nadále šarm a elegance jejich obyvatel pověstný v celém světě.

Na začátku našeho rychlokurzu jsme si dovolili jeho excelenci pana velvyslance v Paříži Pavla Fischera požádat o krátký rozhovor, abychom jej trochu poznali. (Protože se samozřejmě mají představovat vždy obě strany – představili jsme Společnost všeobecného lékařství nejdříve my).

Vaše redakce

Rozhovor s Jeho Excelencí velvyslancem Pavlem Fischerem



**Dobrý den, Vaše Excelence
– mohu Vás vlastně takto oslovovat?**

Dobrý den. Excelence jako titul k velvyslanci skutečně patří, ale přiznám se, že moje žena či přátelé mi říkají ještě docela jinak a jsem tomu rád. Je-li však velvyslanec v úřadě, je-li hlášen oficiálně, přichází s plnou mocí od hlavy státu země, která ho vyslala. Pak je titul excelence docela na místě a bylo by chybou se mu bránit: nejde už o Vás jako osobu, která může být kdovíjak skromná, ale jde o zemi a její reprezentaci. A ta podléhá určitým pravidlům.

Mohl byste nám říci několik slov o Vás a tom, jak se vlastně stane člověk velvyslancem?

Z hlediska ústavy je proces poměrně jasně popsán: velvyslance jmenuje prezident republiky, píše o tom konkrétně článek 63 v bodu e). A konkrétně? Mezi velvyslanci najdete občas bývalého politika nebo vysokého úředníka, ale nejčas-

těji jde o kariérní diplomaty, tedy o ty, kdo se rozhodli pracovat v zahraniční službě se vším, co to přináší. Jejich přítomnost dává systému stabilitu, odbornost, určitou nestrannost či politickou různorodost. Já osobně jsem se dostal k diplomacii jinak – u prezidenta republiky jsem několik let působil jako někdo, kdo s diplomaty pracoval, a, řečeno profesní hantýrkou, zastával v jistém smyslu diplomatický post. Avšak ani v tom není zásadní originalita – nebyl jsem zdaleka sám, kdo prošel podobnou cestou.

Vím o Vás, že jste byl ředitelem Politického odboru kanceláře prezidenta republiky bývalého prezidenta Havla. Jak na toto jistě prestižní místo vzpomínáte?

Bylo to období nesmírně zajímavé. V takových chvílích máte prst na tepu doby. Vnímáte mnohé z toho, co prožívá společnost. Je to také zážitek velkého profesního a lidského nasazení. A je to čest na

takovém místě pracovat. Je to i výraz velké důvěry...ta se nedá koupit, a o to je to vzácnější.

Jaký je Váš vztah k společenské etiketě, myslíte si, že má v dnešním světě ještě místo, nebo je to spíše relikv minulé?

Beru ji jako součást kultury, součást každodenního života. Neměla by být něčím, co s úlevou odkládáme, nebo co naopak na sebe strojeně nasazujeme, když máme na někoho udělat dojem. Takový dojem pak totiž nikoho nepřesvědčí. Prostá ohleduplnost, úcta, harmonie, respekt k určitým pravidlům a hierarchii ve společnosti nakonec vytvářejí pole, v němž by měla probíhat naše jednání, ať už pracovní nebo soukromá, rodinná nebo veřejná. Nemyslím, že by něco z toho patřilo minulosti, i když samozřejmě všechno podléhá určitému vývoji: použití mobilního telefonu, s nímž se Guth-Jarkovský nikdy nesetkal, do tohoto rámce nějak musí zapadnout.

A jaký je Váš vztah k nám – lékařům? Myslíte si, že je nutné, aby kromě odborné úrovně byli též na vyšší společenském chování?

Lékař byl ve společnosti vždy určitá autorita. Když se řekne lékař, vybaví se mi pojmy jako odpovědnost, naslouchání, služba, oběť, nároč-

nost, analýza. Kdybychom si měli představit model lékaře hulváta, pak by cosi podstatného jeho službě začalo chybět. Určitě, odpovídající úroveň společenského chování je nezbytná.

Přislíbil jste nám napsat několik kapitol o společenské etiketě. Jedna věc je jistě teorie, ale praxe může vypadat často jinak. Mohl byste se s našimi lékaři podělit o nějakou historku ze „zeleného stromu života“?

Moje žena by mohla vyprávět! Jednou jsem jí chtěl koupit kytici a při placení se ukázalo, že nemám ani halíř, tak si ji musela – a to za svo-bodna – platit sama. Dodnes se tomu i mnohému dalšímu s úlevou smějeme. Přiznám se však, že samotnému je mi zatěžko na sebe bez uzardění něco dalšího vyzrazovat. Veďte však, že čím výše jste v určité hierarchii, tím častěji zažíváte všelijaké nečekanosti. Bez humoru by se musel člověk studem propadnout, ať už kvůli sobě, nebo kvůli jiným, na nichž Vám záleží. Ale se zdravou skepsí a dobrou náladou se dá zvládnout mnohé.

Vaše Excellence děkuji Vám za Váš čas, který jste nám věnoval, na oplátku Vám přeji, abyste co nejméně času potřeboval trávit u nás lékařů.

Rozhovor vedl MUDr. Cyril Mucha



Proti suchému kašli

sirup nejen pro děti



kapky nejen pro dospělé



Proč zvolit Silomat®:

- **centrálně působící** neopioidní antitusikum
- **rychlý nástup účinku** - již za **15-30 minut**
- **účinek přetrvává až 6 hodin**
- **vhodný i pro kojence**
- **sirup neobsahuje cukr, je vhodný pro diabetiky**

Navíc Silomat®:

- **nezpůsobuje zácpu**
- **nevede k útlumu dechového centra**
- **účinnost podobná kodeinu**

www.silomat.cz
Boehringer Ingelheim, Olivovala 4, 110 00 Praha 1, tel.: +420 - 234 655 111

SILOMAT®

Složení: Clotubiniol hydrochloridum. **Léková forma:** perorální kapky, roztok: 40 mg/20 gtt, sirup: 40 mg/10 ml. **Indikace:** Symptomatická léčba dráždivého, neproduktivního kašle u zánětlivých infekčních onemocnění dýchacích cest či onemocnění DC z jiných příčin. Před, během a po diagnostických a terapeutických výkonech v oblasti hrudníku, průdušek, pohrudnice. Po anesteziích, endotracheální intubaci. **Dávkování a způsob podání:** Kapky (20 gtt=40 mg): dospělí a děti nad 12r. 3×20–40 gtt, 6–12r. 3×15–20 gtt, 3–6r. 3×10–15 gtt, 1–3r. 3×10 gtt, do 1r. 3×5–10 gtt. Sirup (10 ml=20 mg): dospělí a děti nad 12r. 3×10–20 ml, 6–12r. 3×7,5–10 ml, 3–6r. 3×5–7,5 ml, 1–3r. 3×5 ml, do 1r. 3×2,5–5 ml. Neobsahuje cukr, vhodný i pro diabetiky. **Kontraindikace:** Známa hypersenzitivita na klobutinol či pomocné látky. Těhotenství a kojení. Pacienti s vrozeným syndromem dlouhého QT intervalu. **Zvláštní upozornění:** Opatrnost u pacientů s anamnézou epilepsie, u pacientů se sníženou funkcí ledvin. Sirup nevhodný u vrozené intolerance fruktózy. Možný prodloužený účinek. Možný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Interakce:** Specifické neexistují, možnost vzájemného ovlivnění centrálně působících léků. **Nežádoucí účinky:** Někdy, třes, svědivá vyrážka, nauzea, zvracení, závrte, ospalost, GIT obtíže, vzácně: dyspnoe, svalové napětí, křeče, alergické reakce. **Předávkování:** výplach žaludku s instalací aktivního uhlí, péče o dýchací cesty, při křečích diazepam i.v. **Balení:** Kapky 15 ml, sir 100 ml. **Uchovávání:** Do 25°C, chránit před mrazem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim nad Rýnem, SRN. **Registrační číslo:** Kapky: 36/347/00–C. Sir: 36/346/00–C. **Datum poslední revize textu:** 18.10.2006.

Částečná úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Výdej léčivého přípravku možný bez lékařského předpisu. Před podáním se seznáme s úplnou informací o přípravku.

1. díl: Úvod

Představení průvodkyně seriálem.

Význam praktického lékaře v paliativní péči.

Stručné představení Domácího hospice Cesta domů.

Představení průvodkyně seriálem a význam praktického lékaře v paliativní péči

Vážení kolegové,
chtěla bych se s vámi podělit o zkušenosti, které jsem získala při péči o umírající a nevléčitelně nemocné. Poctivě se přiznám, že si mne tohle téma „našlo samo“ a že jsem ho dříve vnímala – mea culpa – jako okrajové a nedůležité.

Ostatně: kdo z nás by se byl pustil do studia medicíny s plánem všechny své pacienty též osobně ohledat?

Promovala jsem v roce 1982 na (tehdy) FVL, dle dnešní terminologie 1. LF UK v Praze. Atestovala jsem z vnitřního lékařství a poté z rehabilitace. Protože jsem mnoho let pracovala na lůžkách i v ambulanci na Karlovarsku, někdy mne neminul (pro nepamětníky: stačil příkaz ředitele OÚNZ) zástup kolegy z první linie. A to včetně výjezdů do vánice, k autonehodám, návštěv v podivných rodinách a nočních dohadů s mladými muži, kteří vyžadovali codein v gramových dávkách... Návrat do „své nemocnice“ jsem vnímala jako vysvobození.

Teprve zpětně, s odstupem mnoha dalších let, doceňuji, co vše mi ta přednemocniční partyzánská medicína dala (nyní nemám na mysli ani blechy, ani scabies; o dalších bonusech nevím).

Od té doby totiž chápu, že nejdůležitější lékař pro nemocného je jeho lékař praktický. Všichni ostatní specialisté včetně lékařů z nemocnic by v ideálním případě měli fungovat jako kvalitní konziliáři a konzultanti. Klíčový vztah, vztah důvěry, vzniká výhradně mezi nemocným a jeho praktikem. A právě tento poctivý, autentický vztah je nezbytný k tomu, abych jako lékař „unesl“ smrt svého pacienta. A abych uměl kvalitně pečovat o nevléčitelně nemocného, neopustil ho a doprovodil ho až do konce. Sdílel-li příběh jeho života i smrti s celou jeho rodinou, znám důležitou informaci, která se ve společné rodinné anamnéze obtiskla a která bude možná u kořene dalších jiných chorob či potíží.

Zpětně tedy docházím k premise moderního praktika: kvalitní praktická medicína je **celostní**.

Byť je role praktického lékaře zatím u nás nedoceňována, celoevropský trend ukazuje, že se musíme připravit na výraznou změnu. Doposud preferovaná „terminální“ hospitalizace na akutních lůžkách („za účelem úmrtí“) bude méně častá, někdy nedostupná. A ještě dlouho nebude k dispozici dost volných lůžek následné či paliativní péče. V dohledné době bude tedy praktik zřejmě mnohem častěji pečovat o pacienty s infaustní prognózou, s obtěžujícími příznaky

choroby, a přesto s výslovným přáním zůstat co nejdéle doma.

Nabízím tedy několik témat z mnoha námětových okruhů v intencích paliativní medicíny. V každém čísle Practicusu se na jedno z nich zaměřím. Podle vašich ohlasů lze další témata „ušít na míru“ zcela konkrétním otázkám, eventuálně pozvat do diskuse další odborníky.

Ve druhé polovině seriálu se chci věnovat určitým obecně platným postupům při zvládnání konkrétního příznaku, který se často objevuje u terminálního nemocného, jako je bolest, dušnost, kašel, nevolnost, zvracení, poruchy polykání, zácpa, průjem, škytávka, horečka, zimnice, pocení, extrémní slabost, anorexie, obtěžující a secernující rány, krvácení, svědění, poruchy spánku, psychologická a psychiatrická problematika, agonie. Přehled terminálních symptomů není úplný a mohu jej upravit či rozšířit podle vašeho zájmu či vašich zkušeností. K dispozici máte jednak adresu redakce, jednak mou jakožto průvodkyně tématem a autorky většiny textu:

marie.goldmannova@cestadomu.cz

...chci ještě několika větami popsat své další směřování k paliativní medicíně:

Od 1991 jsem pracovala jako internista a rehabilitační lékař v Praze, velmi se mi osvědčilo vzdělávání v myoskeletální medicíně a akupunktuře. Během let 1997 až 1999 jsem měla možnost absolvovat 2 cykly postgraduálního vzdělávání lékařů z postkomunistických států, která vedli odborníci - paliativci z USA, Kanady a Británie. Podařilo se mi stážovat v českých i zahraničních hospicích. Od 2000 pracuji jako hospicový lékař, a to od prvního dne vzniku hospice v Litoměřicích; do něj jsem se znovu vrátila od ledna 2007 ve funkci primáře. Kromě toho jsem na jaře 2001 založila v Praze občanské sdružení Cesta domů, které od roku 2002 provozuje mobilní hospic pro pražské nemocné; jsem jeho garant a vedoucí lékař. Z jeho dalších aktivit doporučuji paliativní poradnu (návštěvná, telefonická i mailovou), vůbec nejvyšší odbornou knihovnu pro paliativce v České republice a nabídku vlastních osvětových brožur týkajících se otázek kolem nevléčitelné choroby, umírání a smrti.

V prosinci 2005 jsem atestovala v oboru paliativní medicína a léčba bolesti. Přesto, či spíše právě proto, si trávím tvrdit, že skutečné zlepšení péče o umírající nastává v zemi teprve ve chvíli, kdy je neopustí jejich praktičtí lékaři. A ty bych chtěla v jejich odvaze podpořit.

**nejdůležitější lékař
pro nemocného je
jeho lékař praktický**

**kvalitní praktická
medicína je celostní**

Domácí hospic Cesta domů

Domácí hospic Cesta domů je nestátní neziskové zdravotnické zařízení, určené pro nemocné na území Prahy.

Zdarma poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům umírajícím nebo těm, kteří trpí pokročilou progredující nevléčitelnou nemocí, jejíž příznaky si vyžadují návštěvu lékaře.

Nejraději pracujeme **v součinnosti s registrujícími praktickými lékaři**.

Spolupráce Cesty domů s praktikem může mít **několik forem**; nejčastěji jsme žádáni o **telefonickou konzultaci**, jindy o **jednorázové expertní konzilium s komplexním algeziologickým vyšetřením a návrhem dalšího postupu či sestavením léčebného plánu**. Druhá nejčastější forma spolupráce je „**přijetí nemocného do intenzivní non-stop zdravotnické péče, dopravení různých specializovaných pomůcek přímo k nemocnému a posílení zázemí tak, aby zaručilo adekvátní péči o labilního nemocného s jinak nezvládnutelnými příznaky**“. Cílem péče je zlepšit nebo (dle možností) udržet **kvalitu života** jak nemocného, tak jeho blízkých. Frekvence a délka návštěv paliativního týmu musí vždy odpovídat stavu nemocného, proto sloužíme v pohotovostním režimu a jsme dostupní pečujícím rodinám přes mobilní telefony. **Praktický lékař zůstává lékařem ošetřujícím, tedy léčbu vede; naše vyšetření mají pro něj charakter a význam odborného konzilia**. Preskripci farmak, pomůcek, eventuálně agentur domácí péče zajišťuje praktický lékař. Praktik je o naší péči informován v rozsahu a formou, kterou si sám určí. Nejčastěji posíláme epikrisy aktualizované po týdnu nebo při výrazné změně stavu nemocného. Dále poskytujeme praktikovi naše manažerské zkušenosti při organizaci péče.

Spolupráce s Cestou domů nezvyšuje vaše náklady na indukovanou péči.

Pozor - péči u konkrétního nemocného si s Cestou domů sjednávají ti příbuzní, kteří se o něj bezprostředně starají. K tomu nepotřebují žádné lékařské doporučení či žádanku.

Pokud se na Cestu domů obrátí příbuzní vašeho pacienta bez vašeho vědomí či souhlasu, lékař Cesty domů vás zkontaktuje tehdy, pokud nemocného indikuje k přijetí do naší péče.

Naše specializovaná paliativní péče je aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná non-stop, tedy 24 hod denně po 7 dní týdně, týmem odborníků: lékaři, sestry, ošetřovatelé, sociální pracovník, psycholog, případně fyzioterapeut a pastorační pracovník. Naše síly doplňuje tým trénovaných dobrovolníků, kteří pomáhají pečovat o nemocného a odlehčují tím rodinným příslušníkům.

Jakými stavy se v praxi zabýváme nejčastěji?

- ▶ pokročilá stadia malignit nebo neurodegenerativních chorob
- ▶ konečné fáze chronických orgánových onemocnění a selhání (srdeční, jaterní, renální, plicní)
- ▶ persistující vegetativní stav (apalický syndrom)

Co je většinou naším cílem?

- ▶ zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání nemocného
- ▶ zachovat pacientovu integritu a důstojnost
- ▶ pomoci udržet kvalitu jeho života podle jeho vlastních priorit co nejdéle
- ▶ podpořit a posilovat pacientovu rodinu
- ▶ pečovat o pozůstalé a doprovázet je (= bereavement)

Co může mobilní hospic Cesta domů praktikům nabídnout?

- ▶ v Praze: spolupráci při péči o terminálního pacienta v jeho domově. Pravidelné návštěvy lékaře, sestry a dalších členů multidisciplinárního týmu. Návštěvní pohotovostní služby v noci a o víkendech s cílem zabránit zbytečnému traumatizujícímu transportu či hospitalizaci. Provedení některých potřebných invazivních výkonů přímo u nemocného doma
- ▶ mimopražským: kontakt na nejbližší zařízení specializované paliativní péče, eventuálně konzultaci s naším lékařem telefonicky či mailem
- ▶ aktuální lékařské zprávy o nemocném s návrhem dalšího postupu
- ▶ konzultaci odborníka na paliativní medicínu a léčbu bolesti
- ▶ péči o pozůstalé
- ▶ informační brožury, možnost zapůjčení odborné literatury, internetový zpravodaj, upozornění na plánované odborné semináře, stáže apod.

Co mobilní hospic od praktického lékaře nejčastěji potřebuje?

- ▶ zájem o práci hospice a reflexi našich lékařských zpráv
- ▶ konzultaci stavu pacienta a návrh jeho další medicíny (u polymorbidních pacientů)
- ▶ informace o nemocném a schopnostech jeho blízkých zvládnout obtížnou péči
- ▶ spolupráci při dohledávání lékařských zpráv či jiné zdravotnické dokumentace
- ▶ spolupráci při úpravách a postupném ladění léčby. Preskripci farmak.
- ▶ spolupráci při hledání všech možností, jak pečujícím osobám umožnit či usnadnit péči (preskripcie pomůcek pro inkontinentní, agentur domácí péče, vyplnění lékařského vyšetření pro revizní lékaře - k vyplacení finanční podpory...)
- ▶ dle časových možností praktika: konstatování smrti a lege artis vyplnění Listu o prohlídce zemřelého
- ▶ zpětnou vazbu ohledně vynaložené hospicové péče včetně chyb, nedostatků a rezerv.

MUDr. Marie Goldmannová
Domácí hospic cesta domů



Pět let Cesty domů



Křesťanské hry Cesta domů



Křesadlo - cena Dobrovolník roku 2006

**Domácí hospic
Cesta domů**

www.cestadomu.cz

www.umirani.cz

cestadomu@cestadomu.cz

**Bubenská 3
170 00 Praha 7
tel.: 283 850 949**

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Observace je možností volby u pacientů s ischiase trvajícím déle než 6 týdnů

► **Klinická otázka:** Je bezpečné oddalovat chirurgický zákrok u pacientů s prolongovaným ischiase?

► **Závěr:** Pacientům s 6 nebo více týdny trvajícím ischialgickým obtížem, kteří nemají progresivní nebo vážný neurologický deficit, by měla být nabídnuta ke zvážení jak možnost bezprostředního operačního zákroku, tak možnost pokračování v konzervativní léčbě analgetiky. Někteří pacienti mohou preferovat chirurgický zákrok a kratší dobu trvání bolesti, zatímco jiní mohou upřednostnit delší trvání bolesti, aby se vyhnuli operaci. (LOE = 1b-)

► **Reference:** Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, et al, for the Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. N Engl J Med 2007;356:2245-2256.

► **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená)

► **Financování:** Vláda

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

► **Rozdělení:** Tajné

► **Synopse:** Svým pacientům s ischiase radíme, aby, pokud se neobjeví známky progresivního nebo závažného neurologického deficitu, vyčkali se zvažováním operace alespoň 6 týdnů. Měli by však tak dlouho čekat? Holandští výzkumníci v této studii randomizovali (při řádně určeném rozdělení) 283 dospělých se závažným LIS trvajícím 6 až 12 týdnů do dvou skupin: do skupiny, kde byl proveden okamžitý chirurgický zákrok a do skupiny s konzervativní léčbou založenou na kontrole bolesti a zlepšování mobility. Pacienti v chirurgické skupině podstoupili mikrodiskotomii v období průměrně do 2 týdnů, zatímco ti s konzervativní léčbou byli léčeni u svých lékařů primární péče analgetiky, povzbuzováním o dobré prognóze jejich stavu a bylo-li indikováno i fyzikální léčbou. Jestliže pacienti měli progresivní neurologický deficit nebo jestliže se jejich stav nezlepšil po 6 měsících, byla jim nabídnuta možnost přesunutí do chirurgické skupiny. Skupiny byly vyrovnané a pouze 2 nebo 3 pacienti v každé skupině vypadli ze sledování. Pacienti v chirurgické skupině se podle bodového hodnocení bolesti v dolních končetinách, zad a invalidity cítili lépe dříve. Nicméně po roce jejich výsledky byly stejné jako u pacientů s konzervativní léčbou (přibližně 95% v každé skupině se zotavilo). Výsledky chirurgické léčby byly dobré, pouze 1,6% pacientů mělo komplikace (natržení durálního vaku nebo hematoma). Doba do zotavení u pacientů s konzervativní léčbou byla průměrně o 8 týdnů delší než u těch po operační léčbě (4 týdny vs 12 týdnů).

Warfarin je u pacientů s fibrilací síní nadřazený antiagregační léčbě

► **Klinická otázka:** Jaký přínos poskytuje warfarin oproti antiagregační léčbě u pacientů s fibrilací síní bez poškození chlopní?

► **Závěr:** Léčba warfarinem je efektivnější než antiagregační léčba v prevenci mozkových infarktů a v prodlužování života u pacientů s fibrilací síní. Rozdíl mezi těmito dvěma přístupy je větší u pacientů, kteří již měli předchozí mozkovou mrtvici nebo transienční ischemickou ataku (TIA). Při použití hrubých propočtů je 1 mozkové mrtvici zabráněno u každých 40 pacientů (bez předchozí mozkové příhody) léčených warfarinem místo placeba, nebo u každých 14 pacientů, kteří již předchozí příhodu měli. U pacientů, kteří byli léčeni warfarinem místo antiagregační léčby bylo zabráněno jedné mozkové příhodě u každých 81 pacientů bez předchozí mozkové příhody a u každých 24 pacientů, kteří již mozkovou příhodu prodělali. (LOE = 1a)

► **Reference:** Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. Ann Intern Med 2007;146:857-867.

► **Typ studie:** Meta-analýza (randomizované kontrolované studie)

► **Financování:** Vlastní zdroje nebo nesponzorováno

► **Prováděcí prostředí studie:** Různé (metaanalýza)

► **Synopse:** Výzkum, který se snaží najít správný přístup k prevenci mozkových příhod u pacientů s FIS bez poruchy chlopní, stále pokračuje. Tato studie je aktualizací metaanalýzy, která byla autory již dříve provedena: 13 randomizovaných studií s 18 000 pacienty bylo vedeno od r. 1999, včetně 4 studií, které stále pokračují nebo ještě nebyly publikovány. Studie byly identifikovány po prohledání 2 databází, po kontaktech s výzkumníky a prohledáním referenčních odkazů identifikovaných studií. Nová metaanalýza zahrnuje 29 studií s celkovým počtem 28 044 pacientů, které srovnávají antikoagulační a antiagregační léčbu s placebem nebo mezi sebou. Výsledky studií nebyly homogenní a výzkumníci použili modelu náhodných efektů, aby co nejlépe vyřešili heterogenitu. U pacientů, kteří dostávali placebo, byla četnost mozkových příhod 13% za rok u pacientů s předchozí mozkovou příhodou a 4,1% za rok u těch zatím bez předchozí příhody. Většina pacientů ve studiích předchozí mozkovou příhodu nezažila. Ve srovnání s antiagregační léčbou samotnou snížil warfarin mozkové mrtvice o 37%, včetně srovnání s kombinací klopidoogrelu a aspirinu. V absolutních hodnotách byla frekvence mozkových mrtvic o 0,7% nižší za rok u warfarinu než u aspirinu u pacientů bez předchozí mozkové příhody a o 7% nižší u pacientů s předchozí TIA nebo mozkovou mrtvicí. Riziko intrakraniálního krvácení bylo vyšší u warfarinu, i když zvýšení bylo nevelké, pouze 0,2% za rok. Celková mortalita byla

o 9% nižší u warfarinu než u antiagregační léčby (absolutní rozdíl četnosti = 0,5% za rok).

Velká různorodost klinického obrazu erythema migrans

► **Klinická otázka:** Jaké symptomy a příznaky jsou nejvíce užitečné pro diagnostiku erythema migrans?

► **Závěr:** Pro diagnostiku erythema migrans (EM) není dostatečně specifický žádný příznak. Anamnéza přísátí klíštěte je častěji hlášena u evropských pacientů než v USA (65% vs 26%), na druhou stranu američtí pacienti častěji hlásí systémové symptomy (65% vs 37%). Solitární léze se objevují ve více než 80% případů na obou kontinentech, ale centrální vyblednutí se objevuje mnohem častěji v Evropě než v USA (79% vs 19%). (LOE = 2b-).

► **Reference:** Tibbles CD, Edlow JA. Does this patient have erythema migrans? JAMA 2007;297:2617-2627.

► **Typ studie:** Systematický přehled

► **Financování:** Neznámé/ neudáno

► **Prováděcí prostředí studie:** Různé (metaanalýza)

► **Synopse:** Autoři tohoto přehledu si chtěli ověřit výtěžnost anamnézy a fyzikálního vyšetření v diagnostice EM. Prohledali MEDLINE a seznamy odkazů relevantních článků v angličtině – vybírali pouze studie s minimálně 15 pacienty s EM nebo

specifickými údaji popisujícími anamnézu pacientů s EM. Žádné studie nezahrnovaly pacienty bez EM jako kontrolní skupiny, takže k dispozici jsou pouze údaje o senzitivitě příznaků. Lékařská diagnóza EM (šířící se červená nebo modročervená skvrna dosahující minimálně 5cm v průměru s/bez centrálního vyblednutí) sloužila jako referenční standard, žádné jiné diagnostické testy včetně vyšetření séra nebo kultivace nebyly považovány za dostatečně senzitivní nebo specifické, aby mohly sloužit jako referenční standard. Celkem 53 studií s 8439 pacienty dosáhlo kritérií pro začlenění do analýzy. Dva autoři nezávisle studovali jednotlivé články, aby určili jejich způsobilost k začlenění. Anamnéza přísátí klíštěte je častěji hlášena v evropských (64%; 95% CI, 52% - 74%) než v USA studiích (26%; 18% - 37%). Nicméně systémové příznaky, jako je horečka a bolesti hlavy, se objevovaly častěji u USA pacientů než u evropských (65% vs 37%). Solitární léze je nečastějším projevem jak u USA, tak evropských pacientů (81% a 88%). Centrální vyblednutí je běžné u Evropských pacientů (79%; 69% - 86%), ale neběžné u USA pacientů (19%; 11% - 32%).

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

Mucosolvan®

na vlhký kašel

1. Mukolytický účinek

Mucosolvan® podporuje sekreci a zkapalnění hlenu, a tím snižuje jeho viskozitu

2. Expektorační účinek

Mucosolvan® stimuluje činnost řasinek, zlepšuje slizniční transport (mukociliární clearance)

Navíc Mucosolvan®:

- zvyšuje tvorbu **surfactantu** v alveolech
- zlepšuje **lokální obranu** sliznic dýchacích cest^{1,2}
- má **antioxidační účinek**^{1,2}
- zvyšuje koncentraci některých antibiotik v plicích
- volně prodejné nebo na předpis s částečnou úhradou VZP

1. Winsel K. Antioxidative and antiinflammatory properties of ambroxol. Pneumologie 1992;46:461-475.

2. Gillissen A et al. Antioxidant function of ambroxol in mononuclear and polymorphonuclear cells In vitro. Lung 1997;175(4):235-242.

MUCOSOLVAN®, MUCOSOLVAN® pro dospělé, MUCOSOLVAN junior®, MUCOSOLVAN® RETARD

Složení: Ambroxoli hydrochlorid. **Léková forma:** Mucosolvan tbl 30 mg, Mucosolvan roztok k perorálnímu podání a inhalaci 15 mg/2 ml, Mucosolvan pro dospělé sir 30 mg/5 ml, Mucosolvan junior sir 15 mg/5 ml, Mucosolvan Retard tobolky s prodlouženým uvolňováním. **Indikace:** Mukolytická léčba akutních a chronických bronchopulmonálních onemocnění s abnormální sekrecí hlenu a poruchou jeho transportu. **Dávkování a způsob podání:** Tbl: dospělí: 3×1–2×2, tobolky: dospělí 1×1, po jídle a zapít. Sir 15 mg/5 ml (5 ml=1 čaj. lžička): dospělí a děti nad 12 r. 3×10 ml, 6–12 r. 2–3×5 ml, 2–6 r. 3×2,5 ml, do 2 r. 2×2,5 ml, při jídle. Sir 30 mg/5 ml (5 ml=1 čaj. lžička): dospělí a děti nad 12 r. 2×10 ml, 6–12 r. 2–3×5 ml, 2–6 r. 3×2,5 ml, od 1–do 2 r. 2×2,5 ml, při jídle. Roztok: Po podání – dospělí a děti nad 12 r. 3×4 ml, 6–12 r. 2–3×2 ml, 2–6 r. 3×1 ml, do 2 r. 2×1 ml, při jídle a zředěné. Inhalace: dospělí a děti nad 6 r. 1–2 inhalace 2–3 ml, do 6 r. 1–2 inhalace 2 ml. Pacienti s astmatem užijí před inhalací svá bronchodilatační. Roztok k inhalaci se nesmí mísit s kyselinou chromoglykanovou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na ambroxol, jiné látky v přípravku, vrozená intolerance galaktosy a fruktosy. **Zvláštní upozornění:** U roztoku možnost bronchokonstrikce po benzalkoniumchloridu (konzervans). Sirup vhodný pro diabetiky, pro obsah sorbitolu možnost výskytu laxativního účinku, v těhotenství užívat po poradě s lékařem, není doporučeno užívání při kojení. **Interakce:** Podávání s atb (amoxicilin, cefuroxim, erythromycin) zvyšuje jejich koncentrace v bronchopulmonálním sekretu a sputu. Závažné nežádoucí interakce s jinými léky nehlášeny. **Nežádoucí účinky:** Obvykle dobře snášeny; mírné GI poruchy (pálení žáhy, dyspepsie, nauzea, zvracení, průjem); vyrážka, kopřivka, angioedém, anafylaktické a alergické reakce. **Balení na trhu:** 20 tbl; sir 120 ml (15 mg/5 ml), a 100 ml (30 mg/5 ml), roztok 60 ml, 20 tob. Uchovávání: tbl, roztok, sir 15 mg/5 ml, tob do 25°C v původním obalu, sir 30 mg/5 ml bez zvláštních podmínek. Sirup 15 mg/5 ml, 30 mg/5 ml spotřebovat do 6 měsíců po otevření. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo. **Registrační číslo:** Tbl: 52/122/81–C. Roztok: 52/121/81–C. Sir junior: 52/123/81–C. Sir pro dosp.: 52/231/05–C. Ret. tobolky: 52/141/91–C. **Datum poslední revize:** tbl, roztok, sir junior 30. 8. 2006; sir pro dospělé 13.6.2007; ret. tobolky 4.7.2006. **Výdej léčivého přípravku možný bez lékařského předpisu. Částečná úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění pouze u indikací cystická fibróza, idiopatická plicní fibróza, prokázané bronchiektázie. Před podáním se seznámte s úplnou informací o přípravku.** Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. • Olšova 4, 110 00 Praha 1 • tel.: + 420 234 655 111

www.mucosolvan.cz

Vážení čtenáři,

v této rubrice se můžete na cokoli zeptat a redakce se vám bude snažit sehnat co nejnerudovanější odpověď. Dotazy mohou být z organizace zdravotnictví, profesní, finanční i právní záležitosti a samozřejmě též odborné. Máme připravený tým odborníků, který se na vaše dotazy/problémy těší a navíc jsme připraveni do tohoto týmu shánět další spolupracovníky, pokud by vaše dotazy byly zvláště závažné a nynější tým by na ně nestačil. Redakce si vyhrazuje právo na upravení popř. zkrácení dotazů.

Redakce

Odpovědi na Vaše otázky...

Dotazy do rubriky
posílejte prosím
elektronicky na
practicus.svl@cls.cz
nebo písemně
na adresu redakce

Dotaz:

Milá redakce,
jsem velmi ráda, že bude opět vycházet rubrika dotazy a odpovědi. Těch každodenních problémů je tolik! Dovolte tedy dotaz - jsem skutečně nešťastná. Mám ordinaci blízko metra a tedy mi přichází do ordinace mnoho cizinců. Stále ale nevím jak postupovat při účtování těchto nepravidelných výkonů. Protože se bojím, že by mi je pojišťovna odečetla i s běžnými pacienty, raději je ani neúčtuji, takže pracuji zadarmo. Můžete mi poradit, jak a které pojišťovně jednoduše účtovat ošetření obyvatel Evropské unie, kteří přijdou do mé ordinace, ale tak, aby mne administrativa nestála víc než výdělek za tyto výkony? J.M. Praha

Odpověď:

Vážená paní doktorko,
v zásadě mohou nastat při ošetření pojištěnců ze zemí Evropské unie tři základní situace.
V první řadě se na poskytovatele zdravotní péče mohou obrátit ti cizí pojištěnci, kteří se předem zaregistrovali u některé z českých zdravotních pojišťoven a tato pojišťovna jim vystavila tzv. Potvrzení o registraci. Na tomto Potvrzení o registraci je uvedeno, na jakou péči má pojištěnec nárok a která česká zdravotní pojišťovna ponese náklady na jeho ošetření. Poskytnutá péče se příslušné zdravotní pojišťovně účtuje výkonově a zvlášť.

Druhým, a v poslední době čím dál častějším případem je situace, kdy se cizí pojištěnec obrací přímo na zdravotnické zařízení a předloží Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC), příp. Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění. V tomto případě má pojištěnec nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a předpokládané délce trvání pobytu.

Zdravotnické zařízení zajistí přepis údajů uvedených na EHIC do části A Potvrzení o nároku. Dále je vždy třeba vyplnit část B Potvrzení o nároku. Zde je třeba uvést dobu, po níž hodlá cizí pojištěnec na území České republiky pobývat a kód české zdravotní pojišťovny, kterou si pacient zvolil. Část B Potvrzení o nároku cizí pojištěnec podepíše. Svým podpisem cizí pojištěnec potvrzuje, že nevycestoval do ČR za účelem čerpání zdravotní péče. I v tomto případě se poskytnutá péče účtuje zvolené zdravotní pojišťovně výkonově a zvlášť.

vě a zvlášť.

Třetím případem je situace, kdy u sebe pacient nemá ani Potvrzení o registraci, ani Evropský průkaz zdravotního pojištění. Zde je třeba rozlišovat, zda se jedná o ambulantní ošetření nebo o hospitalizaci. V případě hospitalizace kontaktuje zdravotnické zařízení některou ze svých smluvních zdravotních pojišťoven a ta pomůže vyžádat příslušný doklad o pojištění ze zahraničí. U ambulantní péče lze požadovat úhradu v hotovosti v souladu s českými právními předpisy. Detailní popis všech postupů je k dispozici na stránkách Centra mezistátních úhrad www.cmu.cz v sekci Informace pro zdravotnická zařízení, s konkrétním dotazem je také možné obrátit se na tel. číslo CMU 234 462 041 nebo e-mail: info@cmu.cz.

Václav Janalík
vedoucí informačního oddělení
Centra mezistátních úhrad

Účtování cizinců

Furantoin

Dotaz:

Vážení v redakci,
v kterémsi dávném čísle Practicusu jsem četla dotaz s odpovědí: proč není a kdy bude Furantoin. Mezitím se objevil na trhu a zase zmizel. Mohu tedy mít dotaz: Proč opět není Furantoin, lék velmi účinný, levný (není to právě ten důvod?) s minimem vedlejších účinků a u infekcí močových cest téměř nezastupitelný opět na trhu? A kdy bude? M.Z. Svitavy

Odpověď:

Přípravek FURANTOIN (Nitrofurantoinum 20x 100 mg v enterosolventní tabletě) byl skutečně zařazen do útlumového programu.

V souvislosti se vstupem České republiky do EU a s následnou implementací evropské legislativy do právního řádu ČR nebyla obnovena registrace přípravku Furantoin.

Registrace léčivého přípravku byla zrušena ke dni 30.6.2007 s možností maximálně 6-měsíčního doprodeje.

Jiří Zdobínský
Price and Portfolio Manager Zentiva a.s.

Pozn. redakce: dle sdělení SÚKLu bude v nejbližší době na trhu přípravek Furantoin-Ratiopharm – tolik dobrá zpráva. Ta horší je, že bude stát cca 100 Kč s doplatkem cca 30 Kč – tedy téměř 3 x tolik než původní preparát – poznámky asi netřeba...

Milé kolegyně, kolegové a naše praktické zdravotní sestry,

časopis Practicus dostává novou podobu. Samozřejmě tím získává možnost rozšíření spektra témat a rubrik, proto jsme zařadili i tuto speciální rubriku pro naše zdravotní sestry. Změny ve společnosti, zákonech a zdravotním systému nás vedou ke změnám v práci v ordinaci i ve vztahu k pacientům, kde praktická zdravotní sestra hraje významnou a nezastupitelnou roli. Tato rubrika bude o práci, roli a možnostech zdravotních sester v ordinaci praktického lékaře – dá se ale také říci, že je „o našich sestrách a pro naše sestry“.

Těšíme se na Vaše dotazy, podněty a náměty k této rubrice.

Vaše redakce

Zásady správného odběru krve, díl 1.

Venepunkce je nejběžnější invazivní procedura, která tvoří významnou součást práce zdravotní sestry. Provádí se za účelem odebrání krve pro hematologický, hemokoagulační a biochemický rozbor. Cílem každého vyšetření je získat spolehlivý výsledek. Na správně provedeném odběru krve nebo jiného biologického materiálu závisí výsledek a kvalita analýzy. Je tedy třeba zachovat takový postup, abychom odstranili nebo omezili na minimum faktory ovlivňující negativně spolehlivost.

Obecná příprava pacienta

► Odběr provádíme většinou v ranních hodinách, protože obsah některých látek v krvi během dne kolísá. Pacient by měl být nalačno, abychom eliminovali vliv chylomikrů na analýzu.

► Při vyšetření koagulace by měl pacient 24 - 72 hodin před odběrem vynechat užívání analgetik, antiepileptik, antibiotik a antikoncepce. Tyto léky zvyšují hladinu koagulačních faktorů. Pokud nelze léky vynechat nebo vyčkat do doby, kdy nebudou užívány (pauzy v užívání antikoncepce, dobrání antibiotika), je vhodné toto zapsat k zohlednění při zhodnocení výsledků.

► Pacient by před odběrem neměl kouřit, pít alkoholické nápoje, černou kávu. Ráno před odběrem je naopak vhodné se dostatečně napít neslazeného čaje nebo vody.

► V případě speciálních vyšetření je nutné dodržet speciální přípravu. Návod k odběru se nachází v laboratorní příručce (každá laboratoř by ji měla mít vypracovanou) laboratoře, která vyšetření provádí (jedná se např. o vyšetření na stanovení kys. vanilmandlové, kreatininové clearance, urolithiasy, oGTT test).

Odběr krve

a) výběr žíly

► K odběru se používají povrchové žíly horních končetin nacházející se těsně pod kůží. Nejčastěji venepunkci provádíme v oblasti předloktí, je zde snadný přístup a lze zde provádět odběr i opakovaně. Odběr se provádí nejčastěji z vena femoralis nebo vena cubitalis, nachází se blízko povrchu a pokožka nad nimi je nejméně citlivá.

► U starších pacientů může být provedení vpichu obtížnější, protože kůže ztrácí elasticitu a nebo může být v okolí žíly více tuku. Žíly jsou křehčí, je zvýšené riziko vzniku hematomu. K odběru lze také využít žílu na palcové straně zápěstí nebo na hřbetu ruky.

► Vpich jehlou do žíly by měl být hladký, přímý, bez zbytečné manipulace ve tkáních.

b) desinfekce

K desinfekci používáme různé přípravky v různých lékových formách jako jsou aerosoly nebo lihové roztoky. U pacientů s alergií na běžné desinfekční prostředky se doporučuje 95 % alkohol. Po desinfekci odběrového místa je nutné před venepunkcí nechat místo dokonale oschnout. Stačí i malá stopa nezaschlého desinfekčního roztoku a je zde riziko hemolýzy krve, nehledě na možnost vzniku pocitu pálení kůže v místě vpichu.

Dokonalé oschnutí desinfekčního prostředku je rovněž doba expozice desinfekčního prostředku a tím je dodržen hygienický postup.

c) poloha pacienta

Kvalitu odebraného vzorku ovlivňuje také poloha pacienta. Ta může ovlivnit hodnoty vysokomolekulárních látek v krvi jako jsou bílkoviny, lipidy a enzymy. Při provádění venepunkce je důležité zabezpečit pacientovi pohodlí, pacient by měl být před odběrem asi 30 minut v klidovém režimu, nejvhodnější je odběr krve vsedě. Hodnoty při odběru vleže jsou nižší a liší se v průměru o 10-15 %. Naopak odběr ve stoje, po fyzické námaze přináší s sebou změnu látek podílejících se na energetickém metabolismu (glukosa, TG, laktát), dochází také k zahuštění makromolekulárních látek, zvyšuje se aktivita CK, AST, kreatininu a naopak se snižuje hladina tyroxinu. Při změně polohy odběru vyznačujeme toto na průvodce.

d) technika odběru - problém škrtidla

Škrtidlo používáme pokud možno kvalitní, aby se s jeho pomocí dosáhlo dostatečného utažení, které umožní přeplnění žíly. Použití gumových, tzv. Esmarchových škrtidel je nevhodné, neboť při utažení může dojít k poškození struktur pacientovy kůže, nesmí být zataženo déle než 1 minutu a po nabodnutí žíly je třeba škrtidlo uvolnit, abychom neodebírali stojící krev, ale volně proudící krev. Pacienta nenecháváme nikdy dlouho cvičit se zataženým škrtidlem, nevhodné je rovněž sevření pěstí a pumpování, které vedou ke změnám výsledků např. draslíku a proteinů, může dojít k aktivaci fibrinolýzy, rovněž při dlouhém odběru, pomalém natékání krve do zkumavky vznikají mikrofibrinová vlákna, která ovlivňují výsledky koagulačních analýz. Proto je vhodnější používat k odběru jehly se širším průsvitem, tzv. šetření pacienta tenkou jehlou není na místě.

Zpracováno s laskavým svolením Labiohem spol. s.r.o., Plzeň z materiálů přednášky Aleny Tenkové pro praktické lékaře 2007

připravila J. Laňková

...pokračování příště

Analgetika, antiepileptika, antibiotika a antikoncepce zvyšují hladinu koagulačních faktorů.

Ráno před odběrem je vhodné se dostatečně napít neslazeného čaje nebo vody.

Pacient by měl být před odběrem asi 30 minut v klidovém režimu, nejvhodnější je odběr krve vsedě.

Použití gumových, tzv. Esmarchových škrtidel je nevhodné.

Šetření pacienta tenkou jehlou není na místě.

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 odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejdéle do 15.10.2007. 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.

test
7/2007

**Správné
odpovědi
testu
č. 5-6/2007:**

- 1 ab
- 2 c
- 3 b
- 4 a
- 5 a
- 6 ac
- 7 b
- 8 b
- 9 abc
- 10 ac

**Současný pohled
na hormonální léčbu (HT)
a tibolon v péči
o postmenopauzální ženu**

1. Podle metaanalýzy Edwina E. Salpetera hraje podstatnou roli pro nasazení hormonální terapie (HT) věk. Jaká závislost byla zjištěna?

- a) s rostoucím věkem (> 60 let) zahájení léčby začínají převažovat rizika nad pozitivními hormonální účinky
- b) výhody HT výrazně převažují nad riziky, pokud je terapie zahájena u mladších žen (< 60 let).
- c) u mladších žen (< 60 let) převažují rizika nad pozitivní HT, a proto je lépe zahajovat léčbu až po 60. roce věku

2. Alternativní léčba potravními doplňky – fytoestrogeny:

- a) je všeobecně doporučována gynecology jako plnohodnotná náhrada při nesnášenlivosti syntetických estrogenických přípravků
- b) je sice v předepsané dávce relativně bezpečná, ale má nízkou účinnost téměř srovnatelnou s placebem
- c) při uvedení fytoestrogenu na trh musí výrobce dokázat pouze to, že výrobek neobsahuje těžké kovy a bakterie, účinnost prokázat nemusí

3. Tibolon je alternativní léčbou postmenopauzálního syndromu:

- a) tibolon je zástupce nové skupiny estrogenů, který má příznivé hormonální účinky již ve velmi nízkých dávkách a proto má minimální nežádoucí účinky. Je bezpečný i u žen s anamnézou karcinomu prsu
- b) tibolon je nehormonální látka, která působí jako účinná prevence osteoporózy podobným způsobem jako estrogen, neovlivňuje však

endometrium a prsní tkáň, a proto se jeví jako téměř ideální produkt pro prevenci osteoporózy u postmenopauzálních žen

c) podle studie LIBERATE však tibolon není bezpečnou variantou léčby akutního klimakterického syndromu pro ženy s anamnézou karcinomu prsu

Sledování léčby hypertenze kombinovaným preparátem Accuzide

4. Která strategie léčby hypertenze se jeví jako nejefektivnější?

- a) strategie Switch (záměny) - pokud se střední dávka jedné skupiny neosvědčí, je zaměněna za jinou
- b) strategie Low dose combination (kombinace malých dávek) - kombinace léků různých tříd poskytuje aditivní antihypertenzivní účinek
- c) tzv. „strategie Increase (zvyšování) - založena na výběru vhodného léku, který je po nasazení titrován do maximální dávky

5. Nejméně 50% nemocných na monoterapii potřebuje k dosažení cílových hodnot tlaku krevního maximální dávku léku. Obecný odhad je, že u většiny antihypertenziv je 50% dávka léku odpovědná za:

- a) 80% celkového účinku léku
- b) 50% celkového účinku léku
- c) 30% celkového účinku léku

6. Co mohou pro léčbu znamenat fixní kombinace léků?

- a) lepší compliance pacienta (snížení počtu tablet užívaných nemocnými, jednodenní dávkování)
- b) obsah nižších dávek jednotlivých antihypertenziv při zachování stejné účinnosti oproti oddělenému podávání účinných látek
- c) snadná titrace léků, bezproblémové

vé posouzení účinnosti jednotlivých preparátů a jednodušší hodnocení nežádoucích účinků

Výskyt metabolického syndromu v české populaci ve studii ATLET

7. Česká definice metabolického syndromu (MS) musí splňovat alespoň 3 z 5 kritérií. Hodnotí se:

- a) obvod pasu, triglyceridy, HDL cholesterol, TK, glykémie
- b) BMI (body mass index), celkový cholesterol, glykémie, TK, urikémie
- c) BMI, hladina triglyceridů, celkový cholesterol, TK, glykovaný Hb

8. Ve studii ATLET byla u českých pacientů s MS zjištěna tato nejčastěji splňovaná trojkombinace:

- a) TAG + TK + Glykémie
- b) TAG + TK + Obezita
- c) Obezita + TK + Glykémie

9. Genetickou predispozici MS lze zjistit z rodinné anamnézy; potomek nese vysoké riziko rozvoje MS pokud:

- a) někdo z rodičů prodělal v časném věku (tj. otec do 55 let a matka do 65 let) kardiovaskulární příhodu (srdeční infarkt nebo cévní mozkovou příhodu nebo jiné projevy aterosklerózy)
- b) alespoň jeden z rodičů je hypertenik nebo diabetik 2. typu
- c) alespoň jeden z rodičů má BMI >30

Jak vyhrát světovou konferenci WONCA!

10. Pořádání světové konference praktických lékařů WONCA v r. 2013 získalo město:

- a) Singapur
- b) New York
- c) Praha

Upozornění: správné mohou být 1-3 odpovědi!

odpovědní lístek - test č. 7/2007

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 |