



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 10/2007

ročník 6

pro
praktické
lékaře
zdarma

Přílohou tohoto čísla je

**Doporučený postup
Infekce
urogenitálního
traktu**

a

**Chronický vřed
dolní končetiny**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Ordinace nejen na kraji města

Návštěva v ordinaci MUDr. Luboše Hrabý

– jednoho z našich nejmladších praktických lékařů - školitelů



O čem se mimo jiné můžete dočíst v tomto čísle:

- XXVI. výroční konference SVL ČLS JEP
- Umíme správně diagnostikovat a léčit migrénu?
- Screening deprese v primární péči - studie SCREEDEP
- Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy
- Metodický pokyn k „regulační výhláše“
- Aktuální legislativa – co je nového v daních?
- Vyšetření INR v ordinaci metodou POCT

Quatro Solution - MOET DM2

Obsah

SVL ČLS JEP informuje 5

Umíme správně diagnostikovat a léčit migrénu? 12

as. MUDr. Hana Kalistová, PhD.

Zlepšení přístupu k pacientům s migrénou v primární péči 15

MUDr. Jana Vojtišková

Screening deprese v primární péči - první výsledky studie SCREEDEP 16

MUDr. Jaroslava Laňková

Chřipka 20

MUDr. Cyril Mucha

...ordinace nejen na kraji města 22

Návštěva v ordinaci MUDr. Luboše Hruby
- jednoho z našich nejmladších praktických lékařů - školitelů

...počítač a doktor 24

Software/programy aneb duše počítače

...prevence v primární péči 25

Onkologická prevence v praxi praktického lékaře - 2. část

...lékař a etiketa 27

O dochvilnosti a o tom, jak slovo dělá muže

...zdravotnická záchranná služba 28

Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy, dobrý den...

...paliativní péče v ambulantní praxi 30

4. díl: Léčba bolesti u nevyléčitelně nemocných a umírajících - 2. část

...dotazy a odpovědi 32

Regulační vyhláška

...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa 36

Reforma zákonů od 1.1.2008 - to, co je vhodné vědět

...POEM: Patient oriented evidence that matters 38

...sestra v ordinaci praktického lékaře 40

Vyšetření INR v ordinaci metodou POCT

...znalostní test 38

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
10/2007, 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@cls.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 Ponížil, 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 **4.12. 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**



*MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc.
člen výboru SVL ČLS JEP,
praktický lékař ve Valašských
Kloboukách*

Vánoce jako výzva

My praktičtí lékaři – skuteční odborníci na všeobecnou medicínu - jsme ve svých možnostech omezeni, protože nám není umožněna péče o našeho pacienta jak ve smyslu preskripčních omezení, tak rovněž systémem nesmyslného pokutování za naši práci konanou ve prospěch našich nemocných.

My praktičtí lékaři víme o těžkostech a bolestných stavech našich nemocných hodně. Víme také o jejich zranitelnosti a touze po vlídné péči. Snažíme se přinášet svým nemocným jak drobné, tak i zásadní formy pomoci nejen v přímém medicínsko-technologickém pojetí současné medicíny, ale i v izolovaných pojetích některých terapeutických postupů a doporučení, která nepřehlížejí k celkovému klinickému obrazu koinciduujících nemocí.

Naše poslání je integrovat subjektivní potíže nemocného, získané klinické i laboratorní nálezy ve smysluplný celek jako východisko k aplikaci přínosné léčby. Naše klinická praxe je nenahraditelnou zkušenostní syntézou – spojením racionálních informací o nemocném s jeho každodenním světem – a naší nabídkou léčebných modelů pro něj nejvýhodnějších. Není to práce jednoduchá. Každý nemocný je osobností s rozdílnými přístupy k léčbě a s rozdílnými postoji a reakcemi. Je to pro nás integrační výzva udělat pro nemocného to nejlepší. Jsme účastní zavazující výsady patřit mezi pomáhající profese.

Naše práce skutečně není jednoduchá. Společnost všeobecného lékařství se snaží o náš odborný růst a zlepšování kvality naší práce. Vedle úspěchů SVL (doporučené postupy, kongresy, vzdělávání, časopis, mezinárodní spolupráce a další) existuje nepřehlédnutelný počet velmi zklamanych poskytovatelů primární péče, zklamanych z bídné ekonomiky, nekolegality a z toho také vyplývající frustrace v osobním a rodinném životě. Záleží však i na nás samotných. Kultivujme naše jednání nejen ve vztahu k našim nemocným, ale také k sobě navzájem. Zažili jsme hodně slibů na zlepšení finanční situace, zato o to více prožíváme břemena konkrétních limitů, omezení a sankcí.

Z těchto objektivních těžkostí se těžko nadchneme k procítěnému sdílení vánoční atmosféry. Ale zkusme to. Vánoce jsou znamením naděje, naděje nového života. Snažme se, abychom byli odhodlanější usilovat o spravedlivé ocenění své práce.

Vánoce jsou znamením lásky, které je obohacováno společnou snahou o vzájemné sdílení především v rodině, ale také ve společnosti. Nesme poselství laskavosti v ovzduší postmodernistické společnosti orientované na zisk a konzum. **Ale nesmíme zapomínat dávat důstojným způsobem najevo, že i my, kteří se snažíme být autentickými zprostředkovateli lidského dobra, vědeckých znalostí a profesní způsobilosti, máme právo na spravedlivou odměnu ve stabilním ekonomickém ovzduší.**

Vánoce jsou výzvou k prohloubení lásky. Přejme si také, aby letošní vánoce byly výzvou k nalézání a sdílení společné cesty ke spravedlivému ocenění práce v našich ordinacích, aby rok 2008 byl prostorem k řadě konkrétních myšlenek a činů – od podporující sympatie nejbližším kolegům k jasně vyjádřenému souhlasu těm, kteří jednají za naše oprávněné zájmy na rozhodujících místech.

MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc.

XXVI. výroční konference SVL ČLS JEP

Brno 7.-10.11. 2007

Akreditační uragán

Výbor SVL se rozhodl v rámci letošní výroční konference přispět k rozvoji postgraduálního vzdělávání praktických lékařů tím, že pomůže zájemcům (PL) o akreditaci jejich ordinace. Administrativa s tím spojená je opravdu náročná nejen na čas, ale i na technické vybavení. Vzhledem k tomu, že do konference bylo akreditováno v celé ČR celkem asi 50 ordinací, očekávalo se, že by bylo reálné provést na konferenci cca 30 – 40 nových akreditací. Aktivita PL je ale nepředvídatelná! Jen za předkonferenční večer bylo připraveno 30 nových akreditací a do konce konference se sešlo 229 (!) žádostí o akreditaci. Tým třech zkušených administrativních sil (pí Čížková, Richtrová a Vrbová) pod vedením Dr. Muchy pracoval doslova dnem i nocí a navíc pomáhal každý, kdo měl ruce a zejména srdce, když viděl ty hromady papírů, za kterou se všichni ztráceli.

Takže bravo, praktičtí lékaři! A obávejte se, ministerští úředníci!

Redakce

Dojmy z konference

Jako vždy jsem se tam – mezi Vámi všemi – cítila moc dobře. „Z venku“ vše probíhalo hladce a v klidu. Odborný program mě zaujal rozhodně spíše v ošetrovatelské sekci – tam byla (tedy alespoň pro mne) velmi přitažlivá témata! Zejména právní problematika je neotřelá a přitom velmi potřebná pro „bezpečný“ chod ordinace PL. Musím se přiznat, že odborný program v hlavní (tedy „lékařské“) sekci mě už tolik nezaujal, protože sestával z témat věčně propíraných a pro ty, kteří se běžně vzdělávají, nemohl přinést nic výrazně nového. Navíc si nejsem jista, zda je dobré, když téměř z poloviny přednášejí sami praktici – byť autoři DP - a někteří hned v několika oborech! V rámci kávových přestávek jsem opakovaně vyslechla negativní komentáře právě v tomto duchu. Měla bych obavy, že toto nám může v budoucnu redukovat počty účastníků konference. Myslím, že bychom se měli snažit pro příště zařadit více problematiku menších oborů a třeba i témata nemedicínská (právní určitě a např. ekonomická, organizační, psychologická, nebyl by špatný blok o euthanasii – diskuse jejích přívrženců a odpůrců...např.). Samozřejmě vím, že zájmy farmaceutických firem, které konferenci finančně zajišťují, většinou převládají ty nejkrásnější plány a atraktivní záměry.... A přitom možná právě to, že jsou ochotny



Slavnostní zahájení konference

zaplatit blok s tématy, ze kterých „nečouhá“ právě ten jejich preparát, by jim přineslo větší užitek.

Večery byly příjemné – kvalitní.

Velmi dobrým a důležitým počinem byla pomoc při žádostech o akreditace! To se opravdu povedlo a jistě bylo a ještě bude náročné to dotáhnout do zdárného konce. Za to moc děkuji!

Moje „dojmy z konference“ jsou zároveň jakýmsi zamyšlením nad přípravou konference příští – karlovarské. Už začínám být trochu nervózní....

Alena Šimurdová

*Krajská konzultantka SVL ČLS JEP
pro Karlovy Vary*

Sekce technika a internet

Technické sekci, která letos slavila jubilejní 5. pokračování, dominoval opět internet. Vybočovalo pouze sdělení o automatických externích defibrilátorech (AED), které si již i v naší zemi nacházejí čím dál větší rozšíření a jistě není daleko doba, kdy budou k dispozici i v našich čekárnách (MUDr. Jiří Verner). Výhody a nevýhody, principy a zejména použití ve zdravotnictví osvětlilo sdělení o elektronickém podpisu (MUDr. Cyril Mucha). Ze sdělení vyplynulo, že získání i užívání e-podpisu není ničím složitým, ale že posouvá naše ordinace zase o kousek dále – umožňuje e-komunikaci s pojišťovnami, státní správou a navíc otvírá cestu k vedení pouze elektronické dokumentace. Ta by nás mohla osvobodit od největšího inventáře našich ordinací – plechových kartoték. Pro většinu lékařů byla novým poznatkem informace o vzdálené správě (MUDr. Kubů). Představa o tom, že v pří-

**e-podpis umožňuje
jednoznačně
identifikovat
podepsaného a též
přechod na
elektronickou
kartotéku**

Vzdálená správa počítače: naděje pro lalky v počítačové technice

padě potíží s počítačem by se příslušný expert prostřednictvím internetu k němu připojil a problém odstranil, je pro většinu z nás velmi lákavá. V posledním sdělení zazněla informace o projektu Thomayerovy nemocnice a IKEM, zajímavém zejména pro praktiky. Spolutvůrcem (MUDr. Hackajlo) byla představena možnost vstupu do portálu Thomayerovy nemocnice a IKEM, kde je možno prohlížet zatím anonymní databázi pacientů i s veškerými vyšetřeními. Pro velké množství témat i zájem posluchačů bylo konstatováno, že by se podobná sekce měla do budoucna ještě rozšiřovat.

Cyril Mucha
Krajský konzultant SVL ČLS JEP pro Prahu

Workshop na téma Vyhoření

Připravili pro účastníky konference MUDr. Bohumil Seifert Ph.D. a MUDr. Jana Vojtíšková z UVL 1. LF UK Praha.

Po loňském úspěšném interaktivním workshopu o nejistotách a pochybách v praxi, jehož výstupem byla publikace v Praktickém lékaři, navázali autoři v tomto roce dalším stejně zajímavým a pro workshop vděčným tématem „Hrozí nám syndrom vyhoření (burn out)?“ O tom, že téma bylo vybráno správně a bylo dostatečně atraktivní svědčí účast na workshopu. K velkému překvapení autorů, kteří předpokládali 30 - 40 přítomných a práci v desetičlenných pracovních skupinách je očekával sál s 96 přítomnými praktickými lékaři z celé ČR, bez rozdílu věku.

Vzestup následků profesionálního stresu v lékařské profesi vyburcoval řadu organizací včetně Světové zdravotnické organizace k monitorování, studiu a prevenci tohoto problému. Je to problém natolik závažný, že jsme se rozhodli toto téma s kolegy diskutovat, navzájem si předat zkušenosti s příčinami a projevy ohrožení syndromem vyhoření v nás samotných, u našich kolegů, případně zaměstnanců. Pokusili jsme se najít možné metody, jak syndromu vyhoření ve všeobecné praxi předcházet. Výsledky bohaté diskuze a názorů se opět pokusíme zformulovat do závěrů, které by byly využitelné v pregraduální a postgraduální přípravě a v budoucnu mohly pomoci našim mladým kolegům.

Syndrom vyhoření (burn out syndrome) byl poprvé popsán v roce 1974 H. Freudenbergerem. Je definován jako ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí nebo vyhoření jako výsledek procesu, v němž lidé zaujati intenzivně nějakým úkolem nebo ideou ztrácejí své nadšení. Je typický pro profese spojené s velkou odpovědností a nasazením, které jsou ve společnosti často označovány jako poslání.

Vyhoření je především výsledkem chronického stresu, především pracovního, ale doprováze-

ného další zátěží z osobního života. Je důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, mezi ideály a skutečností. Dotýká se nejen somatické a psychické, ale i noetické roviny bytí (projevuje se proto vedle slabosti, vyčerpání či ztráty radosti i stažením se z okolního světa a negativním dopadem na okolní vztahy).

V teoretické části přednášky toto vše zaznělo. Ve druhé části workshopu přítomní pracovali ve skupinách a zformulované názory (teze) přednesli jednotliví zvolení mluvčí skupin.

Diskuze v pracovních skupinách řešila dvě hlavní otázky:

Jaká jsou rizika syndromu vyhoření pro praktické lékaře a jejich pacienty?

Jak se bráníte syndromu vyhoření a co byste doporučili jako prevenci kolegům?

Diskuze k tématu byla bohatá, zajímavá a místy až bouřlivá. Většina přítomných měla potřebu k těmto otázkám svým kolegům něco sdělit. Nedá mi to a musím napsat, že se do diskuze s vervou zapojil i místní technik, ze kterého se vyklubal medik ze čtvrtého ročníku na brigádě a popsal svoje zkušenosti (a jeho kolegů) se syndromem vyhoření, tak jak se s ním setkávají z pohledu studentů medicíny.

Myslím, že i tento workshop se vydařil a naplnil očekávání naše i přítomných kolegů.

Autoři se i tentokrát pokusí závěry a teze vyslovené v diskuzi zformulovat a eventuálně publikovat. Všem účastníkům budou zpracované výstupy zaslány elektronickou poštou.

Autoři už vymýšlejí atraktivní téma pro příští workshop, takže nezbývá než poděkovat všem lékařům, kteří toto setkání navštívili za přízeň a spolupráci.

Jana Vojtíšková
Ústav VL, 1. LF UK Praha

Pomocná laboratorní vyšetření

A máme po konferenci všeobecného lékařství, rozjeli jsme se opět do svých domovů a ke svým pacientům, tři dny odborného programu, určitě si každý našel něco, co by ho zaujalo a co použije případně při své praxi.

Jsme praktičtí lékaři a většinu diagnóz děláme na podkladě anamnézy, základního fyzikálního vyšetření a laboratorní vyšetření nejsou tím nejčastějším, co bychom indikovali, případně prováděli. Přesto jeden z bloků zabývající se právě laboratorními vyšetřeními, bych rád zmínil.

V současné době, kdy se i do zdravotnictví stále častěji odráží ekonomika a náklady spojené s péčí o naše pacienty jsou pečlivě sledovány, případně i sankcionovány zdravotními pojišťovnami, by se měl každý lékař při rozhodování o laboratorních vyšetřeních zamyslet, proč k nim přistoupí a jakou informaci mu přinesou, ať již je

to při preventivních vyšetřeních, nebo při upřesňování diagnostiky. Někdy je důvodem zjištění aktivity onemocnění, sledování, jak je naše léčba úspěšná, případně se může stát, že odhalíme zatím symptomatické onemocnění, které vyžaduje zahájení léčby, ať už je to při hledání rizikových faktorů ICHS, poruch lipidového spektra, nebo výskytu kolorektálního karcinomu.

Před tím, než se pro některé laboratorní vyšetření rozhodneme, bychom si měli položit otázku, zda nám pomůže upřesnit pracovní diagnózu, nebo zda dojde k nějakému ovlivnění průběhu léčby, či je potřebný k tomu, abychom pacientovi dali přesnější odhad prognózy dalšího vývoje dané nemoci. Těch otázek by bylo jistě více, ale tyto považuji za rozhodující a než zatrhne některé vyšetření, měl by tento proces rozhodování proběhnout v naší hlavě a ne pouze zaškrtnout z nabídnutého sortimentu jednotlivých vyšetření, která nám laboratoř nabízí.

S tímto nešvarem se velmi často setkáváme při požadavcích z nemocnic na předoperační vyšetření, které obsahují téměř celý seznam dostupných položek. Jedna z přednášejících - ing. D. Springer - lékaře, kteří využívají tento způsob indikace laboratorních vyšetření výstižně pojmenovala jako „hledáče diagnóz“.

Pro specialisty tvoří výsledek laboratorního vyšetření až 70-80% informací o nemocném a velmi často rozhoduje o diagnóze a způsobu léčby, přičemž laboratorní vyšetření činí 3-5% nákladů ve zdravotnictví.

Zajímavé bylo představení 10 nejčastějších laboratorních vyšetření v ordinacích praktických lékařů v přednášce doktorky Vojtíškové. Mezi nejčastěji ordinované vyžádané testy podle zjištění autorky patří krevní obraz, glykémie, ALT, AST, moč + sediment, cholesterol, kreatinin a další. Ceny těchto vyšetření se pohybují mezi 11 a 42 Kč, ale už takový glykovaný Hb stojí 160 Kč, TSH 140 Kč a CRP 120 Kč. Jak je vidět, tak je z výše uvedených důvodů skutečně třeba s uvážením rozhodovat, která vyšetření jsou důležitá, a která ne. Velmi záleží na spolupráci lékaře s laboratoří, jsou místa, kde existuje přímá informace přes internet, ale také telefonická konzultace je velmi často užitečná pro stanovení diagnózy, či z dalších důvodů uvedených výše.

Je vhodné znát význam termínů, které patří k laboratorním nálezům a sice **senzitivita** - je % správně pozitivních nálezů (u osob trpících danou chorobou) a **specifita** - je % správně negativních nálezů (u osob, které danou nemoc nemají).

Před každým laboratorním vyšetřením bychom neměli opomenout poučit pacienta, jak se připravit k odběru. Pacient by měl být vždy nalačno, tedy odběry je vhodné provádět v ranních hodinách, lačnění se doporučuje 10 - 12 hodin, aby nebyly falešně pozitivní nálezy zejména



u lipidogramu či sacharidů. Upozorníme také pacienta, že některé látky ovlivňují metabolické cesty a rovněž zkreslují výsledky - patří sem kofein, kouření, alkohol, léky, drogy.

Je třeba dodržovat dietní a režimová opatření u vyšetření TOKS (okultní krvácení), stanovení PSA a dalších.

Přednáška týkající se POCT - tedy point of care testing (laboratorní vyšetření prováděná v místě kontaktu s pacientem) přednesená dr. Laňkovou - poukázala na výhody rychlé diagnostiky pomocí metod, které provádí lékař přímo v ordinaci. Výsledky jsou dostupné po malé chvíli od odběru a tudíž kvalifikovaná rozhodnutí lékaře mohou být provedena již během první návštěvy pacienta v ordinaci na rozdíl od klasických odběrů prováděných v laboratořích, kam je odebraný materiál nebo pacient odeslán. Jedná se o metody, které již někteří lékaři používají (jako vyšetření moči testacím proužkem, orientační kultivační test uriculitem, glykémie glukometrem, kvalitativní stanovení HCG v moči testacím proužkem, TOKS a další). Mezi novější POCT metody zaváděné v primární péči je stanovení hladiny C-reaktivního proteinu (CRP) a stanovení hladiny INR. Obě metody jsou nyní hrazeny ze zdravotního pojištění na základě smlouvy s příslušnou ZP a při splnění podmínek pro provádění výkonu (doklad o proškolení, zakoupení přístroje, zapojení do externí kontroly kvality).

Co říci závěrem - lékař by měl být schopen vždy odpovědět na otázku, co získá daným vyšetřením a proč ho provádí, jen tak bude jeho práce kvalitní a cenově odpovídající.

Stanislav Konšťacký
Fakulta vojenského zdravotnictví,
LF UK Hradec Králové

Udělení čestného členství ČLS JEP 2007



MUDr. Jiří Appelt



MUDr. Karel Janík

Přepis slavnostní řeči při udělování čestného členství na výroční konferenci SVL ČLS JEP

Dámy a pánové,
Jednou z nejmilejších povinností vědeckého sekretáře Společnosti všeobecného lékařství JEP, je pronášet slavnostní řeč při udělování čestného členství odborné společnosti.

Letos je mé potěšení dvojnásobné, protože výbor společnosti se rozhodl udělit čestné členství hned dvěma významným osobnostem všeobecného praktického lékařství v České republice.

Jedná se o dva kolegy, muže, kteří celý svůj profesní život byli a stále jsou opravdovými lékaři a kteří byli ochotni k této řeholi ještě přidat pořádný kus práce pro rozvoj oboru činnosti v odborné společnosti.

MUDr. Jiří Appelt se narodil 29. září 1939 v Brně. Tím si navždy vydobyl přízeň moravské části členů společnosti i výboru. V Brně také studoval lékařskou fakultu na tehdejší Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně a studium v roce 1962 zakončil červeným diplomem. O studenta s červeným diplomem se prali odbornosti. Během působení na Katedře biochemie UJEP mu byly přiznány tři patenty. Po odchodu do Prahy působil na III. interní klinice Thomayerovy nemocnice, získal interní specializaci a věnoval se převážně gerontologii.

Volání praktické medicíny vyslyšel v roce 1969. Pracoval jako závodní lékař na dolech Kladno a byl aktivním důlním záchranářem. Za svou práci byl oceněn stříbrným křížem, což je záchranářské důlní vyznamenání. V loňském roce obdržel dokonce medaili G. Agricoli za zásluhy o české hornictví. Je to jeden z dalších důvodů, proč ocenit Dr. Appelta. Těžko bychom mohli dopustit, aby svět znal kolegu Appelta spíše jako horníka, než praktického lékaře.

V roce 1990 odešel na západ od Prahy, do Chýně, kde jsem si ho také shodou okolností vybral za svého praktického lékaře.

Jiří Appelt pracuje ve výboru společnosti od roku 1970, po dobu 27 let. V roce 2006 byl opět zvolen do revizní komise. Během posledních deseti let zastával také funkce v orgánech České lékařské společnosti JEP.

Práce Jiřího Appelta ve výboru jsem si vždy vážil, zejména pro jeho encyklopedickou znalost stanov a poctivé a rozhodné uplatňování pravidel hry, jak se sluší na správného člena revizní komise. Jeho příspěvky při jednání výboru jsou smysluplné. Svou moudrostí často dokáže obrátit nekonečnou diskusi v kruhu racionálním směrem.

MUDr. Karel Janík se narodil 12. října roku 1940 ve Zlíně. V roce 1964 absolvoval Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci. Poté nastoupil na interní oddělení krajské nemocnice v Ostravě a získal zde atestaci z interního lékařství. Od roku 1969, tedy již 38 let, působí jako praktický lékař v Horní Bečvě, v krásných Beskydech. V osmdesátých letech podstoupil kvalifikační atestační zkoušku v oboru všeobecné lékařství, a to 1. a posléze 2. stupně. Působil jako okresní odborník pro obor všeobecného lékařství, je stále aktivním soudním znalcem a školitelem oboru praktické lékařství.

Jen pro nedostatek času nebudu ve výčtu aktivit vyjmenovávat jeho úspěchy a trofeje v oblasti lesní honitby.

Nicméně shodou okolností, právě v říjnu 1990, byl poprvé zvolen do výboru SVL ČLS JEP. Uspořádal nebo pomáhal organizovat několik celostátních konferencí na Moravě. Je vytrvalým a úspěšným organizátorem seminářů pro praktické lékaře v Severomoravském kraji. Podílí se na tvorbě doporučených postupů pro praktické lékaře.

Karel Janík je zkušený praktik a především moudrý a čestný člověk, a proto požívá ve výboru společnosti mimořádné úcty. Je veselý, pozitivní, je dobrý společník, zároveň působí rozvážným a klidným dojmem. Kdybych žil na Moravě, určitě bych se u něj zaregistroval,...pokud by mne chtěl.

Dámy a pánové,
představil jsem vám dva významné české praktické lékaře.

Dovolte, abych je oba pozval na podium k převzetí čestného členství Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP.

MUDr. Bohumil Seifert, PhD.,
vědecký sekretář SVL ČLS JEP

VAŠE INZERCE

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SVL ČLS JEP ZDARMA.

Hornická poliklinika přijme PL

Hornická poliklinika s. r. o. v Ostravě přijme do pracovního poměru praktického lékaře pro dospělé.

Kvalifikační požadavky: atestace I. st. v oboru všeobecné lékařství. Nástup: ihned.

Kontakt: MUDr. Roman Skoupý, tel.: 597 454 344 nebo 775 718 006, p. Vaňková, tel.: 597 454 353.

Zpráva z prekonference a konference WONCA Europe 2007

Paříž 16. - 20.10.2007

V říjnu jsme měli možnost zúčastnit se za české lékaře v přípravě v praktickém lékařství díky podpoře IPVZ a Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP prekonference a následně hlavní konference WONCA 2007 v Paříži.

Již tradičně se dva dny před hlavní konferencí WONCA konala pod záštitou Vasco da Gama Movement prekonference, kde se setkávají mladí lékaři v přípravě do oboru a do pěti let po získání specializace v praktickém/rodinném lékařství. Každý stát měl vyslat a finančně podpořit alespoň dva své zástupce. Program připravili zahraniční kolegové ve spolupráci s francouzskými lékaři a profesory. Byl zaměřen na problematiku zájmu mladých lékařů o praktické lékařství, vzdělávání a možné změny ve stávajících vzdělávacích systémech a výzkum v primární péči. Závěry diskuse každé skupiny byly prezentovány nejprve všem účastníkům prekonference a poté v rámci workshopu Vasco da Gama Movement na hlavní konferenci WONCA.

Velmi zajímavé bylo porovnat, jaká je motivace stát se praktickým lékařem v různých evropských státech. Snažili jsme se zjistit nejdůležitější fakta, která nejčastěji vedou ke směřování kariéry mladého lékaře jinam než do praktické medicíny. Z mezinárodní diskuse vyplynulo, že ve většině zemí je už pregraduální vzdělávání v praktickém lékařství nedostatečné, někteří medici dokonce nestrávili ani den v ordinaci praktického lékaře, tudíž si neumějí dobře představit, co práce praktického lékaře obnáší. Samotná postgraduální příprava je náročná a zahrnuje široké spektrum odborných informací a nutných praktických dovedností potřebných k práci praktického lékaře, které mohou některé potenciální zájemce odradit. Příprava také v určité míře vytváří skupinovou izolaci, většinou se lékaři připravují samostatně, nemají možnost pravidelných setkávání v rámci seminářů. Práce praktického lékaře je v mnoha zemích spojena s nedostatečným ohodnocením, nízkou prestiží, obrovským množstvím práce, které musí praktický lékař pojmout, a v jisté míře i izolací spojenou s provozem samostatné praxe.

Vedla se také diskuse na téma výzkumu v praktickém lékařství. Zejména v dnešní době, kdy uznávaná medicína je jediné „evidence based“, je důležité věnovat pozornost, motivovat a zapojit co největší množství praktických lékařů do

vědeckých projektů. Diskutovalo se, jakým způsobem by se nejlépe mohli mladí doktoři zapojit do výzkumu v praktickém lékařství.

Z našeho pohledu byla zajímavá informace francouzských profesorů všeobecné medicíny, kteří školí mladé lékaře a kteří tvrdili, že každý lékař



v přípravě v praktickém lékařství ve Francii musí spolu s ostatními kolegy pracovat na výzkumném projektu, jehož výsledky poté prezentuje a publikuje. Jako zástupci českého týmu jsme se aktivně zapojili do společných projektů dvou z pěti pracovních skupin Vasco da Gama

Movement, a to do skupiny Research, zaměřené na vědu a výzkum, a dále Education and Training pro podporu vzdělávání a přípravu v praktickém lékařství. Další skupiny Recruitment, Exchange, Image zaměřené na získávání nových zájemců, výměnné pobyty a prezentaci Vasco da Gama Movement stále čekají na nové členy z České republiky. Máme před sebou spoustu práce na mezinárodní úrovni s cílem neztratit kontakt s evropskou praktickou medicínou a obohatit medicínu v České republice. Rádi bychom se drželi společného hesla „Think globally, act locally“ – „Myslet globálně, jednat lokálně“. Doufáme, že budeme moci příští rok prezentovat výsledky projektů našich pracovních skupin na workshopu VdGM na konferenci WONCA 2008 v Istanbulu. Bylo velice potěšující slyšet z úst prezidenta WONCA Europe Prof. Igora Švaba, že Vasco da Gama Movement je nejlepší věc, která potkala WONCA v posledních letech. Nutno dodat, že organizace vznikla spontánně v roce 2003 na konferenci WONCA v Amsterdamu na podnět budoucích praktických lékařů a za podpory holandských profesorů a každý rok přijímá nové členy ze všech evropských i světových zemí.

Z prekonference v Paříži je zřejmé, že loď, která je ve znaku VdGM, nabírá díky neuvěřitelné energii spojující mladé lékaře z více než dvacítky světových zemí, velmi zajímavý kurs.

Kvalitní primární péče je vizitkou kulturní a vzdělané společnosti a je schopna systému ušetřit velké množství finančních prostředků. Proto doufáme, že se najde vůle situaci u nás rychle a konstruktivně řešit.

*MUDr. Petr Prokš, MUDr. Kateřina Sklářová
kandidáti v přípravě v oboru praktické lékařství
pro dospělé, členové SVL ČLS JEP*

**Vasco da Gama
Movement
- The WONCA Europe
Working Group
for Young and
Future General
Practitioners**

Mladí praktici míří do Evropy

Zpráva z výměnného programu pro budoucí praktické lékaře
„Dutch Exchange Program” Holandsko 25. – 28.4.2007

Pod záštitou Vasco da Gama Movement - The WONCA Europe Working Group for Young and Future General Practitioners

Koncem dubna jsem se jako jediný zástupce České republiky zúčastnila výměnného programu Dutch Exchange Program, který organizovala a financovala holandská společnost budoucích praktických lékařů pod záštitou Vasco da Gama Movement. Program trval celkem čtyři dny a zúčastnilo se ho 35 budoucích praktiků z dvaceti nejen evropských zemí. Každý cizinec strávil dva dny spolu se svým holandským kolegou v jednom z osmi univerzitních měst Nizozemska a zúčastnil se připraveného programu v menších skupinách. Poté se celá skupina sešla na celostátní konferenci budoucích praktických lékařů, která se konala v Utrechtu.

V Holandsku trvá příprava v praktickém lékařství celkem tři roky, je finančně zajišťována státem a je v přímé vazbě na univerzitu. Obecně je ve výuce kladen důraz na komunikaci s pacientem, například mladí lékaři natáčejí své působení v ordinaci na kameru, aby viděli, jakým způsobem verbálně i nonverbálně komunikují s pacientem a poté vedou v rámci univerzitních seminářů o natočeném materiálu diskusí. Nejčastěji pracují ve sdružených

praxích, kde mají svou vlastní místnost a vlastní skupinu pacientů včetně dětí. Denně mají hodinu na konzultaci svých pacientů se školitelem. V ordinaci praktického lékaře pracují 2 roky. Poté absolvují půlroční odbornou stáž na pohotovosti, 3 měsíce na geriatrici a 3 měsíce na psychiatrii, složí specializační zkoušku a mohou samostatně pracovat. Je zajímavé, že přípravu mohou absolvovat i na poloviční úvazek, což u nás možné není.

Jednodenní konference v Utrechtu se zúčastnilo asi tisíc z celkového počtu 1200 kandidátů praktického lékařství v Holandsku. Pro zahraniční hosty byly připraveny přednášky a workshop v angličtině s názvem „Tráva je zelenější u sousedů“, kde se diskutovalo o přípravě v praktickém lékařství. Všichni zúčastnění se shodli, že tři roky stačí na to, aby mohl praktik samostatně pracovat, ale čtyři roky by byly lepší, a že maximum odborných informací lze nejlépe získat v nemocnici.

Měla jsem výbornou příležitost vidět praktické lékařství v evropském kontextu. Některé informace a zkušenosti byly natolik inspirující, že mě motivovaly více se zajímat o organizaci Vasco da Gama Movement.

MUDr. Kateřina Sklářová

kandidátka v přípravě v praktickém lékařství
pro dospělě, členka SVL ČLS JEP

Pozvánka na vzdělávací semináře SVL ČLS JEP – leden 2007

Erektilní dysfunkce

Hlavním tématem vzdělávání v lednu bude problematika erektilní dysfunkce (ED) v zorném úhlu nového doporučeného postupu, který bude v lednu distribuován praktickým lékařům. Pozornost bude věnována definici a epidemiologii mužské erektilní dysfunkce, bude probírána nejčastější etiologie erektilních poruch od organických příčin přes psychogenní faktory až po nežádoucí účinky chronické medikace. Praktický lékař by měl ještě před event. odesláním pacienta do specializované péče provést základní diagnostickou rozvahu podpořenou základním doporučeným vyšetřením pacienta. Probrány budou i současné možnosti léčby první, druhé i třetí volby u ED.

Ve druhé polovině semináře jako obvykle budou probíhat přednášky na „volné téma“ podle výběru a potřeb příslušných regionů. Podrobnosti o tomto programu obdržíte na tištěné pozvánce.

Přehled seminářů v jednotlivých regionech:

7.1	16.30 - 20.30	Zlín, Aula SZŠ, Bartošova čtvrť, 760 01 Zlín
8.1	16 - 20	Pardubice, Hotel Zlatá Štíka, Štirova 127, 350 03 Pardubice
10.1	16 - 20	Liberec, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14, 460 01 Liberec
10.1	16 - 20	Ústí n/Labem, Oddělení vzdělávání Masarykovy nem., výuková sl., Sociální péče 12 A/4, 401 13 Ústí n/Labem
12.1	9 - 13	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
17.1	16 - 20	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, 500 01 Hradec Králové
17.1	16 - 20	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
19.1	9 - 13	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2, 360 01 Karlovy Vary
22.1	16 - 20	Ostrava, Dům kultury Ostrava, 28. října 124, Ostrava
23.1	17 - 21	Jihlava, presbitář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul, 586 01 Jihlava
23.1	16 - 20	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
23.1	16 - 20	České Budějovice, budova Medipont s.r.o. Matice Školské 17, 370 01 Č.Budějovice
26.1	9 - 13	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno
26.1	9 - 13	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, 772 00 Olomouc
26.1	9 - 13	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody č. 31, 300 00 Plzeň

Důležitá informace o ukončení dodávek inzulínových přípravků v injekčních lahvičkách

Léčba pacientů nemocných diabetem doznala za poslední roky velký pokrok. Společnost Novo Nordisk od svého založení vždy stála a stojí na předním místě v procesu zlepšování léčby diabetes mellitus a ve zvyšování kvality života pacientů.

První inzulínový aplikátor NovoPen® vyvinula naše společnost před 22 lety a postupně umožňovala pacientům používat nové, vylepšené aplikátory řady NovoPen®. Za zmínku stojí zejména NovoPen®3, který používají tisíce pacientů v České republice. Od září 2006 mají pacienti na inzulínové léčbě možnost používat novou generaci našich aplikátorů - NovoPen®4.

Naší snahou je měnit diabetes a poskytovat tu nejlepší možnou léčbu pro pacienty za atraktivní cenu pro plátce. Používání inzulínových aplikátorů může vést ke zlepšení kompenzace pacientů (jak ukázaly i výsledky z epidemiologické studie DEPAČ, k větší spolupráci s lékaři, k lepší kvalitě života pacientů a tím i k jejich větší motivaci v boji s nelehkým onemocněním. Dnešním standardem je aplikace inzulínu pomocí inzulínových per. To je důvod, proč v současné době naprostá většina evropských států používání inzulínů v lahvičkách opouští nebo již zcela opouští.

K podobnému vývoji dochází také v České republice. Dlouhodobě klesá spotřeba inzulínů v lahvičkách a aplikace pomocí inzulínového pera se stala standardem.

Na základě důkladné analýzy a posouzení všech faktorů se společnost Novo Nordisk, s.r.o. rozhodla ukončit prodej inzulínů v lahvičkách do konce roku 2007. Tato změna se týká přípravků uvedených v tabulce č. 1.

Pacienti mají možnost používat stejný inzulín a navíc pomocí inzulínového pera.

Doufáme, že tato změna přispěje ke splnění požadavků kladených na dosažení kritérií kompenzace diabetu stanovené Českou diabetologickou společností, případně Evropskou asociací pro studium diabetu (EASD) nebo Světovou federací diabetu (IDF).

Všichni diabetologové a příslušná oddělení nemocnic byli v předstihu informováni dopisem v květnu letošního roku. Přesto se může stát, že se vy jako praktický lékař ještě setkáte s pacientem používajícím lavičkové inzulíny společnosti Novo Nordisk, potom prosím konzultujte další terapeutický postup se specializovaným lékařem diabetologem.

Se svými dotazy se můžete obrátit i na zastoupení společnosti:

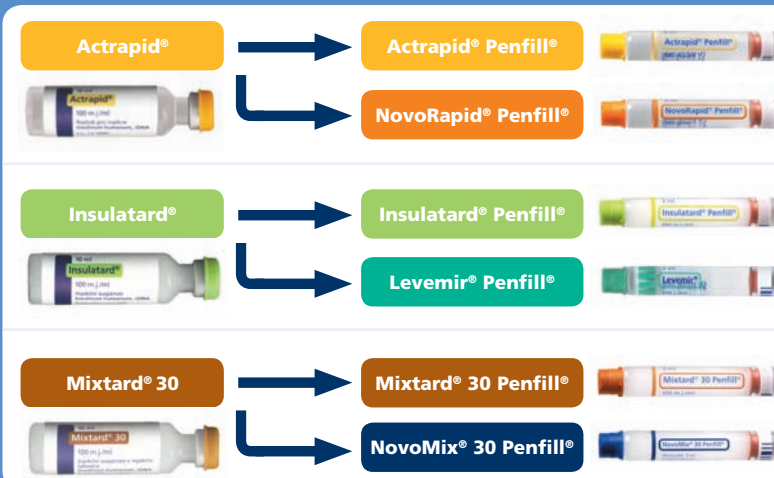
Novo Nordisk, s.r.o., Evropská 33c, 160 00 Praha 6, tel. 233 089 611, info linka: 800-770-770.

Informace jsou také uvedeny na veřejné internetové stránce na adrese www.novonordisk-vpois.cz.

Tabulka 1

kód	název přípravku	forma
0026483	ACTRAPID® 100 IU/ml	inj sol1x10 ml
0025674	INSULATARD® 100 IU/ml	inj sus1x10 ml
0026626	MIXTARD® 30 100 IU/ml	inj sus1x10 ml

Doporučení pro převod z léčby pomocí inzulínových stříkaček na léčbu pomocí aplikátoru inzulínu*



* Převeďte v poměru 1:1 obvykle ve stejném počtu aplikací (iniciální dávku inzulínu lze upravit). Titrujte podle potřeby.

Informace pro lékaře:

Humánní inzuliny: Actrapid®, Insulatard®, Mixtard® 30. Actrapid® je neutrální roztok biosyntetického humánního inzulínu. Insulatard® je suspenze biosyntetického humánního izofanového inzulínu. Mixtard® 30 je suspenze biosyntetického humánního izofanového inzulínu v kombinaci s rozpustným humánním biosyntetickým inzulínem. Další informace viz SPC.

NovoRapid® 100 j./ml, injekční roztok v injekční lahvičce. NovoRapid® Penfill® 100 j./ml, injekční roztok v zásobní vložce. Složení: Insulinum aspartum, rDNA 100 j./ml inj. roztoku. **Indikace:** Léčba diabetes mellitus. **Dávkování:** individuální na základě doporučení lékaře podle potřeb pacienta. **Způsob podání:** Obvykle se podává subkutánní injekci těsně před jídlem, v případě potřeby lze podat krátce po jídle. NovoRapid® lze používat ke kontinuální subkutánní inzulínové infuzi (CSII) do pump určených k infuzi inzulínu. V případě potřeby lze NovoRapid® podat též intravenózně, tuto aplikaci by měl provádět zdravotnický personál. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na inzulín aspart nebo na kteroukoli z pomocných látek, hypoglykémie. **Zvláštní upozornění:** NovoRapid® používaný v inzulínové infuzní pumpě by se neměl míst s dalšími inzulíny. Renální nebo jaterní poškození může u pacientů snížit potřebu inzulínu. NovoRapid® obsahuje metakresol, který může způsobovat alergické reakce. Pokud dojde k hypoglykémii, projeví se dříve po injekci ve srovnání s rozpustným humánním inzulínem. **Speciální skupiny pacientů:** NovoRapid® (insulín aspart) může být používán během těhotenství a dětmi staršími dvou let. **Nežádoucí účinky:** Hypoglykémie, vyrážky, poruchy vidění, lokální alergické reakce. **Interakce:** Některé látky mohou zvýšit nebo snížit potřebu inzulínu. Betablockátory mohou zakrývat příznaky hypoglykémie. Alkohol může zesílit a prodloužit hypoglykemizující účinek inzulínu. **Balení: lahvičky:** 1 x 10 ml inj. roztoku, Penfill®: 5 x 3 ml inj. roztoku. **Uchovávání:** Při teplotě 2–8 °C. Chránit před mrazem a světlem. Injekční lahvičky nebo zásobní vložky po prvním otevření uchovávat při teplotě do 30 °C, chránit před chladem. **Doba použitelnosti:** 30 měsíců, po otevření 4 týdny. **Způsob výdeje:** vázán na lékařský předpis. **Způsob hrzení:** Přípravek je hrzen z veřejného zdravotního pojištění. **Datum schválení/prodloužení:** 7.9.1999/7.9.2004 **Datum poslední revize textu:** 08/2007 **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Dánsko. **Reg. číslo: lahvičky:** EU/1/99/119/001, Penfill®: EU/1/99/119/003 Další informace získáte z SPC, příbalové informace nebo na adrese firmy Novo Nordisk.

Levemir® Složení: Insulinum detemirum, rDNA 100 j./ml inj. roztoku. **Indikace:** Léčba diabetes mellitus. **Dávkování a způsob podání:** 1–2 krát denně v závislosti na potřebách pacienta, subkutánní podání. Přípravek je možno podávat v kombinaci s perorálními antidiabetiky. Přípravek je určen k použití spolu s aplikátory Novo Nordisk a jehlami NovoFine®. **Kontraindikace:** Přecitlivělost

na inzulín detemir nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** nepodávat intravenózně, intramuskulárně, nepoužívat v infuzních pumpách. Přípravek obsahuje metakresol, který může způsobovat alergické reakce. **Nežádoucí účinky:** Hypoglykémie, reakce v místě vpichu, alergické reakce. **Balení:** 5 x 3 ml roztoku v zásobní vložce. **Uchovávání:** V chladničce (2–8 °C), chránit před mrazem a světlem. Během používání chránit před chladem a světlem, neuchovávat při teplotě nad 30 °C. **Doba použitelnosti:** 2 roky, po otevření 6 týdnů. **Způsob výdeje:** vázán na lékařský předpis. **Způsob hrzení:** Přípravek je hrzen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Datum schválení: 1.6.2004 **Datum revize textu:** 10/2007 **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Dánsko. **Reg. číslo:** EU/1/04/278/002 Další informace získáte z SPC, příbalové informace nebo na adrese firmy Novo Nordisk.

NovoMix® 30 Penfill® 100 U/ml Složení: Insulinum aspartum solubile 30 j., Insulinum aspartum protaminatum cristallinum 70 j. v 1 ml injekční suspenze. **Indikace:** Diabetes mellitus. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování přípravku NovoMix® 30 je individuální a je určeno v souladu s potřebami pacienta. Bližší informace o doporučeném dávkování viz SPC. NovoMix® 30 Penfill® má rychlejší nástup účinku než bližší inzulín inzulín a obecně by se měl užívat těsně před jídlem. V případě potřeby lze NovoMix® 30 podat brzy po jídle. Aplikuje se subkutánně aplikátory inzulínu Novo Nordisk® a jehlami NovoFine®. U pacientů s diabetem typu 2 lze NovoMix® 30 podávat jako monoterapii nebo v kombinaci s perorálními antidiabetiky, u nichž je kombinace s inzulínem schválena, podrobněji viz SPC. **Kontraindikace:** Hypoglykémie. Přecitlivělost na inzulín aspart nebo kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** NovoMix® 30 nikdy nesmí být podán intravenózně či v inzulínových infuzních pumpách. Nesprávné dávkování nebo přerušení léčby může, zejména u diabetu typu 1, vést k hyperglykémii a diabetické ketoacidóze. Vynechání jídla nebo neplánovaná těžká fyzická zátěž mohou vést k hypoglykémii. S podáváním přípravku těhotným nejsou dostatečné klinické zkušenosti. Přípravek může být používán v období kojení. U dětí ani u dospívajících do 18 let nebyly provedeny žádné studie. **Nežádoucí účinky:** Hypoglykémie. Lokální alergické reakce. Vzácně se může vyvinout i systémová alergická reakce se závažnými projevy. **Interakce:** podrobnější informace naleznete v SPC. **Balení:** 5 x 3 ml v zásobních vložkách Penfill®. **Uchovávání:** Při 2–8 °C. Chránit před mrazem. Během používání: chránit před chladem a světlem, neuchovávat při teplotě nad 30 °C. **Způsob výdeje:** vázán na lékařský předpis. **Způsob hrzení:** Přípravek je hrzen z veřejného zdravotního pojištění. **Datum schválení:** 1.8.2000. **Datum revize textu:** 8/2007 **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Dánsko. **Reg. číslo:** EU/1/00/142/004. Další informace získáte z SPC, příbalové informace nebo na adrese firmy Novo Nordisk.

Novo Nordisk s.r.o.
Evropská 33c, 160 00 Praha 6
tel.: 233 089 611, fax.: 233 089 613
www.novonordisk.cz, www.diabetesmellitus.cz



as. MUDr. Hana Kalistová, Ph.D.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Umíme správně diagnostikovat a léčit migrénu?

Souhrn: Migréna je primární bolest hlavy s vysokou prevalencí vyskytující se zejména u osob v produktivním věku. Bolest je charakterizována střední až velkou intenzitou, výskytem doprovodných příznaků charakteru nevolnosti, zvracení, fotofobie a fonofobie. V patogenezi migrenózního záchvatu se uplatňuje aktivace tzv. trigemino-vaskulárního komplexu, následkem kterého dochází k vazodilataci A-V anastomóz v oblasti mening a vzniku sterilního zánětu, který je příčinou bolesti. Na základě znalostí o patogenezi migrenózního záchvatu byla v 90. letech minulého století zavedena do praxe specifická léčba agonisty 5-HT_{1B/D} receptorů – triptany. Pro možnost vzniku návyku a transformace migrény je kontraindikována léčba analgetiky s centrální složkou.



as. MUDr. Hana Kalistová, Ph.D.

prevalence
migrény

4 fáze
migrenózního
záchvatu

Bolest hlavy je jedním z nejčastějších symptomů, se kterými se pacienti obracují na lékaře. Bolesti hlavy mohou být projevem celkového onemocnění (tzv. sekundární bolesti hlavy), které je třeba léčit podle příčiny.

Kvalitu života a pracovní schopnost pacientů však významně snižují zejména bolesti primární (tenzní cefalea, migréna, cluster headache a chronická paroxysmální hemikranie). Tyto je zejména při současné dostupnosti specifické léčby správně diagnostikovat a léčit.

Migréna je po tenzní bolesti hlavy druhou nejčastější primární cefaleou.

Prevalence migrény je 15-20% u žen, u mužů 6%. První záchvaty migrény pozorujeme nejčastěji v dětství či v pubertě, dříve u chlapců než u dívek, první záchvat migrény s aurou prodělávají obě pohlaví dříve než záchvat migrény bez aury (4, 8).

Po 50. roce dochází ke snižování frekvence až vymizení záchvatů. První záchvat migrény po 50. roce je vždy podezřelý ze sekundarity.

Diagnostická kritéria migrény

Klasický migrenózní záchvat má 4 fáze:

1. fáze prodromální – vyskytuje se cca u 60% pacientů, trvá několik hodin až dní a je charakterizována změnami nálad, předrážděností, větší chutí k jídlu, opakovaným zíváním či motorickým neklidem. Spektrum těchto příznaků je velice široké, typické však je, že u jednotlivých pacientů se stereotypně opakují.

2. fáze aury – vyskytuje se pouze u 20% migreniků. Jde o ložiskové poruchy mozku, které předcházejí nebo doprovázejí bolesti hlavy, trvají většinou 5-20 minut, maximálně 60 minut. Nejčastěji jde o auru zrakovou, kdy pacient popisuje skotomy (výpadky zorného pole), fosfény

(záblesky) scintilace (světélkování často ohraničující skotom), distorze obrazu (zamlžení, protažení či smršťování pozorovaných předmětů) a někdy i velmi komplexní zrakové vjemy, například tzv. fortification spectra (jasné, zubaté čáry připomínající obrysy hradeb). Druhou nejčastější aurou je aura senzitivní, charakteru parestezií či hypestesií obličeje či končetin. Relativně častou aurou je aura ve formě afázie. Vzácnější formou aury je hemiparéza kontralaterální k bolesti u migrény hemiplegické, diplopie při migréně oftalmoplegické (nejčastěji paréza n. III na straně bolesti) a vertigo, dysartrie, ataxie či tinnitus při migréně bazilární.

3. fáze bolesti hlavy - trvá 4-72 hodin, při delším trvání jde o tzv. status migrenosus. Asi v 60% jde o bolest poloviny hlavy (hemikranii), ve 40% je bolest difúzní. Intenzita bolestí je střední až velká (závažně narušuje až zcela znemožňuje pracovní a společenské aktivity). Bolest má pulsuující charakter, zhoršuje se fyzickou námahou a je provázena nevolností, zvracením, fotofobií, fonofobií a přecitlivělostí na pachy – odorofobií. Migréna se obvykle objevuje 2-5x měsíčně, asi 25% pacientů má záchvaty častěji.

4. fáze postdromální - nemocný se cítí unavený, může mít bolesti svalů, někdy zlepšenou náladu.

Podle mezinárodní klasifikace IHS (The International Headache Society) dělíme migrénu následujícím způsobem (3):

1.1 Migréna bez aury (prostá, běžná)

1.2. Migréna s aurou (klasická migréna)

1.2.1. Migréna s typickou aurou

1.2.2. Migréna s prolongovanou aurou

1.2.3. Familiární hemiplegická migréna

1.2.4. Bazilární migréna

- 1.2.5. Aura bez bolesti hlavy
- 1.2.6. Migréna s akutní aurou
- 1.3. Oftalmoplegická migréna
- 1.4. Retinální migréna
- 1.5. Periodické syndromy v dětství asociované s migrénou či předcházející migrénu:
 - 1.5.1. Benigní paroxysmální vertigo v dětství
 - 1.5.2. Alternující hemiplegie dětského věku
- 1.6. Komplikace migrény
 - 1.6.1. Migrenózní infarkt
 - 1.6.2. Status migrenosus
- 1.7. Migrenózní poruchy nesplňující výše uvedená kritéria

Patofyziologie migrény

U pacienta s nízkým migrenózním prahem daným genetickou predispozicí dojde při souběhu několika zevních (stres, nedostatek či nadbytek spánku, meteorologické vlivy, alkohol,...) či vnitřních faktorů (kolísání hormonů během menstruačního cyklu,...) k zapnutí generátoru migrény v mozgovém kmeni. Prvním následkem je pokles regionálního mozkového prokrvení, který při poklesu na kritickou hodnotu způsobí vznik symptomů aury.

Současně dochází k aktivaci tzv. trigeminovaskulárního komplexu, což je vlastně vazodilatace drobných intrakraniálních cév – zvláště

A-V anastomóz v oblasti mening a vzniku sterilního neurogenního zánětu, při kterém dochází k vyplavování neuropeptidů (substance P a CGRP - Calcitonin gene – related peptid), do perivaskulárního prostoru. Současně dochází ke zpětné nociceptivní signalizaci do nucleus caudalis n. trigemini (1, 4)

Na základě této částečné znalosti patogeneze migrenózního záchvatu je založen účinek moderních léků užívaných v léčbě migrény - agonistů 5-HT_{1B/D} receptorů (triptanů). Jejich funkcí je odstranit vazodilataci, čímž se zabrání extravazaci substancí vyvolávajících bolest (2, 5, 6). Tímto je migrenózní záchvat ukončen, narozdíl od situace, kdy je léčen analgetiky, jejichž efekt bývá většinou jen parciální či přechodný (pacient, které užije klasické analgetikum přestane pouze na určitou dobu „vnímat bolest“, průběh migrenózního záchvatu však ovlivněn není).

Léčba migrény

Akutní léčba

Cílem moderní léčby je ukončení migrenózního záchvatu na základě současných znalostí o patogenezi migrény, tedy blokáda trigeminovaskulárního komplexu agonisty 5-HT_{1B/D} receptorů

• triptany (2, 5, 6). V České republice jsou

**zapnutí
generátoru migrény
v mozgovém kmeni**

**aktivace
trigeminovaskulárního
komplexu**

**vazodilatace
drobných
intrakraniálních cév**

**sterilní
neurogenní
záněť**

Zkrácená informace pro předepisování: Složení: účinná látka: sumatriptan succinas 70 mg (odpovídá 50 mg sumatriptanu báze) a 140 mg (odpovídá 100 mg) v jedné dispergovatelné tabletě. **Léková forma:** dispergovatelné tablety. **Indikační skupina:** antimigrenika. **Indikace:** tablety jsou indikovány k léčbě akutního migrenózního záchvatu s aurou nebo bez ní. **Dávkování tablet:** doporučená perorální dávka Rosemig pro dospělé je jedna 50 mg tableta. Někteří pacienti však vyžadují 100 mg dávku. V případě potřeby je možné podat další tablety s odstupem minimálně 2 hodin až do celkové denní dávky 300 mg. Tableta se buď před podáním rozpustí v malém množství vody (rozpuštěná tableta má ale hořkou chuť), nebo se polkne celá a zapije vodou. **Kontraindikace:** přecitlivělost na kteroukoliv složku přípravku. Infarkt myokardu a ischemická choroba srdeční v anamnéze, vazospastická/Prinzmetalova variantní forma anginy pectoris, onemocnění periferních cév. CMP či TIA v anamnéze, nestabilní hypertenze, těžká jaterní insuficience, současná aplikace ergotaminu nebo jeho derivátů, souběžné podávání s IMAO. **Upozornění:** Sumatriptan může u citlivých nemocných způsobit koronární angiospasmus, anginozní bolesti až infarkt myokardu, dále arytmie a výkyvy krevního tlaku. S opatrností podávat pacientům s anamnézou záchvatů nebo jiných rizikových faktorů, které snižují prahové napětí výskytu záchvatů. **Interakce:** při současném podání ergotaminu může vzniknout prodloužená vazospastická reakce, je proto třeba 24 hodin před použitím Rosemigu vysadit léky obsahující ergotamin. Lékové interakce mohou nastat při používání IMAO a SSRI. **Těhotenství a laktace:** Rosemig Sprintab by neměl být podáván během těhotenství, pokud podle názoru lékaře nepřeváží terapeutický přínos pro matku riziko poškození dítěte. Kojit se doporučuje až za 24 hodin po posledním podání Rosemig Sprintabu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Po podání přípravku Rosemig Sprintab se může objevit ospalost. **Nežádoucí účinky:** jsou většinou přechodné, mírné až střední intenzity. Častější – mravenčení, pocit horka, tíhy, tlaku nebo napětí v některé části těla, zrudnutí, závratě, pocit slabosti, únava a ospalost, eventuelně nevolnosti a zvracení. **Balení tablet:** 2x50 mg, 6x50 mg, 2x100 mg. Uchovávejte při teplotě do 30°C. **Držitel registračního rozhodnutí:** Montrose Fine Chemical Company Limited, Irvine, Velká Británie. **Datum poslední revize textu:** 13. 12. 2006. Tento léčebný přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku najdete v Souhrnu informací o přípravku nebo se obraťte na zastoupení společnosti. Lék je vázán na lékařský předpis.

Literatura: 1. Moen MD, Keating GM. Drugs 2006;66(6). 2. Cenik Montrose Pharma platný od 1. 9. 2006. 3. Waberzinek G. Migréna - diagnostika a léčba. Triton 2003, str 63. 4. Walls C, Lewis A et al. Curr Med Res Opin. 2004;20:803-809.

RosemigTM Sprintab

♥ **Zlatý standard v léčbě migrény³
v nové formě**

♥ **Rozpustí se až 6x rychleji
než standardní tablety⁴**

PLNÁ ÚHRADA²

Rychlejší nástup účinku¹



Montrose Pharma, s.r.o., U páté baterie 816/8, 162 00 Praha 6, www.montrose.cz

ROS07016002

**u sumatriptanu
je gravidita
kontraindikací
relativní
transformovaná
migréna**

v současné době registrovány:

- sumatriptan (tablety, rychle rozpustné tablety, injekce, nosní sprej)
- naratriptan (tablety)
- zolmitriptan (tablety, sublinguální, rychle rozpustné tablety, nosní sprej)
- eletriptan (tablety)
- frovatriptan (tablety)

Formy injekční či nosní spreje užíváme u pacientů s těžkými záchvaty provázenými od počátku zvracením.

K vedlejším účinkům triptanů patří parestesie šije či horních končetin, dále pocit celkové slabosti (astenie) a tíže.

Triptany jsou kontraindikovány u pacientů po infarktu myokardu a s Prinzmetalovou anginou pectoris, dále u pacientů se špatně kompenzovatelnou hypertenzí. Léčená hypertenze se stabilními hodnotami krevního tlaku kontraindikací není. Další kontraindikací je gravidita, která však byla již změněna na kontraindikaci relativní u sumatriptanu, vzhledem k dostatečným zkušenostem s používáním u žen v 1. trimestru gravidity.

Jen při málo frekventních záchvatech střední intenzity lze doporučit běžná analgetika či nesteroidní antiflogistika, např.:

- paracetamol
- metamizol
- lysinacetylsalicylát
- ibuprofen
- indomethacin

Menší účinnost vede často k jejich nadužívání, vytvoření návyku, vedoucího posléze ke vzniku tzv. transformované migrény či každodenních bolestí hlavy.

V patogenezi těchto bolestí je předpokládána změna aktivity descendentních antinociceptivních drah (především opioidergních, ale i serotoninergních a adrenergických), jejichž úkolem je tlumit převod bolestivých impulsů do vyšších etáží CNS, kde si poté bolest uvědomujeme.

Při transformaci dochází ke ztrátě typického záchvatovitého charakteru migrény, bolesti jsou menší intenzity, každodenní a nereagují na žádnou léčbu. Velmi rizikové jsou z hlediska vzniku návyku zejména analgetika obsahující centrální složku (kodein,...). Léčba závislosti na analgetikách je obtížná, provázena klasickými abstinenciími příznaky a mnohdy neúspěšná. Kromě rozvoje chronických bolestí hlavy je významný též výskyt nežádoucích účinků této skupiny léků, zejména vředové choroby gastroduodenální, vzniku hepatopatie a renálního poškození.

Vhodné je kombinovat tyto léky s prokinetiky typu metoclopramidu, čímž se zlepšuje evakuace žaludku a vstřebávání podaných léků.

Profylaktická léčba

Hlavní indikace profylaktické léčby:

- více než 3 ataky těžké migrény za měsíc
- ataky delší než 48 hodin
- neúčinnost či kontraindikace akutní terapie
- během 1 týdne více než 2x akutní léčba migrény

- neadekvátní vedlejší účinky akutní terapie

Léky užívané v profylaktické terapii:

- betablokátory (cave hypotenze, bradykardie, astma)
- antiepileptika (valproáty, gabapentin, topiramát, pregabalin) (1)
- tricyklická antidepresiva (amitriptylin, nortriptylin)
- blokátory kalciových kanálů (verapamil, nimodipin)
- antagonisté 5-HT₂ (oxetoron, pipethiaden)
- antagonisté kalcia IV. typu (flunarizin, cinarizin, vinpocetin)

Profylaktickou léčbu užívá pacient minimálně po dobu 3-6 měsíců, jako účinnou ji označujeme tehdy, pokud dojde ke snížení intenzity či frekvence záchvatů o 50% (7, 8).

Shrnutí pro praxi

Migréna je primární bolest hlavy střední až velké intenzity provázená nauseou, vomitem, fotofobií či fonofobií. Na základě znalostí o patogenezi existuje specifická léčba agonisty 5-HT_{1b/d} receptorů – triptany. Pro možnost vzniku návyku a transformace migrény je kontraindikována léčba analgetiky s centrální složkou.

Literatura:

1. Buzzi, M. G., Bonamini, M., Moskowitz, M. A. Neurogenic model of migraine. *Cephalalgia*, 1995, 15: 277-280.
2. Ferrari, M. D., Roon, K. I., Lipton, R. B., Goadsby P. J. Oral triptans in acute migraine treatment: a meta analysis of 53 trials. *Lancet* 2001, 358:1668-1675.
3. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders. *Cephalgia*, Volume 24, Supplement 1, 2004, 24-5, 31-2.
4. Kotas, R. Migréna. Patofyziologie a léčba. Praha. Maxdorf, 2001.
5. Lipton et al. Stratified Care vs. Step Care Strategies for Migraine. *JAMA*, Nov. 22/29, 2000.
6. Medová, E. Léčiva používaná v terapii migrény. *REMEDIA* 3/2003, 223-228.
7. Silberstein, S. D., Goadsby, P. J.: Migraine preventive treatment. *Cephalgia* 2002, 7:491-512.
8. Waberžinek G. Bolesti hlavy. Triton 2000.

As. MUDr. Hana Kalistová, PhD. promovala na 1. LF UK Praha v r. 1997. Po promoci nastoupila na neurologickou kliniku 1. LF UK a VFN Praha. V r. 2000 a 2003 postupně získala I. a II. atestaci z neurologie. V r. 2003 obhájila kandidátskou práci na téma *Imunologické nálezy v mozkomíšním moku u pacientů s roztroušenou sklerózou. Její hlavním odborným zájmem je roztroušená skleróza, od dob studií se ale také úzce zajímá o problematiku migrény a bolestí hlavy. Již jako studentka medicíny od 5. ročníku docházela naslouchat do ambulance pro léčbu bolestí hlavy na neurologické klinice VFN, kam pak jako lékařka nastoupila a pracuje dosud.*

as. MUDr. Jana Vojtíšková

ÚVL 1. LF UK Praha, koordinátorka projektu

Zlepšení přístupu k pacientům s migrénou v primární péči

(Management Improvement in Migraine primary care patients)

Průběžná zpráva o projektu

Pro většinu pacientů s migrénou jsou jediným zdravotnickým kontaktem praktičtí lékaři. Znalosti praktických lékařů v oblasti přístupu k migréně jsou variabilní. Mnozí pacienti nejsou správně diagnostikováni a diagnostikováni nejsou správně léčeni.

Migrénu může edukovaný praktický lékař dobře zvládnout.

Cílem projektu je sledovat a popsat přístup praktických lékařů k pacientům s migrénou. Zlepšit diagnostiku migrény pomocí jednoduchého diagnostického nástroje. Zlepšit terapii migrény podle příslušných doporučení.

Použitá metoda: multicentrická, 6-měsíční, otevřená, nekontrolovaná, prospektivní studie.

Výběr pacientů byl prováděn dva měsíce, zařazování byli pacienti, kteří aktivně nebo na cílený dotaz uváděli bolesti hlavy a měli pozitivní diagnostický test (kriteria IHS).

Po zařazení došlo ke zhodnocení podle dotazníku MIDAS a doporučení vhodné terapie dle rozhodnutí ošetřujícího lékaře.

Kontrolní návštěvy s vyhodnocením stavu probíhají po třech a šesti měsících.

Zadání studie, monitoring, sběr dat a statistické vyhodnocení dat provádí agentura STEMMARK.

Odbornou garancí projektu, edukaci, interpretaci dat a uspořádání výstupů zajišťuje ÚVL 1. LF UK Praha ve spolupráci s Neurologickou klinikou 1. LF UK a VFN.

Dle prvních průběžných výsledků agentury STEMMARK uvádíme pro informaci praktických lékařů prv-

ní zjištěná data ze studie.

Do studie MIM vstoupilo přes 500 praktických lékařů ze všech regionů ČR.

Po vyhodnocení doporučených diagnostických kritérií pro migrénu každý lékař sledoval průměrně 10 pacientů s migrénou.

Podle zjištěných dat převažují ženy v 91%, muži v 19%.

Průměrná doba trvání obtíží je u více než poloviny pacientů více než tři roky.

Většina pacientů s dg. migréna navštívila svého praktického lékaře průměrně 5x za rok.

Při úvodní návštěvě byla většina pacientů léčena nesteroidními antiflogistiky (64%), Algifenem (51%), Paracetamolem (47%).

Mezi úvodní návštěvou a první kontrolou bylo 79% pacientů léčeno triptany, 29% NSA, Algifen 22%.

Počet dní s obtížemi se při užívání triptanů snížil u pacientů za tři měsíce na třetinu.

Hodnocení triptanů při první kontrolní návštěvě:

Přestože studie není dosud zcela ukončena, je možné po první kontrolní návštěvě po třech měsících konstatovat, že:

Triptany mají 2-3x rychlejší nástup účinku než ostatní lékové skupiny používané při léčbě.

Pacienti jsou s léčbou s triptany častěji spokojeni než s jinou terapií.

Triptany jsou častěji považovány za spolehlivé a bezpečné.

Podíl pacientů, kteří hodnotí jednotlivé triptany jako spolehlivé či bezpečné, se blíží 100%.



as. MUDr. Jana Vojtíšková

nekrolog...

Potkat Jaroslava Skálu bylo velké štěstí

26. listopadu 2007 ve věku 91 let zemřel v Praze docent Skála. Byl to velký člověk. Docent Skála za hlubokého socialismu bez obalu napsal, že společnost se nachází ve varovném stadiu alkoholismu a že mnoho neschází a budeme ve stadiu kritickém. To bylo v době, kdy se hlavně hovořilo o všelijakých úspěších. Spotřeba alkoholu od té doby ještě stoupla. Říkat věci, které je třeba říci, ať se to líbí nebo ne, je to další, co se můžeme od docenta Skály učit.

První setkání

Někdy kolem roku 1979 jsem se rozhodl za pomoci jógy zachránit všechny závislé. Přišel jsem za tehdy za docentem Skálou a svůj nápad mu předstíhl. Pan docent mě kupodivu nevyhodil, ale nechal mě, ať to zkusím. Jógu jsem cvičil nejprve s jeho pacienty, a pak jsem pokračoval na jiném pracovišti. Jóga je užitečná, ale závislost je složitější problém, než jsem si tehdy dokázal představit. Na pracovišti docenta Skály u Apolináře jsem ho později vídal, jak mistrně pracuje s velkou skupinou pacientů na socioterapeutickém klubu. Za tuto zkušenost jsem vděčný, později se mi mnohokrát hodila.

Psychoterapeutický výcvik

Docent Skála byl nejen průkopníkem v prevenci a léčbě návykových nemocí, ale i v psychoterapii. Výcviková terapeutická komunita, kterou v 80. letech vedl, byla pro mě v tehdejší době závanem svěžího jarního vzduchu. Později jsem se podílel pod vedením docenta Skály na přípravě psychoterapeutů. Jako nadřízený byl docent Skála náročný, ale dokázal přijmout i jiný názor. Pracovat pod ním znamenalo být také tak trochu jako on. I za to jsem vděčný.

A kdy napíšeš svoji monografii?

Docent Skála mi před mnoha lety věnoval svoji knihu, do které vepsal „A kdy napíšeš ty svoji monografii?“ Bylo to typické Skálovské poštouchnutí ve správný čas. Takže znovu díky.

A co profesura?

Jaroslavovi Skálovi se říkalo docente, ale docentem se kvůli politickým překážkám stal až po listopadu 1989. Sám s úsměvem popisoval, jak překvapil jednoho akademického gratulanta zmínkou o profesuře. Sebevědomí, dobré nápady ani energie docentu Skálovi v životě nescházely. Ona skromnost by v jeho případě ani nebyla namístě.

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

as. MUDr. Jaroslava Laňková

ÚVL, 1. LF UK, Praha

Screening deprese v primární péči - první výsledky studie SCREEDEP

Souhrn: Incidence a prevalence deprese stoupá ve všech rozvinutých zemích. WHO varuje, že podle dostupných projekcí se deprese v r. 2020 stane druhou nejčastější příčinou smrti a v roce 2010 již postihne až 30% dospělých. Deprese je dnes v pořadí třetím onemocněním s největší zátěží a odpovídá za 6,2% celkové zátěže nemocí (DALY). Podle současných odhadů může průměrný praktický lékař v Česku očekávat, že až 10% pacientů, kteří ho navštíví, trpí depresí. Bohužel sotva polovina těchto pacientů je odhalena a léčena. Mezi hlavní faktory nedostatečného rozpoznání deprese v primární péči patří nedostatek času lékaře na pacienta. Lékař se pak primárně soustředí na tělesné obtíže pacienta a snáze opomíjí jeho psychický stav. Dalším důležitým faktorem bývá i nedostatečná znalost problematiky deprese a nejistota při diagnostice a léčbě. Pro zlepšení této situace jsou ve světě doporučovány dvě strategie: (1) používání screeningových nástrojů a (2) důkladné proškolení praktických lékařů v psychiatrické problematice.



as. MUDr. Jaroslava Laňková

Úvod

Studie SCREEDEP zkoumala diagnostickou výtěžnost při využívání screeningového testu na záchyt deprese v ordinacích českých praktických lékařů. Vycházela z výsledků a zkušeností zejména anglosaských zemí, kde pro základní screening v primární péči používají krátký dvou-otázkový test - tzv. PrimeMD 2, který doporučuje např. americká pracovní skupina pro prevenci - U.S. Preventive Services Task Force nebo např. britský národní institut pro klinickou excelenci - NICE.

Studie SCREEDEP hledala odpověď na následující otázky:

1. Potřebuje český praktický lékař screeningový nástroj pro včasný záchyt deprese? (Přinese jeho použití lepší výsledky v časném rozpoznání deprese nebo stačí jen zvýšení jeho bdělosti k tomuto onemocnění? Nebo dokonce není třeba dělat žádná opatření?)

2. Jestliže se ukáže, že použití screeningového nástroje je výhodné, pak jaký screeningový nástroj bychom měli použít?

Metoda

Do studie bylo zapojeno 48 lékařských praxí. Lékaři byli náhodně rozděleni do 4 skupin, z nichž 3 skupiny byly intervenční a čtvrtá skupina kontrolní. Lékaři v intervenčních skupinách vyšetřili vždy 300 po sobě přicházejících pacientů s různými problémy. V první skupině dostali pacienti k vyplnění dotazník PrimeMD2, kde odpovídali na 2 otázky cílené na depresivní náladu a anhedonii:

1. Během posledních 2 týdnů (nebo i déle) mívám smutnou náladu, nebo pocity selhání, neúspěchu nebo beznaděje (ANO/NE)

2. Během posledních dvou týdnů (nebo i déle) nepocituji potěšení z věcí, které běžně rád/a dělám nebo nemám o ně zájem (ANO/NE)

Ve druhé skupině pacienti vyplňovali dotazník, kte-

rý obsahoval dvě otázky PrimeMD2 a byl rozšířen o dalších 5 otázek zaměřených na somatické příznaky deprese:

3. Během posledních 2 týdnů (nebo i déle) se cítím unaven/á a to bez zjevné příčiny (ANO/NE)

4. Během posledních 2 týdnů (nebo i déle) se necítím zdrav/a, i přesto, že u mě nebyla zjištěna žádná nemoc (ANO/NE)

5. Během posledních 2 týdnů (nebo i déle) špatně spím nebo naopak spím nadměrně (ANO/NE)

6. Během posledních 2 týdnů (nebo i déle) mě trápí různé bolesti, kterých se nemohu zbavit (ANO/NE)

7. Během posledních 2 týdnů (nebo i déle) pozoruji změnu chuti k jídlu nebo změnu váhy (ANO/NE)

Výsledek testů byl pozitivní, pokud alespoň jedna otázka byla zodpovězena kladně. Pacienti s pozitivním testem byli dále vyšetřeni na přítomnost deprese. Lékaři ve třetí intervenční skupině nepoužívali žádný screeningový nástroj, byli však požádáni, aby se zvýšeně u svých pacientů soustředili na rozpoznání deprese. Diagnostiku prováděli lékaři za pomoci doporučeného postupu Deprese, vydaného v roce 2005 Centrem doporučených postupů pro praktické lékaře při SVL ČLS JEP. Čtvrtá skupina sloužila jako kontrolní, nebyla u ní užitá žádná opatření, pouze u ní byl retrospektivně zjišťován záchyt deprese u stejného počtu konzultovaných pacientů v daném období. Účinnost prováděného screeningu v intervenčních skupinách byla srovnávána jednak vzájemně mezi sebou a jednak s kontrolní skupinou.

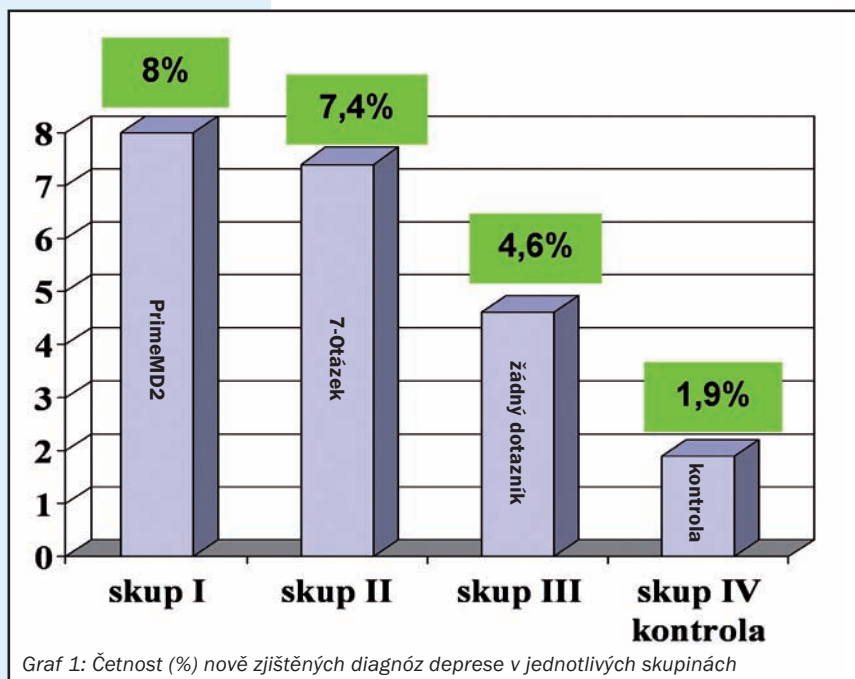
Výsledky

(viz také graf č. 1 a 2)

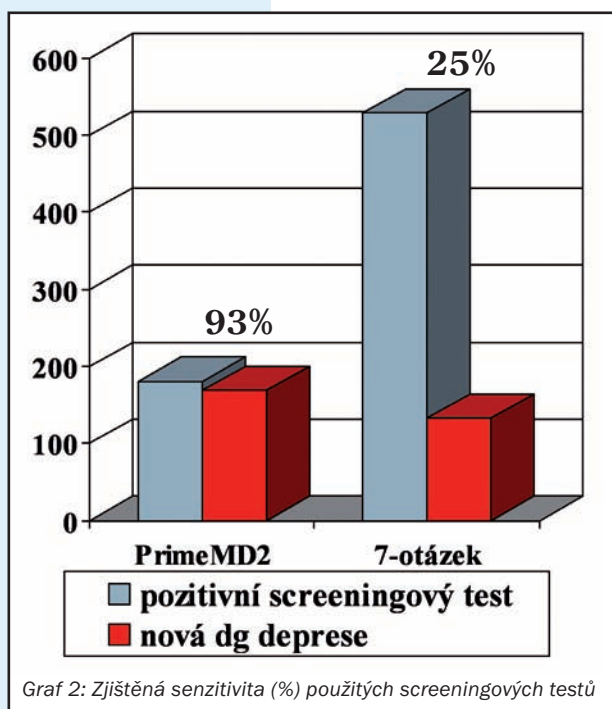
V první skupině, která využívala PrimeMD2 dotazník, bylo diagnostikováno 8% ze screenovaných pacientů. Ve druhé skupině, která využívala roz-

**DALY = index
používaný
k měření zátěže
nemocí, z angl.
disability adjusted
life years**

Pfizer - Zolof



Graf 1: Četnost (%) nově zjištěných diagnóz deprese v jednotlivých skupinách



Graf 2: Zjištěná senzitivita (%) použitých screeningových testů

otázkový dotazník, nicméně rozdíl nebyl statisticky významný. Použití dotazníku přineslo asi 4x vyšší záchyt deprese ve srovnání s kontrolou a asi 2,5 x vyšší záchyt ve srovnání s pouhou bdělostí k vyhledávání deprese. Avšak i bdělost k vyhledávání deprese je přínosnější než žádná opatření (1,7x častější záchyt oproti kontrole). Použití 7- otázkového dotazníku přineslo více falešně pozitivních screeningových nálezů (25% senzitivita) než použití 2-otázkového PrimeMD2 testu (93% senzitivita).

Diskuse

Ve studii byla zjištěna měsíční prevalence deprese mezi pacienty navštěvujícími ordinaci (tj. ne v celé klientele) 9,5% a 8,3% v první a druhé skupině. Toto zjištění koreluje s citací, že praktický lékař může ve své každodenní klientele očekávat, že cca 10% z pacientů, kteří ho navštíví, jsou depre-

sivní (Vinař, 1998).

Signifikantně největší záchyt nových diagnóz přineslo použití screeningových testů. Zajímavé bylo zjištění, že 2-otázkový dotazník měl větší záchyt než 7-otázkový, byť rozdíl nebyl signifikantní. Dalo by se očekávat, že dotazník rozšířený o dotazy na somatické obtíže spojené s depresí může přinést lepší výsledky, neboť lékař je primárně zaměřen na somatické obtíže a i pacient je u svého praktického lékaře připraven komunikovat spíše své somatické problémy. Nicméně jak se ukazuje, nejspíše nemá jakékoliv rozšíření testu vliv na záchytnost nových diagnóz. Navíc delší test má nižší senzitivitu a s tím je spojena i větší zátěž lékaře, který pak musí vyšetřit více pacientů, aby zjistil stejný počet diagnóz deprese jako lékař pracující s 2-otázkovým PrimeMD2 dotazníkem.

Závěry

1. Český praktický lékař potřebuje používat screeningový test pro včasný záchyt deprese. Screeningový dotazník > pouhá bdělost > žádná opatření.
2. Diagnostický záchyt při použití 2-otázkového PrimeMD2 dotazníku je srovnatelný se 7-otázkovým dotazníkem.
3. Použití krátkého 2-otázkového dotazníku je menší zátěží pro lékaře (významně nižší počet pacientů, které je nutno vyšetřit na základě pozitivního testu ve srovnání s delším a podrobnějším 7-otázkovým testem).

Závěrečný komentář

Studie SCREEDEP dokazuje, že použití screeningového testu v ordinacích českých praktických lékařů přináší významně vyšší záchyt diagnóz deprese a podporuje snahu o zařazení celoplošného screeningu deprese do regulérní preventivní péče. Nicméně se také shromažďují důkazy, že i užití adekvátně specifické a senzitivní screeningové metody nevede vždy ke zvýšení léčby deprese. Nízký efekt screeningových nástrojů na ovlivnění vlastní péče o pacienta může být dán nedostatečným pochopením problému deprese lékařem. Proto nutným doplňkem k používání screeningového nástroje je i dostatečná edukace praktických lékařů, aby byli schopni dělat své vlastní diagnózy a zahájit a vést léčbu deprese.

Literatura u autorky

as. MUDr. Jaroslava Laňková - promovala v r. 1988 na 1. LF UK Praha, v r. 1991 atestovala v oboru vnitřní lékařství a v r. 1996 v oboru praktické lékařství. Pracuje jako soukromá praktická lékařka v Kamenici nad Lipou na Vysočině. Je místopředsedkyní SVL ČLS JEP pro celoživotní vzdělávání praktických lékařů a odbornou asistentkou na Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze. V oboru praktického lékařství se blíže zajímá o problematiku psychiatrie a o endokrinologii, konkrétně onemocnění štítné žlázy. Je spoluautorkou doporučených postupů pro praktické lékaře „Deprese“, „Anxieta“, „Demence“, „Funkční poruchy štítné žlázy“.

Ing. Zuzana Mocová

Brand manažerka značky Calibrium®
pro Českou a Slovenskou republiku

První multivitamin vyvinutý pro dlouhodobou výkonnost

Farmaceutická skupina Zentiva přináší do
lékáren unikátní novinku - Calibrium® Profi.

Jde o první multivitamin vyvinutý pro dlouhodo-
bou výkonnost. Je určen všem, kteří se potře-
bují neustále soustředit, pracují naplno, často
mnoho hodin denně a jsou vystaveni stresovým
situacím.

Čím je Calibrium® Profi pro organismus výjimečný?

Calibrium® Profi představuje vyvážené složení
vitaminů a minerálů s důrazem na adaptogen,
vitaminy skupiny B, antioxidanty a lutein.

- Zlepšuje koncentraci, stimuluje výkonnost
a zvyšuje odolnost lidského organismu, který
je vystaven psychické, fyzické zátěži a stresov-
ým situacím.
- Chrání zrak díky obsahu luteinu v účinném
množství.
- Pomáhá zlepšovat imunitní reakce organismu
díky mimořádným antioxidačním vlastnostem
adaptogenu v kombinaci s minerály a vitamí-
ny

Adaptogen a další speciality

Adaptogeny jsou látky rostlinného původu zvyš-
ující odolnost organismu při fyzické a psychické
zátěži. Jsou jedinečné pro svou schopnost zach-
ovat optimální rovnováhu organismu. Dokáží sti-
mulovat organismus při únavě a vyčerpanosti,
a naopak zklidnit organismus při stresu a vypětí.
Calibrium® Profi obsahuje účinný adaptogen schi-
zandru chinensis.

Lutein se podílí se na zvyšování hustoty maku-
lárního pigmentu, čímž působí jako ochranný
činitel před degenerativními změnami spojenými
se stárnutím a namáháním zraku. Tyto změny
jsou nejčastější příčinou ztráty centrální zrakové
ostrosti. Calibrium® Profi obsahuje účinnou dáv-
ku 4 mg luteinu.

Spotřeba vitaminu skupiny B výrazně stoupá při
zvýšené psychické nebo fyzické zátěži. Proto je
množství těchto vitaminů v Calibrium® Profi zvý-
šené.

Calibrium® Profi dále obsahuje antioxidanty (vita-
miny C, E, minerály zinek, selen, také beta-kar-
oten, lutein a navíc adaptogen schizandru chinensis)
v dostatečném množství. Posilují imunitu
(např. při stresových situacích) díky jejich účinku
na neutralizaci volných radikálů.

Nejžádanější multivitaminová značka Calibrium®
svou poslední novinkou Calibrium® Profi dokazu-
je, že rozumí svým spotřebitelům. Nabízí vitamí-
nové přípravky ušité na míru jejich potřebám.

... protože výsledek je důležitý.

➤ Výkonnost

➤ Koncentrace

➤ Odolnost

➤ Zrak

➤ Imunita



Doplňek stravy

**PRVNÍ MULTIVITAMIN VYVINUTÝ
PRO DLOUHODOBOU VÝKONNOST**

www.calibriumprofi.cz

CAL/08.07/002.01/60193611/CZ

as. MUDr. Cyril Mucha

ÚVL, 1. LF UK, Praha

Chřipka

Souhrn: Chřipku již dnes nikdo nepovažuje za pouhou banální infekci. Slovo pandemie je schopné vyvolávat strach i u laické veřejnosti. Diagnostika onemocnění v době epidemie nečiní většinou obtíže, pokud je ji třeba stanovit přesně, má PL k dispozici laboratorní metody klasické, které díky virové etiologii jsou poměrně složité, nebo tzv. POCT metody, tedy jednoduše proveditelné přímo v ordinaci s výsledkem do několika minut.

Očkování i profylaxe a léčba novými virostatiky je velkou nadějí zejména pro případ možné pandemie.



as. MUDr. Cyril Mucha

**kauzální terapie
chřipky: antivirotika
1. generace**

**2. generace
- inhibitory
neuraminidázy**

Etiologie

Chřipka je definována jako akutní infekce některým virem z čeledi Orthomyxoviridae. Existují 3 typy A, B, C, ale pouze viry A, B jsou schopné způsobovat epidemie. Veškeré pandemie způsobuje virus typu A, typ B je odpovědný za místní epidemie – k jeho předávání dochází pouze při užším kontaktu (nemocnice, domovy důchodců apod.).

Agens

Chřipkový virus je kulovitá partikule s vícevrstevným obalem na jehož povrchu jsou glykoproteinové výběžky s povrchovými antigeny hemaglutininem (HA) a neuraminidázou (NA). U viru typu A se v membráně nachází kanálek M2, jež hraje klíčovou roli při účinku virostatik první generace. Hemaglutinin umožňuje přichycení viru na povrchové receptory příslušné vnímavé buňky, neuraminidáza štěpí N-acetylmuramovou kyselinu a glykoproteiny hlenové vrstvy na povrchu buněk a umožňuje průnik do buňky a pozdější uvolnění nových virů z buňky. Obrovská proměnlivost HA a NA je odpovědná za neustálé opakování chřipkových epidemií a zároveň i nemožnost vytvoření univerzální očkovací látky.

Diagnóza

1) Klinická diagnóza:

Diagnóza u jednotlivého izolovaného pacienta může být v běžné praxi problémem, protože „chřipce podobné“ příznaky má mnoho jiných chorob. Diagnóza většinou nedělá větší potíže v období epidemického výskytu.

Chřipku charakterizuje:

- náhlý nástup (pacient je často schopen určit i minuty začátku),
- rychlý vzestup teploty i nad 40 °C,
- celkové příznaky: třesavka, zimnice, celková nevolnost, cefalea, výrazné artralgie a myalgie, slzení a zarudnutí očí, celkový „toxický vzhled“,
- příznaky z dýchacích cest: pocit ucpaného nosu bez sekrece, suchý dráždivý až bolestivý kašel.

2) Laboratorní diagnóza

- kultivace biologického materiálu z dýchacích cest na buněčné kultuře (nutný je ale rychlý

transport do speciální laboratoře při chlazení na 4 °C).

- rychlou, ale drahou možnost diagnostiky skýtá PCR jakéhokoli biologického materiálu, kde virus očekáváme.
- téměř okamžitý výsledek poskytnou expresní metody pro lékaře prvního kontaktu (např. Directigen, Quick View) použitelné přímo v ordinaci (tzv. POCT metody – tj. testování v místě ošetření pacienta).

Terapie

Symptomatická – při běžném průběhu: klid na lůžku – minimálně po dobu zvýšené teploty, analgetika, antipyretika, expektorancia, resp. antitusika, dostatek tekutin a vitaminy. Podání antibiotik při takovémto průběhu je chybou.

Kauzální – protivirová:

Antivirotika 1. generace – amantadin a rimantadin. Principem účinku je blok funkce proteinového kanálku M2, čímž nedojde k odpláštění viru a tedy zabránění replikace v intracelulárním prostoru hostitelské buňky. Problém je rychlý vznik resistantních klonů na obě antivirotika, častý výskyt nežádoucích účinků a účinnost pouze na chřipku A. Běžné dávkování je 2x denně 100 mg, je možné též profylaktické podání (většinou 100 mg/den).

Antivirotika 2. generace – inhibitory chřipkové neuraminidázy – blokují výstup replikovaných virů typu A i B z napadené buňky a tedy šíření infekce v organismu. Zanamivir (Relenza) se podává pomocí inhalátoru 2x denně 10 mg po dobu 5 dnů. Oseltamivir (Tamiflu) tbl. – podávání p.o. 2x denně 75 mg po dobu 5 dnů. Profylaxe: 1 tbl. po dobu 7 dní.

U obou preparátů je důležitý včasný začátek léčby – nejpozději do 48 hodin po počátku příznaků (doba největší replikace viru).

Prevence

Primární prevencí s největším efektem z hlediska medicínského i ekonomického je očkování. Vede k výraznému snížení nemocnosti u osob v produktivním věku (u mladých osob je efektivita vyšší než 90%) a k snížení výskytu komplikací a též

smrtnosti u osob starších nebo s jiným základním onemocněním (80% efektivita v prevenci úmrtí). Zajímavý je často zmiňovaný efekt postvakcinačně zvýšené imunity i k jiným virovým infekcím HCD než jen k chřipce.

Druhy očkovacích látek

V současné době existují 3 typy očkovacích látek proti chřipce:

- 1) Inaktivovaná celovirionová vakcína – obsahuje celý inaktivovaný virus. Její imunogenita je dobrá, ale reaktibilita (zejm. erytém, horečka, febrilie, bolest, cefalea) vysoká. V současné době se proto rutinně nepoužívá.
- 2) Štěpená inaktivovaná vakcína (tzv. split) – obsahuje rozštěpené virové částice, ze kterých je odstraněn lipidový obal (obsahují tedy hemaglutinin, neuraminidázu, RNA a nukleoprotein). Imunogenita je dobrá, reaktibilita malá (Begri-vac, Fluarix, Vaxigrip).
- 3) Subjednotková inaktivovaná vakcína obsahuje pouze vysoce čištěný hemaglutinin a neuraminidázu. Reaktibilita je minimální, imunogenita nižší, ale poskytuje dostatečnou ochranu (Influvac).

Očkovací látky obsahují 3 kmeny chřipkových virů (2 subtypy A a jeden B) dle výběru WHO podle výskytu v předchozí chřipkové sezóně.

Zajímavou možností je chemoprolaxe antivirovými preparáty – v úvahu připadají zejm. zanamivir a oseltamivir.

Závěr

Chřipka díky obrovské sdílnosti způsobuje velké zdravotní i ekonomické škody. Nejlepší poměr „cena / výkon“ při předcházení epidemiím má očkování, které přináší benefit všem věkovým skupinám. Rozsáhlý výzkum, sofistikovaná mezinárodní spolupráce a zejména vývoj nových protivirových léků dává do budoucna naději, že by se chřipka i při vzniku možné pandemie nemusela již stát takovou metlou jako v minulosti.

Literatura u autora

as. MUDr. Cyril Mucha - praktický lékař, odborný redaktor časopisu *Practicus*. Promoce na 2. lékařské fakultě UK v roce 1993. 1993 - 1996 interní oddělení Železniční nemocnice v Praze, 1996 - 1997 IPVZ Praha, 1998 - dosud - soukromá všeobecná praxe v Praze 6. Krajský konzultant pro Prahu SVL ČLS JEP. Odborný asistent Ústavu všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty, odborný redaktor časopisu *Practicus*, člen akreditační komise MZ. Odborný zájem: IT technologie ve zdravotnictví, chřipka.

**nejlepší poměr
„cena/výkon“
= očkování**

DIAGNOSTIKA

RESPIRACÍ DO 15 MINUT !

Kvalitativní imunochromatografické rychlotesty
pro přímý průkaz antigenu daného infekčního agens
– z výtěrů, aspirátů či výplachů

CerTest RSV-Adenovirus Resp. Test	od 122,- Kč / test
CerTest RSV Test	od 79,- Kč / test
CerTest Adenovirus Resp. Test	od 79,- Kč / test
CerTest Strep A Test	od 59,- Kč / test
CerTest Influenza A+B Test	od 87,- Kč / test

GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU DO 15 MINUT!

Kvalitativní imunochromatografické rychlotesty
pro přímý průkaz antigenu
daného infekčního agens ze stolice

CerTest Rota-Adeno Test	od 85,- Kč / test
CerTest H. pylori Test	od 270,- Kč / test
CerTest E. coli Test O 157:H7	od 57,- Kč / test

OKULT-VIDITEST RAPID

od 26,- Kč / 1 trojkarta



VIDIA s.r.o.
Nad Safinou II č. 365, Vestec
252 42 Jesenice u Prahy

Objednávky - tel: +420 261 090 565
fax: +420 261 090 566
e – mail: objednavky@vidia.cz

On - line objednávky: www.vidia.cz
Web: <http://www.vidia.cz>
Odborné info - tel: +420 261 090 577
e – mail: dedkova@vidia.cz

Návštěva v ordinaci MUDr. Luboše Hraby – jednoho z našich nejmladších praktických lékařů – školitelů



MUDr. Luboš Hraha - po absolvování říčanského gymnázia v roce 1994, po krátkém jednoročním zahřívacím studiu na biochemické fakultě VŠCHT, nastoupil ke studiu medicíny na 3. lékařské fakultě v Praze. Promoval v roce 2001 a ihned nastoupil jako lékař-sekundář na interní oddělení říčanské nemocnice. Po absolvování předepsaných stáží atestoval ze všeobecného lékařství v roce 2004 a od té doby pracuje jako praktický lékař pro dospělé.

**přímý kontakt
se všemi obory
medicíny**

**základní kámen
medicíny
- všeobecné lékařství**

Hodně se teď mluví o potřebě mladých praktických lékařů a o tom, že většina lékařů pracujících v oboru je starší 50 let.

Jedním z těch nejmladších je MUDr. Luboš Hraha, který pracuje jako praktický lékař pro dospělé na Praze 3 - Jarově.

Kdy jste se rozhodl pro práci praktického lékaře a proč?

Práce lékaře na interním oddělení mě bavila, ale vždy jsem preferoval a preferuji individuální přístup a komunikaci s pacienty. V rámci nemocnice toto není příliš realizovatelné. Když se mi vlastně „náhodou“ vyskytla možnost zařazení do předatestační přípravy k atestaci ze všeobecného lékařství, tak jsem neváhal a přijal. Ponechal jsem si ještě služby na interním oddělení, kde vlastně sloužím občas dodnes.

Můžete charakterizovat svůj obvod?

Sice pracuji v Praze, ale jedná se spíše o „venkovský“ obvod, myšleno starší populace, starší zástavba a v neposlední řadě i „neměstsky“ se chovající lidé. Více jak 60% mých pacientů je starší 70 let, i když nyní dochází k postupnému „omlazování“, nejspíše díky větší fluktuaci obyvatel.

Co Vás na této práci nejvíce zajímá či baví?

Baví a přitahuje mě přímý kontakt s prakticky všemi obory medicíny, možnost rozhodnout se a zasáhnout právě v „první linii“. A kromě „běžných nemocí“ možnost potkat i různé zvláštnosti medicíny, které se můžou skrývat nebo většinou skrývají právě za „běžnými nemocemi“. Dále mě zajímá osobní blízký kontakt s lidmi, doslova žiji mezi nimi a jejich životy. Kromě medicíny tak občas praktik vykonává funkci zpovědníka, rádce, kamaráda, soudce.

Jak jste vlastně získal svoji ordinaci, jaký byl váš první pracovní týden?

Několik málo týdnů před atestací se shodou okolností „objevil“ známý praktický lékař a hledal zástup s následnou možností pokračování v praxi. Když jsem nastoupil, pracovali jsme

nějaký čas spolu, aby si na mě jeho/naši pacienti „zvykli“. A tak se na mě, jako na nové „dítě“ v ulici, chodili pacienti dívat a otukávat, jako v zoologické zahradě. Ale přijali mě a nyní již patřím „mezi ně“.

Jaké máte plány do budoucna (v ordinaci)?

Nedávno jsem rekonstruoval celou ordinaci i s čekárnou a krom kamerového systému jsem přešel na vedení dokumentace v počítači. Zavedl jsem možnost objednání e-mailem nebo telefonicky na určitý čas, zatím hlavně pro pracovní a časově vytížené pacienty. Pokud jde o objednávání pacientů, zatím – i vzhledem k věkové skladbě pacientů či spíše klientů – ověřuji jeho možnosti a formy a v nejbližší době se nechystám k jeho plošnému zavedení, ale jsem tomu velmi nakloněn, protože to vidím jako optimální systém do budoucna pro všechny.

Máte nějaké koníčky - povězte nám o nich.

Mým největším koníčkem, který zabírá většinu volného času, je nyní moje rodina, pro kterou nezbývá moc času na ostatní záliby, mezi které patří hlavně sport, a to všechny druhy. Nejvíce však horské kolo, fotbal... Dále pokud zbude čas, tak vše, co se týká počítačů a digitální techniky.

Jste školitel 1. LF UK, přijímáte v ordinaci mediky, co si myslíte o výuce na lékařských fakultách v současné podobě?

Výuka na fakultě mě velmi zajímá, neboť myslím, že krom velkých i malých oborů, je třeba studentům představit ten základní kámen medicíny, totiž všeobecné lékařství. Ač vlastně obor základní a v prvním kontaktu s pacienty neodmyslitelný, stojící v rozsahu informací nade všemi ostatními obory, je dosud pomíjený a přehlížený. Proto se snažím studentům přiblížit „náš“ obor a zařadit ho vedle interny, chirurgie, atd.

Jaký máte názor na vybírání poplatků v ordinacích PL, přinese to podle Vás nějakou podstatnou změnu, z čeho máte v této souvislosti obavy?

Jsem přesvědčen, že jde o zásadně nesprávné opatření, jehož jediným účelem je „trestat“ pacienty za návštěvu lékaře (a ovšem i vytvořit



možnost „šikany“ pro lékaře). Jde totiž o to, že stanovená částka 30 Kč paušálně za návštěvu v ordinaci bude v očích veřejnosti představovat odměnu za práci lékaře, a svou „níží“ jako hodnotový quaziekvivalent bude dále ve veřejném mínění devalvovat cenu práce lékaře a její náročnost na vzdělání, časové zatížení a stres při rozhodování o zdraví či životě rámcově v minutách. Tento poplatek pacient zaplatí a bude se cítit, že si mě kupuje a já jsem mu ve všem k dispozici. Nejsem obecně proti přímé finanční spoluúčasti pacienta, ale jediné tak, že by byla stanovena objektivní cena práce lékaře (kolik a za co, zařazením do určitých etází...) a z ní určený podíl hrazený přímo pacientem. Nemusel by být velký, ale pacient by měl úplně jinou představu o hodnotě práce lékaře (ale potažmo i zdraví), když by měl zaplatit např. 1, 5 či 10% z ceny výkonu; věděl by totiž kolik skutečně dostává nejen v práci lékaře, ale i ze svého pojištění. Nyní stanovený paušální „poplatek“ je z tohoto pohledu jen hloupé, nic neřešící a spíše škodlivé opatření.

Co si myslíte o primární péči jako takové?

Jedná se o základ veškeré medicíny, správně vyšetřený, ošetřený, zaléčený a třeba i odeslaný pacient, bude spokojenější, nebude naslepo běhat po veškerých možných specialistech a vyšetřeních, což krom peněz z veřejného pojiš-

tění spotřebovává i spoustu času a energie. Praktik by měl mít maximální možnost koordinace, rozdělování péče, ale i zpětné kontroly a možnost zasáhnout při možném abúzu zdravotnické péče. Je to povolání vyžadující centralizaci spousty informací z různých oborů, rychlou rozhodovací schopnost, ale i značnou dávku empatie a „sociálního citění“.

Jak si představujete svoji ideální budoucnost ve své praxi?

Mít dostatek (samozřejmě relativní) času pro své pacienty, pro své vzdělávání, ale i pro osobní život, mít možnost svou práci si vydělat spravedlivou odměnu, tedy odměnu, jaké dosahují jiné profese stejné náročnosti a obtížnosti, a nenést tolik důsledky a projevy nepříliš povedené organizace zdravotnictví.

Co byste přál začínajícím praktikům a co byste jim doporučil?

V současné době hlavně stabilizaci v oboru, financování, ale i zajištění kontinuity praxe, usnadnění převodů praxí a také zajištění budoucnosti praxe, a ne podepisování smluv s pojišťovnami na půl roku. Přál bych jim hlavně hodně trpělivosti, já nastupoval na medicínu, k atestaci i na obvod s tím, že se přeci ve zdravotnictví musí za tu dobu už konečně něco změnit k lepšímu. Já v to zatím ještě pořád jen doufám. Doporučoval bych jim šťastnou ruku při výběru sestřičky, mě se to povedlo na 300%, neboť právě ona filtruje náladu a emoce pacientů i lékaře.

Rozhovor vedla
MUDr. Jana Vojtíšková



rychlá rozhodovací schopnost, empatie

poplatek svou „níží“ devalvuje práci lékaře

oznámení...

PROSÍME POZOR – AMBULANTNÍ SOFTWARE

Vážení kolegové, protože se velmi množí dotazy a připomínky k současným softwarům, které užíváme ve svých ambulancích, rozhodli jsme se, že budeme sledovat, jak jednotlivé softwary reagují na nové změny, jak komunikují jejich tvůrci se svými klienty – námi lékaři a v neposlední řadě, jak vypadá jejich cenová politika. Abychom toto mohli uskutečnit potřebujeme od vás všech kolegů praktiků následující informace:

- 1) název Vašeho ambulantního programu s kontakty na tvůrce
- 2) Vaše zkušenosti a připomínky k programu i jeho tvůrcům
- 3) přihlaste se, pokud máte zájem na tomto projektu spolupracovat.

Informace posílejte na: cyril.mucha@centrum.cz

MUDr. Cyril Mucha



Software/programy aneb duše počítače

systémový software

Když se podíváme na počítač jako celek, vidíme krabici, uvnitř různé součástky a díly a vně periferie (viz minulá pokračování). Tyto samotné části (hardware) by ovšem byly k ničemu, kdyby nevěděly, co mají dělat. To, co jim to říká a co je minimálně stejně důležité jako pevné části, je software. Není vidět, ale ovládá všechny části – je to taková duše počítače. Kromě základních částí (grafická karta, základní deska aj) obsahuje počítač také velké množství různých podpůrných obvodů systému a každý z nich, aby dobře pracoval, potřebuje svůj vlastní software.

Pod pojmem software si můžeme představit programy, které se dělí na 2 základní skupiny:

1) programy pro **chod počítače nezbytné**, slouží tedy k tomu, aby sám o sobě vůbec běžel a jednotlivé části spolu komunikovaly (tzv. systémový software)

2) programy, které jsou **uživateli nějak užitečné**, těm se říká aplikační software, neboli aplikace – tedy to, proč si počítač pořizujeme (např. programy do ambulance, kancelářské programy apod.)

ad 1) Systémový software má za úkol oživit hardware. Jeho typickým příkladem je operační systém – je to soustava programů, které zajišťují správný chod počítače i aplikačního softwaru. Nejznámější jsou dnes DOS, Microsoft Windows (Windows XP, Vista) nebo Unix (Linux). Osobní počítače mají operační systém rozdělený do dvou částí:

- BIOS (Basic Input Output System) – slouží k tomu, aby po startu počítače inicializoval periferie a zavedl operační systém (tedy aby procesor věděl co má dělat)

- Vlastní operační systém

Operační systém zahrnuje ovládací příkazy pro základní hardware počítače, tedy všechny podpůrné obvody nebo taky klávesnici a myš, grafickou kartu atd.

Firmware je další představitel systémového softwaru. Jsou to programy, které jsou napevno zabudovány v hardware (např. BIOS, který je v paměti ROM).

Každý další hardware, který bychom chtěli k počítači připojit, potřebuje vlastní program, který řekne počítači, jak s ním má komunikovat. Takovému programu se říká ovladač/driver. V některých případech není nutný (novější operační systém ho dokáže nainstalovat sám – například u flash-disku nebo mp3 přehrávače), ale složitější periferie, jako je tiskárna nebo scanner, obsahují CD se systémovým softwarem, který je potřeba nainstalovat před samotným použitím.

ad 2) Aplikační software jsou programy, které vyžívají počítač k nějaké činnosti: textové editory – psaní textu, ambulantní programy – vedení administrativy ordinace, vstup na internet – internetové prohlížeče apod.

Všechn software je třeba naprogramovat. Programování se obecně skládá ze tří kroků:

- tzv. systémová analýza – zjišťuje se k čemu vlastně má program sloužit, co se od něj očekává, kdo jej bude využívat apod.

- tvorba algoritmu - je to návod nebo postup, jak danou úlohu vyřešit (můžeme si pod tím představit návod, jak uvařit guláš)

- programování - je zapsání algoritmu v určitém programovacím jazyce. Těch je mnoho, někdo si možná z dávná pamatuje Q Basic, na tvorbu systémových programů se používá assembler, pro aplikace můžeme využít C (céčko), PHP je zase pro programování dynamických webových stránek a Javě se dají vytvářet např. programy do mobilních telefonů.

V principu každý program obsahuje řadu instrukcí (příkazů), které v každém programovacím jazyce vypadají různě a které si počítač přeloží do tzv. strojového kódu, se kterým umí procesor pracovat a které posléze vykoná.

Ondřej Tůma, IT konzultant

Takto vypadá např. „software“ pro část stránky www.svl.cz

```
<!DOCTYPE HTML PUBLIC "-//W3C//DTD HTML 4.01 Transitional//EN">
<html>
<head>
<title>SVL: home</title>
<base href='http://www.svl.cz'>
<meta name="Description" content="V současnosti se SVL podílí na tvorbě standardních léčebných postupů, aktualizuje koncepci oboru, je partnerem pro jednání v dohodovacích řízeních jak o kompetencích praktického lékaře tak o ceně jeho práce.">
<meta name="Keywords" content="vdělávání, semináře, právo, doporučené postupy, výzkum, konzultanti">
<meta http-equiv="content-type" content="text/html; charset=Windows-1250">
<link href="/css/style.css" type="text/css" rel="stylesheet">
<link href="/css/print_style.css" type="text/css" rel="stylesheet" media="print">

<script language="javascript" src="/js/popcalendar.js" type="text/javascript"></script>
<script language="javascript" src="/js/konzultanti.js" type="text/javascript"></script>
</head>

<body>
<form name="formLars" method="post" action="Default.aspx" id="formLars" style="margin:0; padding:0;">
<input type="hidden" name="__VIEWSTATE" value="dDwtMzE3NDMxMDU7dDxwPGw8cGF0aEluZm87PjtsPFxIOz4+Ozs+O2w8X2N0bDA6X2N0bDA6X2N0bDE6X2N0bDA6X2N0bDA6YnR0U3VibWl0Oz4+XhZjguU98VDbAA5Dx74oJH34ev0=" />
```


Onkologická prevence v praxi praktického lékaře – 2. část

Standardní preventivní postupy u vybraných nádorových onemocnění v primární péči

Karcinom prsu

Výskyt

- je zatím nejčastějším onkologickým onemocněním u žen
- je relativně méně obvyklý u žen mezi 25. a 30. rokem
- nejvyšší incidence je po 40. roce věku

Rizikové faktory

- rodinný výskyt zhoubných novotvarů
- časná menarché a pozdní menopauza, reprodukce – vyšší riziko u infertilních žen
- exogenní hormony podávané v mladém věku
- nadváha (endogenní receptory tukové tkáně)
- požívání alkoholu, skladba stravy, kouření tabáku
- výskyt nádorového bujení v kontralaterální mléčné žláze

Prevence a časná detekce

- zdravotní výchova zaměřená na snížení nadváhy, ozdravění výživy a odvykání kouření
- nácvik a provozování samovyšetření prsu
- fyzikální vyšetření prsu lékařem
- mamografický screening u žen (nad 45 let do 69 let v intervalech 2 let je hrazen pojišťovnami)

Randomizované kontrolované studie z řady zemí spolehlivě prokázaly snížení mortality na karcinom prsu u žen, které podstoupily pravidelné mamografie.

Postupy v primární péči

- ženy nad 40 let poučit o periodických změnách mléčné žlázy a varovných známkách karcinomu. Přestože nelze v tomto věku doporučit samovyšetřování prsu jako specifickou metodu, ty ženy, které jej provádějí, by neměly být od tohoto postupu odrazované. V rodinách se zvýšeným výskytem nádorů se doporučuje sledování žen od 25 let
- součástí gynekologického vyšetření u žen nad 40 let a součástí pravidelné preventivní prohlídky dle zdravotního řádu u registrujícího praktického lékaře je fyzikální vyšetření prsu
- pravidelná kontrola v dohodnutých intervalech u vytipované skupiny rizikových žen
- poradenství v oblasti zdravého životního stylu
- mamografické screeningové vyšetření ve věku od 45. roku věku do 69. roku věku v intervalech 2 let prováděné na akreditova-

ných mamografických pracovištích
Aby byla podána přesná informace a praktické doporučení v každé fázi screeningového procesu, je třeba:

- porozumět organizaci a procedurám screeningových programů včetně odkazů na pracoviště, kde je možné provádět další sledování
- zavést a udržovat spolupráci se screeningovým pracovištěm (kde je prováděné mamografické vyšetření) a s multidisciplinárním týmem (který se zabývá potvrzováním podezřelých nálezů a následnou léčbou)

Aby byl program lépe přijímán, měl by tým primární prevence schopen:

- podávat podrobné informace a vysvětlovat důvody testů a procedur a objasňovat přínos a případná možná rizika a omezení tak, aby se ženy mohly na základě těchto informací rozhodnout pro vyšetření
- vyhledávat ty ženy, které se prevence neúčastní, pokusit se nalézt důvody neúčasti objasnit jim výhody screeningu a prodiskutovat jejich očekávání, obavy a strach z karcinomu prsu a screeningu
- poradit ženám, které měly patologické výsledky screeningových vyšetření a jsou zvané na opětovnou mamografii a/nebo podrobnější vyšetření; to zahrnuje diskusi o významu následných vyšetření a testů a vysvětlení možných výsledků, případně možnosti biopsie a léčby; součástí by měla být také psychologická podpora

Tým, který zajišťuje primární prevenci, by měl přesvědčit ženy, aby znaly fyziologii a anatomické změny svých prsou během menstruačního cyklu a rozuměly těmto změnám a aby věděly, které změny musí neprodleně posoudit jejich lékař. To znamená: neobvyklé změny povrchu, tvaru nebo velikosti prsu, zduření nebo ztenčení mléčné žlázy, hrubění nebo vtažení kůže na prsu, výtok z bradavky nebo neobvyklá bolest nebo diskomfort.

Lékař zajišťující primární prevenci by se měl účastnit v diagnostickém procesu:

- doporučit pacientku s palpačním nálezem rezistence (i přes negativní mamografické vyšetření) nebo s výtokem z bradavky přímo k chirurgickému objasnění nálezu a uvědomit si, že rychlost může zachránit život
- doporučit pacientku k mamografickému vyšetření, jsou-li přítomné symptomy onemocnění prsu, i když není palpačně zjistitelná rezistence



MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Posouzení změny prsu

hereditární komponenta kolorektálního karcinomu

**výskyt karcinomu
prostaty ve věku
80 let – cca 70%**

- není-li klinický nález jistý, pozvat pacientku na další kontrolu v průběhu následujících 2 týdnů pečlivě sledovat pacientky (s nebo bez použití mammografie), jejichž rodinná anamnéza je řadí do rizikové skupiny

Kolorektální karcinom

- **výskyt** - běžné onemocnění v celém světě
- incidence a mortalita je stejná u mužů a žen, u žen stoupá do 60 let, u mužů po 60 letech

Rizikové faktory - genetické

- osobní anamnéza a rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu
- polypóza tlustého střeva
- odhaduje se, že signifikantní hereditární komponenta se uplatňuje v genezi kolorektálního karcinomu asi ve 20% až 30% případů. V současné době jsou identifikovány geny spojené se dvěma významnými syndromy – familiární adenomatosní polypóza (FAP) a hereditární nepolypózní karcinom tlustého střeva (HNPCC). FAP představuje asi 1% pacientů s karcinomem, zatímco HNPCC se uplatňuje asi u 5-10% pacientů.
- colitis ulcerosa
- adenomatozní, adenovillózní nebo villózní polypy

Rizikové faktory - zevní

- dieta s vysokou energetickou náloží, vysokým obsahem nasycených tuků, červeného masa a vysokým obsahem alkoholu
- snížená fyzická aktivita, nadváha, sedavé zaměstnání, kouření tabáku
- žlučnickové obtíže, vynětí žlučníku

Prevence a časná detekce

- zdravotní výchova zaměřená na ozdravení výživy, odvykání kouření a zvýšení pohybové aktivity
- časná detekce a odstraňování adenomů a polypů
- palpační vyšetření per rektum pravidelně prováděné
- endoskopické vyšetření prováděné u každého příznakového jedince
- testování stolice na okultní krvácení

Postupy v primární péči

- sledování genetických rizik jednotlivců
- odebrání rodinné a osobní anamnézy a vyhledávání lidí s vysokým rizikem
- registrace těchto pacientů
- monitorování vysoce rizikových pacientů a nabízení vyšetření okultního krvácení a endoskopie a odesílání lidí z rizikových skupin k podrobnému vyšetření ke specialistům, je-li to třeba
- odebrání podrobné anamnézy od pacientů s kolorektálním karcinomem a nabízení preventivního vyšetření členům jejich rodin

- sledování rizikových skupin – pozitivní osobní a rodinná anamnéza, vyšetření na okultní krvácení, respektive odeslání na specializované endoskopické pracoviště
- poradenství v oblasti výživy (snížení tuku, energie, zvýšení podílu zeleniny, ovoce – potravin bohatých na vlákninu)
- pravidelné kontroly
- vyšetření per rektum prováděné standardně u každé preventivní prohlídky
- vyšetření na okultní krvácení ve stolici – u bezpříznakových jedinců nad 50 let v rámci preventivní prohlídky dle zdravotního řádu

Tým primární prevence by měl podrobně znát metodiku odběru vzorků na testování okultního krvácení a měl by znát dietní doporučení před odběrem na test. Tato doporučení by měla být vysvětlená všem lidem, kteří test podstoupí. Zdravotní pojišťovny u nás test hradí občanům nad 50 let každé dva roky.

Karcinom prostaty

Výskyt

- s prodlužující se délkou života stoupá incidence karcinomu prostaty
- ve věku nad 50 let má karcinom prostaty 10% mužů, ve věku 80 let je to již 70%

Rizikové faktory

- věk a pohlaví, jedná se o hormonálně podmíněný nádor (expozice testosteronu)
- 10-15% případů karcinomu prostaty má významnou genetickou komponentu
- jinak zásadní rizikové faktory nejsou známy
- epidemiologické studie, které zkoumaly faktory sexuálního chování, nadměrný příjem tuků, pohlavní choroby nebo podobně, neprokázaly přesvědčivě korelaci k výskytu nádoru

Prevence a časná detekce

- zdravotní výchova obecně v oblasti zdravého životního stylu
 - pravidelné vyšetření per rektum
- Ve světle známých skutečností lze akceptovat vyšetření per rectum v intervalu 2 roky u mužů ve věku 50-70 let a fakultativně vyšetření PSA (prostatický serový antigen).

Postupy v primární péči

- ve věku 50 – 70 let provádět pravidelná vyšetření per rektum při návštěvě praktického lékaře ve zhruba 2-3letých intervalech (per rektum vyšetření je součástí preventivní prohlídky obecně)
- zhodnotit subjektivní symptomatologii pacienta související s benigní hyperplasií nebo karcinomem prostaty
- při podezření při vyšetření per rektum nebo při podezření symptomatickém odeslat na urologické vyšetření
- zvážit vyšetření hladin PSA (všech frakcí)

MUDr. Bohumil Skála

3. O dochvilnosti a o tom, jak slovo dělá muže

Čas neplyne vždycky všude stejně. Vyprávěl mi o tom jeden francouzský diplomat, který sloužil v Německu, a zakusil při tom pikantní konflikt dvou kultur.

Bývá zvykem, že se na počátku diplomatické mise pořádá mnoho setkání, jejichž cílem je co nejrychleji poznat klíčové partnery. Zkraje večer, působení proto i on jednoho dne pořádá slavnostní večeři a pozval na ni významné hosty. Vše bylo připraveno. Dům nachystán, slavnostní tabule zářila do přitímní hlavního pokoje, zasedací pořádek byl hotov, sekt na aperitiv se chladil v lednici, v krbu začínal hořet oheň. Choť se ještě upravovala v prvním patře. Podíval se na hodinky, večírek měl začít v osm hodin večer, všechno na svém místě a stále bylo dost času na to, aby se sám zašel do koupelny připravit, vzít si čistou košili a večerní oblek. Oholil se, avšak uprostřed sprchování najednou zvoní zvonek. Manželka v županu ho zavolala, aby se šel laskavě podívat, kdo přichází v tak nevhodnou chvíli. Vyhlédl pokradmu oknem a jeho údiv byl dokonalý: před domem stál první z hostů, zrovna ten nejvýznamnější, rovnou s partnerkou. Pokračování příběhu neznám, není ani tak důležité. Upřesňuji jen, že francouzská strana pocházela z Paříže, zatímco německý pár byl odněkud z Mnichova.

Ponaučení mého francouzského přítele bylo následující: Němec na znamení úcty k vám na večeři přijde klidně o několik minut dříve, aby náhodou nebyl nevyhovován. Pařížan, a to navlas ze stejného důvodu, zazvoní přinejmenším o půl hodiny později. A to proto, že každá minuta navíc po smluvené hodině poskytne hostiteli v Paříži čas, aby se po dlouhém dnu zpomalil, aby se paní domu přesvědčila, že vše je na místě, a aby měla čas se upravit. Čas zkrátka neplyne pokaždé stejně a měli bychom mu věnovat pozornost dříve, než druhého něčím zaskočíme: a může to být dokonce i jenom tehdy, kdy se k němu vlastně máme v úmyslu chovat velmi ohleduplně, jen žijeme v jiných poměrech.

Jaké plyne praktické poučení z uvedeného příběhu? Čas není vnímán stejně, a to ani u jinak velmi blízkých sousedů jako je Francie a Německo. Jste-li proto v mezinárodním prostředí a necítíte-li jistotu, nebojte se zeptat na význam časových údajů. Pro někoho je host, který se zdržel krátce, hostem ohleduplným, který pochopil, jak velkou únavu hostitel cítí. Pro jiného může jít o nezdvořáka, který neměl ani dost trpělivosti hostitele obdařit trochou času navíc. Tolik k vnímání času, které může být velmi subjektivní. Ale ještě k dochvilnosti.

V našich zemích v zásadě platí, že přesnost je výsadou králů. Neměli bychom proto přicházet na smluvené schůzky pozdě. Vyjdeme-li z toho, že každé takové sjednané setkání je dohodou více stran, měli bychom mít v účtě čas našeho partnera. Stane-li se přesto, že jdeme pozdě, nebo že během cesty došlo k nečekanému zpoždění, a máme-li takovou možnost, zavoláme telefonem partnerovi, abychom zpoždění ohlásili a krátce je i vysvětlili. Je-li naše zpoždění větší, rovnou navrhneme zrušení schůzky a požádáme o nový termín. Jakkoli může taková zpráva být pro zaměstnaného a vytíženého partnera nelibá, je vždy vhodnější ho uvědomit o našem opoždění včas a navrhnout rovnou řešení. Dochvilnost je nejen výrazem úcty k druhému, ale nakonec i naší vlastní spolehlivosti a serióznosti.

Při samotném jednání čas pokud možno i nadále sledujeme: promyslíme si krátkou osnovu s pořadím důležitosti otázek, při samotném jednání čas ověřujeme a hlídáme, zda druhý již nejeví známky neklidu

a netrpělivosti. Měli bychom umět učinit pauzu v našem vystoupení, abychom mu poskytli možnost nás přerušit, do hovoru vstoupit, naše slova přeformulovat a položit nám otázku, anebo, dostane-li se do časové tísně, aby mohl dostat možnost rozhovor vést ke konci.

Někdy můžeme být svědky zajímavého poměrování sil: host má nutkání ukázat, jakou moc má nad časem toho druhého. Záměrně pak hovor protahuje a nastoluje stále nová témata. Měli bychom si na to dát pozor: takové chování, pokud bychom se ho úmyslně dopouštěli, totiž může vyznít jako výraz hulvátství a neohleduplnosti vůči našemu hostiteli.

Čas je jednou z nejcennějších veličin, jimiž moderní člověk při svém pracovním výkonu disponuje. Významné osobnosti ve vrcholovém vedení firem a veřejných institucí se proto vlastně obklopují týmem, jehož úkolem je právě jejich čas dobře využít a maximálně zúročit: osobní řidič, sekretariát, osobní asistent či celé pracovní týmy jsou vlastně i od toho, aby šetřily čas svého šéfa a filtrovaly vstupy zvenčí. Avšak ani osobám bez postavení či těm, kdo zrovna hledají nějaké pracovní místo, čas lhotejný zdaleka nemůže být, právě naopak. Je totiž jejich bohatstvím, s nímž nemohou hýřit, neboť nemají řadu právě těch vymožeností, které výše postaveným čas pomáhají uspořít.

S časem druhého je tedy třeba hospodařit ohleduplně. Nebojme se proto kalukovat s rezervou a přicházet s předstihem: samotné hlavy států často pilélatají několik desítek minut předem jenom proto, aby po několika tisících kilometrech zakroužili poblíž přistávací letištní plochy a jejich letoun mohl nakonec dosednout na zem na minutu přesně. Zkusme to i my – někde poblíž našeho srazu si můžeme zvolit místo, kde prožijeme poslední okamžiky „před přistáním“, což nám zároveň umožní se soustředit a přijít na jednání soustředěni a náležitě připraveni.

Vzpomínám si na jednoho partnera, který přesto, že zastával velmi významnou veřejnou funkci v rámci celé Francie, přicházel všude, kam byl pozván, naprosto včas. A plánovat čas v Paříži je disciplína, v níž uspějí jen nezkušenější. Doprava je v tomto velkoměstě mimořádně vrtkavá a těžko předvídatelná. Byl tedy svého druhu mistrem v přesnosti, a to v prostředí mimořádně obtížném.

Jednoho dne jsem s ním zažil zvláštní příhodu, kterou bych vám chtěl na závěr sdělit. Při rozhovoru jsme se dotkli nějakého tématu a on se nabídl, že mi k němu pošle nějaký materiál. Ten den jsem měl ještě mnoho jiných aktivit, a tak jsem na náš hovor docela zapomněl. Večer někdo zazvonil a zanechal balíček. Mechanicky jsem ho vzal do ruky, a najednou jsem nevěřil svým očím: můj partner svůj slib obratem splnil. Ještě tentýž den jsem od něj obdržel slíbené. Upřesňuji, že jde o mimořádně úspěšného a majetného člověka, který se věnuje byznysu doslova po celém světě a umím si představit, kolik dalšího musel od našeho setkání udělat.

Proč takovou zdánlivou banalitu vůbec vyprávět? Vlastně jen proto, že jsem si uvědomil možná i část tajemství jeho mimořádného úspěchu. Držet slovo totiž v dnešním světě vlastně vynikne, a to zcela mimořádně. A může se stát i vaší vizitkou.



**Jeho Excellence
Pavel Fischer**

Mimořádný a zplnomocněný velvyslanec ČR ve Francii.

Z kariéry a vzdělání:

- ředitel Politického odboru Kanceláře prezidenta republiky
- zástupce mluvčího prezidenta Kanceláře prezidenta republiky
- tiskový specialista Kanceláře prezidenta republiky
- zástupce ředitele Institutu komunikace, Praha
- Ecole Nationale d'Administration (E.N.A.), Paříž
- Centre International de Formation Chrétienne, Ženeva
- Filosofická fakulta, UK Praha

Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy, dobrý den...



Alan Ryba, DiS.

Abstrakt

Článek představuje organizační strukturu Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy - územního střediska záchranné služby. Pro praktické lékaře a nelékařský zdravotnický personál jejich ambulancí je pochopení této struktury velmi důležité a přináší pacientům jednoznačný benefit. Znalost indikace a správného způsobu aktivace tísňové linky je nezbytnou podmínkou pro bezproblémovou spolupráci ambulancí a záchranné služby.

Ordinace praktických lékařů často využívají služeb záchranné služby. Proto, aby vzájemná spolupráce dobře fungovala, je dobré vědět něco o jejím fungování a organizaci. V laické i odborné veřejnosti přetrvává řada zažitých mýtů, které se pak projevují nedorozuměním v komunikaci a zbytečně narušují hladký průběh péče o pacienty.

Shrnutí pro praxi:

Tísňová linka 155.

Zdravotnické operační středisko – řídí výjezdové skupiny, rozhoduje o vyslání konkrétní pomoci, poskytuje radu na první pomoc, případně resuscitaci po telefonu.

Výjezdové skupiny – odborné zdravotnické týmy.

RLP - rychlá lékařská pomoc

RZP - rychlá zdravotnická pomoc

LZZS - letecká zdravotnická záchranná služba

RV-systém-setkávací systém přednemocniční neodkladné péče využívající spolupráci RLP a RZP.

ZZSHMP zajišťuje v hlavním městě nepřetržitě 24 hodin denně přednemocniční neodkladnou péči. Záchranná služba musí být zároveň připravena na řešení mimořádných událostí, hromadných neštěstí a katastrof. Zřizovatelem ZZSHMP je hlavní město Praha, je samostatným subjektem, složkou integrovaného záchranného systému, a nemá nic společného s nemocnicemi ani jinými zdravotnickými zařízeními. Záchranná služba stojí na dvou rovnocenných pilířích. Jedním pilířem je **výjezdová složka**, tedy sanitní vozidla, druhým pilířem je **Zdravotnické operační středisko** - tzv. dispečink.



Začněme výjezdovou složkou, které jsou předávání pacientů k transportu do zdravotnického zařízení. Výjezdová složka ZZS nemá nic společného s nestátními zdravotnickými zařízeními, které provozují tzv. dopravu raněných a nemocných. Tento fakt je nutný si uvědomit pro pochopení organizace a fungování ZZS. Stále totiž



přetrvává i v odborné veřejnosti představa, že v sanitce přijíždějí sanitáci, jejichž úkolem je naložit a odvézt pacienta dle indikace objednavajícího lékaře. Ve skutečnosti můžeme říci, že **sanitní vozidlo je plnohodnotnou ambulancí, s erudovaným personálem, a tedy jeho posádka je pro praktického lékaře rovnocenným partnerem.** Tomu by měla odpovídat vzájemná komunikace, ale i způsob a odborná úroveň předání pacienta.

Výjezdovou složku ZZSHMP tvoří výjezdové skupiny. ZZSHMP disponuje výjezdovými skupinami rychlé lékařské pomoci (**RLP**), rychlé zdravotnické pomoci (**RZP**), letecké zdravotnické záchranné služby (**LZZS**), modulem pro hromadné neštěstí (**Golem**). Kvalifikace posádek jednotlivých výjezdových skupin není náhodná, ale je dána zákony č.95/2004 Sb. a č.96/2004 Sb., tedy o lékařských a nelékařských povoláních. Výjezdovou skupinu RLP či LZZS tvoří **lékař** se specializovanou způsobilostí v oboru Urgentní medicína a řidič, kterým je obvykle **diplomovaný zdravotnický záchranář**. Skupinu RZP tvoří diplomovaný zdravotnický záchranář, který má osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu a řidič vozidla ZZS, který patří rovněž do kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků.

Na území hlavního města je využíván tzv. **RV-systém**, česky systém setkávací. Je založen na spolupráci skupin RZP a RLP. V Praze je denně k dispozici 8 skupin RLP a cca 25 skupin RZP. **80% výjezdů na tísňové výzvy je realizováno skupinami RZP.** V žádném případě nejde o výjezdy k banalitám. Posádky RZP řeší samostatně i velmi závažné stavy, pokud není bezprostředně ohrožen život pacienta. Je-li život pacienta bezprostředně ohrožen vyjíždí i skupina RLP. Posádka RZP je však plně připravena zajistit ohroženého pacienta do příjezdu skupiny RLP. Skupina RLP přímo vyjíždí na stavy, kde



je život bezprostředně ohrožen nebo je z mechanismu úrazu jasné, že se tak brzy stane - bezvědomí, závažná dušnost, pád z výše apod. Výjezdové skupiny jsou plně kompetentní pacienta vyšetřit, ošetřit či zaléčit, stanovit diferenciální diagnózu a směřovat pacienta do nejbližšího vhodného zdravotnického zařízení.

Sanitní vozidla jsou standardně vybavena pro monitoring a zajištění či udržení základních životních funkcí. Mezi nejdůležitější vybavení patří monitor s defibrilátorem, ventilátor s možností UPV, odsávačka, léky a infuze, imobilizační a vyprošťovací technika, vybavení k resuscitaci, včetně pomůcek pro hrudní drenáž či koniotomii. Z tohoto vybavení vyplývá i indikace k využití tísňové linky, tedy stavy bezprostředně ohrožující život či zdraví pacienta. **Pacienti nesplňující toto kritérium by měli být transportováni vozy dopravy raněných a nemocných, případně po vlastní ose.**

Zdravotnické operační středisko (ZOS), je řídicím centrem výjezdových skupin, kterým je nadřízeno. Na operačním středisku velí vedoucí lékař, ale běžně vše řeší operátorky, tedy **všeobecné sestry se specializací ARIP.** Operátorka na tísňové lince 155 není telefonistka, které se nadiktuje objednávka a ona ji splní vysláním sanitky v požadovaném množství a s personálem dle přání volajících. **Operátorka má dán přesný algoritmus, podle kterého je povinna postupovat.** Na jeho základě zjišťuje, jaký je skutečný stav pacienta, bez ohledu na pracovní diagnózu praktického lékaře nebo jakéhokoliv volajícího. Tento algoritmus není namířen proti volajícím, ale naopak přináší velký benefit pro pacienta. Jasná diagnóza epileptického záchvatu může například zastavit náhlou zástavu oběhu. Dispečerka podle zjištění skutečného stavu pacienta **je oprávněna sama indikovat druh výjezdové skupiny,** případně jejich počet a může poskytnout první pomoc po telefonu, případně sama nutnost takovéto pomoci indikovat. **Rychlost**

vyslání pomoci není závislá na délce hovoru, hovor může trvat až do příjezdu pomoci na místo. V případě mimořádné situace v Praze, například tísni na letišti, se může stát, že dispečer odloží nebo úplně zastaví výjezdy k nemocným, kteří nejsou ohroženi na životě - např. zlomenina ruky apod.

Volající na tísňovou linku by se měl představit, říci kde se nachází - město, ulice, číslo domu, patro, co se stalo - tedy zejména aktuální stav pacienta. **Volající by se neměl stydět říci si o radu,** případně se nechat vést operátorkou a odpovídat na její, zdánlivě zbytečné, dotazy. Je na škodu pacienta neřídit se jejími pokyny v případě ověřování životních funkcí či instrukcím k první pomoci nebo resuscitaci. **Důležité je řídit se zásadou, že první zavěšuje operátorka ZOS.** Dojezdová doba výjezdové skupiny je průměrně 8 minut.



Více informací o Zdravotnické záchranné službě lze nalézt na webových stránkách:

www.zzshmp.cz nebo www.zzshmp.eu. Znalost organizace záchranné služby je základním kamenem dobré spolupráce s praktickými lékaři a jejich všeobecnými sestrami. V příštím článku bych se rád věnoval samotnému předávání pacientů záchranné službě, tedy potřebné dokumentaci a zajištění pacienta, a také zásadám první pomoci včetně nezbytného vybavení a novým postupům v neodkladné resuscitaci.

Alan Ryba, DiS., vedoucí Vzdělávacího centra ZZSHMP-ÚSZS Praha 10, od roku 1998 - dosud zaměstnán jako NLZP (nelékařský zdravotnický pracovník) ZZSHMP - ÚSZS - výjezdové skupiny ZZS, dříve rehabilitační pracovník ve Speciální škole pro děti s kombinovanými vadami; v r. 2003 dokončil vyšší odb. vzdělání - dipl. zdravotnický záchranář; od 2007 - VŠ studium oboru vzdělávání dospělých; e-mail: alan.ryba@zzshmp.cz.

Záchranná brzda při chřipce a nachlazení

- ▼ Rychlý nástup účinku
- ▼ Účinně působí při prvních příznacích chřipky a nachlazení
- ▼ Pomáhá zmírnit průběh a zkrátit dobu obtíží
- ▼ Povzbuzuje organismus při pocitech „malátnosti“ a únavy



Preventan® Akut

www.farmax.cz



Žádejte v lékárnách.

4. díl: Léčba bolesti u nevyléčitelně nemocných a umírajících - 2. část



MUDr. Marie Goldmannová

**bolestivé
paraneoplastické
příznaky**

**pruritus u malignity
hodnotíme jako
analogon bolesti**

Základní aspekty, které jsou nezbytné k lepší orientaci v bolestech nemocného

Dělení dle etiologie bolesti (bolesti):

1) Bolest způsobená nádorovým onemocněním.

1a) bolest souvisí s nádorem přímo: například infiltrací a destrukcí okolí, expanzí nádoru a tlakem na citlivé struktury; vznikem sterilního zánětu perifokálně; kompresí a obstrukcí okolních struktur. Navíc nutno pomyslet na bolesti ze vzdálených metastáz. Do této kapitoly patří bolest z nádorových výpotků (maligní ascites), při syndromu horní duté žíly, nitrolební hypertenzi, náhlé kompresi míchy nebo obstrukci dýchacích a trávicích cest. Též při maligní překážce v močových cestách vzniká silná bolest.

1b) U kořene vzniku bolesti je malignita, ale etiologie bolesti s ní souvisí nepřímo:

Při maligní imunopatii vznikají záněty, abscesy, píštěle, velmi často herpes zoster s následnou neuropatií. Při trombopatii je zvýšený sklon k trombózám a tromboemboliím, častější jsou NCMP na podkladě změn viskozity krve a zmnožení autoprotilátek. Po iktech a při míšním útlaku vznikají často bolestivé svalové kontraktury.

Maligní anorexie a rychlá svalová atrofie způsobí oslabení svalového korzetu, tím rozvolnění osového skeletu a dekompenzaci vertebropatií.

Maligní onemocnění se špatně řešitelnou bolestí může být ovlivněno **larvovanou depresí**.

V neposlední řadě je třeba myslet na **bolestivé paraneoplastické příznaky**, které zdaleka nejsou tak vzácné, jak se lékařská veřejnost domnívá. Vzhledem k tomu, že se na paraneoplasii často nemyslí, uvedeme detailněji alespoň některé bolestivé paraneoplastické symptomy:

a) bolestivé neurologické paraneo- syndromy s poškozením nervové tkáně (produkce specifických antigenů, které pak jako komplex antigen-protilátka reagují s intaktními neurony):

- nekrotizující myelitida např. u malobuněčného karcinomu plic a Hodgkinovy choroby
- periferní neuropatie a axonální degenerace s následnou demyelinizací – vyskytuje se až u 1% všech maligních onemocnění!

b) bolestivé muskuloskeletální paraneo syndromy:

- paraneoplastická polyarthritis s příznaky „revmatoidní arthritidy“. Zřejmě při alteraci buněčné imunity a zmnožení cirkulujících imunokomplexů. Např. u karcinomů prsu, pankreatu a gynekologických malignitách.
- syndrom dermatomyozitidy, polymyozitidy, SLE-like syndrom. Hlavně malignity ovarií a mammy.
- syndrom autoimunitní celulitidy. Vyskytuje se hlavně u malignit mammy nebo u maligního melanomu.

c) bolestivé hematologické paraneo syndromy:

- syndrom erytrocytózy např. při nadprodukci erythropoetinu. Projevem je krutá cefalea. Výskyt u karcinomů ledvin a u hepatomu.
- syndrom trombocytózy: zřejmě při nadprodukci IL-6. Projevem je krutá cefalea a časté bolestivé tromboembolické příhody.
- syndrom koagulopatií: obecně na podkladě poruch koagulační kaskády. Jedná se například o migrující flebitidy (Trusseauův syndrom), někdy je pozorujeme při karcinomu pankreatu. (POZOR! Trombotické komplikace doprovázejí asi 15% všech malignit! Jsou často oligosymptomatické).

d) bolestivé paraneo kožní syndromy (pruritus zde hodnotíme jako analogon bolesti):

- herpes zoster
- dermatitis herpetiformis Dühring
- syndrom pemphigu
- paraneoplastická bolestivá lipoidóza. Kožní projevy často doprovázejí lymfomy.

2) Bolest způsobená protinádorovou léčbou.

Typické pro ni je, že někdy vzniká velmi opožděně (až několik let) po ukončení léčby.

Několik příkladů:

- cefalea po paliativním ozáření krania.
- akutní zhoršení kostních bolestí po i.v. podání radioizotopu stroncia
- polyneuropatie po CHT
- mukositis, akutní enteritis a proktocolitis po CHT či RT
- bolestivé srůsty, záněty a fibrozní změny po RT pánve
- fibrózní změny a interkostální neuritis po ablaci mammy
- bolestivý lymfedém a frozen - shoulder syndrom po ablaci mammy
- nekróza hlavičky femuru po kortikoidech
- flu-like syndrom a arthralgie po interferonech
- flebitidy a lokální nekrózy měkkých tkání následkem extravasálního podání CHT

3) Bolest způsobená jinou než protinádorovou léčbou či invazí.

- postpunkční bolest
- bolest po biopsii z pánevní lopaty,
- bolest po pleurodézě

4) Bolest vůbec nesouvisející s malignitou:

A) starého data, z období před onemocněním malignitou

B) nově vzniklá, paralelní (často součást polymorbidity)

- traumatická fraktura či luxace
- bolest při akutním infektu (akutní tonsillitida, sinusitida...)
- zubní defekt
- akutní koronární příhoda
- migréna
- chronický algický vertebrogenní syndrom, de-

- kompenzace arthrózy, dnavý záchvat
- ledvinová či žlučnicková kolika
- difusní bolest z osteoporózy u starých nemocných
- ischemická choroba dolních končetin, diabetická polyneuropatie

Dělení dle mechanismu bolesti (bolesti):

I. nociceptivní bolest

1) somatická bolest:

Je zřetelně lokalizovaná, ostrá nebo řezavá.

Vzniká drážděním nociceptivních struktur.

Příklady:

- Bolesti kostí, periostu, bolesti při kompresi a infiltraci měkkých tkání. Bolesti z ischemie způsobené nádorem, například z komprese či obturace cév. Bolesti pouzder intraperitoneálních orgánů, omenta.
- Bolest při prorůstání nádoru do kůže a sliznic, bolest ulcerací a píštělí.

2) viscerální (útrobní) bolest

Zvláštní typ nociceptivní bolesti.

Je často difusní, špatně lokalizovatelná, nelze ji spolehlivě ukázat. Přesto se vztahuje k lokalizaci nádoru. Vzhledem k tomu, že primárně postižený orgán (játra, ledviny, plicní parenchym) nejsou senzitivní na bolest, pochází bolestivý vjem z distenze pouzdra orgánu nebo jeho deviace a dislokace s následným tahem za omentum, peritoneum atd., případně je bolest způsobena sterilním zánětlivým lemem perifokálně. Bolesti způsobí též infiltrace okolních tkání se senzitivní inervací nebo obstrukce dutých systémů. Abdominální viscerální bolest je nesprávně vnímána blíže střední čáře, než je konkrétní nádorové ložisko. Navíc je často provázena autonomními reflexy: pocit celkové nevolnosti, pocení, nauzea, zvracení, lokální svalový spasmus nad ložiskem. Často vidáme kontrakci LS svalstva při renálních kolikách.

Při viscerální bolesti je nutno pamatovat na její projekci do vzdálených povrchových struktur v příslušných segmentech inervovaných týmiž spinálními nervy (tzv. Headovy zóny). V daných okřídlech kůže či podkoží lze vyvolat hyperalgií (přecitlivělost na algický dotek) či allodynii (vjem bolesti při

nebolestivém podnětu). Kůže je často začervenala s prosáklým bolestivým podkožím.

II. neuropatická bolest

Postižení funkce nebo struktury periferního nebo centrálního nervového systému.

Je časově poměrně nezávislá na stimulu. Její charakter se někdy liší podle příčiny vzniku:

- **Vznikla kompresí a dislokací nervu:** je zdaleka nejběžnější. Lokalizovaná v příslušném segmentu či zóně inervace. Ke klasickým příznakům patří alespoň občasné dysestézie, někdy allodynie. Někdy je provázena poruchou cití nebo občasnými vystřelujícími palčivými bolestmi.
- **Vznikla poraněním či obecně poškozením nervu.** Typická svou trvalostí, je vždy přítomna dysestézie a porucha cití a motoriky.
- **Vznikla pod vlivem sympatiku a udržování sympatickým nervstvem** (tento typ vzniká často jako pozdní následek protinádorové léčby). Jde o trvalou palčivou bolest s hyperalgií, allodynii, nejčastěji na akrech končetin a v obličeji. Pravidelně jsou patrné vegetativní změny na kůži (barevné či tepelné, prosáknutí). Lze pozorovat nápadně snížené pocení a změny růstu ochlupení a nehtů.

III. kostní bolest

Je zvláštní, smíšený typ bolesti se složkou nocicepce i neuropatie!

Jedná se o vůbec nejčastější bolest u všech maligních onemocnění. Způsobuje ji přímá infiltrace nádoru do kosti nebo jeho vzdálené kostní metastázy.

Je ostrá, dobře lokalizovatelná, buď trvalá (hlavně v noci) nebo vyvolaná pohybem.

V **nociceptivní** složce hraje významnou roli zánět způsobený lokální produkcí histaminu, bradykininu a cytokinů. Ty aktivují klasické nociceptory bolesti.

V **neuropatické** složce kostní bolesti se spolupodílí přímé postižení zadních míšních rohů a masivní perifokální edém s útlakem míšních struktur.

**nociceptivní bolest
somatická a viscerální**

neuropatická bolest

**smíšená bolest
(kostní bolest)**

**další pokračování
v příštím čísle**

Křest knihy Paliativní medicína pro praxi...



Knihu pokřtil MUDr. Bohumil Skála, Ph.D. – první zleva, dále autor MUDr. Ondřej Sláma, držící knihu, a ředitel nakladatelství GALÉN PhDr. Lubomír Houdek

Foto MUDr. Zdeněk Balcar

Ve čtvrtek po dopoledním bloku přednášek věnovaných léčbě bolesti proběhl křest knihy autorů

**MUDr. Ondřeje Slámy,
MUDr. Ladislava Kabelky
a prof. MUDr. Jiřího Vorlíčka, CSc.**

Paliativní medicína pro praxi (GALÉN 2007).

Kniha přináší praktické návody k řešení nejčastějších tělesných a psychických projevů u pokročilých stadií onkologických i neopkologických nemocí a další na praxi orientované informace o komunikačních, etických, právních, psychosociálních a spirituálních aspektech paliativní péče.

Tato kniha by měla sloužit i jako počátek diskuse o oboru, který je nezastupitelný ve všech oborech lékařské péče, ale pro lékaře primární péče je nezbytnou nutností, chceme-li péči o pacienta doma povýšit na nepodkročitelný standard a ukazatel kvality.

Odpovědi na Vaše otázky...

V poslední době nás doslova zaplavujete dotazy o „Regulační vyhlášce“, která bude platit již za pár dní – od 1.1.2008. Protože je validních informací o ní poskrovnu, rozhodli jsme se zveřejnit metodický pokyn, tak jak jej dává MZ k dispozici. Z úsporných důvodů jsme jej lehce zkrátili a redakčně upravili. Plnou verzi naleznete na stránkách MZ: www.mzcr.cz

MUDr. Cyril Mucha

Metodický pokyn k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb.

I. Regulační poplatek (dále jen „poplatek“) se od 1. 1. 2008 vybírá:

A. ve výši 30,- Kč

1. za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (což je vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření a je vykázáno příslušnými výkony v dané odbornosti podle Seznamu výkonů)

3. za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a PLDD

Na jednom receptu mohou být předepsány maximálně dva druhy léčivého přípravku, tedy dvě položky. Poplatek za recept tak může činit nejvýše 60,- Kč.

4. za vydání každého, z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „v.z.p.“) plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení.

Na jednom receptu mohou být předepsány maximálně dva druhy léčivého přípravku, tedy dvě položky. Poplatek za recept tak může činit nejvýše 60,- Kč.

• V případech A 1 až 3 se vykazuje při zaplacení poplatku **číslo výkonu 09543. (Regulační poplatek za návštěvu – poplatek uhrazen).** Viz novela Seznamu výkonů.

• V případě A4 se vykazuje při zaplacení poplatku v datovém rozhraní receptu „null“ a na osobním účtu pojištěnce pak **číslo výkonu 09540. (Regulační poplatek za položku na receptu – poplatek uhrazen).**

B. ve výši 60,- Kč za každý den, ve kterém byla poskytována

- a) ústavní péče (tj. péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech, zařízeních vykazujících OD 00005 a v LDN) nebo
- b) komplexní lázeňská péče

C. ve výši 90,- Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

- a) LSPP včetně LSPP poskytované zubními lékaři,
- b) ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin
- V případech C a) a b) se vykazuje při zaplacení poplatku **číslo výkonu 09545. (Regulační poplatek za pohotovostní službu – poplatek**

uhrazen).

Viz novela Seznamu výkonů.

II. Poplatky se nehradí, jedná-li se o:

1. preventivní prohlídku

- a) u dětí, dospělých, ve stomatologii, v gynekologii (podle § 29 zákona),
- b) vyšetření a prohlídky prováděné v rámci opatření proti infekčním onemocněním (podle § 30 zákona, tj. včetně např. vybraných očkování – výkon číslo 02110 a 02120),
- c) závodní preventivní péči (podle § 35 zákona). Jedná se pouze o periodické preventivní prohlídky (výkon číslo 01193 a 01195),

2. dispensární péči poskytovanou

- a) vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí (viz § 31 odst. 1 písm. b) zákona),
- b) těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství (viz § 31 odst. 1 písm. d) zákona)

3. případy, kdy lékař, psycholog nebo logoped neprovádí klinické vyšetření, ale jiné výkony podle Seznamu výkonů, například:

- a) výkony, u kterých je v Seznamu výkonů v položce kategorie výkonu označení „Q – nelze vykázat s klinickým vyšetřením“,
- b) minimální kontakt lékaře s pacientem (výkon číslo 09511) např. při předepisování léčivých přípravků na recept,
- c) telefonickou konzultaci ošetřujícího lékaře s pacientem (výkon číslo 09513),
- d) rozhovor lékaře s rodinou (výkon číslo 09525),

4. výdej zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz,

5. výdej léčivých přípravků předepsaných na recept, avšak nehrazených z v.z.p. (např. antikoncepce předepsaná na recept),

6. výdej léčivých přípravků předepsaných na recept s uvedením „hradí pacient“,

7. výdej léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis,

8. poskytování péče, která není hrazena z v.z.p. (např. jedná-li se o akupunkturu, kosmetické výkony, výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky apod.).

Poplatek 30,- Kč za výdej léčivého přípravku hrazeného z v.z.p. se hradí i v případě, že recept byl předepsán při poskytování péče, která poplatku nepodléhá (viz. II. 1 až 6).

kód 09543
– regulační poplatek
za návštěvu u lékaře
– poplatek uhrazen

kód 09545
– regulační poplatek
za pohotovostní službu
– poplatek uhrazen

III. Žádné poplatky se nehradí:

Ide-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu (viz zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Doklad vydávají pověřené obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností a nesmí být starší než 30 dnů.

Dávky v systému pomoci v hmotné nouzi jsou:

- a) příspěvek na živobytí,
- b) doplatek na bydlení a
- c) mimořádná okamžitá pomoc.

Pojištěnec musí zdravotnickému zařízení nebo zařízení lékárenské péče doložit, že je od placení poplatku osvobozen. Případy, kterých se osvobození týká, jsou uvedeny výše. Povinností zdravotnického zařízení nebo zařízení lékárenské péče je doklad pouze zkontrolovat, nemá povinnost ho archivovat. Bude-li se jednat o případy uvedené v III./a,b,c), sdělí předepisující lékař zařízení lékárenské péče v případě, kdy vystavuje recept, že je pojištěnec od placení poplatku osvobozen.

Ve všech případech uvedených pod bodem III. se vykazuje, jedná-li se o zdravotnické zařízení, číslo výkonu 09547. (Regulační poplatek - pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen). Viz novela Seznamu výkonů. Důvod osvobození se uvádí do zdravotnické dokumentace.

IV. Kdo HRADÍ poplatky:

1. pojištěnec, který je účasten v.z.p. při poskytování zákonem stanovené zdravotní péče v případě, kdy se jedná o zdravotní péči hrazenou z v. z.p.,
2. též pacienti, kteří čerpají zdravotní péči na území České republiky, ačkoli jsou pojištěnci jiného členského státu EU nebo státu, se kterým je uzavřena dvoustranná smlouva
3. cizinci, kterým je poskytována zdravotní péče hrazená na základě resortní mezinárodní smlouvy ze státního rozpočtu (nikoli z v.z.p.). Poplatky pojištěnec hradí celý kalendářní rok, tedy i po dovršení limitu 5 000,- Kč. Částka přesahující limit 5 000,- Kč je tvořena opět jen započitatelnými poplatky ve výši 30,- Kč a započitatelnými doplátky. V případě, že existuje u léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely plně hrazená alternativa, je započitatelný doplatek nula. Ovšem ne každá léčivá látka má plně hrazenou alternativu.

V. Kdo NEHRADÍ poplatky:

1. pojištěnec, který je od povinnosti platit poplatek osvobozen nebo v případech, které jsou uvedeny v zákoně a ve kterých se poplatek neplatí,
2. osoba, která není pojištěncem podle zákona, tzn. nemá na území

České republiky trvalý pobyt, ani není zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky a ani není uveden ve IV./2 a 3. To znamená, že poplatky nehradí osoba, která poskytnutou zdravotní péči hradí z vlastních prostředků, nebo z komerčního pojištění či jiných zdrojů.

VI. Povinnosti zdravotnických zařízení a lékáren v souvislosti s poplatky:

1. sdělovat informace o poplatcích zdravotní pojišťovně v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí.

Informace o vybraných poplatcích musí obsahovat:

- a) číslo pojištěnce,
- b) výši poplatku,
- c) datum, ke kterému se poplatek váže,
- d) pouze v případě, že se jedná o zařízení lékárenské péče, též název léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výši doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč,

Sdělení informací pod písm. a) až c) je zajištěno pomocí vykazání jednoho z příslušných „signálních“ výkonů uvedených v platném Seznamu výkonů (09543, 09544, 09545).

Zdravotnické zařízení ani zařízení lékárenské péče nemá povinnost sledovat u jednotlivých pacientů, kolik Kč zaplatili na poplatcích a doplácích započitatelných do limitu. Tuto povinnost mají zdravotní pojišťovny. Informace uvedená pod písm. d) je nově rozšířena pouze o výši doplatku započitatelného do limitu 5 000,- Kč.

2. vybírat poplatky a doplátky uvedené v bodě I. A, B a C je povinné. Poplatky jsou příjmem zdravotnického zařízení nebo zařízení lékárenské péče. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000,- Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně.

Uložení pokuty je možné pouze při opakovaném a soustavném nevybírání regulačních poplatků,

kód 09547

- regulační poplatek
- pojištěnec od úhrady
poplatku osvobozen

za nevybírání
poplatků
pokuta 50 000,- Kč

tyto stvrzenky můžete
objednat e-mailem,
formou SMS či poštou
- podrobnosti naleznete
na korespondenčním
lístku, který je vložen do
tohoto čísla časopisu

Stvrzenka č. A-00000015		Stvrzenka č. A-00000015	
Číslo pojištěnce:		Číslo pojištěnce:	
Účel platby:	Regulační poplatek za návštěvu zdravotnického zařízení spojenou s vyšetřením dne (dle Zákona č. 48/1997 Sb., §16a)	Účel platby:	Regulační poplatek za návštěvu zdravotnického zařízení spojenou s vyšetřením dne (dle Zákona č. 48/1997 Sb., §16a)
Celkem:	30 Kč (slovy třicet korun)	Celkem:	30 Kč (slovy třicet korun)
Přijal dne		Přijal dne	
Razítko a podpis lékaře		Razítko a podpis lékaře	

Bloky můžete objednat na e-mailové adrese info@practicus.cz nebo na 777 281 866 pomocí SMS (např. Jan Novak, Krátká 5, 110 00 Praha 10, IČO: 12345678, 30 bloků)

Doklad o zaplacení poplatku se vystavuje pouze na žádost pacienta

to znamená v případech, kdy zdravotnické zařízení úmyslně a plánovitě nevybírá regulační poplatky z důvodu konkurenčního boje, nebo jiných důvodů. Proto musí zdravotní pojišťovna při ukládání pokuty přihlížet k úmyslům zdravotnického zařízení, závažnosti porušení právního předpisu, míře zavinění a okolnostem, za nichž k porušení došlo. Sankci nelze uplatnit v případech ojedinělého opomenutí či individuálního rozhodnutí v daném případě poplatek nevybrat, např. z důvodu nespolupráce pacienta nebo jiných objektivních okolností na jeho straně.

3. vystavit pojištěnci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku.

Je důležité, aby lékař věnoval pozornost předepisování léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely tak, aby se jednalo o nejlevnější na trhu dostupné varianty. V případě, kdy lékař zvolí dražší variantu, pacient doplácí vyšší doplatek. Na žádost pacienta sice zařízení lékárenské péče může dražší variantu nahradit levnější, ale pouze v omezeném rozsahu, vázaném na stejnou léčivou látku a stejnou cestu podání. Pokud lékař předepisuje léčivé přípravky s vyšším doplatkem pro pacienta a vyznačí na receptu, že je nelze zaměnit, může vést tato skutečnost k cílené revizi provedené zdravotními pojišťovnami s následným promítnutím do regulačních mechanismů uplatňovaných zdravotními pojišťovnami dle smluvních ujednání, neboť se v tomto případě celý doplatek pacienta započítává do zákonem stanoveného limitu 5 000,- Kč. Neodůvodněný předpis dražší varianty by mohla zdravotní pojišťovna posoudit jako jednání neúčelné a nevhodné, které může být v rozporu se smlouvou lékaře se zdravotní pojišťovnou.

Doklad o zaplacení poplatku musí obsahovat: Číslo pojištěnce, výši poplatku, datum jeho zaplacení, otisk razítka zdravotnického zařízení, podpis osoby, která poplatek přijala, název léčivého přípravku a výši doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč, pokud se jedná o zařízení lékárenské péče.

Doklad se vydává jen na žádost pojištěnce. Do limitu se započítávají jen poplatky ve výši 30,- Kč a započitatelné doplatky na léčivé přípravky. Jen u těchto bude pojištěnec v případě sporu se zdravotní pojišťovnou předkládat doklady o zaplacení poplatků a doplatek. Poplatky ve výši 60,- Kč a 90,- Kč (tj. poplatek za ústavní péči a za pohotovostní službu) se do limitu 5 000,- Kč nezapočítávají. Zařízení lékárenské péče musí na dokladu, který do 31. 12. 2007 obsahuje pouze zaplacený doplatek, také uvést uhrazený poplatek a jeho výši a dále výši doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč.

VII. Lhůty pro hrazení poplatků:

1. **ihned** v případě, že jde o uhrazení poplatku a o uhrazení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku lékárnou,
2. **ihned, nebo podle dohody** se zdravotnickým

zařízením v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,

3. **nejdéle do 8 kalendářních dnů** po propuštění z ústavní péče v případě, že hospitalizace byla kratší než 30 dní,

4. **vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce** v případě, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní.

VIII. Povinnosti zdravotních pojišťoven:

1. evidovat poplatky a doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelné do limitu na osobním účtu každého pojištěnce,

2. sledovat limit 5 000,- Kč u každého pojištěnce,

3. na vyžádání pojištěnce poskytnout jedenkrát ročně bezplatně výpis z osobního účtu pojištěnce včetně uhrazených poplatků a doplatek na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelných do limitu,

4. ve lhůtě 60 dnů po skončení čtvrtletí uhradit pojištěnci částku přesahující limit 5 000,- Kč za kalendářní rok pro poplatky ve výši 30,- Kč a doplatky za předepsané léčivé přípravky částečně hrazené z v.z.p. a započitatelné do limitu,

5. v kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit 5 000,- Kč již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci částku ve výši součtu poplatků a doplatek na částečně hrazené léčivé přípravky započitatelných do limitu za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí.

6. při změně zdravotní pojišťovny v průběhu kalendářního roku je zdravotní pojišťovna, u které byl pojištěnec pojištěn, povinna oznámit nové zdravotní pojišťovně pojištěnce skutečnosti rozhodné pro výpočet částky podle § 16b odst. 2 zákona. Částku uhradí pojištěnci zdravotní pojišťovna, u které je pojištěnec pojištěn k poslednímu dni kalendářního roku, ve kterém byl limit překročen.

Zdravotní pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení po dohodě v požadovaných intervalech (například do jednoho měsíce po skončení pololetí), kolik výkonů číslo 09543 za dané období zdravotní pojišťovně vykazalo. Charakterem by se mělo jednat o souhrnný daňový doklad.

IX. Práva pojištěnce od 1. 1. 2008:

1. na vystavení dokladu o zaplacení poplatku - zdravotnické zařízení je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,

2. na vystavení dokladu o zaplacení poplatku a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékárenské péče - toto zařízení je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,

3. na započtení poplatků uvedených v bodě I. A 1.

Do limitu 5000 Kč se započítávají pouze poplatky ve výši 30,- Kč a doplatky za léky. Ostatní poplatky se do limitu nezapočítávají.

Limit 5000,- Kč sleduje ZP.

až 4. do limitu 5 000,- Kč,

4. na započtení doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky do limitu pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, v tom případě se započítává do limitu 5 000,- Kč doplatek v plné výši na uhrazení částky přesahující limit 5 000,- Kč za kalendářní rok pro poplatky a doplatky za předepsané léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z v.z.p. ve lhůtě 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen,

5. v kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit 5 000 Kč již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci, částku ve výši součtu poplatků a doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky

X. Položky nezapočitatelné a započitatelné do limitu 5 000,- Kč

A: položky nezapočitatelné:

1. **poplatek 90,- Kč** za pohotovostní službu poskytovanou zdravotnickým zařízením poskytujícím
 - a) LSPP včetně LSPP poskytované zubními lékaři,
 - b) ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin
2. **poplatek 60,- Kč** za každý den, ve kterém byla poskytována
 - a) ústavní péče nebo
 - b) komplexní lázeňská péče nebo
 - c) ústavní péče v dětských odborných léčebnách nebo v ozdravovnách,
3. **doplatky** na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, jejichž úhrada stanovena podle § 17 zákona je nižší než

30 % maximální ceny, a částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě,

4. doplatky na zdravotnické prostředky vydané na poukazy,

5. doplatky za částečně hrazené léčivé přípravky účtované jako ZULP a hrazené z v.z.p. při poskytování ambulantní péče.

B: položky započitatelné:

1. poplatek 30,- Kč za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření

- a) u praktického lékaře, PLDD a ženského lékaře,
- b) u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči včetně ambulancí lůžkových zdravotnických,
- c) u klinického psychologa a klinického logopeda,

2. poplatek 30,- Kč za vyšetření u zubního lékaře,

3. poplatek 30,- Kč za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,

4. poplatek 30,- Kč za vydání každého, z v.z.p. plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku předepsaného na receptu,

5. **doplatky na léčivé přípravky** částečně hrazené z v.z.p. Do limitu se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, pak se do limitu 5 000,- Kč započítává doplatek v plné výši.

pozvánka na kurs...

Ústav klinické biochemie, Ústav všeobecného lékařství a 1. lékařská fakulta UK v Praze pořádají kurs

Diagnostika akutního zánětu v ambulantní péči Stanovování CRP v praxi

• BRNO, 11. ledna 2007 14 – 18 hod, Kancelář veřejného ochránce práv

• PRAHA, 18. ledna 2007 14 - 18, Ústav všeobecného lékařství, Albertov 7, Praha 2

Kurs je určen zejména pro praktické lékaře a je podmínkou k nasmlouvání kódu pro stanovování CRP. Účastníci budou seznámeni s významem a způsobem stanovování CRP a s podmínkami, nutnými pro zajištění vysoké kvality této metodiky v praxích.

Praktičtí lékaři sdělí zkušenosti s využitím metody CRP u dětí i dospělých v různých klinických situacích.

Odborní garanti: prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA, MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Příhlášky: Petra Richtrová, vselek@lf1.cuni.cz nebo tel.: 224 917 479

Cena kursu: 500,- Kč

Vážené kolegyně, kolegové, nacházíme se v období výrazných turbulencí a změn zákonů, které musíme být schopni reflektovat a jednat dle jejich platných norem. To jsou důvody, proč jsme se do našeho odborného časopisu rozhodli zařadit i rubriku o aktuální legislativě, která se nás bytostně dotýká. Předpokládáme, že Vám bude přínášet rychlou základní orientaci ve změnách znění zákonů a vyhlášek, které jsou nezbytné pro správné vedení našich ordinací.

Vaše redakce

Reforma zákonů od 1.1.2008 – to, co je vhodné vědět



MUDr. Jozef Čupka

V současné době je velmi aktuálním tématem ve všech složkách společnosti reforma daňových zákonů a celé řady souvisejících zákonů, které již byly schváleny celým legislativním procesem s účinností od 1.1.2008. Tato rubrika bude věnována změnám, které nám zákonodárci v nadcházejících obdobích budou připravovat a které můžou zásadně měnit náš přístup k práci a k „podnikání“ ve zdravotnictví. Největší změny nyní přináší zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů s účinností od 1.1.2008. V tomto článku se soustředíme na změny, které se budou týkat náš všech – podnikatelských subjektů (fyzických i právnických osob) i zaměstnanců.

nebo potraviny (informace důležitá pro ty, kteří prodávají ve svých ordinacích i potravinové doplňky)

Ke změnám dochází i u **osvobozených příjmů** vymezených § 6 odst. 9 kde od daně jsou dále osvobozeny: částky vynaložené zaměstnavatelem na úhradu výdajů spojených s odborným rozvojem zaměstnanců a rekvalifikací, související s předmětem jeho činnosti, s výjimkou částek vynaložených na zvýšení kvalifikace (např. zdravotní zařízení platí zdravotní sestře studia na Bc. nebo Mgr., lékař se stane Ing., MBA,...), které budou muset být hrazeny na vrub nedaňových nákladů z pohledu zaměstnavatele. V souvislosti se zavedením „superhrubé mzdy“ jako základu daně se ruší ustanovení písmena e), které osvobozovalo pojistné hrazené zaměstnavatelem (vysvětlení „superhrubé mzdy“ viz. dále o zdanění příjmů ze závislé činnosti). Dále se hodnota osvobozeného přechodného ubytování zaměstnance omezuje částkou 3 500 Kč/měsčně. Dochází i ke změnám osvobození **příspěvků zaměstnavatele na penzijním připojištění** a soukromém životním pojištění. Oba druhy příspěvků se sčítají a limit je společný v úhrnu maximálně do výše 24 000 Kč/ročně (lze tedy dle individuální potřeby zvýšit penzijní nebo životní pojištění, které dosud byly v nižších hodnotách).

K několika významným změnám přichází **ve slevách na dani** dle § 35, kde by jejich zvýšení mělo kompenzovat pro poplatníky nevýhodná opatření – tj. zvýšení snížené sazby DPH z 5 % na 9%, zavedení superhrubé mzdy atd. Slevy na dani se mění následovně:

- základní sleva na dani se zvyšuje ze 7 200 Kč na 24 840 Kč/ročně – současně bylo zrušeno omezení pro uplatnění této slevy pro starobní důchodce, kteří budou tuto slevu uplatňovat stejně jako ostatní poplatníci (dojde k mírnému zvýšení příjmů zaměstnaných důchodců). V roce 2009 se tato částka bude snižovat na 16 560 Kč
- sleva na vyživovaného partnera se zvyšuje ze 4 200 Kč na 24 840 Kč/ročně (určitá kompenzace zrušení společného zdanění manželů). V roce 2009 se i tato částka bude snižovat na 16 560 Kč
- sleva pro částečně invalidní poplatníky se zvyšuje z 1 500 Kč na 2 520 Kč

osvobozené příjmy

daně z příjmů fyzických osob

slevy na dani

Změny zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů - ZDP v platném znění od 1.1.2008

V oblasti daně z příjmů fyzických osob je významnou změnou zavedení jednotné sazby **daně z příjmu fyzických osob ve výši 15%**. Tato sazba bude uplatněna bez ohledu na výši základu daně, na rozdíl od současného stavu, kdy vyšší základ daně znamenal vyšší míru zdanění (ruší se progresivní zdanění).

V této souvislosti se ruší i instituty zmírňující progresivní zdanění, tj. výpočet daně ze společného základu daně manželů, výpočet daně z příjmů za více zdaňovacích období a samostatný základ daně pro vybrané příjmy plynoucí ze zdrojů v zahraničí (info pro ty, co pracují občasné i přes hranice ČR).

Dle znění zákona plyne, že s účinností od 1.1.2009 by mělo dojít k dalšímu snížení sazby daně, a to na 12,5%.

Dle § 3 odst. 4 písmen f-h) již předmětem daně z příjmů fyzických osob nejsou příjmy získané:

- f) 1. darováním nemovitostí nebo ostatního majetku
- g) příjmem plynoucí z vypořádání mezi podílovými spoluvlastníky rozdělením majetku podle velikosti jejich podílů 1d), příjmy z vypořádání společného jmění manželů 4g),
- h) částka uhrazená zdravotní pojišťovnou, o které byl překročen limit regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny podle zvláštních právních předpisů upravujících limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva

- sleva pro plně invalidní poplatníky se zvyšuje z 3 000 Kč na 5 040 Kč
- sleva pro poplatníky ZTP/P se zvyšuje z 9 600 na 16 140 Kč a pro studenty z 2 400 na 4 020 Kč
- sleva na vyživované dítě se zvyšuje z 6 000 Kč na 10 680 Kč. V roce 2009 se i tato částka bude snižovat na 10 200 Kč. Současně zde dochází ke zvýšení ročního limitu daňového bonusu ze současných 30 000 na 52 000 Kč

Mimořádně významné změny postihují **zdanění příjmů ze závislé činnosti** dle § 6:

„Superhrubá mzda“ znamená, že základem daně již nebude příjem snížený o sražené sociální a zdravotní pojištění, ale naopak příjem zvýšený o částku odpovídající pojistnému na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistnému na všeobecné zdravotní pojištění, které je z těchto příjmů podle zvláštních právních předpisů povinen platit zaměstnavatel sám za sebe.

PŘÍKLAD: Zaměstnavatel vyplácí svému zaměstnanci hrubou mzdu 25 000 Kč/měsíc.

Rok 2007: Příjem ze závislé činnosti 25 000 Kč bude snížen o sražené sociální pojištění (2 000 Kč) a zdravotní pojištění (1 125 Kč), tedy základ daně bude činit 21 875 Kč.

Rok 2008: Příjem ze závislé činnosti 25 000 Kč bude navýšen o sociální pojištění (6 500 Kč), které je povinen odvést zaměstnavatel sám za sebe, a o zdravotní pojištění (2 250 Kč), které je povinen odvést zaměstnavatel. Tedy základ daně bude činit 33 750 Kč (superhrubá mzda).

Sociální a zdravotní pojištění bude i nadále odváděno pouze z hrubé mzdy, nikoliv ze superhrubé. Zvýšení základu daně bude kompenzováno zejména zvýšenými slevami na dani (viz. výše).

POKRAČOVÁNÍ PŘÍKLADU PŘI POUŽITÍ POUZE ZÁKLADNÍ SLEVY NA DANI:

Rok 2007: Příjem ze závislé činnosti 25 000 Kč bude snížen o sražené sociální pojištění (2 000 Kč) a zdravotní pojištění (1 125 Kč), tedy základ daně bude činit **21 875 Kč**.

Záloha na daň ze zaokrouhleného základu daně 21 900 Kč bude činit 3 676 Kč, ta se sníží o slevu 600 Kč, tj. 3 076 Kč. Čistá mzda bude tedy $25\,000 - 2\,000 - 1\,125 - 3\,076 = 18\,799$ Kč.

Rok 2008: Příjem ze závislé činnosti 25 000 Kč bude navýšen o sociální pojištění (6 500 Kč), které je povinen odvést zaměstnavatel sám za sebe, a o zdravotní pojištění (2 250 Kč), které je povinen odvést zaměstnavatel. Tedy základ daně bude činit 33 750 Kč, kde záloha na daň při sazbě 15% bude 5 070 Kč, a po snížení o základní slevu ve výši 2 070 Kč bude konečná výše zálohy 3000 Kč. Výše sociálního a zdravotního pojištění sraženého zaměstnanci bude stejná, tj. 2 000 a 1 125 Kč. Čistá mzda bude tedy $25\,000 - 2000 - 1\,125 - 3\,000 = 18\,875$ Kč, tj. o 76 Kč vyšší než v roce 2007.

V oblasti daňových nákladů je však výraznou změnou vyločení sociálního a zdravotního pojištění z daňových nákladů u podnikajících fyzických osob.

Tato skutečnost se ale netýká právnických osob, kde sociální a zdravotní pojištění hrazené zaměstnavatelem i nadále zůstává daňovým nákladem.

U daně z příjmů právnických osob je hlavní změnou **snížení sazby daně**, a to na 21% s účinností od 1.1.2008, dále pak na 20 % od 1.1.2009 a na 19 % od 1.1.2010.

Dle změny v § 21 ZDP se pro stanovení daně použije sazba daně **účinná k prvnímu dni zdaňovacího období**, za něž je podáváno daňové přiznání, nikoliv k poslednímu, jak bylo dosud.

Zásadní změny nastanou u daňové **uznatelnosti finančního leasingu**. Doba nájmu musí nově trvat **minimálně dobu odpisování stanovenou v § 30 odst. 1 ZDP**. **Významný dopad to bude mít hlavně u osobních automobilů**, protože z nynějších 36 měsíců se doba nájmu musí prodloužit alespoň na 5 let, a to v důsledku zrušení odpisové skupiny 1a s přearováním automobilů do 2. odpisové skupiny.

Byl však odstraněn limit **1 500 000 Kč** u daňové uznatelnosti osobních automobilů, jak ve finančním leasingu, tak i v daňových odpisech (tedy odepisovat lze vstupní cenu osobních aut bez jakéhokoli omezení).

U nemovitostí musí doba nájmu trvat alespoň 30 let, dříve stačilo 8 let.

V oblasti daňových odpisů, jak již bylo uvedeno u finančního leasingu, dochází ke zrušení limitu 1,5 mil. Kč na osobní automobily a zrušení odpisové skupiny 1a, do které byly osobní automobily zařazeny. Ty nyní patří do 2. odpisové skupiny s délkou odpisů 5 let, stejně jako automobily N1. Toto přearování do 2. odpisové skupiny se týká i automobilů zaevidovaných před 1.1.2008, tedy budou od roku 2008 odepisovány metodikou platnou pro druhou odpisovou skupinu. (Nebude tedy postupováno tak, že tyto automobily budou „doodepsány“ sazbami či koeficienty odpovídajícími 1a skupině)

Změny zákona o dani z přidané hodnoty-ZDPH (zákon č. 235/2004 Sb., v platném znění)

Základní a hlavní **změnou je zvýšení z 5 % na 9% snížené sazby daně**. Rozsah zboží a služeb podléhajících snížené sazbě daně se měnit nebude. Sazba daně v přechodném období 2007/2008 se bude řídit okamžikem vzniku povinnosti přiznat daň.

V návaznosti na nově zavedené **ekologické daně**, tj. daň z elektřiny, zemního plynu a některých dalších plynů a daň z pevných paliv se doplňuje, že tyto daně jsou součástí základu daně (tedy všechny tyto elementy od r. 2008 podrazí a s nimi i další služby na nich závislé)

Dle aktuálních znění zákonů
pro Vás vybral a zpracoval
MUDr. Jozef Čupka, odborný redaktor

**daň z příjmů
právnických osob**

**zdanění příjmů
ze závislé činnosti**

**uznatelnost
finančního leasingu**

daňové odpisy

daňové náklady

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

odds ratio
= poměr šancí

Respirační infekce: Pacienti chtějí vysvětlení, ne preskripci

Klinická otázka: Očekávají pacienti antibiotika, když navštíví lékaře kvůli respirační infekci?

Závěr: Přibližně polovina ze všech pacientů s akutním respiračním infektem očekává, že dostane antibiotickou preskripci, nicméně spokojenost s návštěvou u lékaře není závislá na receptu s antibiotikem. Lékaři nejsou znalci v rozpoznávání, který pacient očekává antibiotika. Pacienti, kteří měli dojem, že lépe pochopili své obtíže, byli častěji spokojeni než pacienti, kteří nedostali žádné vysvětlení. (LOE = 2b)

Reference: Ong S, Nakase J, Moran GJ, et al, for the EMERGEncy ID NET Study Group. Antibiotic use for emergency department patients with upper respiratory infections: prescribing practices, patient expectations, and patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 2007;50(3):213-220.

Typ studie: Kohortová (prospektivní)

Financování: Vláda

Prováděcí prostředí studie: Pohotovostní služba

Synopse: Přibližně 70% pacientů, kteří navštíví rodinné lékaře nebo pediatry, dostane antibiotika k léčbě infekcí respiračního traktu. Jejich lékaři obvykle předpokládají, že bez této preskripce nebudou pacienti spokojeni. Pro ověření této hypotézy autoři zařadili do studie 272 pacientů ošetřených na 10 místech pohotovostní služby pro symptomy horních cest dýchacích bez souvislosti s chronickým respiračním onemocněním, sinusitidou, zánětem středouší nebo pneumonií. Autoři užívali ověřený dotazník, kam zaznamenávali, co pacienti očekávali od ošetření před návštěvou lékaře. Ihned po návštěvě byli pacienti dotazováni, zdali dostali preskripci na antibiotika, jestli lépe porozuměli svým obtížím a na 5-bodové stupnici označili míru své spokojenosti. Téměř polovina pacientů udala, že před návštěvou očekávali předpis antibiotik. Třicet procent pacientů dostalo antibiotika a 51% dostalo neantibiotickou preskripci. Lékaři správně rozpoznali 27% z pacientů, kteří očekávali antibiotika. Spokojenost byla podobná, ať pacienti dostali nebo nedostali antibiotika. Spokojeno se cítilo 87% pacientů, kteří dostali antibiotika a 89% pacientů, kteří antibiotika nedostali. Vydání receptu na antibiotika bylo asociováno s percepcí lékaře o očekávání pacienta, ale ne se skutečným očekáváním antibiotik pacientem. Nicméně porozumění svému onemocnění mělo větší účinek na spokojenost: 92% pacientů, kteří udali lepší pochopení svého onemoc-

nění, bylo spokojeno oproti 72% pacientů, kteří neudali lepší pochopení svých potíží (odds ratio = 4.4; 95% CI, 2.0 - 8.4).

Shrnutí doporučení GOLD pro léčbu CHOPN

Klinická otázka: Jak bychom měli léčit pacienty s chronickou obstruktivní plicní nemocí (CHOPN)?

Závěr: Při péči o pacienty s CHOPN bychom měli klást důraz na ukončení kouření, očkování proti chřipce a léčbu symptomů, a měli bychom se vyhnout dlouhodobému podávání systémových kortikosteroidů. (LOE = 1a)

Reference: Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al, for the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176(6):532-555.

Typ studie: Doporučený postup

Financování: Neznámé/neudáno

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (jakékoliv)

Synopse: V roce 2001 publikovala Globální iniciativa pro CHOPN (GOLD) návod pro léčbu pacientů s CHOPN (k dispozici na www.ngc.gov). Od té doby tým vědců pravidelně revidoval nové výsledky výzkumu a hodnotil jejich potenciální vliv na léčbu. Zde je několik z mnoha nových prvků v aktualizovaném doporučení GOLD:

- CHOPN je nyní klasifikována spirometricky jako stádium I, mírné; stádium II, střední; stádium III, těžké; stádium IV, velmi těžké. Autoři opustili stádium 0 (pacienti v riziku rozvoje CHOPN), protože není jasné, jak tuto skupinu definovat a neexistují data, která by ukázala, jak často se u pacientů v této skupině CHOPN skutečně rozvine.

- Udávají více dat o jiných faktorech než kouření (jako např. faktory prostředí), které mají vliv na rozvoj CHOPN.

- Léčba pacientů s CHOPN se skládá ze 4 širokých oblastí: (1) hodnocení a monitoring onemocnění; (2) redukce rizikových faktorů; (3) léčba stabilizované CHOPN; (4) a léčba exacerbací. GOLD klade důraz na individualizaci léčby směrem k symptomům a kvalitě života.

- Žádný z existujících léků na CHOPN nemodifikuje dlouhodobé zhoršování plicních funkcí. Proto je farmakoterapie u CHOPN používána k léčbě symptomů a/nebo komplikací.

- Bronchodilatátory (beta-agonisté, anticholinergika, methylxanthiny) jsou ústřední pro symptomatickou léčbu CHOPN (Evidence A).

**GOLD = Global
Initiative for Chronic
Obstructive Lung
Disease**

- Léčba bronchodilátory s prodlouženým účinkem je účinnější a pohodlnější než krátkodobé bronchodilátory (Evidence A).
- Inhalační kortikosteroidy v kombinaci s bronchodilátory jsou přiměřenou léčbou u symptomatických pacientů s COPD ve stádiu III (těžké) CHOPN a ve stádiu IV (velmi těžké) CHOPN a u pacientů s opakovanými exacerbacemi (Evidence A).
- Chronické léčbě systémovými kortikosteroidy bychom se měli vyhnout, protože má nepříznivý poměr užitek-riziko (benefit-to-risk ratio) (Evidence A).
- Očkování proti chřipce může redukovat těžké onemocnění (Evidence A). Tým také doporučuje očkování pneumokokovou polysacharidovou vakcínou (Evidence B).
- Programy pro tělesné cvičení zlepšují toleranci zátěže a symptomy dušnosti a únavy (Evidence A).
- Podávání kyslíkové léčby u pacientů s chronickým respiračním selháním zvyšuje přežití (Evidence A).

Výtěžnost CRC screeningu: kolonoskopie

> sigmoidoskopie >>FOBT

Klinická otázka: Jaký výtěžek mají různé přístupy ke screeningu kolorektálního karcinomu? **Závěr:** V této oblasti zatím nemáme skutečnou „POEM“ – potřebujeme randomizovanou studii srovnávající kolonoskopii, flexibilní sigmoidoskopii (FS) a vyšetření na okultní krvácení ve stolici (FOBT) a jejich výsledky se vztahem ke specifické mortalitě na karcinom a k celkové mortalitě. Prozatím však tato studie odhalila že (1) méně pacientů vyhoví pozvání ke kolonoskopii než v případě FS a FOBT, (2) kolonoskopie a FS mají podobnou výtěžnost u pacientů ve věku 55-59 let, a (3) výtěžek kolonoskopie je lepší u pacientů ve věku 60-64 let. Tedy FS by měla zůstat screeningovou možností zejména vzhledem k její větší přijatelnosti u pacientů, menším nákladům a většímu množství lékařů, kteří ji mohou provádět. (LOE = 1b)

Reference: Segnan N, Senore C, Andreoni B, et al, for the SCORE3 Working Group-Italy. Comparing attendance and detection rate of colonoscopy with sigmoidoscopy and FIT for colorectal cancer screening. *Gastroenterology* 2007;132(7):2304-2312.

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená)

Financování: Nadace

Prováděcí prostředí studie: Populace

Rozdělení: utajené

Synopse: Toto je vysokohodnotná studie srovnávající výtěžnost kolonoskopie, FS a FOBT u průměrně rizikových pacientů v komunitě. Autoři k účasti ve studii vybrali 20 042 pacientů ve věku od 55 let do 64 let ze 6 Italských měst, a poté vyřadili 1 595 (většinou pro předchozí diagnózu polypů nebo kolorektálního karcinomu) a randomizovali zbývajících 18 447 k provedení FOBT, FS nebo kolonoskopie.

Těmto pacientům bylo zasláno pozvání k účasti na studii a k podstoupení testu, k němuž byli randomizovaně přiděleni; dopis byl podepsán jejich praktickým lékařem. Účast na studii byla 32,3% ve skupině s FS a FOBT, ale jen 26,5% ve skupině s kolonoskopií (adjusted odds ratio = 0.74; 95% CI, 0.68-0.80). Účast na kolonoskopii byla nižší u starších pacientů a u žen, tento vzorec chování byl pozorován i u FS. Výtěžnost u nálezů pokročilých adenomů a kolorektálního karcinomu byla u FOBT 1,1% a 0,1%, u FS 4,6% a 0,6% u FS a u kolonoskopie 6,3% a 0,8%, ale když srovnáme FS a kolonoskopii u pacientů ve věku 55-59 let, není přítomen žádný klinicky významný rozdíl: 5,2% a 0,7% u FS versus 5,8% a 0,5% u kolonoskopie.

U starších pacientů (60 – 64 let) nicméně byly u kolonoskopie nálezy častější než u FS – pokročilé adenomy (6,9% vs 3,8%) a kolorektální karcinomy (1,1% vs 0,5%).

Autoři odhadují, že při screenování 10 000 osob by FS měla odhalit 168 pacientů s pokročilým neoplasmem na rozdíl od kolonoskopie, kde by mělo být odhaleno 191 případů.

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

Připravila MUDr. Jaroslava Laňková

adjusted odds ratio =
korrigovaný poměr šancí

CRC
= kolorektální karcinom
(z ColoRectal Cancer)

FOBT = Fecal Ocult
Blood Test = TOKS
= Test Okultního
Krvácení ve Stolici

LOE = level of evidence
= úroveň důkazu
1,2,3 = vysoká,
střední, slabá

připojení k internetu...

Vážené kolegyně a kolegové, v poslední době se na nás obrátilo několik z vás s prosbou o radu, resp. pomoc při připojení své ordinace k internetu. Rozhodli jsme se proto oslovit operátory, zda by měli pro nás výhodnější nabídku. Jedná se o možnost internetového připojení včetně instalace (tedy i pro naprosté laiky). Abychom ale mohli o ceně jednat, potřebovali bychom znát přibližný počet uchazečů. Prosíme tedy, abyste vyjádřili svůj předběžný zájem na níže uvedenou mailovou adresu (do „předmětu“ zadejte prosíme heslo „internet“), nebo nás můžete oslovit i papírovou poštou (v tom případě napište do rohu obálky též heslo „internet“).

Základní dvě možnosti připojení jsou:

- 1) **Mobilní připojení** - vhodné zejm. do notebooku. Výhodou je možnost spuštění internetu všude, kde je speciální mobilní signál, nevýhodou je nižší rychlost a mírně vyšší cena.
- 2) **Stacionární připojení** - tedy přes telefonní linku. Nevýhodou je možnost připojení jen v místě dohody, výhodou je vyšší rychlost a nižší cena.

Vaše redakce
kontakt: practicus.svl@cls.cz
Redakce časopisu Practicus
U Hranic 16/3221, 100 00 Praha 10

Vyšetření INR v ordinaci metodou POCT



MUDr. Jaroslava Laňková,
praktická lékařka,
spoluautorka
doporučených postupů
pro praktické lékaře
„Laboratorní metody“,
odpovědná za kapitulu
POCT metod

POCT metody stanovení laboratorních ukazatelů

Počet pacientů v České republice indikovaných k léčbě antikoagulancii (k warfarinizaci) stále roste. Jedná se o pacienty se zvýšeným rizikem vzniku život ohrožujících tromboembolických stavů, například po implantaci srdečních chlopní, s fibrilací síní, trombofilií či trombózou hlubokých žil. Antikoagulancia se nově s výhodou předepisují i jako primární a sekundární prevence u akutních koronárních a cerebrovaskulárních příhod.

Léčba antikoagulancii má však svá mnohá úskalí. Pokud je dávka příliš vysoká, může lék způsobit potenciálně život ohrožující krvácení. Pokud je naopak příliš nízká, léčba nezabrání tvorbě krevních sraženin. Proto je nutné provádět

Tabulka 2: International Normalised Ratio

- Normální hodnota INR: 0,8 – 1,2
- Terapeutické rozmezí INR: Z expertních doporučení vyplývá, že ve všech indikacích je třeba rozmezí INR udržovat v hodnotách 2,0 až 3,0 s cílovou hodnotou 2,5 (s výjimkou nemocných s mechanickou srdeční chlopní, kde udržovaná hladina INR zvyšuje na 2,5 – 3,5 s cílovou hodnotou 3,0).
- Účinek léčby při INR < 1,5 je prakticky nulový
- INR > 4 znamená riziko nebezpečného krvácení

děť pravidelnou kontrolu účinnosti léku na krevní srážlivost a jeho dávky podle potřeby upravovat. Kontrola účinnosti léku se provádí měřením tzv. protrombinového času, vyjádřeném ve standardizovaných jednotkách INR (International Normalized Ratio). Vedle tradičního vyšetření INR odběrem venósní krve pacienta a jejího neodkladného transportu do laboratoře se dnes v ordinacích stále více užívá POCT metoda vyšetření INR přístrojem CoaguCheck. Tato metoda testování je technicky jednoduchá a velmi rychlá. Lékař má výsledek během 2 minut a může na jeho základě okamžitě upravit dávku. Nemusí pacienta znovu vidět nebo mu telefonovat po získání výsledku z laboratoře. Warfarinizovaný pacient je také často polymorbidní, precitlivělý, má špatné žíly. Pro POCT INR vyšetření však stačí prakticky bezbolestný odběr z prstu.

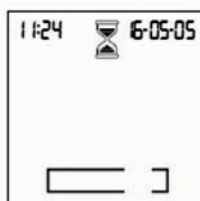
Tabulka 1: Stanovení INR metodou POCT

- Kód: 01443
- Hrazen plně (172 b)
- Podmínky: proškolení v trombotickém centru, přístroj, zapojení do systému externího hodnocení kvality – kontroly 1xročně
- Omezení: pouze u sekundární prevence hluboké žilní trombózy a plicní embolie a prevence nitrosrdeční trombózy a jejich embolizačních komplikací ve velkém oběhu.
- Výkon nelze vykázat, pokud je současně odebírána venosní krev za účelem i jiného laboratorního vyšetření.
- Povolená frekvence: 8/3měsíce, 32/rok

Postup měření INR v POCT režimu



Automatické
zapnutí přístroje



Zahřátí na 37° C



Provedení vpichu



Odběr z prstu



Aplikace kapky



Výsledek do 1 min.

Postup vyšetření:

Příprava pacienta: není nutná

Příprava přístroje: zapnutí, zasunutí testovacího proužku do přístroje, testovací proužek se zahřeje na 37 °C.

Odběr vzorku krve: za pomoci speciálního lancetového pera se provede vpich po straně bříška prstu.

Práce se vzorkem krve: vytvořená kapka v místě vpichu se nanese na „reakční políčko“ testovacího proužku

Analýza vzorku: přístroj provede analýzu vzorku do jedné minuty

Rozsah měření přístroje: od 0,6 do 8,0 INR.

Roche - CoaguChek

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 zasílání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejdéle do 15.1.2008. 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 10/2007

**Správné
odpovědi
testu
č. 9/2007:**

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

Chřipka

1. Pandemie chřipky způsobuje:

- a) virus chřipky typu A
- b) virus chřipky typu B
- c) virus chřipky typu C

2. Očkovací látky obsahují:

- a) 2 kmeny chřipkových virů (1 subtyp A a jeden B)
- b) 3 kmeny chřipkových virů (1 subtyp A a 2 subtypy B)
- c) 3 kmeny chřipkových virů (2 subtypy A a jeden B)

3. Antivirotika I. generace (amantadin a rimantadin) mají účinek pouze na:

- a) chřipku typu A
- b) chřipku typu B
- c) chřipku typu C

4. Antivirotika 2. generace zanamivir (Relenza) a Oseltamivir (Tamiflu) mají účinek na:

- a) pouze na chřipku typu A
- b) pouze na chřipku typu B
- c) na chřipku typu A i B

Umíme správně diagnostikovat a léčit migrénu?

5. Migréna je:

- a) bolest hlavy střední až silné intenzity
- b) provázena nevolností či zvracením
- c) bolest pouze jedné poloviny hlavy

6. Migréna je onemocnění, které:

- a) postihuje pouze ženy
- b) může se objevit u dětí mladších 10 let
- c) první výskyt migrény po 50. roce je podezřelý ze sekundarity

7. Silnou migrénu léčíme:

- a) triptany
- b) centrálními analgetiky
- c) kombinací centrálního a periferního analgetika, eventuálně s prokinetiky

Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy, dobrý den...

8. Číslo tísňové linky ZZS je:

- a) 155
- b) 112
- c) 158

9. Druh potřebné zdravotnické pomoci určuje:

- a) operátorka operačního střediska
- b) praktický lékař
- c) pacient

10. Co a v jakém pořadí je nutné sdělit ZZS?

- a) co se stalo, kde se stalo, jaká výjezdová skupina je požadována
- b) kde se stalo, co se stalo, aktuální stav pacienta
- c) jaká výjezdová skupina je požadována, přesná diagnóza, kde se stalo

Správné mohou být 1-3 odpovědi.

odpovědní lístek - test č. 10/2007

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 |

ROVAMYCINE®

spiramycin

- Působení přímo v ohnisku infekce^{1,2}
- Dobrá snášenlivost^{1,2}
- Nízké riziko lékových interakcí^{3,4,5}
- Možnost podávání v těhotenství⁶



Literatura: 1. Vacek, V., Spiramycin, Časopis Lékařů českých, 133, 1994, č. 2: 56 – 60. 2. Marešová, V., Spiramycinum, REMEDIA 2006, 16, č. 1: 37–45. 3. Suchopár, J., Jsou všechna makrolidová antibiotika stejná z hlediska lékových interakcí?, REMEDIA 2005, 15, 4–5, 41–42. 4. Doležal, T., Rabbomyolýza v důsledku interakce lovastatinu s clarithromycinem a azithromycinem. REMEDIA 1998, 8, č. 1: 45–46. 5. Descotes, J., Spiramycin: safety in man, J. Antimicrob. Chemother. 1988, 22, Suppl. B, 207–210. 6. SPC Rovamycine

CSPI.06.04.01

Informace o přípravku Rovamycine. Složení: Spiramycinum 3,0 MIU (1 g) v 1 tbl., 1,5 MIU (0,5 g) v 1 tbl., 1,5 MIU (0,5 g) v 1 lah. Indikace: Léčba infekcí vyvolaných mikroorganismy citlivými na spiramycin, zejm. infekcí horních a dolních cest dýchacích (infekcí ORL, stomatologických a bronchopulmonálních), infekcí kostí, kůže a měkkých tkání, negonokokových genitálních infekcí. Léčba toxoplazmózy v těhotenství. Chemoprolaxe relapsu revmatické horečky u pacientů alergických na penicilin. Kontraindikace: Přecitlivělost na spiramycin, biliární obstrukce. Zvláštní upozornění: U nemocných s poruchou jaterních funkcí podávat s opatrností. Míra renálního vylučování je nízká, úpravy dávkování jsou nutné až při velmi těžkém poškození renálních funkcí. Případy předávkování nejsou známy. Rovamycine není dialyzovatelný. Těhotenství a kojení: Přípravek je možné užívat během těhotenství a je indikován pro léčbu toxoplazmózy v těhotenství. Spiramycin se vylučuje do mateřského mléka, proto se užívání přípravku během kojení nedoporučuje. Nežádoucí účinky: Gastrointestinální obtíže (nauzea, bolesti břicha, zvracení, průjem), alergické kožní reakce, velmi vzácně byly popsány případy pseudomembranózní kolitidy, poruchy jaterních funkcí, přechodné parestezie, prodloužení QT intervalu, cholestatická hepatitis, trombocytopenie, angioedém, i. v. forma – venózní intaxe. Interakce: Spiramycin v kombinaci s levodopou vede k inhibici kardioply s následným snížením hladiny levodopy. Užití spolu se stravou vede ke snížení jeho biologické dostupnosti, proto je nutné ho podávat nejméně 1 hodinu po jídle. Způsob podávání: Tablety se polykají celé nejdříve 1 hodinu po jídle. Žitím malým množstvím tekutiny. Injekční forma se aplikuje pomalou intravenózní infúzí. Dávkování: Po. forma dospělí: Obvyklá denní dávka je 6–9 MIU denně (2–3 g) ve 2 nebo 3 dílčích dávkách, u těžších infekcí až 15 MIU (5 g) denně ve 2–4 dávkách. Toxoplazmóza: 15–21 MIU (5–7 g) denně po dobu 3 týdnů, popřípadě 6 MIU (2 g) denně po dobu 6 týdnů. Děti nad 20 kg: Obvyklá denní dávka je 0,075–0,150 MIU/kg ve 2–4 dávkách, výjimečně je možno podat až 0,375 MIU/kg/den. Tablety s obsahem 3 MIU nejsou vhodné pro děti mladší 6 let. Balení: tbl.: 16 × 1,5 MIU, 10 × 3 MIU, 16 × 3 MIU, inj.: 1 × 1,5 MIU. Uchovávání: Rovamycine 3 MIU: Skladovat při teplotě do 25 °C. Rovamycine 1,5 MIU: Skladovat za obvyklé teploty. Držitel rozhodnutí o registraci: inj.: Laboratoire Aventis, Paříž, Francie, tbl.: sanofi-aventis, s.r.o., Praha, Česká republika. Registrační číslo: Rovamycine 3 MIU 15/722/94-C, Rovamycine 1,5 MIU 15/090/92-S/C. Datum revize textu: inj.: 22. 9. 2004, tbl.: 22. 11. 2006. Před použitím přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku. Jen na lékařský předpis. Pevně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Souhrn údajů o přípravku obdržíte na adrese: sanofi-aventis, Evropská 2590/33c, 160 00 Praha 6, tel. 233 086 111, fax 233 086 222, internet: <http://www.sanofi-aventis.cz>.



sanofi aventis

Protože na zdraví záleží.

KLID A JISTOTA PROVĚŘENÁ ČASEM

Muconasal® plus

Uvolní ucpaný nos

Muconasal® plus obsahuje

- **Tramazolin hydrochlorid** (alfa-mimetikum)
 - působí již po 5 minutách
 - účinkuje až 10 hodin
- **Éterické oleje** (cineol, mentol, přírodní kafr)
 - stimulují receptory chladu v nose
 - mají antiseptické vlastnosti
 - usnadňují dýchání
 - eukalyptol má sekretolytické a sekretomotorické vlastnosti



2 Dvojitý účinek

- působí rychle a nadlouho
- osvěží nosní sliznici

Muconasal® plus

Zkrácená informace o přípravku

Název: Muconasal® plus. **Složení:** Tramazolin hydrochlorid 1,18 mg v 1 ml roztoku. **Léková forma:** Nosní sprej, roztok. **Indikace:** K dekonstaci nosní sliznice doprovázející běžná nachlazení a alergickou rýmu. K usnadnění odtoku sekretu při zánětech vedlejších nosních dutin a středního ucha. **Dávkování a způsob podání:** Stejně pro děti od 6 let a dospělé. Podle potřeby vstříknout do každé nosní dírký, maximálně 4x denně. Bez doporučení lékaře se nesmí podávat déle než 5–7 dnů u dospělých a déle než 3 dny u dětí. **Kontraindikace:** Chronická suchá rýma, (rinitis sicca), po kranálních chirurgických výkonech prováděných nasální cestou, hypersenzitivita na hydrochlorid tramazolinu, benzalkoniumchlorid nebo kteroukoli další složku přípravku. Děti mladší než 6 let. **Zvláštní upozornění:** Se zvýšenou opatrností a pod lékařským dohledem používat u osob s glaukolem s úzkým úhlem, s hypertrofií prostaty a získanou nebo vrozenou porfyrií. Dlouhodobé podávání dekonstentních přípravků může vést k vývoji chronického zánětu a atrofii nosní sliznice. Muconasal Plus nesmí při aplikaci vniknout do očí. **Interakce:** Současné podávání inhibitorů monoaminooxidázy IMAO, tricyklických antidepresiv nebo vazokonstrikčních látek může vést ke zvýšení krevního tlaku. Nesmí se podávat po dobu 3 týdnů po ukončení léčby IMAO. **Těhotenství a kojení:** Nesmí se užívat v prvním trimestru těhotenství. V dalším průběhu a během kojení má být užíván pouze na radu lékaře. **Nežádoucí účinky:** Bolest hlavy, únava (somnolence, sedace), neklid, insomnie, závrat, poruchy chuti, halucinace (spíše u dětí), palpitace, tachykardie, zvýšení krevního tlaku, srdeční arytmie, pálení a suchost nosní sliznice, sekrece z nosu, epistaxe a kýchání, po odeznění léčebného účinku může dojít k otoku nosní sliznice (reaktivní hyperémie), nauzea, reakce hypersenzitivity (vyrážka, svědění, otok kůže a sliznice). **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo. **Registrační číslo:** 69/006/00-C. **Datum poslední revize textu:** 28.3.2007. **Výdej léčivého přípravku je možný bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním se seznáme s úplnou informací o přípravku. Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. - Oliva 4, 110 00 Praha 1 - tel.: + 420 234 655 111**

005-2007-MUP

Pfizer - Caduet