



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 2/2008

ročník 7

pro
praktické
lékaře
zdarma

Přílohou tohoto čísla je

**Doporučený postup
Arteriální
hypertenze
aktualizace 2008**

Ordinace nejen na kraji města

dnes na návštěvě u kolegy MUDr. Šmída v Jablonci nad Nisou



O čem se mimo jiné můžete dočíst v tomto čísle:

- Farmakoterapie chronické obstrukční plicní nemoci
- Ischemická choroba končetin
- Doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy
- Kazuistika: bolest hlavy v ordinaci praktického lékaře
- Diety při snižování nadváhy a obezity
- Nevidomý pacient v ordinaci
- Lékař u autonehody

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Pfizer - Caduet

Obsah

SVL ČLS JEP informuje	5
Ischemická choroba končetin – marker celkového kardiovaskulárního rizika Debora Karetová, Michaela Ingrischová, MUDr. Jana Vojtišková	9
Hrozí zneužití – diskreditace lékařské genetiky prof. MUDr. Petr Goetz, CSc.	16
Doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy České revmatologické společnosti se zaměřením na úlohu praktického lékaře prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., doc. MUDr. Radim Bečvář, CSc., prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc., MUDr. Leona Procházková	19
Kazuistika: Bolest hlavy v ordinaci praktického lékaře MUDr. Petr Krejcar	28
Komentář neurologa ke kazuistice as. MUDr. Hana Kalistová, Ph.D.	29
...ordinace nejen na kraji města MUDr. Jiří Šmíd - Jablonec nad Nisou	30
...počítač a doktor INTERNET – pokud jej poznáme, stane se naším přítelem	32
...prevence v primární péči Diety při snižování nadváhy a obezity	33
...lékař a etiketa Zasedáme ke stolu	35
...paliativní péče v ambulantní praxi Léčba bolesti nevyлéčitelně nemocných a umírajících: farmakoterapie - 4. část	37
...dotazy a odpovědi	40
...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa Změna vyhlášky o dispenzární péči	41
...přednemocniční péče v praxi Autonehoda	44
...POEM: Patient oriented evidence that matters	46
...sestra v ordinaci praktického lékaře Nevidomý pacient v ordinaci	48
...znalostní test	50

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
2/2008, ročník 7

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 Čer-
vený, 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. Mila-
da Vinická

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10x
ročně. ••• **Pro praktické lékaře
v ČR zdarma.** ••• Roční předplat-
né pro ostatní zájemce **610,- Kč.** •••
Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto
číslo dáno do tisku **4.2.2008.** 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, 2008**



MUDr. Bohumil Seifert

Britští lékaři v krátkých rukávech

Britští lékaři dnes mají největší příjmy v Evropě. Platí to i o praktických lékařích, kteří těží z výhodného kontraktu s NHS (Národní zdravotní službou). Kontrakt je postaven z velké části na motivační odměně za splňování kritérií kvality práce podle celé řady klinických ukazatelů.

I britští lékaři mají ale své starosti.

Britská národní zdravotní služba zavedla v loňském roce nové pravidlo pro lékaře.

Ukázalo se, že největší riziko nemocniční nákazy pro pacienty představuje lékař sám, přesněji jeho ruce od loktů níže. Pravidlo zahrnuje zákaz plášťů s dlouhým rukávem, dále zákaz nošení náramků, prstenů a také náramkových hodinek při ošetřování pacientů. Tyto věci vykazovaly údajně nejvyšší mikrobiální osídlení.

Diskuse, která letos v lednu zaplnila stránky novin, se týká nošení náramkových hodinek. Někteří lékaři argumentují tím, že přístup k hodinám a měření času je nezbytný k posouzení vitálních funkcí pacienta, zejména v naléhavých situacích. Opatření tak staví pacienty do rizika.

V univerzitní nemocnici v Norfolku uspořádali malý pokus. Devět studentů lékařské školy bylo vyzváno, aby zhodnotilo počet pulsů a dechů u pacienta-figuranta, aniž by měli přístup k hodinám. Výsledky byly zajímavé; odhady byly rozdílné, v rozmezí od normálních hodnot k abnormálním. Zatímco pacient měl 83 tepů za minutu, odhady studentů kolísaly od 60 do 120. Pacient měl 14 dechů za minutu, ale studenti hádali od 10 do 28. Jenom jeden z devíti studentů měl při obou měřeních z hlediska bezpečného hodnocení pacienta uspokojivé hodnoty. Výsledky této studie byly odeslány k publikaci do The British Medical Journal s kritikou výše uvedeného opatření. Mluvčí ministerstva zdravotnictví v Londýně naopak prohlásil, že nové pravidlo napomáhá ke správnému mytí rukou, snižuje riziko infekce a nebrání lékařům v efektivní činnosti.

Napadlo mne v této souvislosti, že ani nevíme, v jakém oblečení čeští praktičtí lékaři nejčastěji ordinují. Zda-li v bílém plášti, firemním tričku, v civilu nebo s kravatou? Anketa na toto téma by mohla být zajímavá. Oproti kolegům z ostrovů jsme sice chudší, ale svobodnější. Považujeme si toho.

Navrhuji Vám si co nejdříve vyzkoušet odhad tepové frekvence a počtu dechů, ať jsme připraveni, kdyby se u nás „dress code“ stal součástí kontraktu s pojišťovnou, podobně jako ve Velké Británii.

MUDr. Bohumil Seifert

Zápis z jednání zástupců VZP, SVL ČLS JEP, SPL ČR dne 8.1.2008

Účastníci:

Za VZP ČR: MUDr. M. Švecová, MUDr. S. Salačová, MUDr. P. Pokorný

Za SVL ČLS JEP: MUDr. O. Herber, místopředseda

Za SPL ČR: MUDr. J. Uhrová, místopředsedkyně

Program jednání:

1. Současný stav smluvních vztahů mezi VZP a praktickými lékaři. Zástupci VZP uvádějí, že část praktických lékařů dosud nepodepsala nové smlouvy, upozorňují, že jejich účinnost od 1.1.2008 je nutná. Žádají organizace PL o podporu urychlení tohoto procesu a prodiskutování problémů, které ještě teď v některých případech podpisu brání. Zástupci PL uvádějí, že podpis smluv s VZP svým členům doporučili neprodleně po zaslání definitivního znění dohodnutého dodatku o výši a podmínkách úhrady pro rok 2008 ředitelem Horákem dne 20.12.2007, které bylo současně předáno všem okresním předsedům SPL s tím, že tento dodatek obdrží všichni lékaři od příslušných okresních poboček v nejbližší době. Část lékařů na tento slib spolehla, část hodlá podepsat smlouvy až současně s dodatkem, jehož doručení netrpělivě očekávají a urgují. Zástupci VZP sdělili, že příkaz k rozeslání „úhradových dodatků“ dosud ředitel nevydal. Zástupci SPL projeví překvapení – udávané důvody (např. úprava software a další podklady potřebné až pro účtování po skončení měsíce) nemohou být podle jejich názoru důvodem zdržení již v prosinci definitivně zpracovaného dodatku, které je zřejmě hlavním důvodem uváděných problémů – a urgují jeho rozeslání. Zástupci VZP projednají na poradě s ředitelem 9.1. Další možné problémy: v některých okresech sdělují lékaři, že dosud smlouvy k podpisu nedostali – zástupci VZP uvádějí, že byly poslány již v listopadu a prosinci, někde ale mohlo dojít ke zdržení v souvislosti s obsahem a náležitostmi příloh (přístrojové vybavení, kvalifikace). Tam, kde nelze rychle doplnit či ověřit, budou stávající přílohy prolongovány o polovinu roku. Některé nejasnosti týkající se kvalifikačních předpokladů projednány v dalších bodech.

2. Kvalifikační předpoklady nositelů výkonů, asistentů, školenců – nutné upřesnění terminologie i podmínek uvedených v Manuálu, aktualizovat již zastaralou „Dohodu o zaměstnávání asistentů PL“ – bude předmětem společného jednání se zástupci SPLDD, dohodnut termín do dvou měsíců.

3. Kvalifikační podmínky některých fakultativních výkonů – potřebná úprava event. doplnění

údajů „Manuálu“. Shodně konstatováno, že kurz nebude identifikován pořadatelem, ale odbornými parametry a garancí. Projednány konkrétní výkony, viz příloha.

4. Aktualizace oficiálního společného materiálu „Základní soubor výkonů pro praktické lékaře“ (dělení obligatorní/fakultativní, kapitační/mimokapitační) potřebná – od poslední aktualizace r. 2003 četné změny Seznamu výkonů i podmínek – bude předmětem společného jednání se zástupci SPLDD, dohodnut termín do dvou měsíců. Aktuální jsou 4 nové kódy novely vyhlášky (Seznamu výkonů), vydané 31.12.2007 s účinností od 1.1.2008, které jsou oběma stranami vnímány jako obligatorní, tedy povinnost nasmlouvat a vykazovat již od 1.1.2008. Pro praktické lékaře se jedná o kódy:

•09543 REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU – POPLATEK UHRAZEN

•09547 REGULAČNÍ POPLATEK – POJIŠTĚNEC OD ÚHRADY POPLATKU OSVOBOZEN

Tyto kódy (hodnota 0) již VZP do svých číselníků zařadila, i když je lékaři v přílohách uvedeny nemají, budou ale akceptovány při validaci dávek. Tyto kódy mohou být do Přílohy č. 2 doplněny

•09550 VYSTAVENÍ LEGITIMACE PRÁCE NESCHOPNÉHO NEBO ŽÁDOSTI O OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY (Upozornění VZP na chybnou formulaci textu „vykazuje ošetřující lékař, který indikuje PN nebo..“, nesoulad s názvem i záměrem, vydán pokyn, že samozřejmě vykazuje ošetřující lékař, který vystavuje legitimaci PN).

•09551 UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ŽÁDOSTI O OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY (zde upozornění SPL na chybnou formulaci textu – lékař, který ukončuje, velmi často není totožný s lékařem, který vystavil, žádost o ošetřování se neukončuje, dohodnuto, že samozřejmě vykazuje vždy lékař, který legitimaci PN ukončuje).

Po diskusi o způsobu právně validního způsobu rychlého zakotvení těchto kódů do smluvních příloh nakonec dohodnuto, že VZP buď přímo v příloze nebo dodatku k ní nasmlouvání těchto výkonů zašle lékařům, kteří ho svým podpisem potvrdí.

5. Způsob doložení akreditace lékaře (zdravotnického zařízení) k postgraduálnímu vzdělávání lékařů v přípravě. VZP zjišťuje z webu MZ, údaje jsou zde pro potřebu navýšení úhrady dle dodatku nedostatečné resp. nepřesné. Zástupci PL

navrhují jako nejjednodušší mechanismus předložení kopie „Rozhodnutí o akreditaci“ vydaného MZ ČR jednotlivými lékaři na příslušných pobočkách. Rovněž přijetí (i „propuštění“) školence ohlásí akreditovaní lékaři písemně příslušné pobočce VZP. Pokud je k postgraduální výuce PL akreditováno zdravotnické zařízení s větší kapacitou registrujících lékařů (tedy i registrovaných pojištěnců), musí uvést, kteří ze zaměstnaných lékařů splňují podmínky a postgraduální výuku zajišťují.

Příloha: kvalifikační podmínky některých fakultativních výkonů

Zapsala: Dr. Uhrová

Ověřil Dr. Pokorný, Dr. Herber

Příloha zápisu z 8.1.2008: kvalifikační podmínky některých výkonů praktických lékařů pro dospělé

• 01443 KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ INR Z KAPILÁRNÍ KRVĚ (POCT)

Kvalifikační i další podmínky stanoveny definicí výkonu v platné vyhlášce: „Indikací je sekundární prevence hluboké žilní trombózy a plicní embolie a prevence nitrosrdeční trombózy a jejich embolizačních komplikací ve velkém oběhu, **lékař musí být proškolený v trombotickém centru**. Není určeno k self-monitoringu pacientů. Výkon nelze vykázat, pokud je současně odebrána venosní krev za účelem i jiného laboratorního vyšetření. Podmínkou je dodržení externího hodnocení kvality (systém mezilaboratorních porovnávacích zkoušek) 1 x ročně.“ Uvedená školení již probíhají, dokladem je osvědčení.

• 02230 KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ CRP (POCT)

Podmínky jsou stanoveny v textové části platné vyhlášky (Další pravidla pro vykazování výkonů): „Ize vykazovat **jen při doložené účasti na úvodním odborném certifikovaném školení o této metodě pořádaném na akreditovaném pracovišti ve spolupráci odborných společností a pracovišť zajišťujících postgraduální vzdělávání dle jednotné metodiky**. Při provádění výkonu bude respektováno Doporučení odborných společností o provádění laboratorních vyšetření v režimu POCT a bude zajištěna vnitřní kontrola kvality, včetně řádně vedeného záznamu o ní a účast v systému mezilaboratorních porovnávacích zkoušek (externí hodnocení kvality)“. Rovněž tato školení probíhají, jsou pořádána různými akreditovanými pracovišti pro postgraduální vzdělávání, vždy za garance a zajištění odbornou společností a o jejich absolvování jsou vydávána osvědčení (certifikáty), které jsou požadovaným dokladem.

• 21520 MOBILIZACE PÁTEŘE NEBO KLOUBU - S NÁRAZEM

• 21510 MĚKKÉ A MOBILIZAČNÍ TECHNIKY

U obou těchto výkonů uvedeno ve vyhlášce „Výkon vázaný na předložení dokladu o zkoušce ukončeném kurzu“. Do současné doby tyto kurzy pořádá IPVZ ve spolupráci s odbornou společností, vydáváno Osvědčení o....., které je požadovaným dokladem; analogické osvědčení by mělo být vydáváno i v případě budoucího jiného akreditovaného pořadatele, garantujícího ve spolupráci s odbornou společností požadované parametry kurz (rozsah, odbornou náplň, zakončení zkouškou).

• 21113 FYZIKÁLNÍ TERAPIE II

Tento výkon ve vyhlášce nemá uvedeny žádné kvalifikační předpoklady, změněn nebyl, je v odbornosti fyzioterapeut. Již při sestavování Základního souboru výkonů pro praktické lékaře bylo při zařazení tohoto výkonu dohodnuty zástupci příslušných odborných společností, praktických lékařů a zdravotních pojišťoven níže uvedené podmínky:

„V ordinaci klinického typu, mimo ordinací odborníků FBLR, je možno účtovat fyzikální terapii II (21113) pouze v rámci léčby ve svém oboru, při smluvním ujednání o konkrétních hrazených metodách fyzikální terapie a o indikacích, pro které budou uhrazeny. Podmínkou je příslušné přístrojové a věcné vybavení ordinace. Možno je účtovat diadynamické a interferenční proudy, TENS, galvanizaci, iontoforézu, ultrazvuk a parafin pouze po předchozím školení lékaře - „kurz fyzikální terapie“ v rozsahu 30 hodin, vedený školiteli vyškolenými v IPVZ (dříve ILF), nebo při „prokázané zkušenosti“ (potvrzené ČLK), nebo při provedení kvalifikovaným SZP - rehabilitačním pracovníkem, případně zdravotní sestrou po složení zkoušky z předmětu fyzikální terapie na SZŠ ve smyslu vyhlášky MZ č. 77/1981 Sb., zaměstnaným v ordinaci u lékaře.

Úhrada může být výhradně na základě jeho (lékaře ordinace) indikace a předpisu a v rozsahu metod, které jsou smluvně povoleny účtovat. Pracovišti zaměstnávajícímu takto kvalifikovaného SZP v ordinacích klinického typu nebudou uhrazeny výkony fyzikální terapie indikované jiným lékařem pojištěncům, kteří nejsou v péči lékaře tohoto pracoviště“. V okrese Zlín vysloveny pochybnosti o platnosti „Potvrzení o absolvování těchto kurzů“ vydávaných v obdobném (ne zcela totožném) znění (MUDr.... absolvoval odborný kurz základů fyzikální léčby se závěrečnou zkouškou, opravňující k provádění těchto výkonů - vyjmenovány, hlavička a/nebo razítko odborné společnosti rehabilitační (její název se v průběhu let měnil). Vysvětleno, že se jedná o stejný kurz, sestavený v době stanovení uvedených podmínek právě na jejich základě po dohodě obou odborných společností, zástupců IPVZ a VZP. Osvědčení o jeho absolvování jsou požadovaným dokladem. Diskuse o podmínce kvalifikace sestry (citovaná zkouška z tohoto předmětu na SZŠ již neexistuje), SPL vyvolá jed-

nání s MZ a ČAS o možnosti vhodného kurzu pro tento účel.

• 13051 CÍLENÁ EDUKACE DIABETIKA

Tento výkon by měl být součástí dispenzarizace diabetiků, kterou by měli ve větší míře zejména u nekomplikovaného DM II typu provádět praktičtí lékaři. Tento cíl sleduje i nová „dispenzární“ vyhláška, platné „Doporučené postupy pro DM“ zpracované společně zástupci odborných společností diabetologie a všeobecného lékařství a výslovný důraz na získání potřebných znalostí v diagnostice a léčbě DM v atestační náplni oboru VL/praktické lékařství pro dospělé. Podmínit tento výkon dalším povinným konkrétním kurzem dle jednoznačného vyjádření zástupce SVL nelze (lékaři, pečující o diabetiky se samozřejmě kontinuálně vzdělávají v novinkách této problematiky studiem literatury i na různých kurzech a kongresech, ostatně totéž platí o ostatních onemocněních). Podmínkou je dodržení pravidel Doporučeného postupu. Předložen návrh specifikace tohoto výkonu včetně omezení „S“, schválený odborem zdravotní péče MZ ČR: OF 5x v rozmezí 1 týdne, pouze 1 cyklus u pacien-

ta dosud needukovaného, provádí a vykazuje pouze odborné diabetologické centrum, OF: 4/1 rok v souladu s Doporučeným postupem provádí a vykazuje pracoviště, které má diabetika v dispenzární péči, je tedy pro tento výkon specializovaným pracovištěm dle vyhlášky. Dle vyhlášky MZ o dispenzární péči je tímto specializovaným pracovištěm buď pracoviště dispenzarizujícího registrujícího praktického lékaře (odbornost 001) nebo pracoviště diabetologie (odbornost 103) a interny (odbornost 101), kterému byl pacient do dispenzární péče dle vyhlášky a Doporučeného postupu předán.

Ostatní výkony uvedené v současném Základním souboru nemají podmínky kvalifikační. Dodržení dalších podmínek uvedených v příloze Základního souboru (přístrojové vybavení, sterilní nástroje...) není předmětem sporu.

Za SPL Dr. Uhrová
Za VZP Dr. Pokorný
Za SVL ČLS JEP Dr. Herber

RENECOP 2008 - zpráva ze služební cesty

Ve dnech 11.-13. ledna 2008 se konalo v maďarském Visegrádu další jednání praktických lékařů ze zemí střední a jihovýchodní Evropy, jako hosté vystoupili kolegové z Kanady.

České praktiky reprezentovali Havlová, Maňas, Miškovská.

Ústředním tématem byly změny v primární péči v poreformním období.

Takto byly prezentovány nejžhavější problémy:

Rumunsko a Moldávie:

Problémem je dosažení stejné kvality poskytované péče i pro **národnostní menšiny** - jejich příslušníci nejsou sociálně a psychicky integrováni, lékařům nezbývá, než se přizpůsobit jejich tradicím - naučit se respektovat jejich vnímání světa, hodnot, rodinného a klanového uspořádání.

Rumunsko:

Zdravotní pojišťovny byly založeny roku 1997, roku 1998 byla stanovena pravidla pro systém, zároveň osloveni pacienti a byly podepisovány první smlouvy mezi praktiky a pojišťovnami. Tyto smlouvy se obnovují každý rok, platba je kombinovaná, kapitace + servis, kapitace má jen 4 věkové skupiny: 0-1, 1-4, 4-59, nad 60 let, PL má limit 2000 lidí a/nebo 2300 přepočtených pacientů.

Pojištění má pro klienty zdravotních pojišťoven **3 úrovně**: 1) základní, 2) minimální (pro neplatiče a podobné sociální případy, zahrnuje jen první pomoc, porod, imunizaci a epidemiologický dohled) a 3) fakultativní - pro cestující a pracující z Evropské unie.

Ekonomický status rumunského PL: je OSVČ, svobodná profese, může rozšiřovat i soukromé aktivity, je manažér kvality, medicínské, administrativní

i personální.

Problémem je tanec mezi povinnostmi PL a právy pojišťoven a pacientů.

Dalším velkým problémem je zajištění **pitné vody** pro obyvatelstvo. Takže běžným úkolem praktika je nabrat vodu ze studně a odeslat na rozbor. *Poznámka: je to ale problém celé Evropy - v Evropě nemá bezpečnou pitnou vodu přes 40 milionů obyvatel!*

Řecko:

Důležité je i respektování **spirituality**, přestože moderně vzdělaní lékaři nemusí být sami věřící. Je v podstatě jedno, jakou víru vyznává náš nemocný, ale věřící mají lepší průběh hojení a uzdravování, protože své starosti (rozuměj: stressory) ihned předávají někomu jinému, nemusí se cítit zcela odpovědní za svůj život a chyby.

Srbsko:

Tématem dne je **decentralizace**, vznik nezávislých praxí. Primární péče je poskytována na 3 úrovních: kromě samostatných ordinací i ambulance na poliklinikách a klinikách.

Každé město si buduje vlastní primární péči, takže PL mají různý status a jiné vyjednávací pozice s ministerstvem.

V roce 2008 začíná experimentálně kapitační platba, začínají **akreditace** praxí.

Srbsko a Kanada:

Byl představen společný projekt „**Sociální determinanty zdraví**“, který vychází z teze, že starší lidé své chování a přístupy ke zdraví nezmění, ty „už musíme doléčit, jak to jde“ Ale pro zdraví je nutný nejen dobře fungující zdravotní systém včetně primární péče, ale také celkový přístup společnosti



MUDr. Zuzana Miškovská

k zodpovědnosti za zdraví. Autoři projektu se tedy soustředili na působení na mladé lidi, kteří teprve tvoří své názory a sociální vazby.

Ve výzvě **Photovoice** dostali mladí lidé za úkol pomocí fotografií odhalit typické znaky sociálního zdraví ve svém okolí, kritizovat a diskutovat: co je veselé, co je typické, co ovlivňuje náš život, proč je tento problém a proč je závažný: působivé byly obrázky a diskuse nad kouřícími dětmi, arabskou ženou shánějící kondom apod.

V Srbsku propagují **mládeži nakloněný zdravotní systém**. Vytvořili a zveřejnili plakáty a billboardy se šťastnými ošetřenými teenagery - nechali se vyšetřit na HIV, poslechli edukaci o drogách o potratech apod.

Z české delegace:

MUDr. Marika Dědinová představila Sdružení maďarských lékařů v České republice - nyní čerstvě po založení má 100 členů, stále hodně Maďarů v Česku studuje.

Představila také českou reformu - důraz na spoluúčast a spoluodpovědnost občanů za své zdraví. Pozvala do Prahy na WONCA 2013.

MUDr. Zuzana Miškovská představila nové doporučené postupy, a především fakt, že součástí DP mají být i informace pro pacienty. Také spolu s **MUDr. Alicí Havlovou** představila model implementace DP pro sestry PL a první hodnocení této iniciativy v projektu Mama nostra.

MUDr. Otakar Maňas ale připomněl, že všechny odborné úspěchy SVL, včetně tvorby a implementace DP, jsou výsledkem práce mnoha nadšených

dobrovolníků, ale české zdravotnictví a primární péče potřebují skutečnou reformu, která přinese nové finance. Reforma je nyní vnímána spíše jako výzva pro **byznysmeny**, aby se ve zdravotnictví obohatili: například se zdá, že jeden vlastník bude mít i zdravotní pojišťovnu i ordinace praktiků i nemocnice.

V diskusi:

Zazněly obavy ze stárnutí PL - je to problém mnoha zemí a souvisí s orientací mladých lidí jen na peněžní odměnu. Jak řekl maďarský kolega: „Dokud se nás mladí lékaři budou ptát, co si jako PL vydělají, nezískáme nikoho. Musíme jim dát jinou motivaci.“

Čím více se budou PL setkávat, čím více se budou navzájem ptát a diskutovat, tím budou PL silnější a mohou více tlačit na své vlády a ovlivňovat reformy.

Na závěr:

měl proslout prof. Christos Lionis, vědecký sekretář WONCA: „Pozoruji vaše jednání 4 roky, musím s radostí konstatovat, že pokroky děláte, ale máte jinou situaci a jiné tradice, než klasický anglo-americký svět. Nepouštějte se americkou cestou, rozšiřujte ideu svobody PL, držte se teze sociálního citění ve zdravotnictví.“

Pro SVL ČLS JEP
zapsala Z. Miškovská

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v březnu 2008

Na březnových seminářích bude, kromě v jednotlivých regionech individuálně volených témat s různou aktuální problematikou, věnován čas i novinkám vyplývajícím z aktualizace doporučeného postupu Deprese. Zatímco se základní diagnostikou deprese a principy léčby pomocí SSRI antidepressiv u lečebních forem deprese se praktičtí lékaři již dobře seznámili, objevují se nové farmakoterapeutické možnosti, které mohou při svých léčebných intervencích s prospěchem pro pacienta využívat. Jde zejména o to, seznámit praktické lékaře s možnostmi indikace antidepressiva s duálním účinkem, která byla do primární péče nově uvolněna. Dalším aktuálním bodem aktualizace je screening deprese za použití jednoduchých screeningových nástrojů.

Novinky v léčbě deprese

Čtvrtek 6.3.2008	16:00 - 20:00	Liberec, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14
Čtvrtek 6.3.2008	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Oddělení vzdělávání Masarykovy nem., výuková složka, Sociální péče 12/A/4
Čtvrtek 6.3.2008	16:00 - 20:00	Znojmo, Hotel Prestige, Pražská 100
Sobota 8.3.2008	9:00 - 13:00	Praha, Lékařský dům Sokolská, Sokolská 31
Pondělí 10.3.2008	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Bartošova čtvrt
Úterý 11.3.2008	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Úterý 11.3.2008	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štросova 127
Čtvrtek 13.3.2008	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota 15.3.2008	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Středa 19.3.2008	17:00 - 21:00	Jihlava, presbitář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek 20.3.2008	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Sobota 22.3.2008	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Středa 26.3.2008	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Středa 26.3.2008	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Sobota 29.3.2008	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 29.3.2008	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31

Semináře jsou podpořeny Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci projektu „Podpora kvality specializačního a kontinuálního vzdělávání v oboru praktické lékařství pro dospělé“ (VSP/1/2727/90-R)

MUDr. Debora Karetová, MUDr. Michaela Ingrischová, as. MUDr. Jana Vojtíšková

II. interní klinika kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN, Praha; Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK Praha

Ischemická choroba dolních končetin

– marker celkového kardiovaskulárního rizika

Souhrn: Ischemická choroba dolních končetin je nejběžnější lokalizací periferní aterosklerózy, přičemž v časných stadiích je klinicky němá. V případě, že stenóza tepny přesáhne 50%, může způsobovat klaudikace, při progresi nemoci klidové ischemické bolesti a zapříčinit větší či menší ztrátu tkáně. Nicméně řada nemocných zůstává asymptomatická díky vývinu kolaterálního oběhu. Uváděná prevalence choroby v populaci kolísá mezi 0,6 - 10%, s dramatickým nárůstem ve vyšším věku ke 20%. Revaskularizace je nutná u téměř čtvrtiny symptomatických nemocných. Do fáze kritické končetinové ischemie s ohrožením viability končetiny se v průběhu nemoci dostane méně než 5% postižených. Ztráta části končetiny je tedy vzácná, nicméně je spojena s výraznou invaliditou a celkově špatnou prognózou. Po amputaci končetiny umírá v prvním roce 30-40% nemocných. Vzhledem k tomu, že 99% arteriálních obstrukcí vzniká aterosklerotickým procesem, je zjištění časných fází nemoci klíčové k zahájení intervence známých rizik progresu aterosklerózy (zejména arteriální hypertenze, hyperlipoproteinémie, kouření a diabetu mellitu). Celkově je odhalení preklinických i počínajících klinicky významných forem periferní aterosklerózy u ohrožených nemocných v posledních letech věnována velká pozornost, stejně tak jako včasné farmakologické intervenci u rizikových jedinců.

Etiologie chronických forem ischemické choroby dolních končetin (ICHDK), která je nejčastější manifestací periferní ischemie, je v naprosté většině případů obliterující aterosklerotický proces (v 98%). Vzácnější příčiny jsou uvedeny v tabulce 1.

Výskyt a prognóza onemocnění: choroba častěji postihuje muže, u těžších forem je tento poměr výrazný (2,5x častěji). Incidence ICHDK dramaticky narůstá s věkem (méně než 3% u osob pod 60 let, až 20% u nemocných nad 75 let). Je však třeba myslet na to, že uváděná hodnota je pouze prevalence symptomatických forem. Rizikové faktory vývoje ICHDK jsou společné všem kardiovaskulárním chorobám vznikajícím na podkladě aterosklerózy. Nejsilnějšími riziky pro ICHDK, vedle neovlivnitelných faktorů - věku a pohlaví, jsou nikotinismus (kuřák má 3-násobně vyšší riziko vzniku ICHDK než nekuřák) a diabetes mellitus (u diabetiků je minimálně 5x vyšší riziko vzniku nejtěžších forem choroby - vzniku kritické ischemie oproti nediabetikům). Dalším nepochybně významně se uplatňujícím faktorem je hyperlipoproteinémie (HLP) a arteriální hypertenze.

Koexistence ICHDK s ischemickou chorobou srdeční (ICHS) a cévním onemocněním mozku v rámci povšechné aterosklerózy je častá. Ve studiích, kde diagnóza ICHS byla u klaudikantů ověřena koronarografií, dosahovala prevalence koronární nemoci 50 - 70%. Přibližně jedna polovina nemocných s ICHDK má ischemii myokardu detekovatelnou neinvazivními metodami. Vztah

cévního poškození mozku a ICHDK je také zřejmý: ultrasonografií jsou zjišťovány významné změny na karotidách u 25 - 50% nemocných s ICHDK. Celkově nutno předpokládat, že až dvě třetiny nemocných s periferní končetinovou ischemií mají současně přítomné významné změny v koronárním či mozek zásobujícím řečišti.

Prognóza vlastní ICHDK projevující se klaudikacemi je relativně dobrá. Uvádí se, že většina klaudikantů zůstává stabilních, jen 20 - 30% z nich musí být revaskularizováno. Stabilizace obtíží je ovlivněna vývinem kolaterál, metabolickou adaptací ischemického svalstva a zvýšením kapilární denzity. Minimálnímu procentu klaudikantů hrozí amputace končetiny pro progresi nemoci. Na rozdíl od příznivější prognózy klaudikujících, nemocným s kritickou končetinovou ischemií hrozí vážné riziko amputace. Prognóza je těžší zejména u nemocných, kde není možná revaskularizace. I přes intenzivní farmakoterapii zůstává po 6 měsících od vzniku kritické ischemie polovina nemocných naživu bez amputace. U revaskularizovaných nemocných přežívá po jednom roce 80% pacientů, z nichž je 35% po amputaci. Příčinou úmrtí nemocných s ICHDK je málokdy periferní choroba sama o sobě. Více než polovina nemocných umírá na komplikace ICHS. Na vaskulární onemocnění mozku 10%, 25% z nekar-diovaskulárních příčin. Méně než 10% umírá na vlastní cévní příčiny (nejčastěji jde o rupturu aneurysmatu břišní aorty).

Prognóza nemocných s ICHDK je ovlivněna zásadně rozsahem poškození dalších orgánů



MUDr. Debora Karetová



MUDr. Michaela Ingrischová

až dvě třetiny nemocných s periferní končetinovou ischemií mají současně přítomné významné změny v koronárním či mozek zásobujícím řečišti

Tabulka 1: Příčiny chronických forem ICHDK

1. obliterující ateroskleróza tepen dolních končetin
2. vzácné příčiny: thrombangiitis obliterans (von Winiwarter – Buergerova choroba), vaskulitidy (primární a sekundární), kompresivní syndromy – např. entrapment podkolenní tepny, cystická degenerace adventicie, traumaticky a iatrogeně podmíněné tepenné uzávěry, traumatizace subklaviální tepny při „thoracic outlet syndromu“, myeloproliferativní onemocnění (primární trombocytémie, polycytémie vera)

Klidové bolesti se zhoršují v noci

funkční potní žlázy vylučují těžší formu ischemie

šelest na tepnou dokládá její průchodnost

defekty jsou alarmujícím nálezem

(současný výskyt ICHS, poškození karotických a mozkových tepen), přítomností diabetu mellitu, klinickým stádiem ICHDK při stanovení diagnózy a přítomností ostatních rizikových faktorů (stavem jejich korekce).

V klasifikaci ICHDK - se dosud nejběžněji užívá dělení ICHDK do 4 stádií dle Fontaina z roku 1954 (v angloamerických zemích se užívá novější klasifikace Rutherfordova) – viz tab. 2.

Pokročilá stádia nemoci (3. a 4. stadium dle Fontaina) se prakticky kryjí s definicí **kritické končetinové ischemie**:

- ta je charakteristická klidovou bolestí trvající více než 2 týdny a/nebo

- vznikem trofického defektu na dolní končetině s kotníkovým tlakem ≤ 50 mm Hg nebo prstovým tlakem ≤ 30 mm Hg.

Asymptomatické stadium může objevit pouze lékař, a sice již fyzikálním vyšetřením (oslabené pulzace, šelesty nad tepnami a případně měřený pokles periferních tlaků) nebo je poškození tepny patrné při sonografickém vyšetření (pláty v karotickém, femorálním nebo jiném řečišti).

Klaudikační bolesti jsou stabilní obtíží nemocného, i když délka chůze do vzniku křečovitě bolesti může mírně kolísat (v závislosti na rychlosti chůze, druhu terénu, apod.). Nicméně jde o typické bolesti navozené chůzí a mizící zastavením. Jejich lokalizace (chodidlo, lýtko, stehno, hýždě) odpovídá výši stenózy či uzávěru. Kromě klasických klaudikací má však řada nemocných obtíže atypické, projevující se unavitelností končetiny a jinými stesky, které starší člověk dává do souvislosti s věkem.

Klidové ischemické bolesti jsou vždy lokalizovány akrálně – tedy v prstech nohy, patě nebo v nártu. Zhoršují se zejména v noci, kdy se v horizontální poloze těla zmenší plnicí tlak (proto typické svěšování nebo noční procházení se). Plně vyjádřené ischemické bolesti jsou jednou z nejhůře snášených obtíží. „Mírnější“ formy se projevují např. brněním. Klidové bolesti ve vyšších partiích končetiny (bérec, oblast kolene, stehno) nejsou nikdy ischemické (není zde terminální zásobení).

Diagnostika ICHDK

Anamnéza: Tato nemoc je jednou z mála diagnóz ve vnitřním lékařství, kterou jsme schopni již na základě typické anamnézy odhalit (v případě charakteristických klaudikací nebo jednoznačných ischemických bolestí). Klaudikace jsou obdobou

námahové stenokardie, proto se také zmírňují nebo mizí zastavením. Klidové ischemické bolesti analogicky odpovídají nestabilní angině.

Zvažujeme-li u pacienta možnost ICHDK, je nezbytné v první řadě stanovit rizikové faktory aterosklerózy, pátrat po příznacích možné koincidující ischemické choroby srdeční (ICHS) či jiné známky poškození kardiovaskulárního systému (šelesty nad karotidami, abnormálně výrazné pulzace břišní aorty).

Diferenciální diagnostika bolestí je uvedena v tab. 3. Kromě nejčastější příčiny poškození tepen – tepenné aterosklerózy - jsou níže uvedeny další možnosti bolesti v končetině.

Fyzikální vyšetření pomáhá zpřesnit prvotní úsudek, zda obtíže nemocného mohou mít ischemický podklad. Vyšetření provádíme vždy u zutého nemocného.

Inspekci zjišťujeme, zda není již v klidu přítomna asymetrie barvy a teploty končetin (bledost signalizuje ischemii, zarudnutí pak např. zánět v okolí kožního defektu apod.). Orientačně hodnotíme kvalitu kůže a jejích adnex (suchá atrofická pokožka, spolu se zesílenými nehty a vymizením ochlupení signalizuje chronickou ischemii). Naopak funkční potní žlázy vylučují těžší formu ischemie! Základem vyšetření je ověření přítomnosti pulzací a šelestů: chybění kterékoliv pulzace na dolní končetině je podezřelý z přítomnosti ICHDK.

Obtíže obvykle činí palpaci podkolenní tepny, kdy vyšetřujeme v mírné flexi končetiny, palpujeme zanořením v hloubi podkolenní jamky, lehce laterálně od střední linie. Je třeba vzít v úvahu hodnotu systémového tlaku, neboť u hypotenze se systolickým tlakem pod 100 mm Hg se někdy nedaří průchodnou, zdravou tepnu palpat. Šelest se může vyskytovat nad femorální tepnou v tříslu, případně v celém průběhu stehna nad a. femoralis superficialis (AFS), kromě již výše uvedených ilických tepen. Šelest nad tepnou dokládá, že tepna je průchodná. Nejsme-li si jisti klidovým nálezem, necháme pacienta pro ozřejmení krátce zacvičit (polodřepy, „šlapání na kole“ vleže apod.). Jakékoliv defekty, pokud nejsou v jejich blízkosti dobře hmatné tepny, jsou alarmujícím nálezem s nutností urgentního angiologického vyšetření. Provedení polohového testu (flexe v kotníku při elevovaných končetinách a odečítání bledosti chodidla a následného zpomaleného plnění povrchních žil po svěšení vyžaduje již zacvičení a jistou zběhlost v odečtu).

Význam měření kotníkového indexu pomocí kapesního tužkového dopplerovského průtokoměru

Nejjednodušším, nejrychlejším a nejcitlivějším diagnostickým přístupem k posouzení průchodnosti tepen dolních končetin je stanovení tzv. indexu kotník – paže (z angličtiny ABI = Ankle Brachial Index), který představuje bezrozměrné

číslo určující poměr systolického kotníkového tlaku na periferní tepně k systolickému tlaku na paži.

Měření ABI je užitečné jak pro záchyt a sledování průběhu obliterující choroby dolních končetin, tak jako spolehlivý a jednoduchý ukazatel kardiovaskulárního rizika a představuje nejjednodušší možnost stanovení přítomnosti subklinické aterosklerózy.

ABI se užívá jak v epidemiologických studiích, tak v cévních laboratořích. Měl by však být v budoucnosti rutinním vyšetřením také v ordinaci praktického lékaře. Je užíván jako screeningová metoda choroby (v budoucnu by měl být prováděn všem nemocným ve věku 50 – 69 let s přítomností rizikových faktorů aterosklerózy, případně u všech nemocných nad 70 let nebo u nemocných se známou koronární nebo cerebrovaskulární aterosklerózou). Je vhodný k monitoraci efektu léčby, případně k posouzení vývoje nemoci.

Stanovení ABI je jednoduché. Pacienta vyšetřujeme vleže po několikaminutovém zklidnění. Manžetu k měření tlaku naložíme na paži a změříme hodnoty systolického tlaku na obou brachiálních tepnách (je-li z dokumentace zřejmé, že

Tabulka 2: Klasifikace ICHDK dle Fontaina a Rutherforda

Fontaine		Rutherford		
Stadium	Klinika	Stupeň	Kategorie	Klinika
I.	asymptomatický	0	0	asymptomatický
II a.	mírné klaudikace	I.	1.	mírné klaudikace
II b.	středně těžké klaudikace	I.	2.	střední klaudikace
		I.	3	těžké klaudikace
III.	klidové bolesti	II.	4	klidové bolesti
		III.	5	malá ztráta tkáně
IV.	ulcerace nebo gangréna	III.	6.	velká ztráta tkáně

minulé tlaky auskultačně měřené na obou HK jsou stejné, stačí změřit na jedné z končetin). Měření provádíme pomocí 5 nebo 10 MHz sondy tak, že pod manžetu umístíme sondu a zaznamenáme akustický signál tepny (přirovnávaný k rytmickým výstřelům). Následuje nafukování manžety suprasystolicky, tzn. že signál při určité hodnotě vymizí. *Při pozvolné deflaci (vypouštění manžety) se signál tepny znovu objeví a tento okamžik určuje systolický tlak nad danou tepnou.* Manžetu nakládáme zpočátku na obě horní končetiny nad loket a změříme zde systolické tlaky, pak manžetu umístíme na bérce několik centimetrů nad kotník a obdobně změříme systolický tlak na a. tibialis posterior a a. dorsalis pedis. Není-li signál na dorzu nohy zřetelný, pak zkoušíme na a. tibialis anterior v úrovni kotníku. ABI stanovujeme

**ABI = index kotník
–paže, kotníkový index**

ATORIS®

Atoris 10; 30 a 90 potahovaných tablet
Atoris 20; 30 a 90 potahovaných tablet
Atoris 40; 30 potahovaných tablet

atorvastatinum
calcium

Přivede Vás k cíli

Základní informace pro předpis léčivého přípravku (přípravku podle schváleného Souhrnu údajů o přípravku)

Kvalitativní a kvantitativní složení: Atoris 10: Atorvastatinum calcium 10,36 mg v 1 potahované tabletě (což odpovídá 10 mg atorvastatinu), Atoris 20: Atorvastatinum calcium 20,72 mg v 1 potahované tabletě (což odpovídá 20 mg atorvastatinu), Atoris 40: Atorvastatinum calcium 41,44 mg v 1 potahované tabletě (což odpovídá 40 mg atorvastatinu). Léková forma: Bílé kulaté konvenční potahované tablety. **Indikace:** Atorvastatin je indikován se současně navrhovanou dietou ke snížení zvýšeného celkového cholesterolu, LDL-cholesterolu, apolipoproteinu B a hladiny triglyceridů u pacientů s primární hypercholesterolemie včetně familiární hypercholesterolemie (heterozygotní forma) nebo se smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií (odpovídající typu IIa nebo typu IIb podle Fredricksona), pokud dieta a jiné nefarmakologické možnosti nevedly k dostatečnému účinku. Atorvastatin je též indikován ke snížení celkového cholesterolu a LDL-cholesterolu u pacientů s homozygotní familiární hypercholesterolemie, jako přídavná léčba k další hypolipidemické terapii (jako je LDL ateraže) nebo v případech, když tyto léčebné metody nejsou dostupné.

Dávkování a způsob podání:

Počáteční dávka	10 mg
Maximální dávka	80 mg

Běžně se léčba zahajuje 10 mg atorvastatinu 1x denně. Úprava dávkování následuje individuálně podle výchozích výsledků LDL-cholesterolu, v porovnání s cílovými hladinami LDL-cholesterolu a podle reakce pacienta na léčbu. Úprava dávkování se provádí s odstupem 4 týdnů a déle. Maximální dávka je 80 mg atorvastatinu jednou denně. Účinná není závislost na denní době či příjmu potravy. Primární hypercholesterolemie a smíšená hyperlipidemie: Ve většině případů je dávka 10 mg atorvastatinu 1x denně dostačující. Terapeutický účinek se objeví zpravidla za 2 týdny a maximální terapeutický efekt bývá zpravidla dosažen za 4 týdny. Účinek je při dlouhodobé terapii stálý. Heterozygotní familiární hypercholesterolemie: Léčba se obvykle zahajuje 10 mg atorvastatinu denně. Další úprava dávkování je pak individuální a úprava dávkování by měla být prováděna po 4 týdnech až do dávky 40 mg atorvastatinu denně. Poté může být dávkování zvýšeno až na maximální dávku 80 mg denně nebo se může kombinovat sekestrant žlučových kyselin se 40 mg atorvastatinu. Homozygotní familiární hypercholesterolemie: U pacientů s homozygotní familiární hypercholesterolemie je dávkování atorvastatinu 10 – 80 mg denně. Atorvastatin by se měl podávat jako přídavná léčba k další hypolipidemické terapii (jako je LDL ateraže) nebo v případech, když tyto

léčebné metody nejsou dostupné. **Kontraindikace:** Atorvastatin je kontraindikován u pacientů: s přecitlivělostí na jakoukoliv složku přípravku; s jaterním onemocněním v aktivním stavu nebo neobjasněným přetrvávajícím zvýšením sérových transamináz na více než trojnásobek normálních hodnot; s myopatií; v těhotenství, v období kojení, u žen v reprodukčním věku, které neužívají vhodnou antikoncepci. **Zvláštní upozornění:** Při léčbě atorvastatinem může dojít ke zvýšení hodnot jaterních enzymů v séru. Pokud je toto zvýšení u většiny pacientů malé a nemá žádný klinický význam, doporučuje se sledovat aktivitu jaterních enzymů v séru před zahájením léčby a během léčby. Je-li zjištěno zvýšení hodnoty aspartátaminotransferázy (AST) a/nebo alaninaminotransferázy (ALT) nad hodnotu třikrát vyšší než horní hranice normálních hodnot, je třeba léčbu atorvastatinem ukončit. Objeví-li se symptomy myopatie, doporučuje se stanovit hodnotu kreatininký (CK) v séru. V případě významného patologického zvýšení aktivity kreatininký je třeba léčbu ukončit. Interakce: Současné užívání atorvastatinu a cyklosporinu, antibiotik (erythromycin, clarithromycin, quinupristin a delfipristin), inhibitorů proteolýzy, azolových antimykotik nebo nefazodonu, dále pak fibrátů nebo niazinu může mít za následek zvýšení hodnoty atorvastatinu v séru, které může vést ke vzniku myopatie s rozpadem svalových buněk (rabdomyolýzou) se selháním ledvin. Současné užívání atorvastatinu a warfarinu může zvyšovat vliv warfarinu na koagulační parametry. **Těhotenství a kojení:** Atorvastatin je v době těhotenství a při kojení kontraindikován. **Nežádoucí účinky:** Většina pacientů atorvastatin velmi dobře snáší. Nežádoucí účinky jsou obvykle mírné a přechodné. Při klinických studiích ukončila léčbu kvůli nežádoucím účinkům souvisejícím s atorvastatinem méně než 2 % pacientů. Mezi nejvýznamnější nežádoucí účinky (s frekvencí > 1/100 a < 1/10) patří: zácpa, nadýmání, dyspepsie, nauzea, průjem, alergické reakce, insomnie, bolest hlavy, závrať, parestézie, kožní vyrážka, pruritus, myalgie, artralgie, astenie, bolest na hrudi, bolest zad, periferní otok. **Balení:** 30 a 90 potahovaných tablet po 10 mg a 20 mg a 30 potahovaných tablet po 40 mg. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Doba použitelnosti:** Atoris 10, 20, 40, 2 roky.

Průběh nežádoucích účinků předepíše, seznámte se, prosím, s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku (SPC).

Datum první registrace: Atoris 10: 26.1.2005; Atoris 20: 26.1.2005; Atoris 40: 7.9.2005
Datum poslední revize textu SPC Atoris 10, 20, 40: 21. 2. 2007
Držitel rozhodnutí o registraci: KRKA, d.d., Novo mesto, Slovinsko
Registrační číslo: Atoris 10: 31/021/05-C; Atoris 20: 31/022/05-C; Atoris 40: 31/323/05-C
Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis.
Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Neptřířizí veřejná informační služba - tel./zám./fax: 221 115 150, e-mail: info@krka.cz

**Invence a znalosti
pro účinné a bezpečné
výrobky nejvyšší kvality.**

KRKA

Kontaktní adresa: Krka ČR, s.r.o., Sokolovská 79/192, 186 00 Praha 8 - Karlín, tel.: + 420 221 115 115, fax: + 420 221 115 116, www.krka.cz

Tabulka 3: Neaterosklerotické příčiny bolesti v končetině při námaze
tepenné postižení neaterosklerotické etiologie
- embolizmus, opak. drobné periferní embolizace (zdroj nejčastěji v srdci)
- vaskulitis (zvýšená sedimentace ery, další celkové příznaky – teploty, únava,...)
- fibromuskulární dysplázie
- extravaskulární komprese
- entrapment popliteální tepny
- cysta adventicie
- endofibróza ilické tepny
venózní „klaudikace“ (potrombotický syndrom – zejména přetrvávající uzávěr pánevních žil)
syndrom kompartmentu
lumbální radikulopatie (v rámci chronického vertebrogenního syndromu), ev. spinální stenóza
gonartróza, coxartróza, záněty kloubní
myalgie - myositidy

TK+ kompenzace LDL je důležitější než kontrola DM a hmotnost

statiny jsou základní součástí medikace

obtíže nemocného výrazně zlepšuje pravidelné cvičení

pro každou končetinu zvlášť, přičemž do čitatele zlomku vkládáme vyšší naměřenou hodnotu u kotníku (resp. na dorzu nohy), do jmenovatele vyšší hodnotu systolického tlaku na paži (nerozhoduje zda levé nebo pravé). Normální hodnota ABI je 1 – 1,29 (za hraniční hodnotu se považuje 0,91 – 0,99), proto **jednoznačně patologickou hodnotou ABI - svědčící pro přítomnost ICHDK - je hodnota pod 0,9.**

Nízký ABI je nezávislý ukazatel rizika rozvoje kardiovaskulárních onemocnění. Čím nižší ABI, tím vyšší riziko kardiovaskulární morbidity a mortality. Snížená hodnota není tedy pouze indikátorem přítomnosti ischemické choroby dolních končetin (ICHDK), ale významným prediktorem zvýšeného kardiovaskulárního rizika – úmrtí, ischemické choroby srdeční a ischemie mozku. Těžké formy ICHDK s výrazným snížením ABI (pod 0,5) jsou spojeny až s 15-násobným rizikem mortality. Riziko úmrtí je zejména z koronárních příčin, ale i z cerebrovaskulárních důvodů.

Základní léčebné cíle při zjištění diagnózy ICHDK máme dva:

1. bránit systémovým komplikacím generalizované aterosklerózy, kdy jde zejména o prevenci vzniku infarktu myokardu a iktu
2. zlepšit obtíže nemocného

Ad 1: Nezbytná jsou doporučení, eventuálně farmakologická podpora k **vymanění nemocného z nikotinismu** (nikotinové náhražky, event. psychofarmaka – bupropion, vareniklin). V případech nezvladatelné závislosti odeslání pacienta do specializovaného centra. Cílem léčby arteriální hypertenze je i u nemocných s ICHDK (vyjma pacientů v kritické končetinové ischemii) **korekce systémového tlaku na hodnoty menší 130/80 mm**

Hg, s preferenčním užitím inhibitorů angiotensinkonvertujícího enzymu (ramipril ve studii HOPE snížil riziko vážné cévní příhody u těchto pacientů o čtvrtinu). Podání betablokátorů v léčbě hypertenze u nemocných s ICHDK není kontraindikováno, naopak pacienti se současnou ICHS z této léčby výrazně profitují. Kromě úpravy krevního tlaku se snažíme **intervenovat dyslipidemií k cílovým hodnotám LDL cholesterolu pod 2,5 mmol/l**

(preferenčně statinem). Snížení krevního tlaku a hladiny cholesterolu je základním léčebným opatřením u všech nemocných. Statiny jsou základní součástí medikace, bez ohledu na vstupní hodnoty cholesterolu (simvastatin ve studiích snížil riziko vážné cévní příhody o pětinu). **U diabetiků je žádoucí kompenzace, kontrolovaná pomocí glykosylovaného Hb, s hodnotou pod 5%.** Obézní nemocní by měli redukovat váhu v nezbytných případech i s podporou farmak.

Nicméně kontrola krevního tlaku a nízké hladiny lipidů se zdají být významnějšími než kontrola diabetu a hmotnosti. Další **nutnou součástí medikace je protidestičková léčba.** Nejčastěji je podávána kyselina acetylsalicylová (ASA). V případě její intolerance (zažívací obtíže apod.) je doporučeno preventivní podávání inhibitorů protonové pumpy. Další možností jsou některé z tienopyridinů (tiklopidin, klopidogrel). Nemocní po implantaci stentů do periferního řečiště jsou přechodně indikováni k duální protidestičkové léčbě. Indobufen (bustrin) se dle aktuálních doporučení nepovažuje za prokázaně účinný lék, srovnatelný s ASA nebo tienopyridiny.

Ad 2: Obtíže nemocného významně zlepšuje **pravidelné cvičení.**

Pacientům doporučujeme provádět speciální cviky (zejména podřepy, výstupy na špičky), alespoň dvakrát týdně. Lepší výsledky dosahují pacienti, pokud cvičí pod dohledem rehabilitačních sester, což je méně časté. Snažíme se nemocného poučit tak, aby nerezignoval na chůzi, byl pomalým tempem a pokoušel se ujít několik kilometrů denně. Intervalový svalový trénink je velmi významný a ve velkých studiích dokladuje zcela srovnatelné výsledky s dosud běžně předepisovanou farmakologickou léčbou. Na trhu zůstávají 2 základní

Tabulka 4: Výpočet kotníkového indexu (ABI = Ankle Brachial Index)
ABI = $\frac{\text{systolický tlak na periferní tepně DK (dolní končetina)}}{\text{systolický tlak na HK (horní končetina)}}$ = 0,9 – 1,29 (u zdravého jedince)

vazoaktivní léky - pentoxifylin a naftidrofuryl. Prostanoidy zůstávají vyhrazeny pro nemocné s defekty, bez možnosti endovaskulární nebo chirurgické revaskularizace. Vazoaktivní léky je třeba předepisovat pokud možno v plné doporučené dávce (tj. 800 – 1 200 mg pentoxifylinu nebo 600 mg naftidrofurylu tj. 3 x 2 tbl. Enelbinu (velmi časté je nedostatečné dávkování). Po několika týdnech až měsících je vhodné prověřit terapeutický efekt. Pokud pacient nepocituje zlepšení (prodloužení klaudikační vzdálenosti), jejich další preskripce je neodůvodněná. Perspektivním lékem na klaudikace se jeví cilostazol (inhibitor fosfodiesterázy typu 3), dosud v České republice neregistrovaný.

Stále platí, že **nemocný s těžší formou ischemie** (krátké a limitující klaudikace, klidové bolesti, již vyvinuté defekty) **patří urychleně do péče angiologa, který indikuje angiografické vyšetření a na jeho základě pak rozhoduje o možnosti revaskularizace.**

Revaskularizace je metodou volby v pokročilých stádiích choroby.

Závěr

Kardiovaskulární onemocnění je hlavní příčinou smrti jak v Evropě, tak ve Spojených státech. Komplikace aterosklerózy představují trvalý nárůst morbiditu a mortality. Prevence a léčba KVO je jedním z nejdůležitějších celosvětových problémů. V současné medicíně stále více nabývá na významu zjišťování míry rizika osob pro optimální nastavení léčebných strategií.

Poznání ICHDK v časných stádiích symptomatických, ale také asymptomatických forem, je důležité pro osud pacienta. ICHDK je indikátorem systémové aterosklerózy a nemocný má výrazně zvýšené riziko vzniku infarktu myokardu a iktu. Usilujeme tedy o odstranění nebo alespoň intervenci známých rizikových faktorů všemi dostupnými způsoby. Není to jen změna životního stylu, ale zejména účinná a efektivní farmakoterapie. Pacient s periferní aterosklerózou nesmí být ochuzen o možný benefit plynoucí zejména z podání hypolipidemik a protidestičkových léků a samozřejmě event. o antihypertenzní medikaci. Není jasné a opodstatněné, proč jsou pacienti s periferními formami aterosklerózy léčení doporučenými farmaky výrazně méně než srovnatelná skupina kardiaků s ICHS.

Otázkou je, koho cíleně do budoucnosti vyšetřovat: jistě nemocné s bolestí v končetině suspektní z ischemické etiologie, nemocné nad 50 let věku s alespoň jedním rizikovým faktorem aterosklerózy a nemocné s již známou jinou lokalizací aterosklerózy (ICHS, stav po iktu).

PROJEKT „STOP ICHDK“

Pod odbornou garancí Angiologické společnosti a Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, ve spolupráci s 1. LF UK Praha (II. interní klinikou

kardiologie a angiologie, ÚVL 1. LF UK Praha) se v plánovaném projektu pokusíme:

V 1. fázi: posoudit úroveň intervence rizikových faktorů u nemocných s ICHDK a jinou známou periferní lokalizací aterosklerózy (karotických tepen, tepen horních končetin, aterosklerotických lézí břišních tepen a aorty), případně detekovat rizika dosud nezjištěná.

Ve 2. fázi: zjistit prevalenci symptomatických a symptomatických forem ICHDK jako markeru celkového kardiovaskulárního rizika u mužů a žen (ve věku 50 – 80 let) u pacientů s přítomností rizikových faktorů aterosklerózy a/nebo v přítomnosti prokázané koronární nebo cerebrovaskulární nemoci.

V oblasti ICHDK je zcela jistě nezbytná spolupráce praktických lékařů a angiologů. Proto byl připraven tento projekt na podporu včasného odhalení a optimálního přístupu k pacientům s ischemickou chorobou dolních končetin.

Doc. MUDr. Debora KARETOVÁ, CSc. - doc. Karetová absolvovala Fakultu všeobecného lékařství v roce 1983, přičemž již během studií pracovala jako pomocná vědecká síla pod vedením angiologů IV. interní kliniky doc. Krčálka a doc. Puchmayera. Po absolvování fakulty nastoupila na II. interní kliniku dnešní 1. LF UK, kde pracuje dodnes. V začátcích se věnovala kardiovaskulární epidemiologii, neinvazivním diagnostickým metodám v kardiologii, posléze od 90. let angiologii. Byla členkou řešitelského teamu zabývajícího se vrozenými poruchami metabolismu glykosfingolipidů; detekce endoteliální dysfunkce byla předmětem její disertační práce. Byla habilitována v roce 2005 prací *Kardiovaskulární projevy Fabryho nemoci u žen. Kromě toho je trvalým předmětem jejího zájmu farmakoterapie trombózy, ischemické choroby dolních končetin a srdce. Je hlavní autorkou monografie Angiologie pro praxi, která byla vydána v roce 2007 podruhé. Je autorkou nebo spoluautorkou více než 100 článků v odborném tisku, autorkou kapitol v učebnicích pro studenty medicíny. Kromě toho byla spoluřešitelkou řady mezinárodních klinických studií. Na II. interní klinice je vedoucí standardního klinického oddělení, pracuje na angiologické ambulanci kliniky, je zodpovědná za organizaci výuky kardiologie a angiologie pro studenty 1. LF UK. Je vědeckým sekretářem Angiologické společnosti ČLS JEP.*

MUDr. Michaela Ingrischová - promoce na 1. LF UK Praha v roce 1996. V současné době sekundární lékařka na II. interní klinice kardiologie a angiologie VFN Praha. Studentka 2. ročníku postgraduálního prezenčního programu 1. LF UK v oboru fyziologie a patofyziologie člověka - ischemická choroba dolních končetin.

velmi častou chybou je nedostatečné dávkování vazoaktivních léků

Teva - Triglyx

Teva - Teva

Goetz P.

Předseda Společnosti lékařské genetiky ČLS JEP, Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK

Foretová L.

Místopředsedkyně Společnosti lékařské genetiky, Masarykův onkologický ústav Brno

Macek M.

Člen výboru Společnosti lékařské genetiky, Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK

Brdička R.

Člen výboru Společnosti lékařské genetiky, Ústav hematologie a krevní transfuze Praha

Jüttnerová V.

Členka výboru Společnosti lékařské genetiky, Oddělení lékařské genetiky FN Hradec Králové

Franková V.

Ústav pro humanitární studia v lékařství, 1. LF UK, Praha

Hořínová V.

Oddělení lékařské genetiky, Jihlava

Payne J.

Předseda Společnosti lékařské etiky, Ústav pro humanitární studia v lékařství 1. LF UK

Hach P.

Předseda etické komise MZD ČR

Hrozí zneužití – diskreditace lékařské genetiky

Souhrn: Lékařská genetika má bezesporu pohnutou historii, je poznamenána obdobími, kdy byla tragicky zneužita. Poznatky o genetické podmíněnosti normálních i abnormálních znaků, spolu s eugenickým hnutím byly v 30. a 40. letech min. století zneužity v nacistickém Německu v podobě rasové teorie a následné otřesné praxe rasové hygieny. Komunistické Rusko německé rasistické a eugenické aktivity odmítlo, ale zároveň odmítlo a likvidovalo v období lysenkoismu (50. léta) genetiku jako takovou.

Tato mementa je třeba stále mít na paměti, zejména nyní, kdy neustále se rozšiřující znalosti o lidském genomu přináší nové možnosti jak pozitivního medicínského využití, tak i zneužití. Existují vážné obavy z použití vědecky a klinicky nepodložených postupů. Navíc může dojít k závažnému zanedbání základních etických principů medicíny a k porušení Hippokratovy přísahy.

Je zřejmé, že v současné době lékařské genetiky nehrozí zneužití tak tragické jako z našeho pohledu v dávné minulosti, nicméně čelíme závažné diskreditaci oboru a jeho medicínských aplikací.

K diskreditaci oboru dochází především v oblasti komerčně nabízených genetických služeb, které například poskytují vyšetření paternity bez souhlasu všech zúčastněných osob (tzv. anonymní testování otcovství). Dokonce se v poslední době objevují i firmy, které nabízejí dospělým a i dětem tzv. prediktivní genetické vyšetření. Tyto laboratoře proklamují, že na základě DNA analýzy za úplaty 10.000 – 20.000 Kč jsou schopny stanovit náchylnost k více než dvaceti často se vyskytujícím multifaktoriálním onemocněním dospělého věku a tak upozornit klienta a jeho smluvního lékaře na možná preventivní opatření jak onemocněním předcházet.

Zodpovědnost, nikoli strach z konkurence nás vede k argumentaci proti takovýmto aktivitám,

a to nejen z hlediska odborně vědeckého, ale i etického. Komerčním aktivitám nelze upřít jistou dávku odborného pohledu, nicméně jde o obchodní zkreslení našich současných znalostí tak, že zamlčují zásadní nejistoty, které v dané oblasti nebyly dosud uspokojivě vyřešeny. Proto nedovolují odpovědným pracovníkům takovéto služby nabízet v rámci standardní sítě státních a soukromých genetických pracovišť v České republice (viz též New England Journal of Medicine, 358;2 www.nejm.org January 10, 2008). Vliv genetických faktorů na rozvoj multifaktoriálních chorob dospělého věku (např. diabetes, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění) se dle současných znalostí pohybuje v řádu jednotek procent. Zavádějící interpretace výsledku může vyšetřované iatrogenizovat neodůvodněnými obavami, nebo naopak falešně uklidnit a vést k vyšší náchylnosti k rizikovým aktivitám, jako je např. kouření atd. Kromě toho je třeba zdůraznit fakt, že publikované studie byly prove-

deny na různých populacích a pro naši českou populaci zatím obdobné studie neexistují.

V této souvislosti je potřeba zdůraznit, že správná životospráva je zásadní pro prevenci onemocnění dospělého věku. Hodnotit životní styl a rodinnou anamnézu a na tomto základě indikovat odborné genetické testování i navrhovat zásadní změny životního stylu i preventivní sledování, je úkolem každého lékaře. To jsou obecné možnosti skutečně efektivní ochrany zdraví populace, v praxi dosud nepoužívané v žádoucím rozsahu.

Dalším důvodem našich obav je skutečnost, že uvedené laboratoře mohou existovat na základě pouhého zápisu v obchodním rejstříku, neboť zatím nejde o vázanou činnost a tedy neexistuje nejmenší záruka kvality jejich práce. Naopak standardní genetické laboratoře podrobující se externím kontrolám kvality a operující podle standardních etických a medicínských pravidel jsou uvedeny v pravidelně aktualizované databázi (<http://www.uhkt.cz/nrl/db>).

Genetické testování (tj. vyšetření na úrovni DNA), které skutečně může odhalit rizika některých geneticky podmíněných onemocnění, je dnes rutinně prováděno a hrazeno pojišťovnami na odborných genetických pracovištích (státních a soukromých), která k tomu mají požadovanou a kontrolovanou kvalifikaci. Jelikož se jedná o testování klinicky významných rizik pro pacienta/klienta, je provázeno genetickým poradenstvím, tj. velmi podrobnou konzultací vyšetřovaných s klinickým genetikem. Klinický genetik má za úkol diagnostikovat možné dědičné riziko, kvalifikovat jeho úroveň a navrhovat možné příčiny a možnosti genetického testování. Je si vědom velkých limitací, které genetické testování v dnešní době má, což pacientům/klientům náležitě vysvětluje. Výsledkem vzájemné komunikace mezi klinickým genetikem a pacientem je podepsaný informovaný souhlas pacienta s genetickým testováním a jeho možnými důsledky. Tento postup je důsledně dodržován ve všech vyspělých státech Evropské unie a v USA, kde je lékařská genetika chápána a uznávána jako samostatný klinický obor. Teprve po podepsání informovaného souhlasu se na odděleních/ústavech lékařské genetiky provádí odborný odběr tkáně, extrakce DNA a její další vyšetření. Je zaručena autenticita vzorku, jeho okamžité zpracování a zejména zajištění vzorku, resp. výsledku testování před zneužitím.

Naopak komerční laboratoře pacientům/klientům často posílají kity, sloužící ke stěru buněk z dutiny ústní pro extrakci DNA a další zpracování. Stěr si pacient/klient provádí většinou sám, vzorek pak pošle poštou do příslušné komerční laboratoře. Není třeba zdůrazňovat možnosti nechtěných, nebo i chtěných záměn (ze strany vyšetřovaných) vzorků, nekontrolovatelnost přepravy i možnosti neoprávněného použití/

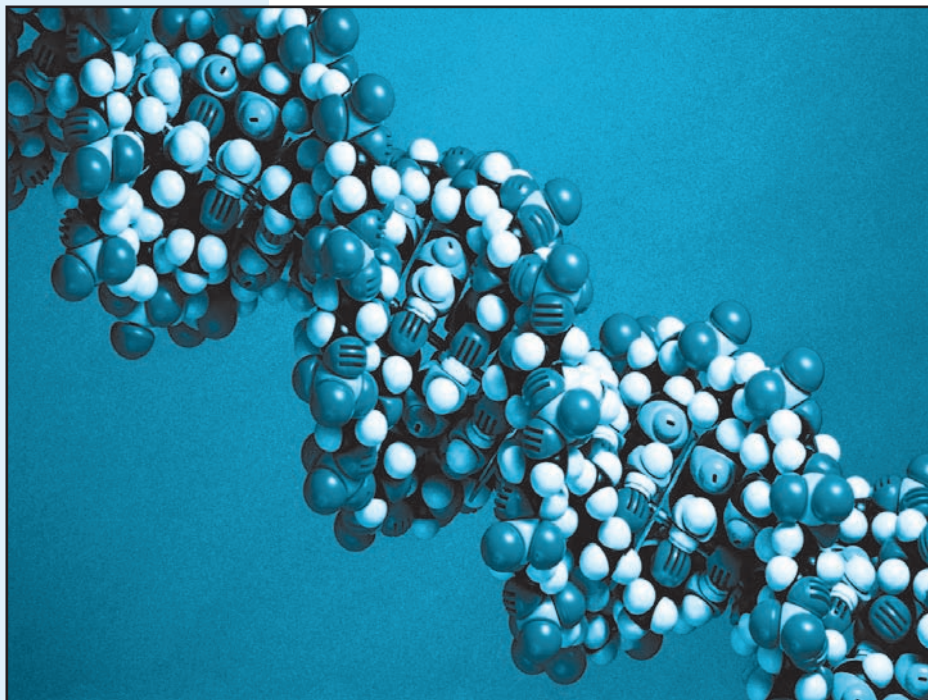
zneužití vzorku.

Dalším významným krokem u genetického testování je interpretace výsledků a informování pacientů o nich, přejí-li si to. Je to opět krok patřící do rukou klinického genetika s příslušným vzděláním a specifickými komunikativními zkušenostmi. Toto je opět krok, který není komerčními laboratořemi naplňován. Interpretaci namnoze ponechávají v rukou ošetřujících lékařů včetně smluvních obvodních nebo rodinných bez specializované erudice a dostatečných zkušeností v lékařské genetice, které interpretace výsledků genetického testování vyžaduje. Nejedná se o snižování úlohy ošetřujících lékařů, spíše zdůraznění úkolů klinického genetika, resp. zdůraznění bezproblémové spolupráce mezi klinikem a genetikem.

Predikce závažných genetických rizik u monogenně podmíněných onemocnění by měla zůstat v kompetenci genetických pracovišť, s nepodrobným personálním vybavením a profesní expertizou, která jsou optimálně akreditována a splňují tak všechny předpoklady pro správnou lékařskou a laboratorní praxi.

Dispozice k různým nádorům, především nádorům prsu, vaječníku, tlustého střeva, melanomům, ale i vzácné nádorové syndromy se dnes rutinně testují (přehled získáte v suplementu Klinické onkologie 1/2007 – Hereditární nádorové syndromy, www.linkos.cz) s příslušným genetickým poradenstvím klinického genetika před i po testování. Jedná se o velmi důležitý proces, který zajišťuje rodinám co nejkvalitnější informace týkající se vyšetření, rizik, prevence, ale i limitace testování. A tyto limitace nelze podceňovat. Limitace byly bohužel podceněny například i v denním tisku, kde Mladá fronta Dnes v článku z 1.12.2007 „Ukaž mi svou DNA a já ti řeknu“ na straně C1 popisuje na obrázku testování BRCA1 genu pro závažnou monogenní predispozici k nádorům prsu (vaječníků, ale i jiných malignit). Mystifikuje veřejnost, neboť uvádí, že normální gen BRCA1 znamená, že klient/klientka nemá zvýšené riziko nádorů prsu a prostaty. Tento závěr může zásadním způsobem poškodit mnoho jedinců, kteří se nechají komerční firmou bez dostatečné kvalifikace a klinického zázemí testovat. Negativní test BRCA1 genu nezajistí, že neexistuje vyšší riziko s ním spojených onemocnění. Pokud budeme podobným (komerčně zkresleným) způsobem klamat veřejnost a podávat jí neúplně a nepravdivé informace, budeme jí nejen škodit, ale budeme i diskreditovat pozitivní a vědecky podložené medicínské výstupy lékařské genetiky.

Značně rozporuplné je prediktivní testování nabízené komerčními firmami i z etického hlediska. V rámci veškeré zdravotní péče by měly být zachovávány čtyři základní principy lékařské etiky, kterými jsou: beneficence (konání pro dobro a prospěch pacienta), nonmaleficence



(nepoškozování pacienta), autonomie (právo na svobodné rozhodování) a spravedlnost. Velmi diskutabilní je přínos komerčně nabízených testů pro jednotlivce, čímž je evidentně porušováno pravidlo beneficence. Tyto testy, tak jak bylo uvedeno, mají značné limitace a navíc nelze na základě doposud provedených studií vyvodit z jejich výsledků jednoznačné klinické závěry. Dvojnásob otázka beneficence platí při testování chorob, u kterých není doposud známa ani možná účinná prevence a léčba (např. Alzheimerova choroba).

Komerčně nabízené genetické testy jsou i v rozporu s pravidlem nonmaleficence. Některá rizika prediktivního genetického testování, jako jsou rizika psychologická, sociální a finanční nejsou bezprostředně zřejmá, ale byla prokázána řadou zahraničních studií. Mezi hlavní psychosociální rizika patří: pocit viny, stres, úzkost, narušená sebeúcta, sociální stigmatizace, diskriminace ze strany pojišťoven a zaměstnavatele. Prediktivní genetické testy mohou také zcela narušit dynamiku rodiny a rozdělit její členy na zdravé a „nemocné“. Samostatným tématem je i komunikace v rodině, informování blízkých a vzdálených příbuzných o výsledku testu a jeho důsledcích. Všechna tato rizika se vyskytují i při prediktivních genetických testech v současnosti nabízených na specializovaných genetických pracovištích. Zde tuto problematiku podrobně diskutuje s pacienty/klienty odborně vyškolený profesionál – klinický genetik. Ten je zároveň schopen doporučit i další odbornou péči psychologa, nebo případně předat kontakty na svépomocné organizace a podpůrné skupiny. Dalším problémem v budoucnosti zřejmě budou i narůstající finanční nároky kladené ve zdravotnictví na pacienty. Jedním z dalších nutných

předpokladů genetického testování je zachování absolutní důvěrnosti získaných dat. Tento aspekt je na specializovaných genetických pracovištích důsledně ošetřen a kontrolován. Všechny výše uvedené etické problémy komerčně nabízeného prediktivního genetického testování exponenciálně narůstají v případě testování dětí. To odporuje všem oficiálním stanoviskům zahraničních Společností lékařské genetiky. Evropská společnost lékařské genetiky ESHG i OECD a Evropská komise jednoznačně doporučují prediktivní genetické testování dětí odsunout do věku, kdy je pacient schopen pochopit aspekty genetického testování a svobodně se rozhodnout, zda si testování přeje. Výjimku tvoří pouze onemocnění s nástupem v dětském věku, nebo ta onemocnění, u kterých je známý vliv časného zahájení účinné prevence či léčby. Důvodem doporučení ESHG je časově omezená autonomie nezletilých (do adolescence či 18 let), kdy za ně plně rozhodují jejich zákonní zástupci. To může vést k diskriminaci (pozitivní i negativní) v rámci rodiny, která se může projevit hyperprotektivitou nebo naopak nezájmem rodičů, vedoucí až k ovlivňování takových závažných rozhodnutí jako je výběr životní profese, zájmů (sporty), atd. Dalším důvodem proti je i neschopnost nezletilých kontrolovat zachování důvěrnosti dat získaných genetickým testováním. Zde existuje riziko celoživotní psychické a sociální stigmatizace na základě porušení důvěrnosti a v důsledku špatné interpretace výsledků (uchovávání výsledků v dokumentaci dětského lékaře bez zajištění omezeného přístupu, případně jejich přetlumočení vzdělávacím zařízením, ústní šíření rodiči v rámci rodiny, atd.). Všechny tyto důvody jednoznačně hovoří proti prediktivnímu testování nezletilých.

Technické možnosti genetického testování jsou v dnešní době poměrně pokročilé a není problém testovat varianty různých genů rychle a spolehlivě. Pokud vznikají firmy, které nabízejí genetické testování pro medicínské účely, měly by splňovat základní kvalitativní kritéria, která jsou v naší republice i v zahraničí požadována. V nově schvalovaném Zákoně o zdravotní péči jsou v paragrafu 37 jasně stanoveny podmínky, jak má být testování prováděno. Genetické poradenství, informovaný souhlas a zařízení schválená určenými orgány jsou nutným předpokladem ke kvalitním službám. Onemocnění s multifaktoriální etiologií nelze predikovat pomocí simplifikovaných genetických testů s omezenou výpočetní hodnotou.

Je však důležité, aby se prevenci těchto chorob medicína věnovala a využila všech v nynější době dostupných a relevantních možností a to i genetických testů, které mají klinický význam.

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., doc. MUDr. Radim Bečvář, CSc.,

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc., MUDr. Leona Procházková

Revmatologický ústav, Praha

Doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy České revmatologické společnosti

- modifikovaná verze pro lékaře jiných specializací

Souhrn: Česká revmatologická společnost publikovala „Doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy (RA)“ a nyní je předkládána modifikovaná verze, která seznamuje lékaře s principy moderní léčby RA a definuje představy o roli praktického lékaře v péči o pacienta s RA. Zdůrazňuje nutnost týmové práce v péči o revmatiky a koncept tzv. „časné artritidy“.

Prvním úkolem je časná diagnostika RA. Pacient s artritidou by měl být co nejdříve odeslán k revmatologovi, kde je co nejčasněji zahájena léčba tzv. chorobu-modifikujícími léky RA (DMARD). Tyto léky jsou základním pilířem léčby RA, jsou podávány časně, kontinuálně a někdy i v kombinacích. Zdaleka nejčastěji používaným DMARD je metotrexát. V případě selhání léčby DMARD jsou nemocným podávány tzv. biologické léky RA. Úloha praktického lékaře spočívá ve spolupráci při monitorování bezpečnosti DMARD, biologických léků, zvláště při možném vzniku infekcí, alergických reakcí a dalších. Až 60-70 % pacientů s RA je na chronické léčbě glukokortikoidy (GK) a tyto jsou mu předepisovány i praktickým lékařem. GK podáváme zásadně v jedné dávce ráno, v nejnižší účinné dávce, po co nejkratší dobu. Nutné je monitorování nežádoucích účinků, kontrola glykémie, kontrola, zda-li je dodržován preventivní antiporotický režim. Praktický lékař se podílí i na řízení léčby nesteroidními antirevmatiky (NSA). Je obeznámen s rozdíly mezi NSA, ovládá problematiku jejich dávkování (biolog. poločas), lékových interakcí i nežádoucích účinků. Důležitá je prevence nejčastějších nežádoucích účinků, tzn. NSA indukované gastropatie a trombotických kardiovaskulárních příhod. Doplněním článku je přehled nefarmakologických a chirurgických metod léčby RA.

Úvod

Revmatoidní artritida (RA) je autoimunitní onemocnění neznámé etiologie, které postihuje 0,5-1 % populace (1). RA je ve většině případů charakterizována přítomností chronické, symetrické synovitidy, která vyvolává vznik kloubních erozí. Část pacientů má i mimokloubní příznaky. Jde o heterogenní onemocnění, ale většina pacientů má onemocnění s kolísající aktivitou a různě rychlou progresí kloubních erozí, kloubních destrukcí, vzniku deformit a funkčního poklesu (disability). RA navíc zkracuje život o 7-10 let (2). RA představuje pro společnost významný medicínský, ale i sociálně-ekonomický problém.

Terapie RA se v posledních 10 letech podstatně změnila. I proto se rozhodl výbor ČRS k publikaci nových doporučení, protože původní dokument z roku 1999 je dnes již zastaralý. Od té doby byl udělán podstatný pokrok jak v zavádění některých zcela nových preparátů do algoritmu léčby RA, tak byly navrženy některé nové postupy a strategie (3). Česká revmatologická společnost proto publikovala nová doporučení pro léčbu RA v roce 2007 (4).

Cíle léčby

Vyléčení RA není v současné době dostupné. Nicméně primárním cílem léčby RA musí být dnes navození remise (5). Přes různé definice remise je asi optimální užít buď kritéria remise dle Americké revmatologické společnosti (ACR) (6) nebo jako Disease activity score (DAS) nižší než 2,6 (7). Pokud není remise možná, je nutné docílení alespoň stavu velmi nízké aktivity, „který může být definován jako DAS < 3,2“. Dalším

cílem léčby je zastavení nebo zpomalení rentgenové progresy onemocnění (8, 9). Zpomalení rentgenové progresy je důležité především proto, protože byla prokázána korelace mezi postupující rentgenovou progresí a funkčním poklesem pacienta. Protože pro pacienta nejdůležitějším cílem léčby je jednoznačně zábrana vzniku deformit, vzniku disability, invalidity a zhoršení kvality života.

Hlavními pilíři léčby RA jsou:

1. přesné a časně stanovení diagnózy,
2. vyhodnocení prognostických faktorů negativního vývoje,
3. vyhodnocení aktivity onemocnění a stávajícího stupně strukturálního poškození,
4. vzdělávání pacienta o jeho chorobě,
5. pravidelné monitorování aktivity choroby a účinnosti léčby a ev. flexibilní změny terapeutické strategie
6. hodnocení funkčního stavu a rentgenové progresy jako důležitých momentů hodnocení účinnosti léčby.

Diagnóza revmatoidní artritidy

V klinické praxi se stále používají pro stanovení diagnózy RA kritéria Americké revmatologické společnosti (10) (tab. č. 1). Nicméně pro diagnózu časné RA nejsou tato kritéria příliš vhodná. Čekání na splnění kritérií RA může být příčinou oddáleného nasazení choroby modifikujících léků (DMARD), přičemž časná nasazení DMARD bylo ve studiích prokazatelně účinnější (11).



prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.

koncept „časné artritidy“: časná diagnóza + časně podání DMARD = lepší prognóza

PIP – proximální
interfalangeální
(inter-phalangealis)

MCP – metacarpo-
-phalangealis

MTP – metatarso-
-phalangealis

RC – radio-carpalis

DMARD – z angl.
Disease Modifying
Antirheumatic Drugs

Tabulka 1: Klasifikační kritéria ACR pro diagnózu RA (Arnett et al., 1987)	
Kritéria	Definice
1. Ranní ztuhlost	Ranní ztuhlost kolem kloubů trvající nejméně 1 hodinu
2. Artritida tří nebo více kloubních skupin	Nejméně 3 ze 14 kloubních oblastí (pravý nebo levý PIP, MCP, RC, loket, koleno, kotník, MTP klouby) má současně otok nebo výpotek pozorovaný lékařem
3. Artritida kloubů rukou	Alespoň jedna oblast je oteklá – RC, MCP nebo PIP
4. Symetrická artritida	Současné postižení stejných kloubních oblastí na obou polovinách těla
5. Revmatoidní uzly	Podkožní uzly nad kostními prominencemi nebo extenzorovými plochami kolem kloubů pozorované lékařem
6. Sérový revmatoidní faktor	Průkaz jakoukoliv metodou, jejíž výsledky nejsou pozitivní ve více než 5 % populace
7. Rentgenové změny	Rentgenové změny typické pro RA na zadopředním snímku ruky a zápěstí, který musí obsahovat eroze nebo dekalcinace v postižených kloubech nebo blízko nich

Podstatná část pacientů s RA ve velmi časně fázi vývoje nespĺňuje kritéria RA, ale odpovídá klasifikaci časně artritidy, či nediferencované artritidy. „Časná artritida“ se může vyvinout do RA, může spontánně odeznít, vyvinout se v jiné onemocnění (např. systémový lupus erytematodes (SLE) nebo spondylartritida) nebo může zůstat nediferencovaná. Jako optimální postup v této fázi byl navržen následující algoritmus (5):

- stanovení diagnózy zánětlivé artritidy,
- vyloučení jiných chorobných jednotek,
- stanovení rizikových faktorů vývoje do persistující, chronické destruktivní artritidy – tedy RA.

Faktory, které jsou rizikové pro vývoj do RA byly určeny: IgM a IgA revmatoidní faktory (12), anti CCP protilátky (13, 14), vysoké hodnoty reaktantů akutní fáze (15), časná přítomnost erozí (16) a počet oteklých a palpačně citlivých kloubů. Zkušenosti ze studií u časných artritid potvrzují, že je výhodné pacienty s časnou, nediferencovanou artritidou s přítomnými rizikovými faktory vývoje RA léčit včas dle stejných pravidel jako pacienty s již jistou diagnózou RA. Ukaže se, že i zpoždění v nasazení DMARD v rozsahu 12 týdnů již značně zhoršuje prognózu nemocných.

Poznámky pro každodenní praxi

Klinická evidence jasně prokázala, že strukturální progresu u RA se objevuje časně, a že časně nasazení DMARD brzdí progresi. Stejně zdroje proto uvádějí i fakt, že je doporučováno časně odeslání pacienta se suspektní RA od praktického lékaře k revmatologovi (17).

Podezření na RA může potvrdit přítomnost i jen jednoho z následujících příznaků: a) > 3 oteklé klouby, b) postižení metakarpofalangeálních (MCP) a metatarsofalangeálních (MTP) kloubů, c) ranní ztuhlost > 30 minut. Pro detekci postižení MCP a MTP kloubů se doporučuje provést tzv. „squeeze“ test (test příčného stisku), který bývá citlivým indikátorem postižení těchto kloubů (obr. č. 1) (17). Otázkou je, jaká laboratorní vyšetření je vhodné provést před odesláním pacienta na odbornou konzultaci k revmatologovi. Před několika lety bylo doporučováno provést ale-

spoň: krevní obraz, reaktanty akutní fáze, stanovení revmatoidních faktorů a rtg rukou. S tím lze v podstatě souhlasit i dnes, ale většinou se dnes preferuje postup, kdy pokud by provedení laboratorních vyšetření zpomalovalo odeslání k revmatologovi, je možné ho i při klinickém podezření poslat i bez laboratoře.

Iniciální vyšetření

Iniciální vyšetření (prováděné u revmatologa) pacienta s RA by mělo obsahovat vyšetření aktivity (18). Jde o subjektivní symptomy pacienta (přítomnost kloubní bolesti, trvání ranní ztuhlosti, únavnost), funkční stav, objektivní známky aktivity (oteklé a palpačně citlivé klouby), mechanické kloubní problémy (omezení pohybu, deformity, instability), přítomnost mimokloubních příznaků, laboratorní ukazatele aktivity (CRP a FW) a stupeň rentgenové progresu. Basální laboratorní vyšetření by mělo obsahovat kompletní krevní obraz s diferenciálem, dále vyšetření basálních biochemických parametrů včetně minerogramu a glykémie, dále ledvinné a jaterní funkce i vzhledem k potenciálu léků vyvolávat v této oblasti nežádoucí účinky. U potenciálně hepatotoxických léků a imunosupresivních léků vylučujeme hepatitidu B a C. Důležité je i vyšetření moči. Při přítomnosti kloubního výpotku provádíme synovialogram. Z imunologických vyšetření provádíme vyšetření revmatoidních faktorů latex fixačním testem a vyšetření anti CCP protilátek. Při plánování biologické léčby provádíme screening na vyloučení latentní tbc (viz dále). Při zavádění léčby kortikosteroidy v dávce 5 mg prednisonu nebo jeho ekvivalentu denně po předpokládanou dobu 3 měsíce a déle provádíme vyšetření DEXA a kostního metabolismu dle návodů ČRS a SMOS (19).

Terapie RA chorobu modifikujícími léky (DMARD)

Léčba tzv. chorobu modifikujícími léky RA (DMARD) je v ČR zásadně zahajována specialistou – revmatologem (DMARD mají pro pojišťovny kategorizaci a úhradu omezené specializací revmatologa). Léčba DMARD je zahajována velmi časně, podávání je kontinuální, dlouhodobé, někdy i celoživotní.

Obr. 1: Test příčného stisku, kterým lze posoudit zánětlivé postižení MCP a MTP kloubů



Charakteristika chorobu modifikujících léků

Všichni nemocní s aktivní RA jsou indikováni k léčbě DMARD. I když NSA a glukokortikoidy (GK) mohou zmírnit příznaky, může začít poškození kloubů a progredovat do nevratných změn. Cílem podávání DMARD je kontrola aktivity zánětlivého kloubního procesu a dosažení remise (20). K běžně užívaným DMARD patří antimalarika chlorochin a hydroxychlorochin (HCQ), sulfasalazin (SAS), metotrexát (MTX) a leflunomid (LEF). Méně často se podávají soli zlata, azathioprin (AZA), cyklosporin A (CyA) a cyklofosfamid (CFA). Použití d-penicilaminu je dnes spíše výjimkou. Jejich základní charakteristika a běžné užívané dávky jsou uvedeny v tab. č. 2. Nejčastěji používaným DMARD je jednoznačně metotrexát. Podrobnosti o jednotlivých DMARD viz návody ČRS (4). Dostatečný klinický efekt je dosažen jen u části pacientů.

Kombinovaná léčba DMARD

V případě neúspěchu monoterapie jedním DMARD může být v terapii RA použita kombinovaná léčba více DMARD a některé studie ukazují, že tuto léčbu má většina pacientů s RA. Řada randomizovaných studií prokázala vyšší účinnost kombinované léčby ve srovnání s monoterapií při srovnatelném a někdy dokonce i lepším bezpečnostním profilem. Kombinují se jak léky chemické tak i léky chemický + biologický (např. metotrexát + plus TNF blokátor). Nedoporučuje se kombinované podávání 2 biologických léků (vyšší riziko infekcí).

Základním lékem do většiny kombinací je metotrexát (MTX). Velmi oblíbená je trojkombinace MTX + sulfasalazin + hydroxychlorochin (22). Další možné kombinace jsou: MTX + sulfasalazin, MTX + leflunomid je často používáno, oficiálně v SPC léku však doporučeno není (obavy z hepatotoxicity).

Kombinovanou léčbu DMARD lze provádět několika způsoby:

1. Paralelní léčba – léčba je současně zahájena více DMARD.
2. Step down – léčba sestupnými kroky. Pacientovi je nasazena kombinace DMARD a po nastoupení efektu jsou jednotlivé DMARD postupně vysazeny.
3. Step up – léčba vzestupnými kroky. Pacientovi je v úvodu nasazena monoterapie DMARD a v případě nedostatečného efektu je podán další DMARD do kombinace.

Strategie podávání DMARD

Volba vhodného DMARD by měla být u každého nemocného RA přísně individuální a ovlivňuje ji řada faktorů. Důležitými faktory jsou: aktivita onemocnění, délka trvání nemoci, přítomnost dalších onemocnění, spolupráce pacienta, další nutná medikace, očekávání pacienta a dno léčby.

Při etablované RA (diagnóza RA je jistá a jsou přítomny erozivní změny) doporučujeme vycházet z tohoto základního algoritmu, kdy aktivita nemoci je hodnocena pomocí DAS (obr. č. 2). Vycházíme z těchto principů:

1. Při přetrvávající nízké aktivitě s oligo- či monoartritidou a nepřítomnosti prognosticky negativních faktorů je lékem volby SAS (někdy pouze antimalarika). Při nedostatečné odpovědi se podává MTX.
2. Při střední aktivitě je namístě již podávat MTX a při neúčinnosti LEF, případně kombinace DMARD – viz výše.

Strategie léčby RA

Obr. 2

• Časná diagnóza RA

- bazální aktivita a strukturální poškození
- prognóza

Zahájení léčby

- vzdělání pacienta
- terapie DMARD do 3 měsíců
- uvažte NSA
- uvažte lokální a systémové KS
- fyzikální léčba

Periodické
hodnocení aktivity

adekvátní odpověď

Nedostatečná odpověď
(aktivní nemoc po
3 měsících léčby)

ACR Guidelines, 2002 UPDATE, Arthritis Rheum. 2002;46:328-46

Strategie léčby RA

Obr. 3

Nedostatečná odpověď (3 měsíce max. léčby)

MTX naivně

MTX
Jiné
DMARD
(mono)
Kombinace
DMARD

Suboptimální odpověď
na MTX

Kombinace
DMARD
Jiné
DMARD
Biologické
léky

Monoterapie
Kombinace

Refrakterní RA

Jiný biologický lék
Experimentál. postupy

Upraveno dle ACE Guidelines, 2002 UPDATE, Arthritis Rheum. 2002;46:328-46

3. U případů s vysokou aktivitou a rychlým rozvojem erozí se doporučuje MTX ve vyšších dávkách nebo parenterálně, případně LEF.
4. Při extraartikulárních projevech je vhodné podání AZA a při závažných viscerálních manifestacích s postižením vitálně důležitých orgánů CFA v parenterální formě.
5. Při selhání léčby DMARD je indikováno podávání preparátů blokujících TNF alfa (viz kapitola Biologická léčba).
6. Při selhání léku blokujícího TNF alfa je vhodná změna za jiný lék z této skupiny nebo záměna za jiný biologický lék (viz kapitola Biologická léčba).

Poznámky pro každodenní praxi

Strategie léčby DMARD, jejich výběr, dávkování i kombinace je především úloha specialisty, revmatologa (obr. č. 2). Praktický lékař, který se stará o pacienta komplexně, by měl být o léčbě pravidelně informován a být součástí týmu, který se o revmatika stará. Je nutné mít na mysli komorbiditu nemocného, interakce léků atd. U pacienta se stabilizovanou léčbou je možné akceptovat vyšetření u specialisty v interva-

Tabulka 2: Základní charakteristika běžných DMARD

Lék	Doba nástupu účinku	Udržovací dávka	Nežádoucí účinky
Chlorochin	2-4 měsíce	250 mg/den	Raš, průjem, retinopatie
Hydroxychlorochin	2-4 měsíce	2 x 200 mg/den	Raš, průjem, retinopatie
Sulfasalazin	1-2 měsíce	2 – 3 x 1 g/den	GI příznaky, raš, myelotoxicita
Metotrexát	1-2 měsíce	10 – 25 mg/týden p.o., i.m., i.v., s.c.	Hepatotoxicita, GI příznaky, raš, častější infekce, myelotoxicita, plíce
Leflunomid	1-3 měsíce	20 mg/den	Hepatotoxicita, GI příznaky, raš
Soli zlata	3-6 měsíců	20 -50 mg / 1- 3 týdny i.m.	Raš, stomatitida, myelotoxicita, trombocytopenie, proteinurie
Azathioprin	2-3 měsíce	50 – 150 mg/den	Myelotoxicita, hepatotoxicita, GI příznaky
Cyklosporin A	1-2 měsíce	2,5 – 4 mg/kg/den	Nefrotoxita, hypertenze, hyperplazie gingivy, infekce
Cyklofosfamid	2-3 týdny	50 – 100 mg/den p.o. nebo 400 – 800 mg/ 3 – 5 týdnů	GI příznaky, hematurie, myelotoxicita

Tabulka 3: Biologické prostředky určené k léčbě RA (případně juvenilní idiopatické artritidy)

Látka	Charakteristika	Obvyklé dávkování
Etanercept (ENBREL)	lidský p75 TNF receptor vázaný na Fc část imunoglobulinové molekuly	1x týdně 50 mg s.c. (možno i 2x týdně 25 mg s.c.)
Infliximab (REMICADE)	monoklonální chimerická anti-TNF protilátka	3 mg/kg i.v. v týdnech 0, 2, 6 a dále pak každých 8 týdnů
Adalimumab (HUMIRA)	monoklonální plně humánní anti-TNF protilátka	1x za 2 týdny 40 mg s.c.
Rituximab (MABTHERA)	monoklonální chimerická protilátka proti CD20 molekule	1 g i.v. 2x v odstupu 2 týdnů, společně se 100 mg metylprednisolonu. Opakovat nejdříve za 24 týdnů.
Abatacept (ORENCIA)	molekula CTLA4 navázaná na modifikovanou Fc část lidského IgG1	< 60 kg 500 mg, 60-100 kg 750 mg, >100 kg 1000 mg v týdnech 0, 2 a 4, dále pak 1x za 4 týdny i.v.

lech 2-3 měsíců a v meziobdobí kontroly bezpečnosti léčby u praktického lékaře. Praktický lékař by tedy měl být dobře obeznámen s nejčastějšími toxickými vlivy DMARD a monitorovacími principy (tab. č. 2). U pacientů klinicky v remisi nebo stavu nízké aktivity, bez léčby DMARD nebo na léčbě antimalariky či sulfasalazinem lze akceptovat i dlouhodobou léčbu u praktického lékaře a jen periodické kontroly u revmatologa (za 6-12 měsíců).

Biologická léčba

Biologická léčba znamená aplikaci biologických látek připravených genetickým inženýrstvím (monoklonální protilátky, solubilní receptor), které cíleně ovlivňují určitý cíl, kterým může být solubilní mediátor nebo receptor na povrchu buňky. Nejvíce se používají preparáty blokující tumor nekrotizující faktor α (TNF α) a to buď blokádou TNF monoklonálními protilátkami (infliximab, adalimumab) či solubilním receptorem (etanercept) (23, 24, 25) (tab. č. 3). Dalším cílem mohou být B buňky, které mají na svém povrchu antigen CD 20 – preparát rituximab (26) nebo nově zaváděná blokáda kostimulace aktivity T buněk preparátem abatacept (27). Zdaleka nejvíce zkušeností je s aplikací TNF blokátorů, které se již klinicky používají celou dekádu. Biologická léčba přinesla do terapie RA zcela novou kvalitu. Biologické léky působí klinicky velmi silně a rychle a vyvolávají příznivou odpověď u 60-75 % pacientů,

kterí byli refrakterní na léčbu jedním a více klasickými DMARD. Při aplikaci v časném stadiu RA mohou vyvolávat až u 50 % pacientů remisi (28, 29). Biologické léky také zpomalují až zastavují rentgenovou progresi RA (30, 31). Podstatně také snižují disabilitu a zlepšují kvalitu života nemocných s RA.

Indikací pro léčbu anti TNF preparáty je: a) selhání nejméně 1 DMARD, kterým by měl být metotrexát, b) vysoká aktivita (DAS > 5,1), c) nepřítomnost kontraindikací této léčby. Léčba preparáty blokujícími anti TNF by měla vést k efektu (pokles DAS >1,2) do 12 týdnů léčby. Pokud má efekt, měla by se léčba ukončit a pacient být převeden na jiný biologický lék (tzv. switching). Léčba anti TNF preparáty je relativně velmi bezpečná. Výskyt závažných infekcí je jen velmi mírně zvýšen oproti pacientům s RA bez anti TNF léčby. Vzácně se může aktivovat tbc či vzrůstat četnost infekce oportunních infekcí. U části pacientů vznikají antinukleární protilátky či protilátky anti ds DNA, ale výskyt klinického SLE je vzácný a reversibilní. Byl popsán výskyt demyelinizačních onemocnění po anti TNF, ale není jasné, zda-li je po anti TNF léčbě častější. Byl popsán i výskyt lymfomů a solidních nádorů, ale ten je vyšší u aktivní RA obecně a poslední výzkumy neprokazují vyšší výskyt po anti TNF léčbě (30). Před zahájením léčby anti TNF se provádí řádné klinické vyšetření, rentgenový snímek plic, základní biochemické vyšetření. Do screeningu latentní tbc patří kromě výše zmíněného klinického vyšetření a rentge-

Movalis

sledovat známky případné aktivity tuberkulózy

**léčbu GK v monoterapii
nelze doporučit,
předpokládá
se kombinace alespoň
s jedním DMARD**

**dáváme přednost
léčbě GK s kratším
působením – prednison
5-15mg nebo
metylprednisolon
4-12 mg denně**

**GK podáváme
v ranních hodinách**

nového snímku plic i tuberkulinový test a test s kvantiferonem. Léčbu by měl odsouhlasit pro vyhodnocení výsledků pneumolog. Po selhání jednoho anti TNF lze aplikovat rituximab, což je depleční monoklonální protilátka proti CD 20+ B buňkám (31). I u něj byla prokázána vysoká klinická účinnost a vliv na rentgenovou progresi. V České republice je léčba biologickými léky soustředěna do center biologické léčby České revmatologické společnosti. Všichni pacienti jsou zavedeni do registru České revmatologické společnosti ATTRA. Je kontrolována účinnost i bezpečnost léčby. Při intravenózní léčbě infliximabem se mohou vyskytovat infúzní reakce. Při subkutánní léčbě etanerceptem a adalimumabem pak reakce lokální, které ale jen velmi zřídka vedou k přerušení léčby.

Poznámky pro každodenní praxi

Pacient s biologickou léčbou je léčen v centru biologické léčby ČRS. Úlohu praktického lékaře je nutné vidět především při monitorování některých závažných nežádoucích účinků biologické léčby. Jde především o zachycení příznaků možných infekcí, závažných i nezávažných, běžných i oportunních. Častější jsou především infekce horních cest dýchacích a infekce močové. Nutné je kontrolovat příznaky aktivity tuberkulózy – kašel, subfebrilie, noční poty, hubnutí. Alarmující je vznik nových neurologických obtíží a samozřejmě i vznik nádorů. Biologické léky je nutné vysadit před plánovanou operací, při graviditě či plánování gravidity.

Použití glukokortikoidů v léčbě časné RA

Glukokortikoidy (GK) v léčbě časné RA (trvání onemocnění 1-3 roky) snižují účinně aktivitu choroby, počet oteklých a bolestivých kloubů, dávku NSA (32). Kromě klinického efektu se při časné terapii GK uplatňuje i choroba modifikující efekt. Jak dokumentuje řada klinických hodnocení v rozsahu 28 týdnů až 2 let, vykazují GK v této fázi onemocnění chorobu modifikující efekt se signifikantním ovlivněním rtg progresu (32-36), ačkoliv existují i kontroverzní data (36-37). Kromě ojedinělých případů nelze doporučit léčbu GK v monoterapii, předpokládá se vždy kombinace s jedním nebo více DMARD (38, 39, 40). V léčbě dáváme přednost GK s kratším působením s ohledem na možný útlum osy hypothalamus – hypofýza (40). Dávka prednisonu se pohybuje mezi 5 a 15 mg nebo ekvivalentně metylprednisolonu v rozmezí 4-12 mg denně. Při vysoké aktivitě nemoci zahajujeme vyšší dávkou s postupnou detakcí na minimální účinnou dávku (39). Předpokládaná délka podání se pohybuje okolo 6 měsíců, v literatuře jsou k dispozici dvouletá data (33, 34, 39). Výskyt nežádoucích účinků je většinou přijatelný. Při mimořádně vysoké počáteční aktivitě RA je vhodné zahájit vyšší dávkou prednisonu (do 60 mg) s postupnou detakcí (38).

Glukokortikoidy u etablované RA

GK jsou indikovány ke zvládnutí období zvýšené aktivity onemocnění nebo v rámci tzv. bridging strategie před dosažením efektu terapie DMARD. Účinek léčby je krátkodobý, maximálně střednědobý, přičemž chorobu modifikující efekt je malý nebo žádný (41-43). GK podáváme v perorální nebo depotní formě, pulzní terapie je vyhrazena pro formy s vysokou aktivitou onemocnění (43-45). Dávkování GK řídíme podle aktivity onemocnění, kdy preferujeme podání nej-

nižší účinné dávky s cílem minimalizovat systémové nežádoucí účinky. Podání GK obden („alternativní“ podání) je limitováno častou exacerbací symptomů onemocnění ve dnech bez steroidní léčby.

Hlavní zásady léčby glukokortikoidy

Celodenní dávku GK je vhodné podávat v ranních hodinách. Při vyšší celodenní dávce je možné její menší část podat v poledne, ne však večer. Alternativní podávání dvojité dávky obden se doporučuje u nemocných s kontrolovanou aktivitou onemocnění. Podle poklesu aktivity RA jsou nutné úpravy dávkování. Při léčbě GK je také nutné monitorovat jejich vedlejší nežádoucí účinky. Je třeba se zejména zaměřit na nemocné s osteoporózou, chronickými infekcemi, tuberkulózou v anamnéze, hypertenzí a oběhovými onemocněními, peptickým vředem v anamnéze, gastritidou, ezofagitidou, diabetem mellitem a psychickým onemocněním. Z laboratorních vyšetření je třeba sledovat FW, krevní obraz s diferenciálním rozpočtem leukocytů, mineralogram, sérové hodnoty albuminu, vápníku, urey, kreatininu, ALT, AST, GMT a glykémie.

Intravenózní pulzní léčba GK je indikována v případech, kdy je třeba potlačit vysokou aktivitu onemocnění na dobu do nástupu odpovědi na terapii DMARD nebo při zahájení léčby u nemocných s viscerálními manifestacemi RA (46).

Intraartikulární podávání GK se užívá k ovlivnění nejvíce postižených kloubů buďto na začátku onemocnění, nebo při prudkých vzplanutích choroby v jednom nebo několika kloubech (flare). Další indikací je zánětlivý nálezní pouze na jednom nebo několika kloubech při jinak relativně nízké aktivitě onemocnění. Limitací je pouze lokální efekt a přechodné zlepšení, pokud není nemoc kontrolována další terapií. Doporučuje se opakovat po třech měsících. Kontraindikací této formy podání je infekce v místě vpichu, intraartikulární fraktura, septický kloub, bakteriémie, nestabilní klouby, špatně přístupné klouby a hemokoagulační poruchy. Při výběru léku volíme dlouhodobě se uvolňující preparát (depotní forma) s pomalým uvolňováním. Preferenčně aplikujeme přípravky s obsahem metylprednisolonu, méně často dexametazonu nebo betametazonu. Před aplikací je nutno odstranit výpotek, je-li přítomen.

Poznámky pro každodenní praxi

Glukokortikoidy je dnes léčeno 60-70 % pacientů s RA. Praktický lékař, který o pacienta komplexně pečuje a často udržuje preskripci kortikoidů, musí ovládat principy jejich podávání, ekvipotentní dávky, nutnosti přechodného zvýšení, např. při stresu, zásady detakce dávek. Glukokortikoidy mohou mít i poměrně široké spektrum nežádoucích účinků, které je nutné znát a při jejich vzniku je řešit ve spojení s ošetřujícím revmatologem. U každého pacienta na dlouhodobé léčbě glukokortikoidy je třeba provádět základní prevenci glukokortikoidy indukované osteoporózy – kalcium a D vitamín.

Použití nesteroidních antirevmatik u revmatoidní artritidy

NSA jsou nedílnou součástí farmakoterapie RA. Jsou podávána od iniciálních fází nemoci a jejich účinkem je především zmírnění bolesti a otoku kloubů a tím

zlepšení funkčnosti kloubního aparátu. Na rozdíl od DMARD však nejsou schopna ovlivnit zánětlivou aktivitu a průběh onemocnění ani rentgenovou progresi (47) a nelze je tedy užít jako monoterapii RA.

Hlavním mechanismem účinku NSA je inhibice syntézy prostaglandinů blokadou enzymu cyklooxygenázy. V roce 1991 byly popsány dvě izoformy cyklooxygenázy – COX-1 a COX-2, což vedlo v průběhu následujících let k vývoji nových selektivních inhibitorů COX-2. COX-1 je konstitutivní formou izoenzymu, exprimující se ve většině tkání, mimo jiné v žaludku, trombocytech, ledvinách. Je jedním z důležitých faktorů ochrany žaludeční sliznice, takže hraje důležitou roli v ovlivnění srážlivosti krevních destiček či homeostázy vody a sodíku v ledvinách. Právě blokáda COX-1 neselektivními NSA je považována za jeden z hlavních mechanismů gastrotoxicity těchto léků (48). Novější tzv. preferenčně selektivní COX-2 inhibitory (koxiby) blokují větší měrou cyklooxygenázu 2, což je inducibilní forma enzymu, jejíž exprese se zvyšuje zejména během zánětu.

Nebylo prokázáno, že by některá NSA byla účinnější v terapii RA, v případě neúčinnosti konkrétního preparátu lze po 4 týdnech terapie provést změnu NSA. V rozhodování o volbě konkrétního preparátu hrají roli i plazmatické poločasy různých NSA (tab. č. 4) a tím i četnost dávkování a dostupné galenické formy. Nejčastěji užívanou formou podávání jsou perorální preparáty, méně často používanou alternativou – i vzhledem k relativní obtížnosti aplikace u pacientů s postižením rukních kloubů – jsou čípkové formy. V případech nutnosti rychlejšího účinku je možná aplikace intramuskulární či intravenózní.

K hlavním nežádoucím účinkům NSA patří gastrointestinální toxicita, renální toxicita a kardiovaskulární toxicita. Nejdůležitějším projevem toxicity NSA je tzv. NSA indukovaná gastropatie, jejíž význam chápeme ve 3 otázkách: a) subjektivní symptomy a obtíže pacienta (bolesti břicha, nevolnost, zvracení), b) endoskopicky prokazatelné léze (hemoragie, vředy), c) komplikace (perforace, krvácení). NSA u nemocných RA vyvolávají více NSA gastropatie než v jiných indikacích. Často musí být podávána dlouhodobě a i užívané dávky jsou zpravidla vyšší. I v této indikaci chronické bolesti je však účinné zkracovat podávání na nejkratší možnou dobu. Při přítomnosti rizikových faktorů NSA gastropatie (vřed či krvácení v anamnéze, používání kortikoidů či warfarinu, vyšší věk) nezapomínáme na tzv. účinný gastroprotektivní princip, což může být aplikace inhibitoru protonové pumpy či koxibu (49). Výhoda lepší GIT snášenlivosti koxibů se však ztrácí při podání nízkých dávek aspirinu. Výskyt kardiovaskulárních komplikací byl jasně vyšší u rofecoxibu (50), u ostatních koxibů situace již tak jasná není, některé novější práce ukazují mírně zvýšené riziko infarktu myokardu po selektivních i neselektivních NSA (51). Doporučení EMEA (Evropská agentura pro léčiva) kontraindikuje koxiby u nemocných po prodělaném infarktu myokardu.

Poznámky pro každodenní praxi

Je třeba si uvědomit fakt, že léčba NSA je léčbou symptomatickou, spíše doplňkovou, nezákladní. Obecně čím méně, tím lépe. Užíváme nejnižší účinné dávky, po co nejkratší dobu. Zvažujeme možnost lékových interakcí. Nekombinujeme nikdy více perorálních NSA. Zvažujeme individuální gastrointestinální a kar-

Tabulka 4: NSA podle délky biologického poločasu

krátký (< 6 hod)		střední (6-14 hod)		dlouhý (> 15 hod)	
kyselina acetylsalicylová	0,25	naproxen	14,0	piroxicam	57,0
diclofenac	1,1	diflunisal	13,0	meloxicam	20,0
ibuprofen	2,1	celecoxib	11,2	nabumeton	26,0
indomethacin	4,8	valdecoxib	8-11	rofecoxib	17,0
flurbiprofen	3,8	Diclofenac duo	12 h	oxaprozin	24 h
tiaprofenová kyselina	3,0			Diclofenac ret. SR	24 h
nimesulid	4,7			Profenid SR	24 h

diovaskulární riziko NSA. Lokální NSA u RA nejsou většinou dostatečně účinná.

Analgetika

Bolest způsobená zánětem u pacientů s RA je ve většině případů uspokojivě tlumena prostřednictvím NSA. V některých případech, kdy jsou NSA kontraindikována nebo je jejich efekt nedostačující, lze použít k ovlivnění bolesti analgetika. Zejména je to paracetamol, který lze v případě nutnosti i kombinovat s NSA. Vzhledem k nulovému protizánětlivému účinku nejsou opioidy v terapii RA rutinně užívány, určitou situací, kdy může být jejich použití přínosné, je ovlivnění bolesti způsobené těžkými kloubními destrukcemi u pacientů, kde není možná chirurgická či ortopedická intervence. Zkoušeny byly slabé i silné opioidy.

Nefarmakologická léčba revmatoidní artritidy

Optimální terapie RA zahrnuje kromě farmakoterapie i nefarmakologické přístupy. Farmakologická léčba má dnes dominantní význam při léčbě RA a význam nefarmakologické léčby (především elektroterapie) nutno chápat jako doplňkový. Hlavním cílem fyzioterapie je redukce bolesti a zachování či zlepšení hybnosti. Široké spektrum nefarmakologických postupů zahrnuje rehabilitační pohybovou léčbu, elektroterapii, ultrazvuk, magnetoterapii, aplikaci laseru, transkutánní elektrostimulaci a další nefarmakologické přístupy. Nutný je individuální přístup při indikaci jednotlivých prostředků fyzioterapie pro konkrétního pacienta. Problémem hodnocení efektu a účinnosti těchto léčebných postupů je nedostatek seriózních klinických hodnocení.

Ultrazvuk je užíván k symptomatické léčbě RA pro svůj protizánětlivý a analgetický efekt. Ultrazvuk při aplikaci na ruce zlepšoval sílu stisku, dochází ke snížení počtu bolestivých a oteklých kloubů, zkrácení ranní ztuhlosti (52).

Transkutánní elektroneurostimulace (TENS) snižovala bolest a citlivost kloubů rukou ve srovnání s placebem (53). Termoterapie je často užívanou fyzikální terapií RA. Zahrnuje povrchovou aplikaci tepla, kryoterapii, parafinové zábaly, tepelné koupele. Termoterapie může být užívána jako paliativní či doplňující terapie v kombinaci se cvičením. Pozitivní efekt v ovlivnění rozsahu pohybů, svalové síly, bolesti a ztuhlosti byl prokázán při aplikaci parafinových zábalů na ruce postižené RA (54). Dynamické cvičení přiměřené intenzity po dobu 3 měsíců vedlo ke zlepšení svalové síly, kloubní mobility a aerobní kapacity, bez progresse bolesti, kloubního poškození a aktivity onemocnění.

NSA u nemocných s RA vyvolávají více NSA gastropatie než u jiných indikací

koxiby jsou kontraindikované u nemocných po IM

Tabulka 5: Přehled nejčastějších postižení jednotlivých kloubů a revmatochirurgických operací

Kloub	Typ postižení	Chirurgická terapie
krční páteř	atlanto-okcipitální subluxace atlanto-axiální subluxace subaxiální subluxace	spondylodéza
ramenní kloub	hypertrofická synovialitida léze akromioklavikulárního kloubu destrukce kloubní	synovektomie resekce AC kloubu dle Stewarta aloplastika, artrodéza
loketní kloub	synovialitida destrukce kloubní	synovektomie (radiační, artroskopická, klasická) aloplastika
zápěstní klouby	synovialitida kolapsová deformita zápěstí destrukce jednotlivých karpálních kostí totální destrukce karpu	synovektomie limitovaná déza limitovaná artroplastika (os lunatum, scaphoideum, trapezium, báze I. metakarpu) totální déza
metakarpofalangeální klouby	synovialitida, ulnární subluxace extenzorů destrukce kloubů	synovektomie, recentrace šlach silastikové implantáty
interfalangeální klouby	kontraktury, šlachové disbalance destrukce kloubů	repozice šlach a vazů artrodéza
kyčelní kloub	protruze acetabula, osteonekróza destrukce kloubní	totální endoprotéza
kolenní kloub	synovialitida destrukce kloubní	synovektomie aloplastika
hlezenný kloub	tenosynovitida šlach mm. peronei destrukce kloubní	tenosynovektomie artrodéza
tarsus	destrukce kloubní	artrodéza
metatarsus a interfalangeální klouby	postižení příčné klenby valgozita palce kladívkovité prsty	resekční plastika dle Hofmana resekční plastika dle Kellera resekční plastika

Další klinická hodnocení jsou nutná ke zhodnocení dlouhodobého efektu dynamického aerobního cvičení (55).

Chirurgická léčba revmatoidní artritidy

Operační léčba je nedílnou součástí komplexní terapie RA. Dle různých zdrojů 50-75 % pacientů s RA prodělá v průběhu onemocnění revmatoortopedickou operaci (56). Mezi nejdůležitější zákroky patří totální endoprotézy kyčelního a kolenního kloubu a cervikální spondylodéza. Cílem revmatochirurgických zákroků jsou korekce deformací či prevence vývoje nových deformací a z toho plynoucí zlepšení pohyblivosti, paliativní ovlivnění bolesti, prevence či snížení invalidity. Dle cíle (57) lze revmatochirurgické operace rozdělit na:

1. uvolňující (parciální synovektomie, dekomprese nervů, excize revmatických uzlů),
2. korekční (osteotomie, plastiky vazů a kloubního pouzdra),
3. znehybňující (artrodézy),
4. mobilizující (synovektomie, artrolýzy, resekce, interpoziční artroplastiky, totální endoprotézy) (tab. č. 5).

Při plánování revmatochirurgických zákroků je nutná kooperace revmatologa a chirurga s přihlédnutím ke specifickým problémům pacientů s RA, z nichž pro revmatochirurgické zákroky největší význam má

zejména častější výskyt osteoporózy a fragilita kůže se zhoršenou hojivostí (v důsledku vlastního onemocnění a dlouhodobé kortikoterapie), dále doprovodná anémie, hepatopatie či postižení gastrointestinálního traktu (58).

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc. - promoval na Fakultě všeobecného lékařství v Praze v roce 1980, atestoval v oboru interní lékařství 1984 a revmatologie 1987. Od r. 1991 ředitel Revmatologického ústavu v Praze, doktorem věd a profesorem od r. 2000 („Strukturu modifikující léky osteoartrózy“, „Hodnocení progresu OA“), je současně přednostou Subkatedry revmatologie IPVZ, členem vědecké rady České lékařské komory, členem vědecké rady 1. LF UK, předsedou České revmatologické společnosti, generálním sekretářem Evropské ligy proti revmatismu a čestným členem několika dalších českých i zahraničních akademických společností. Je hlavním autorem a pořadatelem 5 monografií, spoluautorem 15 monografií v ČR, 3 monografií v zahraničí a řady publikací v českých i zahraničních periodících.

Literatura:

1. Hochberg MC.: Adult and juvenile rheumatoid arthritis: current epidemiologic concepts. *Epidemiol. Ref.* 1981;3:27-44
2. Harris ED. jr.: Rheumatoid arthritis: pathophysiology and implications for therapy. *N. Engl. J. Med.* 1990;322:1277-84
3. Pavelka K., Bečvář R., Olejárová M., Sainerová A.: Revmatoidní artritida – Standardní postupy. *Česká revmatol.* 1999;7(Suppl 1):4-8
4. Bečvář R., Vencovský J., Němec P., et al.: Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. Účinnost a strategie léčby. *Čes. Revmatol.* 2007;15:73-90
5. Combe B., Landwe R., Lukas C. et al.: EULAR recommendations

- for management of early arthritis. *Ann Rheum. Dis.* 2007;66:34-45
6. Pinals RS., Masi AT., Larsen RA. et al.: Criteria of remission in rheumatoid arthritis of the American Rheumatism Association Diagnostic and therapeutic Criteria Committee. Preliminary criteria for clinical remission in rheumatoid arthritis. *Arthritis. Rheum.* 1981;24:1308-15
 7. Prevoo ML., van 't Hof MA., Kupper HH. et al.: Modified disease activity scores that include 28 joint counts: development and validation in a prospective longitudinal study in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1995;38:44-48
 8. Sharp JT., Young DY., Bluhm GB et al.: How many joints in the hands and wrists should be included in a score of radiologic abnormalities used to assess rheumatoid arthritis. *Arthritis. Rheum.* 1985;28:1326-35
 9. Welsing PM., Landewe RB., van Riel P. et al.: The relationship between disease activity and radiologic progression in patients with rheumatoid arthritis: a longitudinal analysis. *Arthritis Rheum.* 2004;50:2082-93
 10. Arnett FC., Edworthy SM., Bloch DA., McShane DJ., Fries JF., Cooper NS., et al.: The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988;31:315-24
 11. Anderson JJ., Wells G., Verhoeven AC., Felson DT. Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis: the importance of disease duration. *Arthritis Rheum.* 2000;43:22-9
 12. Mottonen T., Paimela L., Leirisalo-Repo M., Kautiainen H., Ilonen J., Hannonen P. Only high disease activity and positive rheumatoid factor indicate poor prognosis in patients with early rheumatoid arthritis treated with „sawtooth” strategy. *Ann. Rheum. Dis.* 1998;57:533-9
 13. Goronzy JJ., Matteson EL., Fulbright JW., Warrington KJ., Chang-Miller A., Hunder GG., et al.: Prognostic markers of radiographic progression in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004;50:43-54
 14. Vencovský J., Macháček S., Šedová L., Kafková J., Gatterová J., Pešáková V., et al.: Autoantibodies can be prognostic markers of an erosive disease in early rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2003;62:427-30
 15. Combe B., Dougados M., Goupille P., Cantagrel A., Eliaou JF., Sibilia J., et al.: Prognostic factors for radiographic damage in early rheumatoid arthritis: a multiparameter prospective study. *Arthritis Rheum.* 2001;44:1736-43
 16. Dixey J., Solymossy C., Young A. Is it possible to predict radiological damage in early rheumatoid arthritis (RA)? A report on the occurrence, progression, and prognostic factors of radiological erosions over the first 3 years in 866 patients from the Early RA Study (ERAS). *J. Rheumatol. Suppl.* 2004;69:48-54
 17. Emery P., Breedveld FC., Dougados M. et al.: Early referral recommendation for the diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann. Rheum. Dis.* 2002;61:290-297.
 18. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines: Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum.* 2002;46:328-346
 19. Růžičková O., Bayer M., Pavelka K., Palička V. Doporučení pro prevenci a léčbu glukokortikoidy indukované osteoporózy u pacientů s revmatickým onemocněním. *Česká revmatologie* 2004;4:163-174
 20. V ACR and EULAR improvement criteria have comparable validity in rheumatoid arthritis trials. American College of Rheumatology European League of Associations for Rheumatology. *J. Rheumatol.* 1999;26:705-11.
 21. American College of Rheumatology ad hoc committee on clinical guidelines. Guidelines for management of rheumatoid arthritis. *Arthritis. Rheum.* 1996;39:713-22.
 22. O' Dell JR., Haire CE., Erikson N., et al.: Treatment of rheumatoid arthritis with methotrexate alone, sulfasalazine and hydroxychloroquine or a combination of all three medications. *N. Engl. J. Med.* 1996;334:1287-91.
 23. Moreland LW., Schiff MH., Baumgartner SW., et al. Etanercept therapy in rheumatoid arthritis. A randomized controlled trial. *Ann. Intern. Med.* 1999;130:478-86.
 24. Maini RN., Breedveld FC., Kalden JR., et al.: Therapeutic efficacy of multiple intravenous infusions of anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody combined with low dose weekly methotrexate in rheumatoid arthritis. *Arthritis. Rheum.* 1998;41:1552-63.
 25. Weinblatt ME., Keystone EC., Furst DE., et al. Adalimumab, a fully human anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody, for the treatment of rheumatoid arthritis in patients taking concomitant methotrexate: the ARMADA trial. *Arthritis. Rheum.* 2003;48:35-45.
 26. Emery P., Fleischmann R., Filipowicz-Sosnowska A., et al.: The efficacy and safety of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate treatment. Results of a phase IIb randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging trial. *Arthritis. Rheum.* 2006;54:1390-1400.
 27. Weinblatt M., Combe B., Covucci A., Aranda R., Becker JC., Keystone E. Safety of the selective costimulation modulator abatacept in rheumatoid arthritis patients receiving background biologic and nonbiologic disease-modifying antirheumatic drugs: A one – year randomized, placebo-controlled study. *Arthritis. Rheum.* 2006;54:2807-16.
 28. Breedveld F., Weisman MH., Karandugh AF., et al.: The PREMIER study: a multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with adalimumab plus methotrexate versus methotrexate alone or adalimumab alone in patients with early, aggressive RA who had not previous methotrexate treatment. *Arthritis. Rheum.* 2006;54:26-37.
 29. Emery P.: Remission rates with the combination of etanercept and methotrexate compared with methotrexate monotherapy in subjects with active early rheumatoid arthritis. 1 year COMET randomized double-blind results. ACR 2007; Boston, Abstract.
 30. Backlund E., Hiadou A., Askling J. et al.: Association of chronic inflammation, not its treatment, with increased risk in rheumatoid arthritis. *Arthritis. Rheum.* 2006;54:692-701
 31. Cohen SB., Emery P., Greenwald MW., et al. Rituximab for rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor therapy: Results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial evaluating primary efficacy and safety at twenty-four weeks. *Arthritis. Rheum.* 2006;54:2793-806.
 32. Doyt L., Bonn MD., Sam Lim S. New roel for an old friend: prednisone is a disease modifying agent in early rheumatoid arthritis. *Curr. Opin. Rheumatol.* 2003;125:193-6.
 33. Saag KG., Criswell LA., Sems KM., Nettleman MD., Kolluri S. Low-dose corticosteroids in rheumatoid arthritis: a meta-analysis of their moderate-term effectiveness. *Arthritis. Rheum.* 1996;39:1818-25.
 34. Svensson B., Boonen A., Albertsson K., van der Heijde, Kellar C., Hafström I. For the BARFOT Study Group. Low-dose prednisolone in addition to the initial disease modifying antirheumatic drug in patients with early active rheumatoid arthritis reduces joint destruction and increases the remission rate. A two year randomised trial. *Arthritis. Rheum.* 2005;52:3360-70.
 35. Kirwan JR., ARC Low Dose Glucocorticoid Study Group. The effect of glucocorticoids on joint destruction in rheumatoid arthritis. *N. Engl. J. Med.* 1995;333:142-6.
 36. Wassenberg S., Rau R., Steinfeld P., Ziedler H. Very low-dose prednisolone in early rheumatoid arthritis retards radiographic progression over two years: a multicenter, double blind, placebo controlled trial. *Arthritis. Rheum.* 2005;52:3371-80.
 37. Hickling P., Jacoby RK., Kirwan JR. Joint destruction after glucocorticoids are withdrawn in early rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism Council Low Dose Glucocorticoid Study Group. Br. J. Rheumatol.* 1998;37:9300-6.
 38. Boers M., Verhoeven AC., Markuse HM., et al. Randomised comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulfasalazine with sulfasalazine alone in early rheumatoid arthritis. *Lancet* 1997;350:309-18.
 39. Van Everdingen AA., Jacobs JW., Siewertsz Van Reesema DR., Bijlsma JW. Low-dose prednisone therapy for patients with early active rheumatoid arthritis: clinical efficacy, disease-modifying properties, and side effects: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Amm. Intern. Med.* 2002;136:1-12.
 40. Quinn MA., Conaghan PG., Emery P. The therapeutic approach of early intervention for rheumatoid arthritis: what is the evidence? *Rheumatology* 2001;40:1211-20.
 41. Lin AE., Paget SA. Principles of corticosteroids therapy. London. Arnold, 2002.
 42. Bijlsma JWJ., Boers M., Saag KG., Furst DE. Glucocorticoids in the treatment of early and late RA. *Ann. Rheum. Dis.* 2003;62:1033-7.
 43. Gotzsche PC., Krogh Johansen H. Meta-analysis of short term low dose prednisolone versus placebo and non steroidal anti inflammatory drugs in rheumatoid arthritis. *BMJ* 1998;316:811-8.
 44. Morrison E., Capell HA. Corticosteroids in the management of early and established rheumatoid disease. *Rheumatology* 2006;45:1058-61.
 45. Pavelka K., et al. Farmakoterapie revmatických onemocnění. Grada. Praha, 2005.
 46. Hrnčíř Z. Význam série minipulzů metylprednisolonu v léčbě aktivní revmatoidní artritidy. *Čas. Lék. Čes.* 1994;133:440-3.
 47. Brooks P., Emery P., Evans JF., et al. Interpreting the clinical significance of the differential inhibition of cyclooxygenase-1 and cyclooxygenase-2. *Rheumatology* 1999;38:779-83.
 48. Singh G., Triadafilopoulos G. Epidemiology of NSAID-induced gastrointestinal complications. *J. Rheumatol.* 1999;26(Suppl 1):18-24.
 49. Hawkey CJ.: Nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. *Gastroenterology* 2000;119:521-535.
 50. Solomon DH., Glynn RJ., Levin R. et al.: Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and acute myocardial infarction. *Arch. Intern. Med.* 2002;162:1099-1104.
 51. Cannon CP., Curtis SP., Carret A. et al.: Cardiovascular outcomes with etoricoxib and diclofenac in patients with OA and RA in the Multinational Etoricoxib and diclofenac arthritis long-term (MEDAL) programme. *Lancet* 2006;368:1771-81.
 52. Casimiro L., Brosseau L., et al. Therapeutic ultrasound for the treatment of rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006;Issue 4.
 53. Brosseau L., Younge KA., et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of rheumatoid arthritis in the hand *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006;Issue 4.
 54. Robinson VA., Brosseau L., et al. Thermotherapy for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006;Issue 4.
 55. Van den Ende CHM., Vliet Vlieland TPM, et al. Dynamic exercise therapy for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006; Issue 4.
 56. Gschwend N. Modern surgical therapy of RA: chances, risks, results. *Postgraduate lectures EFORT* 1993. Masson, 1993, No.1;4-9.
 57. Miehke R. Operative Therapie. In Hetsenkofer, HJ. *Rheumatologie Stuttgart: Thieme*, 1989;392-418.
 58. Sculo TP. *Surgical Treatment of Rheumatoid Arthritis*. Mosby Year Book, 1999.

MUDr. Petr Krejcar

Praktický lékař, Poliklinika Přelouč

Vítězná kazuistika projektu MIM: Nechočená migréna



MUDr. Petr Krejcar

Pacientka H.D., nar. 1951.

Z anamnézy 1992 resekce žaludku pro vředovou chorobu G-D, VAS C páteře, 5/2000 cholecystektomie, depresivní sy, od 6/2007 arteriální hypertenze

RA: neg.

Alergie: neg.

PA: poradenská činnost (OSVČ) nekuřák, alkohol a drogy neg.

NO: Pacientka má od 18 let migrenózní bolesti hlavy předcházené aurou, provázené světloplachostí, nauseou a zvracením, s výrazným omezením činnosti během záchvatu.

Zpočátku užívala sporadicky nesteroidní antirevmatika, poté přidala i analgetika jednosložková, později i kombinovaná.

Pacientku jsem převzal do své péče v lednu 2002. V této době užívala prakticky denně Alnagon v dávce 1/2 - 1 tbl., k tomu Veral 50-100 mg, Degan při nevolnosti. Dosud nebyla podrobněji vyšetřena na žádném specializovaném pracovišti, o triptanech neslyšela ani je dle dokumentace nevyzkoušela. Předchozí kolegyně se spokojila pouze s pravidelnou preskripcí Alnagonu (i přes relativně mladý věk nemocné).

Obj.: při převzetí normální somatický nálezní, TK 125/75 mmHg, bez zjevné patologie.

Laboratorně: všechna základní vyšetření hematol. a biochemická v normě, TSH norm., serologie na boreliózu neg., RTG C páteře a plic v normě, EKG s norm. nálezem.

Negativní bylo i oční a ORL vyš., které jsem vzhledem k anam. nechal doplnit. Přechodně byla sledována psychiatrickou amb. pro depresivní symptomatologii.

Průběh onemocnění: Po provedení všech vyšetření jsem zahájil edukaci pacientky směrem k nevhodnosti užívání kombinovaného analgetika, tedy Alnagonu. V této době se již zcela nepochybně jednalo o závislost na pravděpodobně i o polékovou bolest hlavy. Pacientka jen pozvolna a neochotně souhlasila s postupným vysazováním Alnagonu a zkušebním nasazením sumatriptanu (v té době Imigranu). Po zjištění pozitivního efektu triptanů byl pak Alnagon během cca půl roku zcela vysazen. Nasazení triptanů do prav. medikace proběhlo v lednu 2003. V počátku odvykání se mohlo jednat i o spolupůsobení v té době užívané psychiatrické medikace - Amitriptylin a Buspiron. Tyto léky pak pacientka pro nežádoucí účinky vysadila a do psych. poradny přestala docházet. Souhlasila však s vyzkoušením SSRI (deprese + pokus o profylaxi) - nejdříve paroxetin, poté sertralin - ale vše sama opět vysadila a další antidepressiva již odmítla.

Od roku 2004 pak užívala pouze triptany, vyzkoušela několik v té době dostupných preparátů, ale vždy se vrátila k sumatriptanu (zřejmě i pro jeho

nejmenší doplatek).

Postupně však docházelo k progresi migrenózních obtíží co do intenzity i frekvence záchvatů, pacientka zvyšovala dávku sumatriptanu (část tablet byla neúčinná i vzhledem ke zvracení během záchvatů). Proto jsem doporučil znovu zahájit profylaxi - nejdříve flunarizinem (Sibelium). Léčba nebyla úspěšná, dále jsem již postupoval ve spolupráci s poradnou pro bolesti hlavy, kam jsem pacientku odeslal počátkem r. 2005. Tam byla zopakována labor. vyš., doplněna MR mozku - vše s neg. nálezem. Byla ponechána léčba triptany a postupně vyzkoušena řada preparátů v profylaxi migrény - Magnosolv, lamotrigyn (Epimil), gabapentin (Gabalept), topiramat (Topamax) - vždy však vysazeno pro nežádoucí účinky či neúčinnost.

V červenci 2007 byla hospitalizována na spádovém neurologickém oddělení pro nakupení záchvatů s vertigem a nystagmem, provedena kontrolní laboratoř + CT mozku s neg. nálezem, po odeznění obtíží byla propuštěna jen s léčbou triptany. V téže době jsem pro nově zjištěnou art. hypertenzi nasadil hned od počátku beta-blokátor s cílem „zabít dvě mouchy jednou ranou“, tedy léčit hypertenzi a zkusit další možnost profylaxe migrény. Hypertenzi jsem zkompenzoval, migrénu však neovlivnil.

V současnosti pacientka užívá i 400 mg sumatriptanu na jeden záchvat, záchvaty se rozvíjejí kolem 4. - 5. hodiny ránní, někdy se opakují i během dne. Na počátku záchvatu musí vzít najednou 2x100 mg, po 2 hodinách 1-2 další 100 mg tablety. Obtíže mívá cca 2x týdně, ale jsou i častěji.

Současný diagnostický závěr z poradny je: transformovaná letitá migréna, v anam. drug headache.

Závěr a komentář: V této podrobné kazuistice jsem chtěl prezentovat případ velmi těžké migreničky se záchvaty reagujícími jen na vysoké dávky triptanů a s neúčinnou profylaxií řadou preparátů. Moje počáteční radost po úspěšném vysazení tak vysoce návykového léku, jakým jistě Alnagon je, byla vystřídaná určitou skepsí pro zhoršování záchvatů, neúčinnost profylaxe a současné nadužívání triptanů.

Takže nyní si kladu několik otázek: Nevyměnili jsme jeden návyk za druhý? A pokud ano, je vůbec možné návyk na triptany nějakým způsobem zvrátit? Je ještě nějaká možnost této pacientce pomoci v rámci profylaxe? Bude nemoc i nadále progredovat? Jak bude reagovat VZP na takto hojnou preskripci a jak dlouho budu moci tuto preskripci pacientce poskytnout (protože náklady jsou obrovské a t.č. leží plně na mé ordinaci)?

V současné době ze strany poradny pro bolesti hlavy žádný další návrh na léčbu, profylaxi či vyšetření není.

as. MUDr. Hana Kalistová, Ph.D.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Komentář neurologa ke kazuistice

Dle přiložené zprávy jde o pacientku s těžkou migrenózní cefaleou s typickým začátkem a doprovodnými příznaky, jejíž migréna byla přechodně komplikována rozvojem každodenních bolestí hlavy s abusem analgetika s centrální složkou (Alnagon).

Záchvaty jsou v současné době přítomny 2x týdně, někdy i více, začínají mezi 4. a 5. hodinou ranní – pacientka se s nimi tedy pravděpodobně již budí. Ihned musí užít 200 mg sumatriptanu, přesto se někdy záchvat zopakuje během dne a pacientka je nucena užít dalších 100-200 mg sumatriptanu.

U této komplikované pacientky by zřejmě bylo vhodné pokusit se zasáhnout v několika rovinách:

1) Pacientka by měla vyplňovat deník, kde bude zaznamenávat dny s bolestí hlavy a její intenzitou a dále použitou medikaci.

2) Zcela správně bylo u pacientky v minulosti provedeno několik pokusů o nasazení preventivní antimigrenózní léčby (**SSRI: paroxetin, sertralín, blokátor kalciového kanálu: flunarizin, antiepileptika: gabapentin, topiramát, lamotrigín, betablokátor, magnesium**).

Dle doporučení IHS (International Headache Society) je preventivní léčba indikována zejména v případech, kdy se záchvaty migrény vyskytují více, jak 5x měsíčně (což je zhruba u 25% migreniků) či je nedostatečný efekt léčby akutní (triptanů) či je tato léčba kontraindikována nebo provázena vedlejšími účinky.

Aby bylo možno posoudit, zda je preventivní léčba efektivní, je nutno užívat ji minimálně po dobu 3 měsíců a za úspěšnou je považována tehdy, když dojde ke snížení frekvence či intenzity migrenózních záchvatů o 50%. Pokud je léčba účinná, ponecháváme ji pacientovi 6-12 měsíců a poté pozvolna vysazujeme.

U referované pacientky byly všechny tyto preparáty vysazeny pro neúčinnost nebo výskyt nežádoucích účinků. I když z poskytnuté dokumentace není zřejmé, v jaké dávce a jak dlouho pacientka konkrétní preparáty užívala, či jak šetrně bylo postupováno při jejich nasazování, z psychologického hlediska by bylo vhodné profylaxi zahájit lékem ze skupiny, která u pacientky dosud zkoušena nebyla.

V současné situaci je možné nasadit jako preventivní léčbu valproát či kyselinu valproovou (např. preparáty Orfiril, Depakine Chrono či Convulex). Terapeutické rozmezí v léčbě migrény je 250-1500 mg/den. Začínáme s iniciační dávkou 2x250 mg a eventuelně zvyšujeme dle tolerability (u naší

pacientky bych doporučovala zvyšovat dávku velmi pomalu – cca po 2 týdnech a vždy nejprve dávkou večerní). Většinou vystačíme s podstatně nižší dávkou než jaká je nutná v případě epilepsie, což bývá až 2100 mg.

Nejčastějšími nežádoucími účinky valproátu a kyseliny valproové jsou nauzea, vomitus, vertigo, pocity slabosti, ospalost, třes, křeče v břiše, padání vlasů, zvýšení tělesné hmotnosti. Během dlouhodobé léčby je nutno pravidelně kontrolovat krevní obraz a jaterní testy (první půl rok každý měsíc, posléze 1x za 3 měsíce).

V případě neúspěchu lze eventuelně preventivní léčbu valproátem doplnit na preventivní léčbu ve dvojkombinaci. V případě valproátu je možno použít betablokátor (u pacientky již nasazený, takže půjde od začátku od dvojkombinaci), dále SSRI, tricyklická antidepresiva, blokátory kalciových kanálů.

3) Za velmi žádoucí bych dále považovala opětovné a podrobné rozebrání životního stylu a případných rizikových momentů v něm – stres doma či v zaměstnání, pocit přetížení, nedostatečná relaxace, nadváha, stav krční páteře. O všech těchto faktorech víme, že mohou průběh migrény zhoršovat. Pacientce je možné nabídnout rehabilitaci zaměřenou na krční páteř, přiměřenou aerobní zátěž, dále například nácvik různých relaxačních technik alespoň zpočátku pod vedením psychoterapeuta. U některých pacientů jsou pozitivní zkušenosti s akupunkturou.

4) Vzhledem k tomu, že záchvaty pacientky jsou silné – iniciačně užívá 200 mg sumatriptanu – doporučila bych, pokud to umožňuje finanční situace pacientky, ještě jednou, třeba i za několik týdnů po nasazení účinné preventivní terapie, vyzkoušet v léčbě akutního záchvatu eletriptan (Relpax 80 mg), který má oproti sumatriptanu rychlejší nástup účinku – maximální plazmatické koncentrace dosahuje po 1,5 hodině (sumatriptan po 2 hodinách) a plazmatický poločas má 4 hodiny (sumatriptan 2 hodiny). I dle klinických zkušeností se u většiny těžkých migreniků jeví eletriptan jako výhodnější.

Při léčbě akutního migrenózního záchvatu je důležité užít lék co nejdříve po vzniku bolesti (během rozvinutého záchvatu, zvláště s nauzeou, se lék hůře vstřebává). Pokud se pacientka s bolestí s nauzeou a případně zvracením již vzbudí, je lépe užít nejprve prokinetikum či antiemetikum (Degan, Torecan) ve formě čípku.



as. MUDr. Hana Kalistová, Ph.D.

Roli praktika v systému chápu jako průvodce, koordinátora a manažera péče o pacienta



MUDr. Jiří Šmíd - po maturitě na Gymnáziu F. X. Šaldy v Liberci v roce 1993 absolvoval 1. lékařskou fakultu UK v Praze, promoval v roce 1999 a hned po studiu se rozhodl pro všeobecné lékařství. V rámci předatestační přípravy nastoupil jako sekundář na interní oddělení malé soukromé nemocnice na Praze 6, Chittusiho ulici, po jejím přechodu na oddělení následné péče dále pracoval na interně Nemocnice Na Františku v Praze a v roce 2002 složil atestaci ze všeobecného lékařství. Po složení atestace se vrátil do rodného kraje pod Jizerskými horami a od té doby pracuje jako praktický lékař v Jablonci nad Nisou, nejprve jako zaměstnanec a od roku 2005 samostatně ve své soukromé praxi. MUDr. Šmíd je ženatý, žena je též lékařka a mají dva syny.

*ve Velké Británii
pracuje vždy několik
praktiků dohromady
jako partneři*

Pane doktore, kdy a proč jste se rozhodl pro všeobecné lékařství?

Během studií jsem po celou dobu nebyl nijak profesně vyhraněný, v průběhu stáží jsem tíhnul jednu dobu k interně, zejména intervenční kardiologii a chodil navíc na katetrizační sál a na dobrovolné kardiologické semináře, pak přišlo období kdy mě přitahovala gynekologie a porodnictví a chvíli jsem chodil „fiškusovat“ na porodnici. Po složení státnice z gynekologie jsem dokonce dostal nabídku k práci od zkoušejícího profesora, což mě potěšilo. Ale u většiny specializovaných oborů mi tak trochu scházelo „zbytek“ medicíny.

Pro obor všeobecného lékařství jsem se rozhodl až v šestém ročníku medicíny po absolvování praxe u praktického lékaře. Na mém rozhodnutí měl velký podíl MUDr. Šnajdr st. z Jablonce nad Nisou, u kterého jsem tuto stáž absolvoval. Je to zkušený praktik, který spoluzakládal katedru všeobecného lékařství IPVZ, také působil v zahraničí jako lékař OSN. Až tehdy jsem pochopil atraktivitu a význam tohoto oboru a jeho nezastupitelnou roli v péči o pacienta.

Tentokrát jsme navštívili kolegu dr. Šmída v Jablonci nad Nisou

Předatestační přípravu jsem absolvoval v Praze, ale své další působení jsem směřoval zpět do rodného kraje k Jizerským horám. Nejprve jsem nastoupil jako zaměstnanec ke dvěma kolegům v Jablonci nad Nisou. Po roce se mi naskytla možnost dlouhodobějšího zástupu vážně nemocné kolegyně s možností převzetí praxe a po ročním působení jsem si vzal úvěr a praxi od kolegyně odkoupil.

V předatestační přípravě jsem strávil dva týdny na stáži v Anglii ve sdružené praxi šesti praktiků, ze které čerpám inspiraci dodnes.

To byla zajímavá zkušenost, můžete nám říci pár postřehů, důležitých pro nás praktiky v ČR?

Zásadní rozdíl proti hromadným praxím, které dnes vznikají u nás, je v tom, že tam praktici vstupují do hromadné praxe dobrovolně a hlavně nejsou zaměstnanci, ale spolumajitelé („Partneři“). Hlavní výhoda je spoluzodpovědnost za praxi a zároveň jistota, že při odchodu (např. do důchodu) svůj podíl odprodá a tím získá významný příspěvek do důchodu. Líbil se mi i běžný zvyk objednávat všechny pacienty na čas, protože ve větším počtu lékařů se vždy našlo místo i pro akutního pacienta. Zajímavá je i významná úspora nákladů, protože více lékařů má společné přístrojové i personální vybavení, mohou si tak dovolit zaměstnat administrativní síly, které jim tak šetří čas pro skutečnou medicínskou činnost.

Role praktického lékaře v systému bývá politicky často podceňována. Jak byste charakterizoval hlavní význam praktického lékaře pro pacienta?

Roli praktika v systému chápu jako průvodce, koordinátora a manažera péče o pacienta. Být schopen komunikace a spolupráce na kvalitní úrovni se všemi obory medicíny je výzva k profesnímu růstu a erudici, která vyžaduje se odborně udržovat a trvale vzdělávat.

Mohl byste charakterizovat Vaši praxi, liší se v něčem od „běžné“?

Pracuji v budově bývalé mateřské školky společně s několika specialisty: chirurgem, neurologem a krčním lékařem, v budově máme i lékárnu a rentgen. Pracuji s jednou sestrou.

Z vybavení ordinace mám nad povinný rámec ekg, glukometr, otoskop. Nyní sháním sponzo-

ra na pořízení CRP a INR diagnostiky v režimu POCT, protože jsem spočítal, že platby od pojišťoven bohužel adekvátně nepokryjí náklady. Od listopadu jsem zavedl systém objednávání na většinu ordinační doby, do budoucna plánuji objednávat na celou ordinační dobu. Kromě „prosinčového šílenství“ tento systém pacienti povětšinou respektují a oceňují. Spolupráce s kolegy ambulantními specialisty i s jabloneckou nemocnicí je na velmi dobré úrovni. S velkou částí kolegů se znám osobně i proto, že sloužím jako externí lékař záchranné služby, což je často výhodou při komunikaci. Na práci u RLP mne uspokojuje pocit schopnosti zvládat medicínu prvního kontaktu v plné své šíři, od stavů „banálních“ až po ty perakuční. My, praktičtí lékaři se pravidelně scházíme na seminářích pod hlavičkou SPL, kde krom odborných témat aktuálně probíráme i provozní problémy, novinky v legislativě atd.

Co si myslíte o primární péči u nás?

Primární péče je základním pilířem ambulantní sféry zdravotnictví. Věřím v dlouhodobou perspektivu našeho oboru, jinak bych se praktikem nestal. Ale je to běh na dlouhou trať a ne každý má tu vytrvalost a odvahu se na takto dlouhou trať pustit. Myslím, že právě perspektiva a motivace je to, co náš obor potřebuje. Samozřejmě zásadní je vyřešení postgraduální přípravy mladých praktiků, která je nyní v troskách.



Jaké máte první zkušenosti s regulačními poplatky?

S fungováním a výběrem regulačních poplatků nemám ve své praxi až překvapivě větší potíže. S podstatou poplatků víceméně souhlasím, sice zatím uplynula krátká doba, ale regulační efekt myslím, že působí. Můžeme diskutovat o šťastnosti výše poplatku a metodiky jeho výběru, ale v principu s poplatky souhlasím.

Jaký je Váš názor na generickou preskripci?

Fungující generickou preskripci jsem zažil při stáži v Anglii a neviděl jsem větší problém ani ze strany lékařů ani pacientů. Jestli bude u nás



Rodina je pro mne nutné zázemí

prosazena, bude to zejména politické rozhodnutí. Každá zásadní změna systému je minimálně v úvodu problematická a její účinnost či nesmyslnost vždy ověří pouze čas.

Jak kompenzujete svoji náročnou práci, co Vaše rodina, koníčky?

Odreagováním od práce je pro mne zejména rodina a sport. I přes náročnost povolání je třeba myslet na sebe a na rodinu. Pokud není lékař v pořádku a v dobré kondici, nemá tolik sil pro svou profesi a sám se může časem dostat do situace, kdy potřebuje pomoc, např. při syndromu vyhoření apod. Sport je pro mne ideální prostředek duševní i tělesné hygieny. Před několika dny jsem absolvoval další ročník Jizerské padesátky v běhu na lyžích. Velkým plus pro mne je skvělé rodinné zázemí.

Vím o vás, že se také angažujete v ČLK, co si myslíte o jejím vztahu k praktikům?

Od loňského listopadu jsem členem představenstva okresního sdružení ČLK v Jablonci nad Nisou. Do této funkce jsem kandidoval na základě vůle praktiků mít v ČLK své zastoupení. Důvěra praktiků v komoru za minulého prezidenta velmi utrpěla, i když se současný prezident snaží vystupovat vůči praktikům vstřícněji, důvěra se ztratí rychle, ale buduje velmi pomalu...

Co byste na závěr vzkázal začínajícím kolegům?

Mít cíl a jít za ním. Povaha naší práce má jednu velkou výhodu, které si na své práci hodně cením. Jsme vlastními pány, jak si chod své práce zorganizujeme a zařídíme, takovou ji máme.

Děkuji Vám za rozhovor a přeji mnoho úspěchů v profesním i soukromém životě.

Rozhovor vedla MUDr. Jana Vojtíšková

ztracenou důvěru praktiků bude ČLK získávat dlouho

INTERNET – pokud jej poznáme stane se naším přítelem



V minulých dílech našeho seriálu o lékařích a počítačích jsme si všímali jednotlivého počítače, toho, co je v něm popř. v bezprostředním okolí. Ale co když spojíme dva, tři nebo třeba pět počítačů dohromady, aby spolu mohli komunikovat? Vznikne počítačová síť. O té budeme v budoucnu též hovořit.

Co se však stane, když dojde ke spojení tisíců počítačů nebo dokonce tisíců „malých“ počítačových sítí? Dostaneme se k fenoménu dneška k internetu. V několika dalších pokračováních probereme historii, možnosti připojení, možnosti využívání, vyhledávání informací, komunikaci ale i nebezpečí, která pro uživatele hrozí – tedy zejména bezpečnost připojení a také možnosti posuzování validity získaných informací. Pokusíme se snažit dokázat, že Internet již není zdaleka jen „suché“ medium určené k vyhledávání informací popř. posílání e-mailů. Současné programy pracující na Internetu umožňují též využití této „sítě sítí“ k moderní komunikaci datové (tedy posílání jakýchkoli dat – např. laboratorních výsledků), hlasové (komunikujícího je možné slyšet) i obrazové (komunikujícího je možné i vidět, popř. je možné mu ukázat EKG, resp. RTG snímek).

Historie internetu

Počátek internetu (prehistorie) se odehrával v době studené války – kde jinde než v armádě. V 70. letech, kdy začínaly počítače pronikat do veřejného života a jejich chod byl stále nepostradatelnější pro fungování státu, dostali vojenští technici armády USA zadání vytvořit síť počítačů. Podmínkou bylo jejich vzájemné propojení, schopnost komunikace a zejména schopnost pracovat bez řídicího centra. Důvod byl nasnadě: pokud by existovalo centrum a bylo by zničeno – přestala by fungovat celá síť, což by mělo fatální následky. Nově vytvořená síť (ARPANET) však byla schopná pracovat jako celek, ale při odpojení (zničení) některé její části byl zbytek schopný pracovat nadále bez větších problémů. Tato počáteční determinanta zůstala Internetu dodnes – tedy decentralizace. Ve světě neexistuje centrum nebo „ředitelství“ internetu.

K síti se postupně připojovalo stále více počítačů – zpočátku převážně univerzitní pracoviště (období internetového středověku) a v polovině 90. let již propojovala téměř celý svět. V tomto univerzitním období fungoval internet na zcela nekomerční bázi. Výhodou bylo, že byl převážně akademickým medium pro „altruistické“ vyvolence, takže se jím nešířily žádné viry, nevyžádané nabídky apod. Nevýhodou bylo, že připojení bylo sice možné, ale díky malému rozšíření poměrně drahé a pro laika byla i obsluha poměrně složitá.

Zlomem ve vývoji byl rok 1989, kdy byl vytvořen hypertextový dokument, tedy text, který v sobě skrývá odkaz na jiný dokument umístěný kdekoli na síti – dnes jej známe jako World Wide Web (WWW), který se stal vlastně synonymem současného internetu. Byl to ten moment, který udělal internet snadno ovladatelným a přátelským i pro běžného uživatele – laika. V tu chvíli již nic nestálo v cestě jeho masivního rozšíření se všemi klady i zápory (internetový novověk). Obchodníci brzy pochopili obrovské komerční možnosti této celosvětové sítě a komerce tak doslova vtrhla na internet (do té doby bylo cokoli komerčního doslova vulgárním slovem). Nicméně rozšíření vedlo k výraznému poklesu cen připojení i využívání a tedy

počet uživatelů narůstal, takže se dá říci, že dnes platí: „Kdo není na webu, jako by nebyl“.

Malý internetový slovníček

Díky tomu, že se internet vyvíjel mezi poměrně úzkou skupinou lidí, užívá (kromě angličtiny, která je univerzálním počítačovým jazykem) systém zkratk a slovních spojení, které často ynabývají nového smyslu: Dá se tedy říci, že má internet i svůj „jazyk“. Několik základních spojení je na vysvětlenou zde:

Baud: (Bits At Unit Density) – jednotka přenosové rychlosti rovná počtu změn stavu nebo podmínek za sekundu. Hodnota v baudech většinou odpovídá počtu bitů přenesených za sekundu.

Bit: dvojková číslice (0 nebo 1) – jednotka informace v počítačové terminologii. 8 bitů = 1 byte.

Byte: základní jednotka se kterou pracuje počítač – skupina dvojkových číslic – obvykle 8 – které zobrazují jednu informaci (např. písmeno v textovém editoru).

BPS: (Bits Per Second) – počet bitů za s – udává rychlost daného připojení (čím vyšší číslo, tím rychlejší přenos dat).

FAQ: (Frequently Asked Questions). Hojně užívaná zkratka - často kladené otázky. Obvykle se jedná o předem zodpovězené nejčastější otázky k dané problematice.

HTML: (Hypertext Markup Language). Hypertextový jazyk v němž jsou psány webové stránky.

Hypertext: text s tzv. aktivními odkazy – jsou to většínou barevně odlišená a podtržená místa. Při kliknutí na ně se dostaneme na jiné místo např. v internetu s tematikou odpovídající odkazu. (Pokud na takové místo najedeme, kurzor se změni na šipku.)

Komprese, komprimace: V počítačové mluvě je tento termín používán ve smyslu zmenšení (zhuštění) objemu dat nesoucích určitou informaci. Ke komprimaci slouží programy, které dokáží zmenšit objem přenesené informace (např. fotografie), aniž by byla poškozena a následně ji (po přenosu) uvést do původního stavu. Zvýší se tak významně rychlost přenosu. Mezi nejznámější programy patří např. ZIP.

Modem (MODulátor DEModulátor): zařízení, které převádí data z počítače do podoby schopné transportu (např. po telefonním nebo televizním kabelu) a na druhém konci u příjemce je opět převádí zpět na počítačová data.

Spam: Nevyžádaná pošta. Termín je nejčastěji používán pro e-mailové zprávy reklamního nebo komerčního charakteru, které si příjemce nevyžádal ani neobjednal, často mohou i obsahovat počítačové viry.

Virus: Počítačový program vytvořený za účelem poškození nebo obtěžování ostatních uživatelů internetu. Šíří se většinou s nějakým užitečným programem. Částečnou obranu skýtají antivirové programy.

WWW: World Wide Web - nejpoužívanější služba na internetu. V překladu znamená celosvětovou pavučinu, která je tvořena vzájemným provázáním internetových stránek pomocí hypertextových odkazů.

WWW prezentace (webová prezentace): Logicky ucelený soubor www stránek, vztahujících se k jednomu tématu. Může se na nich prezentovat nějaká firma, organizace, ordinace, jednotlivec apod.

V příštím díle rubriky PC a doktor probereme možnost, výhody a nevýhody připojení k internetu.

MUDr. Cyril Mucha

Diety při snižování nadváhy a obezity

Skoro v každém časopise či na různých internetových serverech můžeme najít recepty na „zaručené diety“ – ať už ananasové či banánové, nudlové, rýžové, bramborové aj. Důležité je však zdůraznit, že většina takto publikovaných diet je založena na velkém omezení denního přísunu kalorií a většina pacientů takovou dietu nevydrží dlouho praktikovat. Dalším poměrně častým nešvarem těchto diet je jejich velká jednostrannost, která spočívá buď v nedostatečném přísunu bílkovin, nebo sacharidů, omezení konzumace ovoce apod. Pokud bychom takovéto diety drželi dlouhodobě, mohly by tyto „zaručené diety“ vést k trvalému poškození našeho organismu – např. rozvoj osteoporózy v důsledku nedostatečného příjmu vápníku aj.

Jak tedy zvolit správnou dietu, která by nepoškodila naše zdraví?

Praktický lékař by jako první měl pacientovi dát základní rady, jak se stravovat. Často se můžeme setkat s pacienty, kteří přicházejí za obezitologem s tím, že po nich někdo jiný chce, aby zhubli. Léčba u takovýchto pacientů bývá často neúspěšná, protože v první řadě je zde nutná vůle pacienta, který musí sám aktivně chtít změnit svůj životní styl. Nezbytný u obézních pacientů je též empatický přístup, neboť pacienti s morbidní obezitou jsou často psychicky labilní v důsledku posměchu okolí či opakovaným upozorňováním na zdravotní rizika vyplývající z jejich obezity. Bohužel velmi často pacienti pod dojmem reklamy očekávají nereálné váhové úbytky v řádu 7 kg/týden. Dále je nutné zdůraznit, že bychom si měli při držení diety vytyčit reálné cíle. Ideální váhový úbytek je cca 2-5 kg/měsíc.

Než začneme držet dietu

Na začátku je nutné zdůraznit, že neexistuje jedna „zaručená dieta“. Předně záleží na tom, jak se pacient stravoval před zahájením diety. Pacienty můžeme podle jejich jídelních zvyklostí rozdělit do několika skupin.

1. První skupina pacientů, která přichází do našich ambulancí, je skupina pacientů, která přijímá v průběhu dne celkem pravidelně velké množství energeticky bohaté potravy – např. není výjimečné, že pacient posnídá 3-4 krajíce chleba s bučkem, ke svačině pojí uzeninu s pivem, k obědu si pak dá buď smažené či pečené jídlo opět s pivem. K odpolední svačině u takového pacienta není výjimečný majonézový salát s 3-5 ks bílého pečiva. Večer pacient pozře uzeninu opět s alkoholem. Denní příjem u takovýchto pacientů se pohybuje často mezi 16-20 000 KJ.

2. Druhá skupina pacientů je skupina obézních, kteří se přes den bojí přijímat potravu a většinu potravy následně pozrou večer. Celkový energetický

příjem může, ale také nemusí být až tak vysoký. Pohybuje se často kolem 10 000 KJ.

3. Třetí skupinou pacientů jsou tzv. „chroničtí dietáři“. To jsou pacienti, kteří opakovaně drží různě drastické diety. Pár kilogramů zredukuje, bohužel po skončení diety opět tyto kilogramy v rámci jo-jo efektu se vrátí. A tak tyto pacienti opět začnou držet jinou poměrně přísnou dietu. Opět něco zredukuje, ale většinou už ne tolik, jako v předcházející dietě. Po skončení diety opět v rámci jo-jo efektu zredukované kilogramy opět naběrou. Není výjimkou, že pacienti se tímto způsobem „dohubí“ až na 100 a více kilogramů. Denní energetický příjem této skupiny je ale poměrně často hodně nízký, pohybuje se kolem 5 000 KJ.

Postup při sestavování jídelníčku

Pokud se pacient rozhodne, že chce změnit své jídelní zvyklosti, je nutné hned na začátku pacienta upozornit, že tyto změny by měly být trvalé. To znamená, že na rozdíl od doposud držených diet, které vždy někde začínaly a po určité době končily a následně se pacient přejedl vším, co mu přišlo pod ruku, je tento proces dlouhodobý a měl by být až do konce života.

a) Nejdůležitějším krokem je sepsání tzv. jídelníčku (vše co pacient sní a vypije za jeden týden spolu s časem požití). Na základě těchto údajů si pacient i lékař mohou udělat představu, do jaké skupiny pacient zhruba patří a kde dělá nejvýraznější chyby při stravování. Základem úspěchu je pravidelnost ve stravování. Pacient by měl jíst 3-5x denně menší porce. Samozřejmostí by se měla stát snídaně - ta by měla být tvořena celozrnným pečivem (1 plátek chleba – 30 g, nebo celozrnného rohlíku 30-40 g) s nízkotučným sýrem – do 30% tuku v sušině, nebo drůbeží šunkou. Sýra či šunky by mělo být cca 20-30 g, nezbytnou součástí snídaně by měla stát konzumace ovoce či zeleniny. Jako alternativa této snídaně je např. nízkotučný jogurt s ovocem a kukuřičné lupínky. Mnozí pacienti mají mezi snídaní a obědem hlad. Je chybou pacientovi svačinu v tomto případě zakazovat, neboť pokud jde pacient následně hladový na oběd, tak logicky sní více při obědě. Ideální svačinou je např. nízkotučný jogurt, nebo ovoce a zelenina.

Při obědu bychom si měli dát pozor na smažená jídla a na množství příloh. Knedlíků se při redukci např. doporučuje max. 2 ks. Poměrně častou chybou je to, že si pacienti myslí, že těstoviny a rýže jsou nízkokalorické. Opak je pravdou. Vhodné je např. sníst polovinu podávané přílohy a na „dojedení“ si objednat zeleninový salát. Avšak pozor na majonézové či jiné dresinky. Odpoledně je opět vhodná malá svačina – ovoce zelenina, jogurt. Nedílnou součástí dne by se měla stát i večere. K večeri je možno podávat jak teplá, tak i studená



MUDr. Jitka Housová, PhD.

plánované změny jídelníčku by měly být trvalé

chyby při stravování a jídelníček

typy pacientů a jejich jídelní zvyklosti

**Jak důležité
je množství KJ?**

sůl a hubnutí

**pohybová aktivita
a hubnutí**

**musíme být
v přístupu
k obeztnímu
radikální?**

jídla. Ideální je např. grilovaná treska se zeleninovým salátem, nebo grilovaná kuřecí či krůtí prsa.

b) Nejčastější otázky pacientů - první otázkou otázka je kolik KJ mám za den sníst, když chci hubnout. Odpověď na tuto otázku není až tak jednoduchá, jak se na první pohled zdá. Množství KJ při redukci hmotnosti se odvíjí od toho, kolik KJ pacient přijímal před zahájením redukčního procesu. Pokud pacient např. jedl 16 000 KJ, tak je zcela nesmyslné zahájit léčbu obezity hned redukční dietou 4 200 KJ. Pacient by zcela určitě trpěl velkým hladem a je velmi pravděpodobné, že by takovouto dietu nevydržel. Navíc po určité době při redukci hmotnosti se váha stabilizuje a pacient přestane hubnout (tělo se přizpůsobí nižšímu příjmu potravy). Jestliže by pacient držel hned od počátku velmi přísnou dietu, tak už není moc prostoru při dalším snižování energetického příjmu. V praxi se naopak velmi osvědčilo, když při redukčním úsilí u pacientů energetický příjem snižujeme postupně. Tzn. že u našeho výše zmiňovaného pacienta doporučíme snížení energetického příjmu o cca 2 000-4 000 KJ na 12 000 KJ. Po určité době, kdy se váha stabilizuje, je následně možné opět snížit energetický příjem o další 2000 KJ na 10 000 KJ. Tímto způsobem můžeme postupovat až velmi přísné diety kolem 4 000-5 000 KJ. Výhodou tohoto postupu je větší váhový pokles a výrazně lepší spolupráce pacienta. U pacientů, kteří se stravují stylem přes den nic a večer vše, je nutné vysvětlit pacientovi nutnost pravidelného příjmu potravy aspoň ve třech denních porcích. Pokud se pacient nezačne pravidelně stravovat, tak šance na trvalou a úspěšnou redukci hmotnosti je nulová. Velmi těžká je spolupráce s výše uvedenými tzv. chronickými dietáři, kteří přijímají relativně malý energetický příjem. Zde je někdy nutná hospitalizace na specializovaných pracovištích, kde pacienti drží tzv. VLCD (very low caloric diet) diety.

Kde najít vhodné kalorické tabulky?

Kalorické tabulky jsou často k dispozici již u praktického lékaře či jiného lékaře. Nevýhodou těchto tabulek je to, že jsou málo podrobné a mnohé potraviny včetně sladkostí zde nejsou obsaženy. V praxi se nám osvědčily kalorické tabulky a kalkulátor kalorií na webu: www.obezita.cz, nebo na webu: www.zijzdrave.cz. Na obou těchto webech je také možné najít vzorové jídelníčky na celý týden. Mohu ještě někdy v budoucnu sníst nějakou sladkost?

Úkolem spolupráce lékaře s pacientem není zakázat vše, co měl kdy pacient rád. Je však nutné vždy počítat s energetickou hodnotou i těchto pochutin. V praxi to znamená, že např. pokud mám chuť na čokoládu, tak si jistě 1 čtvereček mohu dát, ale pouze jeden čtvereček, ne celou tabulku. Nebo pokud mám chuť na chipsy, tak je možno si dát malou hrst chipsu do mističky a ty sníst, avšak ne sníst celý pytlík. Vždy je však nutné počítat se zvýšeným energetickým příjmem po požití těchto potravin. Proto je třeba vhodné po takovémto „hříchu“ si vyjít na procházku, zaplavat, a nebo ubrat množství potravy při dalším jídle.

Jakých potravin či pokrmů bychom se měli vyvarovat při redukci hmotnosti? Mezi nevhodné potraviny patří hlavně potraviny s vysokým obsahem tuků – např. vepřové maso – zejména pak bůček, máslo, rostlinné tuky, ale i čokoláda a ořechy. Zde je nutné zdůraznit, že energetická hodnota másla a margarínů je velmi podobná. Výhodou margarínů je to, že neobsahují cholesterol. Dále je nutné omezit příjem smažených potravin. Tolik obávané cukry nejsou až tak energeticky bohaté jako právě výše zmiňované tuky – energetická hodnota 1 g sacharidů se pohybuje kolem 18 KJ, energetická hodnota 1 g tuků se pohybuje kolem 38 KJ! Nicméně tím nechci říci, že při redukci hmotnosti by pacienti měli konzumovat zvýšený přísun sacharidů např. ve formě bonbónů. Pozor také na limonády slazené cukrem, neboť ty se stávají pravou kalorickou bombou. Zcela nevhodná je též zvýšená konzumace alkoholu a to zejména „tvrdého alkoholu“ pro jeho vysoký energetický obsah. Též pravidelná konzumace piva či vína redukci hmotnosti moc nepomůže.

Proč je nutné omezit přísun soli při redukci hmotnosti?

Zvýšený přísun kuchyňské soli napomáhá např. rozvoji arteriální hypertenze. Při redukci je omezení přísunu důležité z toho důvodu, že sůl v potravě na sebe váže vodu a v lidském těle vede k jejímu zadržování. Zde je nutno upozornit pacienty na to, že sůl se vyskytuje i v minerálních vodách, na což se zapomíná.

Musím se při redukci hýbat?

Nedílnou součástí redukčního procesu by měla být též pravidelná pohybová aktivita. Zde je nutné vždy pacientovi doporučit vhodnou pohybovou aktivitu. Nestačí říci: „Musíte cvičit!“. Pacient pak se snaží začít cvičit a volí zcela nevhodné aktivity – např. aerobik, spinning aj. Mezi vhodné aktivity patří např. aqua-aerobik, cvičení na fit balóněch, pilates či plavání.

Co tedy na závěr?

Dáte mi jistě za pravdu, že spolupráce s obeztními při redukci hmotnosti není vždy jednoduchá. Nicméně je chybou každého obeztního pacienta brát automaticky za nespolečnickujícího. Naším úkolem by mělo být pacientovi nabídnout pomoc při hubnutí a jen na pacientovi záleží, zda se této pomocné ruky chytí či ne.

Literatura:

- 1) Hainer, Kunesova: Obezita, Galen 2007,
- 2) Malkova, Stochlova: Hubneme s rozumem v praxi, Grada 2007
- 3) Svacina: Metabolický syndrom 2007

MUDr. Jitka Housová, Ph.D. - od r. 2001 pracuje na III. interní klinice LF UK a VFN v Praze, kde se věnuje obezitologii a diabetologii, zejména pak pacientům s bariatrickou léčbou obezity (léčbě obezity pomocí chirurgických metod). 2004 - atestace v oboru vnitřní lékařství, v roce 2005 - zakončení postgraduálního studia na téma: Úloha hormonů tukové tkáně u malnutricí různé etiologie.

8. Zasedáme ke stolu

Minule jsme mluvili o stolování. Samostatnou pozornost chceme dnes věnovat řádu, v němž usednou pozvaní ke stolu. Jinými slovy – zasedacímu pořádku.

Především je třeba říci, že ideálního zasedacího pořádku na světě není. Tomu, jak hosty usazujeme, musíme vždy dávat jistý řád a smysl my sami. A tak i když nikdy nemůže být ideální, určitě lze mluvit o zajímavém nebo přirozeném zasedacím pořádku. A také o nepromyšleném, nepohodlném, neuctivém. Těm posledním se naučíme dnes vyhýbat.

Mezi výsadní místa u stolu patří to se zvlášť pěkným výhledem (na vstupní dveře, na celou místnost nebo z okna ven), s lepším posezením (ve Francii se v barech a levnějších restauracích odlišuje sezení na židli od toho na čalouněné lavici s opěradlem, které se má za pohodlnější), nebo s útulnějším okolím (jednou jsem byl usazen zády u vchodu do kuchyně a po celý oběd jsem slyšel srozumitelně jenom povely kuchaře, odpovědi kuchtíků a objednávky číšníků: takové místo bych označil nikoli jako vybrané, ale jako mimořádně nešťastné pro jakoukoli konverzaci). Mezi výsadní místa patří i místa čestná, tedy ta poblíž hlavního hosta či hostitele nejlépe po jejich pravici.

Zasedací pořádek určuje hostitel. Této role se nelze vzdát nebo ji na někoho delegovat. Již samotný výběr hostů a logika jejich zasednutí

výsad i povinností.

Při zasedacím pořádku dbejme na to, aby vedle sebe seděli pokud možno střídavě muži se ženami, tedy abychom nevytvářeli nějaké pohlavní enklávy, nebo aby na jedné straně stolu neseděli sami mladíci a na druhém starci. Při rozesazení je dobré promyslet i to, aby si sousedé mohli spolu povídat – nejde jenom o znalost cizího jazyka, máme-li třeba zahraniční hosty, ale také o to, abychom vedle sebe neposadili dva úplné nemluvy.

Ve chvíli, kdy vítáme hosty či ho uvádíme ke stolu, měli bychom být s to vysvětlit, koho proč kam posazujeme. Třeba slovy: „Nejkrásnější bude výhled z tohoto místa, proto posadíme pana profesora sem, aby viděl do zahrady“, lze například říci a přitom hlavního hosta uvést k jeho židli. Ten by měl zůstat stát a čekat, až své místo najdou i ostatní. Pomůže například dámě usednout a přisune jí židli. Uvádí hned vzápětí, aby u stolu nezůstal sedět jediný host sám.

Do očí hostů by nemělo svítit přímé slunce, všichni by pak spolu měli mít možnost navázat oční kontakt: i proto nemohou kytice či nějaká dominantní dekorace stavět bariéru mezi přítomné.

Pro stolování je výhodným tvarem stolu kruh: u takového stolu se poměrně dobře určují místa. Zásadou pro zasedací pořádek je určit, kdo je hlavní host a kdo hostitel. Můžeme je usadit proti sobě, aby „spolupředsedali“. Po jejich pravici jsou nejčestnější místa, po jejich levici ta méně čestná.

Hlavní host by tedy měl sedět proti hostiteli, nebo po jeho pravici, je-li hostitelem manželský pár: pak totiž hlavního hosta posadíme vedle našeho partnera či partnerky.

Je-li stůl dlouhý obdélníkový, srozumitelnost konverzace na jeho koncích může být horší: udržení společného

tématu při větším počtu hostů je pak složité. V takovém případě bychom měli posazovat hosty proti sobě nebo vedle sebe tak, aby spolu mohli vést hovor bez velkého přeskřikování. Krátké strany obdélníku jsou potom u takového stolu nejméně prestižní.

Při promýšlení společenského oběda nebo večere bychom měli zvolit omezený počet společensky velmi významných osob. Nejjednoduš-



**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



okolo stolu může být pro přítomné sdělením: ukazujeme, koho si považujeme, koho chceme seznámit s kým, nebo co jsme měli v úmyslu zvláště podtrhnout. Neměli bychom tedy nechat věci náhodě a dát volnou ruku všem, aby si posedali, jak je libo: nejenže nastane nepříjemný pocit anarchie, ale můžeme tím ukázat, že nám je lhostejno jak se naši hosté cítí a že jsme rezignovali na jednu z významných hostitelových



ší je určit jednoho dva nejdůležitější, a teprve k nim přizvat – podle zájmů, potřeby seznámení apod. – skupinu dalších hostů. Musíme pamatovat i na to, že se někdo na poslední chvíli omluví a nepřijde. Takové věci se stávají, pak je třeba předvídat náhradníka nebo jedno místo nechat neobsazené. Rozesazení hostů, je-li jich více, je lépe promyslet s tužkou a papírem. Jméno každého hosta pak můžeme přepsat načisto i na kartičku u každého jednotlivého místa: položené buď na sklenici na víno, na talíři nebo u něj v místě, kde bývá lžička a vidlička na dezert.

V případě velkého množství hostů se dokonce můžeme omezit jen na rozesazení u hlavního stolu. U ostatních stolů pak můžeme nechat svobodný režim.

Manželské páry v zásadě netřeba posazovat vedle sebe, jenom jde-li o novomanžele, můžeme udělat výjimku. Je-li hostitelem manželský pár, pak nemusí nutně sedět proti sobě, naopak, můžeme je asymetricky rozesadit tak, že proti sobě sedí muži (hostitel a hlavní host), přičemž jejich partnerky se prostřídají po jejich pravici: u hostitele sedí partnerka hosta a naopak. Elegantnější může být, aby proti sobě usedly ženy, jejich partneri se posadí vedle nich ve stejné logice.

Stolují-li jenom tři osoby, pak je čestné místo proti hostiteli nebo po jeho pravici. Jsou-li čtyři u čtvercového stolu a sedí-li u každé hrany jeden, pak sedí číslo jedna a dvě proti sobě (tedy hostitel a hlavní host), číslo tři po pravici čísla jedna, a číslo čtyři jemu naproti, tedy po pravici čísla dvě, tedy hosta. Sedí-li z každé strany čtverce dva a zůstanou-li dvě strany čtverce volné, pak je host po pravici hostitele, a naproti němu, tedy blíže hostu, usedne v pořadí třetí, a čtvrtý nakonec naproti hostiteli. Platí tedy, že hosta posazujeme na čestné místo a dbáme na to, aby byl obklopen dalšími, v pořadí jemu nejbližšími významnými hosty.

U větších tabulí pak zachováváme podobnou zásadu, jenom roste počet: ve francouzském i britském protokolu spolupředsedají dva muži

nebo dvě ženy, po jejich pravici jsou nejvýznamnější místa, po jejich levici hned místa následující. U kulatých stolů lze usadit až dvanáct hostů najednou, a přitom se mezi všemi přítomnými může udržet rozhovor. Pamatujme na minimální prostor pro stolování, který může být okolo půl metru na osobu šířky hrany stolu. U svatebních hostin se pak uplatňují další obecně uznávaná pravidla, jimž se zde pro nedostatek prostoru nebudeme věnovat.

Jsou-li s námi děti, zvažme, nakolik je opravdu nezbytné, aby s námi seděly u slavnostního stolu. Můžeme je totiž nechat najíst někde stranou či dříve, než zasedne společnost. I když i zde existují dobré příklady – vzpomínám na

jednu oslavu narozenin dětí z naší čtvrti. Kluci zhlitli dort a pak po velkém bytě lítali téměř s rozmachem Batmana či Jamese Bonda. Děvčátka si šla hrát. U stolu zůstalo poslední. Až po delší chvíli bylo slyšet nesmělou otázku. „Mohla bych, prosím, vstát od stolu?“ Ta otázka působila skoro surreálně. Prostorem lítaly oděvy, hračky, lžičky, a najednou taková diskrétní slušnost. Tak se pozná dobré vychování. Připomínám, že to beru spíše jako ideál, kterého se ve výchově, alespoň těch našich dětí, nemusí dařit dosáhnout. Je-li akce větší a je-li tedy i více stolů, pak můžeme u každého z nich posadit vždy jednu osobu či pár, kteří „předsedají“. Může jít o významného činitele zvoucí strany, k němuž je vhodně vybrán odpovídající hlavní partner z řad hostů. U většího počtu stolů pak zvážíme označit stoly číslem nebo – ještě lépe – názvy měst, květin, skladeb, barev a podobně. Příchozí se při příchodu hlásí u služby, která jim určuje stůl a dává do ruky malý karton s označením místa. Podává se mezitím aperitiv a hostitel má ještě chvíli a může provést poslední úpravy v usazení hostů podle toho, kdo se na poslední chvíli nedostavil.

Musíme se připravit i na to, že při zasednutí hostů najdeme vždy znovu situaci, která bude nečekaná či nepřehledná. Jak třeba naložit s nesezdanými a přitom deklarovanými páry? Jak usazovat hosty svobodné hosty či ovdovělé? Jak si porozumí mezi sebou ti, o nichž víme, že nemají jednoduchou národu? Budme si pro takovou situaci jisti jediným: ideální zasedací pořádek neexistuje. Tím hlavním však zůstává rozesadit hosty, aby se cítili komfortně.

A možná, po chvíli, s potěšením upozorujeme, že je lidem najednou spolu dobře a že se nechtějí rozcházet. Nepropadejme nervozitě, máme-li strach z toho, aby bylo stále co nabídnout. Taková chvíle může být tou největší odměnou pro ustaraného hostitele. Vytvořili jsme totiž společenství kolem jednoho stolu. A v tom je také to největší umění.

Léčba bolesti nevléčitelně nemocných a umírajících: 4. část - farmakoterapie

Vážení kolegové, cílem dnešního textu a dalších kapitol je stanovit základní osvědčené farmakoterapeutické postupy, které jsou vhodné při řešení nádorové bolesti.

Než předepíšeme jakékoli analgetikum, je dobré vzít v úvahu, že:

1) Žádná bolest není „benigní“ (zvláště pokud se týká mne samého).

2) Maligní a nemaligní bolest se neliší ani anatomicky, ani fyziologicky, ani biochemicky. Z toho plyne, že není nutno se léčby maligní bolesti neadekvátně bát.

3) Z hlediska fyziologie není ostrý předěl mezi „nocicepcí“ a „bolestí“. Jediným validním kritériem je subjektivní vnímání nemocného.

4) Maligní bolest bývá potencovaná depresí, úzkostí, ztrátou smyslu života a sociální depriací, na což je třeba apriorně myslet. Pečlivou anamnézu bolesti je nutno odebírat opakovaně, hlavně při změně její kvality.

5) Čím déle trvá chronická maligní bolest, tím je pravděpodobnější její potenciace v CNS (CAVE - neuroplasticita bolesti!).

6 Čím kratší je předpokládaná doba života nemocného, tím užší je farmakoterapeutická šíře prakticky každého léku; většinou stačí podávat redukované dávky; někdy lze prodloužit intervaly mezi podáními tak, že se vymykají doporučením, a přesto dobře stačí. Pokud bude lékař otrocky předepisovat dávky dle „brevíře“, výrazně zvyšuje riziko nežádoucích účinků, především delirantních stavů, kardiální dekompenzace a extrapyramidových příznaků.

7) Dobrá léčba nádorové bolesti vyžaduje zapomenout na široce rozšířené bludy, které sdílí laická veřejnost a bohužel i někteří zdravotníci:

- „Každý nemocný s opioidy se stane závislým na droze.“
- „Opioid se smí podat nemocnému až krátce před smrtí.“
- „Začnu-li podávat opioid, vystřílím si jedinou možnou léčbu předčasně. Až se bolest zhorší, zůstanu s prázdnýma rukama.“
- „Rozhodnu-li o nasazení opioidu, nutně pacient výrazně utlumím a tím zkrátím předpokládanou dobu jeho života.“
- „Nasadím-li opioid, utlumím dechové centrum. Pacient je dušný už nyní, takže ho udusím.“
- „Sdělím-li nemocnému, že bude dostávat opioidy, vyslovuji tím ortel smrti.“
- „Všichni nemocní po nasazení opioidů zvrací.“
- „Fetákovi se nesmí podávat opioid, protože už teď je narkoman.“
- „Tvrdí-li nemocný, že mu dosavadní dávka opioidu nestačí, je to podezřelý a mělo by se zkusit placebo.“ (opakovaně sdělovali příbuzní

našich nemocných své zkušenosti ze špičkových pracovišť)

- „Opioid je vždy a na každou maligní bolest účinnější než ostatní analgetika. U maligní bolesti nemá smysl šolíchat pacienta aspirinem.“

U těchto a mnoha dalších mýtů se zastavíme v další kapitole, která se bude týkat opioidů v užším slova smyslu.

8) Lékař, jenž řeší bolest u terminálního pacienta, je povinen léčit lege artis, ale smí vykročit z tzv. guide-lines, například dávkou, formou podání či zvolením farmaka „off-label“. Rozšíření indikace určitého léku na další chorobu či symptom je totiž administrativně složitě a pomalé a zdaleka nedrží krok s lékařským výzkumem a zkušenostmi z praxe.

Lékař musí být schopen svůj postup zdůvodnit svou erudicí a zkušenostmi, poukázat na citaci z odborného textu, semináře, sdělení odborníka a podobně. Lze-li, je vhodné a prozíravé dokumentovat informovaný souhlas nemocného či jeho rodiny.

Zdůrazňuji, že tzv. guide-lines, doporučené postupy, nejsou zákon a nejsou míněny jako striktní limity terapie bolesti.

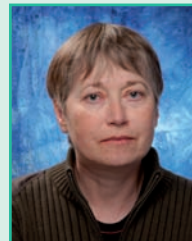
9) Formu podávaného analgetika volím vždy se zřetelem na QoL nemocného a jeho rodiny. Obecně lze říci, že **perorální** podání je běžné, jednoduché, obecně dobře tolerované, nebývá drahé (uznávám, že neplatí vždy) a zlepšuje compliance ambulantního pacienta.

Jedinou podmínkou je absorbovatelnost do krevního řečiště (což je pasivní systém, jenž nepotřebuje aktivní transportní mechanismy). Každý lék podaný enterálně, podléhá first-pass efektu, tedy metabolismu při průchodu játry. Tím lze vysvětlit fakt, že potřebuji vyšší dávku léku per os ve srovnání se stejnou účinnou látkou podanou parenterálně.

POZOR: Toto pravidlo nemusí platit při podání farmaka rektálně! Žilní návrat z rekta zajišťují tři systémy, z nichž pouze ten nejvyšší, tedy vv. rectales superiores, které drenují proximální část rekta (zhruba 15 až 20 cm od zevního svěrače), ústí do portální žíly a krev prochází játry. Distálnější uložený cévní systém odvádí krev přímo do v. cava inferior a portálnímu řečišti se vyhne. Vhodné podání analgetika tedy umožní zvýšit hladinu farmaka v krvi.

Volba analgetika při léčbě nádorové bolesti:

Široce rozšířený a užívaný trojstupňový žebříček (tedy WHO Analgesic Step Ladder) je vhodný



MUDr. Marie Goldmannová

žádná bolest není „benigní“

neuroplasticita bolesti

QoL = Quality of Life (kvalita života)

first pass efekt lze obejít rektálním podáním

stropový efekt

*u viscerální maligní
bolesti se bez opioidu
prakticky nikdy
neobejdeme*

*ASA v kombinaci
s codeinem se
vyrovná efektu malé
dávky morfinu*

jakožto základní schéma, pokud si lékař bude vědom jeho limitů.

Byl vytvořen před více než 20 lety. Rozdělení analgetik do stupňů je vždy částečně poplatné stupni znalostí farmakokinetiky a farmakodynamiky léku. Je tedy nutno neustrnout na jeho původní verzi a up-to-date doplňovat údaje.

Byl vytvořen a cílen hlavně na léčbu chronické nenádorové bolesti, což nemusí být synonymum bolesti nádorové. Nezachycuje a nevystihuje nuance léčby různých kvalitativních typů bolesti, nevychtíme z něj výběr opioidu, rotaci opioidů a vhodná adjuvancia.

V zásadě však z WHO třístupňového schématu lze vždy vyjít.

1. STUPEŇ ANALGETICKÉ LÉČBY je tvořen dvěma skupinami farmak, jejichž mechanismy účinku se částečně liší, ale časté a mohutné nežádoucí účinky jsou velmi podobné.

Další důležitá společná vlastnost je tzv. **stropový efekt**, kdy při dalším zvyšování dávky farmaka se už analgésie nezvyšuje, nýbrž pouze narůstají toxické účinky.

Jedná se o léky, které z terapeutického hlediska splývají a svou indikací se často překrývají:

- a) analgetika – antipyretika**
- b) nesteroidní antirevmatika, antiflogistika (NSAR).**

Je vhodné zdůraznit, že na některé druhy maligní bolesti zcela postačují, a to dlouhodobě. Většinou dobře zabírají, jedná-li se o tzv. somatickou bolest. Dobré zkušenosti s nimi máme u tlášení bolestí z kostních metastáz, často v monoterapii. Jakmile se však objeví viscerální maligní bolest, bez opioidu se prakticky nikdy neobejdeme.

Obecně mají a) i b) velmi podobný mechanismus účinku: lokálně tlumí tvorbu prostaglandinů, v menší míře zřejmě inhibují i podkorová centra v průběhu aference bolestivého vzruchu.

Centrálním mechanismem (vliv na termoregulační centrum v hypothalamu) lze vysvětlit jejich výborný antipyretický efekt.

Z předchozích vět plyne, že tato skupina léků je nejvhodnější k řešení bolestí lokálních, především jsou-li provázeny zánětlivou reakcí.

ad a) Analgetika – antipyretika:

dělí se na tři hlavní skupiny:

aa) deriváty kyseliny salicylové

ab) deriváty anilinu

ac) deriváty pyrazolonu

ad aa) kyselina acetylosalicylová (ASA):

jedná se o nejsilnější neopiodové analgetikum, zvláště v kombinaci s codeinem, kdy se vyrovná efektu malé dávky morfinu. Je třeba ponechat ASA v portfolio léků na nádorovou bolest a nepodceňovat její možnosti. Bohužel

její nežádoucí účinky jsou značné, proto limitují dlouhodobé podávání. V praxi je nutno myslet především na erozi žaludeční sliznice (riziko se zvyšuje u alkoholiků, kuřáků, pozitivita H. pylori a lidí na kortikoidech), astma bronchiale - většinou u predisponovaných pacientů, alergické reakce typu Quinckeho edému, ireverzibilní inhibici agregace trombocytů s krvácivými příhodami. Vysoké dávky ASA mohou vyvolat poruchu CNS se závratěmi, hučením v uších, poruchami sluchu a vzácně i visu. U starých lidí (a obecně u nemocných s renálním selháváním) se může objevit úporná cefalea, poruchy vědomí až delirantní stav. ASA může zvýšit sekreci a zpětnou resorpci kyseliny močové v ledvinách; vzestupem plasmatické hladiny pak vyvolat záchvat dny, jehož riziko je u některých malignit již předilekčně zvýšeno. Bude-li však lékař předvídatý a opatrný, lze u pacienta s malignitou dlouho vystačit s některým z preparátů s ASA, nejčastěji v kombinaci s codeinem, coffeinem, guaifenesinem, spasmolytiky a podobně.

Pacienty s malignitou je nutno vnímat jako specifickou skupinu nemocných (vzhledem k předpokládané délce života a nutnosti preferovat dobrou analgézii), u nichž je na místě průběžně vyhodnocovat křehkou rovnováhu mezi bezbolestností a nebezpečím rizik z NÚ. Proto není na místě vyhýbat se kombinovaným preparátům a nevyužít jejich potencionovanou analgetickou účinnost.

Cesta domů má velmi dobré zkušenosti s podáváním Alnagonu v dávce až 2 tbl po 6 hod (!), což samozřejmě neznamená, že jej chci doporučit k širokému užívání v ambulantní praxi.

U malignit lze podávat až 1 g po 6 hod, v nouzi po 4 hod. U mnoha nemocných se dávka 0,5 g v bolusu vůbec neprojevala jako analgetická.

ad ab): Původním prototypem byl fenacetin. Dříve oblíbené a široce používané analgetikum, již dlouho však zakázané kvůli těžkým nežádoucím účinkům s poškozením ledvin (intersticiální nefrit) a kancerogenitě.

Z něj odvozený, podstatně bezpečnější a vysoce účinný je **paracetamol**, který však na rozdíl od ASA nemá protizánětlivý efekt (tlumí tvorbu prostaglandinů v CNS, nikoli na periférii). Nemá tedy valnou cenu podávat jej u zánětlivé bolesti. Obecně je považován za nejbezpečnější ze skupiny analgetik-antipyretik.

Má méně nežádoucích účinků, především v GIT. Nevývolává alergické reakce a jeho podávání není striktně limitováno u zhoršených renálních funkcí. Ve vysokých dávkách je však hepatotoxický (průkazně od 5 g denně podávaných dlouhodobě). Nebezpečí je vyšší u alkoholiků a nemocných s jaterní lézí.

Cesta domů jej užívá především jako účinné antipyretikum a v kombinaci s codeinem jako analgetikum pro středně silné nádorové boles-

ti. Pro naše nemocné doporučuji dávku až 4 g, tedy cca 1 g po 6 hodinách. Chci upozornit kolegy na zkušenost, že přidání codeinu se kladně projeví až při 20 - 30 mg pro dosi. Nové speciality na našem trhu je tedy třeba dávkovat adekvátně a zohlednit výrazně vyšší cenu. Korylan má efekt srovnatelný.

Některé bolesti hlavy migrenózního charakteru řešíme úspěšně jednorázovým podáním 1 g paracetamolu spolu s 10 mg metoclopramidu a 20 mg prednisonu.

Koanalgetický efekt myorelaxancia s paracetamolem je využit například v přípravku Scutamil C.

Injekční podání paracetamolu je vyhrazeno pro hospitalizované pacienty (preparát Perfalgan, podává se průměrné množství 0,5 až 1 g v malé infuzi, což lze opakovat za 6 hod).

Volně prodejných preparátů paracetamolu je na trhu mnoho. Chci se podělit o dobré zkušenosti při analgetické léčbě kombinací Paralenu PLUS (malá množství pseudoefedrinu a dextromethorfanu) a Paralenu EXTRA (s koffeinem). Pacienty zřetelně těšil fakt, že jim na nádorovou bolest zatím stačí léky, které jsou volně prodejné (a tedy jistě „slabé a bezpečné“). Pozdější nutnost přidání codeinu nezvyšuje jejich úzkost; codein je totiž všeobecně vnímán jako lék proti kašli.

ad ac): Původním představitelem byl aminofenazon. Je však kancerogenní a indukoval agranulocytózu, proto se nepoužívá, byť jako analgetikum se velmi osvědčil.

Bezpečnější derivát je **metamizol**, běžně používaný v monoterapii (Novalgin) i v kombinaci (Algifen, Spasmoveralgin NEO).

Dobře se vstřebává z GIT, je ve vodě dobře rozpustný a proto velmi vhodný pro parenterální podání. Z uváděných nežádoucích účinků jsme

v praxi zažili kožní exantém.

Běžné dávkování se drží v rozmezí 0,5 mg po 8 hod až 1 g po 6 hod, v anglosaských zemích se u malignit doporučuje až 6 g denně, aniž byly pozorovány závažné NÚ.

Cesta domů užívá metamizol jako spolehlivé antipyretikum v dávce 0,5 až 1 g. Lze jím zvládnout i středně silné nádorové bolesti ve výše uvedených dávkách. Často užíváme kontinuální subkutánní podání programovatelným dávkovačem, průměrně 2 až 3 g za den.

V jedné stříkačce je kompatibilní s buscopanem, haloperidolem, morfinem... Lze jej kombinovat s tramadolem, codeinem nebo dihydrocodeinem a tím zvýšit analgetickou potenci.

Z firemně vyráběných kombinovaných preparátů máme dobré zkušenosti se všemi formami Algifenu, nejrozšířenější jsou tbl po 500 mg metamizolu s osvědčenou dávkou do 4 g denně. Algifen gtt bývá často poddávkován: ve 30 kapkách (tedy v 1 ml) je 500 mg metamizolu. Proto našim pacientům většinou doporučujeme 20 až 50 kapek 3-4x denně.

Injekční Algifen se k podkožnímu podání používá jen v kontinuálním lineárním dávkovači (5 ml léku je poměrně velký objem na bolusové sc podání). Zřídka je nutno použít ho statim jednorázově, pak volíme venózní podání 1 amp, tedy maximálně 2500 mg metamizolu, což lze opakovat po 8 hod, v nouzi po 6 hodinách.

Málo doceněný se nám zdá Algifen 1 g v supp, který při dávce 3 x 1 se dobře osvědčil při febrilních stavech s nejrůznějšími bolestmi.

Podstatně méně používaný lék z této skupiny je **propyfenazon**, jenž potencuje analgetické účinky např. Valetolu (300 mg) a Spasmoveralginu NEO (150 mg).

přidání codeinu k paracetamolu se kladně projeví až při 20-30 mg pro dosi

Algifen v kapkách bývá často poddávkován

V příštím pokračování se budeme věnovat další skupině analgetik z prvního stupně WHO žebříčku, kterou tvoří léky s vysokým protizánětlivým efektem: nesteroidní antirevmatika, antiflogistika (NSAR, NSAI)

JEDINÝ TRAMADOL S ORIGINÁLNÍ CONTRAMID® TECHNOLOGIÍ PRO ŘÍZENÉ UVOLŇOVÁNÍ

1x DENNĚ



Literatura: 1. Data on file, Labopharm

Zkrácená informace o přípravku: **Složení:** Tramadol hydrochlorid. **Indikační skupina:** Analgetikum, anodynum. **Indikace:** Léčba středně silné až silné bolesti. **Kontraindikace:** Precitlivlost na účinnou látku nebo pomocné látky, akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, centrálně působícími analgetiky, opiáty a psychofarmaky. Zvýšené opatrnosti je třeba při jaterním nebo ledvinném selhání. Pacienti současně léčení inhibitory MAO nebo ti, kteří byli inhibitory MAO léčeni v posledních 2 týdnech. Tramadol nesmí být podáván jako dlouhodobá léčba v průběhu kojení, to je déle než 2 až 3 dny, pokud je to nutné. **Zvláštní upozornění:** Tramadol má nízký potenciál závislosti. Avšak při dlouhodobém používání se může vyvinout tolerance, psychická a/nebo fyzická závislost. Opatrnost je doporučena při podávání tramadolu pacientům s rizikem útlumu respirace nebo těm nemocným, kteří jsou léčeni přípravky, jež mohou útlum respirace způsobit. **Nežádoucí účinky:** Ospalost, únava, závrat, suchost v ústech, pocení, nauzea, zvracení, zácpa. Ostatní nežádoucí účinky (ojediněle): změny krevního tlaku, křeče, alergické kožní nebo i anafylaktoidní reakce. **Dávkování:** Dospělí a děti starší 12 let: obvyklá dávka je 200 mg jednou denně. Dávku zvyšovat po 100 mg, maximálně 400 mg jednou denně. **Balení:** 5, 10, 30 tablet. **Datum poslední revize textu SPC:** 17.2.2006. **Výrobce:** Labopharm Europe Ltd., Dublin, Irsko. **Držitel rozhodnutí o registraci:** CSC Pharmaceuticals Handels GmbH, Vídeň, Rakousko. Dříve než přípravku předepíšete, seznámte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami.



Medicom International s.r.o. Páteří 7, 635 00, Brno, tel.: 546 123 111, fax.: 546 123 112, www.medicomint.cz

www.noaxuno.cz

Odpovědi na Vaše otázky...

může kombinace ACEI a statin způsobit pankreatitidu?

Otázka:

Dobrý den, chtěla bych se poradit o jedné záležitosti, která se přihodila nedávno v mé ordinaci. Pacient, kterému jsem předepsala běžně indikovanou kombinaci statinu a ACE inhibitoru, se v zápětí z lékárny vrátil s tím, že mu paní lékárnice sdělila, že tato kombinace může způsobit akutní pankreatitidu. Protože šlo o pacienta s možným rizikem (zvýšený příjem alkoholu v anamnéze, jaterní steatóza), léčbu jsem mu raději změnila. Nicméně jsem v literatuře vyhledala informaci o tom, že skutečně byla popsána kazuistika 86letého pacienta s hypertenzí a hyperlipidémií, léčeného lisinoprilem v dávkách 10 mg 1xd (po dobu pěti let) a atorvastatinem v dávkách 20 mg 1xd (po dobu 9 měsíců). Pacient byl hospitalizován pro bolesti v epigastriu doprovázené nauzeou. Byly zjištěny zvýšené hladiny amylázy (876 IU/l, rozpětí normálních hodnot 25-115 IU/l), lipázy (978 IU/l, rozpětí normálních hodnot 40-110 IU/l) a CRP (86 mg/l, normální hodnoty do 6mg/l). Sonograficky byl prokázán edém pankreatu. Podávání obou léků bylo ukončeno a stav se během 3 dnů stabilizoval. Po propuštění bylo zahájeno podávání amlodipinu v dávkách 10 mg 1xd a pacient neměl 14 měsíců od příhody žádné symptomy poškození pankreatu. Vzhledem k tomu, že tato kombinace je všeobecně užívána a podpořena doporučenými postupy, zajímalo by mě, jak v tomto případě dále postupovat? Existují důkazy příčinné souvislosti mezi touto lékovou interakcí a akutní pankreatitidou? Co když se skutečně stane, že se u pacienta, kterému napíši tuto kombinaci, objeví akutní zánět pankreatu? Mohu v tomto případě být právně stíhána?

Děkuji za laskavé zprostředkování odpovědi.

Z.V., Praha 4

Odpověď:

Kombinaci ACE-I a statinu lze považovat za bezpečnou a i když při užívání žádné lékové kombinace nemůžeme vyloučit komplikace, tuto raritní komplikaci nelze považovat za důvod k nepodávání této léčby. Ostatně studie ASCOT prokázala bezpečnost současného podávání atorvastatinu, amlodipinu a perindoprilu u velkého souboru nemocných.

*prof. MUDr. Richard Češka, CSc.,
předseda České internistické společnosti*

Dotaz:

Asi to není příliš „in“, ale do dnešního dne nemám opiátové recepty, neboť jsem je dosud nepotřeboval. Nyní mám pacienta, který bude v nejbližší době opiáty potřebovat a nevím,

kde bych se na ně měl informovat. V SEVTu ani DITISu je nemají. Vím, že jste se již tímto problémem v minulosti zabývali, ale můžete mi přesto poradit kde se dají koupit, mám se jich popř. nějak obávat - např. zneužití skladování apod.

J.M.

Odpověď:

Recepty na opiáty – neboli „Recept na léčivé přípravky obsahující omamné prostředky...“ podléhají zvláštním předpisům a není je opravdu možné koupit běžně jako „normální recepty“ (ani ty by správně neměly být ke koupi pro kohokoli – nicméně praxe je bohužel jiná). Od roku 2004 distribuují „recepty s pruhem“, místně příslušné Úřady (okresní, magistrátní, popř. pověřené obce) prostřednictvím zdravotních odborů (odbor sociální péče a zdravotnictví).

Tiskopisy mohou objednávat a odebírat pouze osoby uvedené v § 5 odst. 2 písm. a) a b) zákona č. 167/1998 Sb. - tedy: osoby provozující zdravotnické zařízení nebo zařízení ústavní sociální péče; fyzické nebo právnické osoby oprávněné k výkonu odborných veterinárních činností.

Místo prodeje je tedy totožné s místem registrace Vašeho zdravotnického zařízení. Na receptu je dokonce v hlavičce číslo, které obec identifikuje. Pokud se jedná o předpisy, které se těchto receptů týkají: Zákon č. 167/1998 Sb. O návykových látkách, Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitostí lékařských předpisů a pravidla jejich používání a Zákon č. 314/2002 Sb. O stanovení obcí s pověřeným obecním úřadem a stanovení obcí s rozšířenou působností (tam je také možné zjistit číslo obce, která recept vydala).

Seznam dokladů nutných k nákupu opiátových receptů: (nakupovat nemusí nutně jen lékař – provozovatel ZZ, ale např. i zdravotní sestra – viz dále):

- 1) Rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení (originál nebo ověřená kopie k nahlédnutí)
- 2) Občanský průkaz kupujícího
- 3) Razítko ordinace
- 4) Písemná objednávka (musí obsahovat fakturační údaje zdravotnického zařízení i příslušného úřadu, požadované množství bloků receptů) vzor je možné stáhnout např. na http://magistrat.praha-mesto.cz/files/=3892/Objednavka_tiskopisu.rtf
- 5) Pokud není přítomen provozovatel zdravotnického zařízení – zplnomocnění nakupujícího (není nutné ověření podpisu).

Redakce

opiatové recepty vydávají odbory zdravotnictví pověřených obcí

Změna vyhlášky o dispenzární péči

č. 386/2007 Sb.

VYHLÁŠKA

ze dne 19. prosince 2007,

kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 31 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů:

§ 1

Dispenzární prohlídky provádějí lékaři v takovém časovém rozmezí, které vyžaduje zdravotní stav pojištěnce, nejméně však jedenkrát ročně.

§ 2

Nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče a označení specializace dispenzarizujícího lékaře, jsou uvedeny v příloze k této vyhlášce.

§ 3

Vyhláška č. 60/1997 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře se zrušuje.

§ 4

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2008.

Ministr: MUDr. Julínek, MBA v. r.



informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu

Příloha k vyhlášce č. 386/2007 Sb.

LÉKAŘ POSKYTUJÍCÍ DISPENZÁRNÍ PÉČI	SEZNAM NEMOCÍ, U NICHŽ SE POSKYTUJE DISPENZÁRNÍ PÉČE U DOSPĚLÝCH
Praktický lékař, popřípadě jiný ošetřující lékař	Infekční a parazitární onemocnění s prokázanou infekční etiologií s chronickým průběhem, následky těchto onemocnění vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Závažné anémie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Poruchy štítné žlázy vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Diabetes mellitus včetně komplikací
	Adrenální nedostatečnost, němé adenomy nadledvinek, vrozená adrenální hyperplazie (ve stabilizovaném stavu) vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Afunkční adenomy hypofyzy vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Závažné imunodeficientní stavy vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Nelsonův syndrom, hypopituitarismus, izolované poruchy tvorby hypofyzárních hormonů ve stabilizovaném stavu vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Diabetes insipidus vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Závažné metabolické vady vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Vrozené anomálie a chromozómové abnormality vyžadující léčbu déle než 1 rok
	Defekty koagulace vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Závažné anémie vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Demyelinizační onemocnění
	Degenerativní onemocnění centrálního nervového systému a periferního neuronu
	Myasthenia gravis: po dvou letech remise
	Progresivní svalové dystrofie
	Glaukom
	Uveitidy
	Progredující poruchy sluchu dospělých, kontroly sluchadel
	Nositelé kardiovertorů a kardiostimulátorů
	Stavy po operaci srdce, angioplastikách, valvuloplastikách
	Plicní hypertenze

	Získané chlopenní vady
	Stavy po dlouhodobé ventilaci plic pro syndrom dechové tísně (ARDS)
	Sarkoidoza, plicní fibrozy s poruchou funkce, pneumokoniozy
	Chronická obstrukční plicní nemoc s poruchou funkce plic, bronchiektázie
	Závažné alergie s perzistujícími klinickými příznaky kožními, očními, nosními, bronchiálními, gastrointestinálními a stavy po anafylaxi
	Asthma bronchiale - závažné perzistující formy, obtížně léčitelné asthma
	Barretův jícen, achalázie jícnu, stavy po korozivní ezofagitidě
	Primární malabsorpční syndrom
	Idiopatická proctokolitida
	Crohnova nemoc
	Chronická pankreatitis vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Závažná chronická onemocnění jater vyžadující soustavnou léčbu déle než 1 rok
	Ischemická choroba srdeční
	Hypertenzní nemoc
	Autoimunitní závažné kožní choroby puchýřnaté (např. skupina pemfigu, pemfigoidu...)
	Autoimunitní závažné choroby pojiva (např. lupus erytematosus, sklerodermie, dermatomyositida...)
	Závažné nemoci kůže a podkožního vaziva (např. atopická dermatitida, psoriáza a parapsoriáza, fotodermatózy...)
	Atypické névy
	Ankylosující spondylitis
	Stavy po transplantaci orgánů
Gynekolog a porodník	Pacientky s hormonální či nitroděložní antikoncepcí
	Radioterapie hrudníku v dětství a dospívání
	Těhotenství: - fyziologické prvních 9 lunárních měsíců - 10.lunární měsíc - rizikové - patologické - šestinedělí
	Pacientky s dlouhodobou hormonální substituční léčbou
Zubní lékař	Vrozené postižení tvrdých zubních tkání (amelogenesis a dentinogenesis imperfecta aj.)
Ortodontista	Obličejové rozštěpy
	Vrozené malformace kostí lebky a obličeje
	Progenie, otevřené skusy, rozsáhlé aplazie zubů
Specialista v oboru tuberkulózy a respiračních nemocí	Osoby nemocné tbc a jinými mykobakteriózami plicními i mimoplicními - po skončení léčby
	Osoby se zvýšeným rizikem tuberkulózy, osoby v kontaktu s nemocným tuberkulózou či osoby po návratu z oblastí s vysokým výskytem tuberkulózy plic, imunokompromitované osoby (biologická léčba, léčba systémovými kortikosteroidy, léčba imunosupresivy,...).
Specialista v oboru infekčního lékařství	HIV/AIDS pozitivní osoby - asymptomatické nosiči
	Toxoplasmóza, vrozená toxoplasmosa včetně oční formy
	Hepatitidy
	Neuroinfekce
	Lymeská boreliosa
	Protozoární nemoci, zoonozy
Dermatovenerolog	Syfilis
	Gonorrhoea
	Chlamydiová onemocnění přenášena sexuálně
	Další závažné pohlavně přenosné infekce

Psychiatr	Psychiatrická onemocnění dětského věku (schizofrenie, afektivní poruchy, deprese apod.)
	Demence a organické psychické poruchy
	Autismus
	Závislosti
	Amnestický syndrom a reziduální stavy
	Schizofrenie, akutní psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy
	Poruchy nálady středně těžké a těžké, těžké úzkostné poruchy
	Poruchy příjmu potravy
	Těžké poruchy osobnosti
	Středně těžké a těžké mentální retardace
	Stavy po suicidálním pokusu
Lékař se specializací v příslušném oboru, kteří jsou oprávněni k uznávání nemocí z povolání podle jiného právního předpisu¹⁾	Všechny nemoci z povolání.
Lékař se specializací v příslušném oboru	Přednádorové stavy a stavy po ukončení léčby onkologických onemocnění

**NA VÝKLAD
VYHLÁŠKY
ČEKÁME**

1) Vyhláška č. 342/1997 Sb., kterou se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání a vydává seznam zdravotnických zařízení, která tyto nemoci uznávají, ve znění pozdějších předpisů.

Z výše zmíněné vyhlášky se jeví nejasné sdělení, jestli specialista může dispenzarizovat pouze vyjmenované nemoci nebo je může dispenzarizovat i PL. Dále není zřejmé, které nemoci nemůže praktický lékař dispenzarizovat nebo zda-li má povinnost dispenzarizovat vše, co je u odbornosti PL vyjmenováno a kdy již tyto nemoci přebírá jiný specializovaný lékař v příslušném oboru.

Na odpovědi si budeme muset počkat až po výkladu vyhlášky ze strany Ministerstva zdravotnictví.

Víte, že...

• Q-kódy, které „nelze vykázat současně s klinickým vyšetřením“ (laborať, převaz...) lze vykázat současně s kódem oznamujícím vybrání poplatku. Vykázání výběru poplatku neznamena vykázání klinického vyšetření. **Omezení je jen u nepravdivé péče, kde se vykazuje kromě kódu „vybral“ i kód konkrétního klinického vyšetření.**

• Není povinnost uvádět reálnou diagnózu kódů oznamujících vybrání poplatku. Pokud software neumí uvést kód výběru poplatku, lze uvádět jakoukoli dg – např. Z027 – to platí i při vystavení PN.

• Ve věci povinnosti oznamovat výběr poplatků je závazná pouze povinnost oznámit „vybral“, tj. 09543 REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU – POPLATEK UHRAZEN, která je uvedena v zákoně. Ostatní kódy oznamující „nevybrání“ jsou z hlediska zákona nepovinné. V souladu s metodikou MZ vykazujeme 09547 REGULAČNÍ POPLATEK – POJIŠTĚNÍ OD ÚHRADY POPLATKU OSVOBOZEN jen v případě prokázané hmotné nouze nebo karantény – tedy případy osvobození od poplatku. Zákon to ale nepřikazuje.

• V případě klinického vyšetření se regulační poplatek nevykazuje pouze u preventivní prohlídky (kód 01022), u ostatních prohlídek, včetně vstupního vyšetření (01021), klinického vyšetření těhotné, předoperačního vyšetření, dispenzárních prohlídek u dospělých se regulační poplatek vykazuje.

• S některými pojišťovnami je již dohodnuto vyjmutí kódů odběrů a převazu rány z kapitační platby: jde o kódy 09111, 09115, 09119, 09123, 09133, 09241. Přestože ne u všech pojišťoven byl již dodatek dohodnut, je doporučeno vykázat kódy odběrů za leden 2008 u všech pojišťoven. I když nedojde k dohodě, maximálně nebudou proplaceny.

• Kódy 09550 VYSTAVENÍ LEGITIMACE PRÁCE NESCHOPNÉHO NEBO ŽÁDOSTI O OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY a 09551 UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ŽÁDOSTI O OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY pravděpodobně nejsou povinné, ale je to dalších 5 bodů k dobru.

• Podle metodického pokynu č. 1/08, který řeší množství balení, které je možno předepsat na jeden recept platí následující opatření: Je-li léčivý přípravek předepisován na účet veřejného zdravotního pojištění, na jeden recepturní tiskopis se předepisují nejvýše 3 balení jednoho druhu léčivého přípravku, s výjimkou případů, kdy je nezbytné zajistit léčbu pacienta vyšším počtem balení předepsaného léčivého přípravku, aby postačoval do jeho další kontrolní návštěvy u ošetřujícího lékaře; vždy však lze předepsat nejvýše tolik balení jednoho druhu léčivého přípravku, kolik je nezbytné pro zajištění léčby pacienta na dobu nejdéle tří měsíců.

Autonehoda



prim. MUDr. Jaroslava
Ščamburová

Každý z lékařů se může stát svědkem dopravní nehody a může být prvním profesionálem, který bude poskytovat přednemocniční péči. Na skutečné konkrétní autonehodě, která se udála cca před 6 lety, je ukázána složitost přístupu k pacientům v terénu, nutnost selekce pacientů, kterým má být poskytnuta pomoc přednostně a jaká opatření je nutné učinit, aby se minimalizovaly škody. K nehodě došlo nedáním přednosti v jízdě, kdy došlo ke střetu vozidla vyjíždějícího z vedlejší silnice a vozidla jedoucího velkou rychlostí po hlavní silnici.

10.15: Dispečink ZZS přijímá výzvu: řidič náhodně projíždějícího vozidla „je tady bouračka 2 osobních aut mimo obec na silnici 1. třídy“. Na dotaz dispečerky ZZS kolik a jaký je stav zraněných odpovídá ve stresu zmateně: „asi 6, jedno dítě a jeden je asi mrtvej“

10.16 výjezd: 2 vozy RLP, Policie ČR, Hasiči, volán vrtulník LZS a další 3. vůz RZP.

10.29: dojezd RLP č. 1 a 2 na místo autonehody. Lékařem RLP č. 1. na místě zjištěn **exitus dvou osob (E, F)** v osobním automobilu I. Z tohoto vozu vymrštnuta ještě **18-ti letá pacientka „A“** kterou náraz vymrštil zadním oknem z vozidla, leží na okraji vozovky, je šokovaná, bledá, somnolentní při prvotní prohlídce je patrná fraktura obou bérců.

Ve druhém automobilu II: pracuje lékař RLP č. 2 je **muž - řidič v bezvědomí „B“** ten neměl zapnutý bezpečnostní pás, **žena na místě spolujezdce „C“** při vědomí, zmatená v obličeji tržná rána která silně krvácí. Sedí ve vozidle, měla bezpečnostní pás. Na zadním sedadle v dětské sedačce **6 tiletý pacient „D“**, který nařiká, jinak bez známek poranění. Toto vozidlo mělo funkční airbagy. Zraněným poskytována před příjezdem RLP laicky první pomoc řidiči a spolucestujícími z projíždějících automobilů.

Pacient B: (posádka RLP č. 1): bezvědomí, hypoventilující, zornice anizokorické širší vpravo, poslechově mírně oslabené dýchání vpravo, v autě nasazen Schantzův límec, zavedena i.v. kanyla, nasazena infuse H1/1 500 ml, pacient s asistencí hasičů vynesena z vozu, přeložena na nosítka RLP. Z dutiny ústní odstraněn umělý chrup, ventilace Ambu vakem s maskou. Medikace: Hypnomidate 20 mg i.v., Succinylcholinjodid 100 mg i.v., provedena endotracheální inkubace (před ní odsáto el. odsávačkou krvavé sputum z duti ústní). Zahájena UPV Ambuvakem který připojen k ET kanyli, poté pacient připojen k ventilátoru a k monitoru EKG. Dýchání vlevo slyšitelné s bronchotickými fenomény,

vpravo dýchání mírně oslabené. Zavedena další i.v. kanyla velkého průsvitu. Infuse Plasmalyte 1000 ml. Přechodně na monitoru bradykardie 25 min, která přechází v asystolii, zahájena KPCR s nepřímou srdeční masáží v trvání 5 min, podán Adrenalin 1 mg i.v. poté obnova účinné AS. Pro hypotenzi 60/40 nasazen Noradrenalin 2 mg do F1/1 20 ml lineárním dávkovačem, úvodní rychlost 0,5 mg/hod dále dle aktuálních hodnot TK. Břicho palpačně prohmatné bez rezistence. Dále zjištěny povrchové exkoriace na DK orientačně v.s fraktura femuru PDK. Ošetřena vakuovou dlahou. Poslechový nález se nemění, nadále mírné oslabení vpravo. Nelze vyloučit PNO. Hodnoty SpO₂ setrvale kolem 93-96% AS po krátké KPCR setrvale kolem 90-100. Zvažována drenáž pravého hemitoraxu vzhledem ke klinickému stavu pacienta a poslechovému nálezu, který se ani po zahájení UPV neměnní drenáž neprovedena.

Žena C - spolujezdkyně: (Záchranář a hasiči): Pouze zmatená, při vědomí, kromě tržné rány na čele bez známek poranění: aplikace obvazu na tržnou ránu.

Dítě D: Oběhově stabilní, po podrobném vyšetření pouze povrchová tržná rána na bérce PDK: ošetření obvazem. Dítěte se ujímá do příjezdu dalšího vozu RZP na dobu cca 3 minut náhodně projíždějící praktický lékař. Od posádky RLP dostává dětský pacient „na hlídání plyšového králíčka“

Pacientka A – mimo vozidlo (posádka RLP č. 2): Bledá šokovaná, nařikající. Dýchání bil. slyšitelné, břicho pod niveau (velmi štíhlá) palpačně bez zn. rezistence. Na místě zavedena i.v. kanyla, TK 70/40, endotracheální intubace v medikaci Hypnomidat 20 mg, SCCHJ 80 mg obojí i.v., poté zahájena UPV Ambu Vakem napojeným přes mrtvý prostor na ET kanylu, poté připojena k transportnímu ventilátoru. Podán Fentanyl 4 ml i.v. Zajištěn druhý a třetí žilní vstup. Oběh na podpoře katecholaminů Noradrenalin 0,5 mg/hod v lineárním dávkovači. Transportována na ARO nejbližší nemocnice.

10.44: Přistává vrtulník LZS. Přebírá pacienta B. Ten stále v bezvědomí, ale již zajištěn Pro podezření na kraniocerebrální poranění (anizokorie, bezvědomí před příjezdem RLP, krev v dut. ústní) transportován do traumacentra.

10.49 Příjezd RLP 3: Lékař provádí ohledání dvou zemřelých pacientů a vyplňuje dokumentaci ve spolupráci s Policií ČR.

- 1) volat 155
- 2) organizovat pomoc
- 3) ošetřit těžká krvácení
- 4) ošetřit bezvědomí

10.50: (posádka RLP 1) transport do nemocničního zařízení **ženu „C“** s dg: mírná komoce a kontuze hrudníku (palpačně bolestivost v oblasti distálních žebířů, poslechový nálezní bilat. mírně zhrubělé slyšitelné dýchání SpO₂ 96% HR 96 min - jinak bez dalších známek poranění), a dítě „D“ po podrobném celkovém vyšetření a ošetření povrchové tržné rány na bérce PDK ponecháno v nemocničním zařízení 24 hodin ke sledování.

10.51: Pacientka „A“ (posádka RLP 2) transport do nemocnice - v průběhu: pokles TK 60/40 s nutností i přes volumosubstituci zvýšit dávku katechoalminů postupně palpačně tuhé břicho a mírně elevovanou břišní stěnu. Lékař RLP informuje vedoucího služby ARO, které tuto pacientku očekávají, o jejím aktuálním stavu. Před příjezdem dle poskytnutých informací svolán na urgentní příjem tým konzilářů: ortopeda - traumatologa, rentgenologa, připraveno SONO a krevní deriváty.

11.06: Příjezd na emergency: urgentní SONO s nálezem hemoperitonea při laceraci sleziny, tekutina přítomná taktéž v retroperitoneu u pacientky se po zavedení perimantního katetru se objevuje hematurie. Zaveden centrální žilní katetr, provedeny RTG hlavy, C páteře, hrudníku, pánve a obou DK. Stabilizace fraktur DK a pacientka je neprodleně transportována v režii ARO na operační sál.

Rozbor situace - doporučení

Je-li na místě přítomen lékař „v civilu“, platí pravidlo o poskytnutí pomoci v první řadě pacientům s těžkým krvácením, poté těm v bezvědomí. V tomto případě **žena „B“** s krvácející tržnou ranou na hlavě nebyla v přímém ohrožení života, proto bude-li lékař na místě nehody sám, jako první se bude věnovat pacientovi v bezvědomí a této pacientce poskytne pouze obvaz. **Žena „A“**, která vyletěla z auta zadním sklem je při vědomí, sice sténající, ale spontánně ventilující. **U pacienta „B“** nutno v případě nedostatečné ventilace udržet průchodnost dýchacích cest: trojhmát, ventilace Ambu vakem s maskou při provádění trojhmátu. Jistě toto již vyžaduje jistou zkušenost. K zajištění dýchacích cest může sloužit i zavedení airway. V tomto případě kdy muž „B“ byl v automobilu zaklíněn, jsou tyto úkony velmi obtížné. Posádka RLP prováděla pomoc pacientovi částečně ještě v automobilu (i.v. kanylace, Schantzův límec) ale ETI a UPV již mimo vozidlo po vyproštění hasiči, které trvalo velmi krátkou dobu. Nařikající dítě je sice jako pacient velmi závažné, ale je orientačně bez známek závažného poranění a (hlasitý pláč indikuje, že „je při vědomí“. Jako první se snažíme tyto pacienty dostat z osobního automobilu mimo silnici.

Pro praktika je důležité, bude-li na místě jako první volání 155. Každý lékař má mít v kufríku s sebou rukavice!, resuscitační roušky, obvazy, velmi vhodný Ambu vak, umí-li tak i airway, infuzní roztok, i.v. kanyly (zde platí zavést kanylu s co největším průsvitem, kterou jde a máme). Věnovat se v rámci svých sil nejvíce postiženému (těžko zvládne někdo sám vyprostit ze zaklíněného automobilu pacienta s velkou hmotností, pokud nejdou otevřít ani dveře automobilu). Je-li toho schopen, pak uložit pacienta do stabilizované polohy a monitorovat jeho životní funkce. Jistě přítomnost pouze jednoho člověka jako laické pomoci je extrémní. Po krátkém zvážení situace lze „jasným pokynem zaúkolovat“ další přihlížející. Většinou tito lidé toto překvapivě dobře zvládnou, zejm. pokud nabudou dojmu, že jsou dobře vedeni.

Při dopravní nehodě je do příjezdu Hasičů nebo Policie ČR též důležité dbát o bezpečnost záchranářů profesionálů, laiků, zraněných a dalších pomáhajících. Nejsou všichni řidiči ohleduplní a nelze vyloučit další zranění. Je tedy vhodné pověřit nějakou osobu - nejlépe s reflexní vestou, aby řídila dopravu.

Závěr

Kromě běžného apelu na dodržování pravidel silničního provozu by měli lékaři též upozorňovat své pacienty na nutnost používání bezpečnostních pásů - zejména ve vozech s airbagy (tam se nepoužití pásů rovná sebevraždě - dojde ke „zlomení vazů“).

Některé léky uváděné v případě:

- | | |
|-------------------|---|
| Hypnomidate amp. | - nebarbiturátové anestetikum účinkující několik minut, minimálně ovlivňující krevní oběh a dýchání. |
| Plasmalyte roztok | - přibližně izotonický elektrolytový roztok s obsahem základních iontů. Díky obsahu acetátu a glukonátu působí mírně alkalizačně. Ideální jako náhrada tekutin. |
| Noradrenalin inj. | - biologický poločas cca 1 minuta, do infuze do co největší žíly dle TK: 1 µg/min - při neúčinnosti až 30 µg/min |

prim. MUDr. Jaroslava Ščamburová-studium 1. LF UK, promoce v roce 1995. Ve stejném roce nastoupila na oddělení ARO Kolín, kde pracuje dosud. I. atestace Anestezie a resuscitace 1999, II. atestace anestezie a resuscitace 2001. Pracovní zařazení: primářka Oddělení centrální operační sály a anestezie. Externí lékařka ZZS Středočeského kraje.

lékař jasnými pokyny zaúkoluje přihlížející

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Antibiotika u běžných respiračních infekcí snižují komplikace

(ale ne dost, aby to bylo významné)

• **Klinická otázka:**

Snižuje antibiotická léčba u běžných respiračních infekcí riziko závažných komplikací?

• **Závěr:**

Kromě prevence pneumonie u pacientů s diagnózou akutní bronchitidy nejsou antibiotika zárukou prevence komplikací, které mohou doprovázet infekce respiračního traktu. Více než 4 000 pacientů musí být léčeno, aby bylo zabráněno vzniku 1 epizody pneumonie nastupující na infekci horních cest dýchacích (HCD), jednoho peritonsilárního abscesu po předchozí bolesti v krku a jedné mastoiditidy po předchozí bolesti v uchu. Nicméně u akutní bronchitidy (která může současně být časným stádiem pneumonie) byl počet pacientů, které bylo nutno léčit, aby bylo zabráněno jednomu případu komplikující pneumonie, významně nižší - u dospělých pacientů 119, a pouze 39 u pacientů starších 65 let (LOE = 2b).

• **Reference:**

Petersen I, Johnson AM, Islam A, Duckworth G, Livermore DM, Hayward AC. Protective effect of antibiotics against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practice Research Database. BMJ 2007;335(76-27):982-987.

• **Typ studie:**

Kohortní (prospektivní)

• **Financování:**

Vláda

• **Prováděcí prostředí studie:**

Ambulantní (primární péče)

• **Synopse:**

Výzkumníci prošli výzkumnou databází ve všeobecné praxi se záměrem identifikovat - podle diagnostických kódů - případy infekcí HCD, bolesti v hrdle, zánětu středouší a bronchitidy. Nejednalo se o randomizovanou kontrolovanou studii. Místo toho byla prohlédnuta zdravotní dokumentace ze 162 všeobecných praxí s cílem zjistit, zda pacienti dostali v čase diagnózy antibiotika a zda se u nich do jednoho měsíce nevykly závažné komplikace ve vztahu k danému onemocnění: pneumonie po infekci HCD nebo bronchitidě, peritonsilární absces po bolesti v hrdle, nebo mastoiditis po zánětu středouší. Tato enormní databáze (zahrnující více než milion případů infekcí HCD a více milion případů bolesti v hrdle) poskytla studii sílu detekovat i rozdíly u velmi vzácných komplikací. Nicméně závislost na kódech diagnóz jak u iniciální, tak



konečné diagnózy, jak se požaduje u databázových studií, může vést k tomu, že pacienti jsou špatně klasifikováni. Výskyt pneumonie u pacientů ve věku 16 – 64 let se snížil z 6,73 na 4,4 na 10 000 infekcí HCD pokud byla použita antibiotika. Ačkoliv to je statisticky významné, v praxi musí být léčeno antibiotiky 4 407 pacientů (všech věkových skupin), aby bylo zabráněno jedné epizodě pneumonie (číslo potřebné léčit – number needed to treat NNT=4407 pro všechny věkové skupiny, NNT nebylo vypočítáno pro jednotlivé věkové skupiny). Výsledky byly podobné i u peritonsilárního abscesu po bolesti v hrdle a mastoiditidy spojené s ušní infekcí: antibiotika snížila frekvenci komplikací, ale NNT bylo vyšší než 4 000. Jedinou výjimkou byla incidence pneumonie po bronchitidě: NNT se měnilo podle věku z hodnoty 119 u pacientů ve věku 16 – 64 let k NNT 39 u pacientů starších 65 let.

Zpracovala: Kristen Goodell, MD

Náhodné nálezy na MRI mozku u dospělých jsou běžné

• **Klinická otázka:**

Jak časté jsou náhodné nálezy na mozku u obecné populace?

• **Závěr:**

Náhodné nálezy na mozku, obzvláště asymptomatické mozkové infarkty, benigní tumory a aneurysmata jsou relativně běžné (> 10%) v populaci starších dospělých. Náhodný náález může vést k prospěšné intervenci (např. opra-

va 15 mm aneurysmatu) nebo může zhoršit kvalitu života a zvýšit zdravotní náklady (např. způsobením obav a opakovaných vyšetření u malého aneurysmatu nebo meningeomu, u kterého je nepravděpodobné, že se stane symptomatickým). Jsou potřebné dlouhodobé studie, které by lépe popsaly, kdy bychom si měli dělat starosti a kdy můžeme své pacienty pouze uklidnit (LOE = 1b).

• **Reference:**

Vernooij MW, Ikram MA, Tanghe HL, et al. Incidental findings on brain MRI in the general population. N Engl J Med 2007;357(18):1821-1828.

• **Typ studie:**

Průřezová

• **Financování:**

Vláda

• **Prováděcí prostředí studie:**

Populace

• **Synopse:**

Se stálým zlepšováním zobrazovací technologie musíme stále více čelit problému, co dělat, když vyšetření pacienta ukáže náhodný nález. Tato studie poskytuje základní informace, vypovídající jaké běžné různé nálezy na mozku se vyskytují napříč populací. Autoři prováděli od r. 2005 MRI mozku u účastníků v Rotterdamské studii – prospektivní kohortové studii o demenci. Většina účastníků v Rotterdamské studii souhlasila s vyšetřením (91%). Průměrný věk účastníků byl 63 let (rozmezí do 45 do 96 let) a 52% z nich byly ženy. Náhodné nálezy byly běžné a zahrnovaly asymptomatické lakunární (5,6%) nebo kortikální (2%) infarkty, benigní tumory (1,6%), aneurysmata (1,8%), arachnoidální cysty (1,1%), Chiariho malformace typu I (0,9%), stenózy větších cév (0,5%) a kavernózní angiomy (0,4%). Malignity nebo metastázy byly vzácné a byly zjištěny pouze u 2 pacientů. Infarkty a meningiomy se stávaly běžnější se stoupajícím věkem. Ačkoliv aneurysmata byla relativně běžná, 32 z 35 bylo menších než 7 mm a měla nízké riziko ruptury.

Používání krokoměru zvyšuje fyzickou aktivitu a může podporovat snižování nadváhy

• **Klinická otázka:**

Měli by klinikové doporučovat použití krokoměrů u svých dospělých pacientů, aby zlepšili jejich zdravotní výsledky?

• **Závěr:**

Použití krokoměru je spojeno s vyšší fyzickou aktivitou (průměrné zvýšení

= 2 200 kroků denně), snížením tlaku krve, a malým snížením váhy (0,39 redukce vstupního BMI - body mass index). Určení osobního krokového cíle pacientem a jeho každodenní monitorování zapisováním do diáře vedlo nejčastěji k signifikantnímu zvýšení aktivity. Současné studie jsou krátkodobé a nehodnotí skutečné výsledky orientované na pacienta (LOE = 1a-).

• **Reference:**

Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health. A systematic review. JAMA 2007;298(19):2296-2304.

• **Typ studie:**

Metaanalýza

• **Financování:**

Nadace

• **Prováděcí prostředí studie:**

Různé (metaanalýza)

• **Synopse:**

Výzkumníci pečlivě vyhledávali studie, které hodnotily efekt používání krokoměru. Jejich průzkum zahrnoval MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, bibliografie z vybraných článků a abstrakta studií v angličtině z konferencí. Byly zahrnuty jak randomizované tak observační studie. Dva autoři nezávisle na sobě prohledávali a kritizovali všechny studie a vzniklé diskrepance byly řešeny konsenzem. Hodnocení heterogenity bylo provedeno pomocí senzitivní analýzy. Z původně identifikovaných 2 246 článků pouze 26 studií (hodnotících 2 676 účastníků) splňovalo kritéria pro zařazení včetně 8 metodologicky přijatelných randomizovaných kontrolovaných studií (RCT). Zbytek byl klasifikován jako observační studie. Průměrný věk účastníků byl 49 let. Oddělené analýzy pro RTC a observační studie zjistily statisticky signifikantní zvýšení fyzické aktivity (2 000 - 2 400 kroků za den) ve skupině používající krokoměry. Stanovení osobního krokového cíle a užívání krokového diáře nejčastěji zvýšilo fyzickou aktivitu. Účastníci používající krokoměry signifikantně snížili svůj výchozí BMI průměrně o 0,38 jednotek. Ačkoliv průměrný krevní tlak byl v intervenční skupině lehce snížen (3,8 mm Hg v systole, 0,3 mm Hg v diastole), nebylo zjištěno žádné signifikantní zlepšení v hladinách lipidů nebo cukru ve srovnání s kontrolní skupinou.

Copyright © 2008 by Wiley Subscription Services, Inc.
All rights reserved.

Připravila MUDr. Jaroslava Laňková

MEDIPOS P&P®
společnost s ručením omezeným

MEDIPOS P+P, s.r.o.

675 52 LIPNÍK 44 (okres Třebíč)

tel.: 568 858 989, fax: 568 858 985

e-mail: medipos@medipos.cz

www.medipos.cz

MEDI® - MED

Značka zdravotnického materiálu pro větší ordinaci

Společnost je držitelem certifikátu managementu jakosti dle ČSN EN ISO 9001:2001

... UŽ NEMUSÍTE HLEDAT!!!

- nabízíme full servis v oblasti zásobování privátních praxí na celém území ČR
- široký sortiment cca 3.000 položek zdravotnického materiálu a dalších několik tisíc na základě individuální dohody
- dodávka do 48 hodin, informace o vyřízení objednávky, eKatalog, poradenství při výběru vhodného materiálu apod.
- pravidelný informační bulletin pro naše zákazníky



800 VOLÉJTE ZDARMA 800 136 136

Volejte, zašleme Vám aktuální ceník.



Nevidomý pacient v ordinaci



ThDr. Eva Machová, Th.D.

**iniciativa je
na straně vidícího**

**udržujte stálý
slovní kontakt**

Lidí, kteří mají vážné potíže se zrakem, v populaci přibývá, a to zvláště mezi seniory. Není proto výjimkou, když se s nevidomým či těžce slabozrakým člověkem setkáme v ordinaci praktického lékaře. Takový pacient má kvůli problémům se zrakovým vnímáním těžký informační deficit (neví, jak místnost vypadá, nevidí lidi, nerozezná obličeje, nevnímá gesta, mimiku apod.). Jak komunikaci profesionálně přizpůsobit specifickým potřebám pacienta a respektovat jeho zdravotní handicap?

Navázání kontaktu

Nevidomý člověk nemůže navazovat neverbální oční kontakt, bude mít tedy potíže již se zahájením komunikace. Mívá vážné problémy už v čekárně, kde jen těžko kontroluje situaci (vchod do ordinace, přítomnost sestry, je-li na řadě). Iniciativa musí být na straně vidícího. Je potřebné k nevidomému přistoupit a oslovit ho jménem, aby věděl, že hovoříme s ním. Zdravotnický pracovník by se poté měl představit, což v tomto případě není jen otázkou etikety, ale nutností. Nevidomý bude rozeznávat zdravotní sestru nebo lékaře jen podle hlasu. Dáváme se mu tím poznat. Podání ruky nevidomému při zahájení a ukončení kontaktu není pouze společenským aktem.

Průvodcovství – pomoc při orientaci v prostoru

Pacient se zrakovým postižením může navštívit lékaře s průvodcem, ale i bez něj. Pokud má svého průvodce, ten ho může dovést do ordinace a poté v ní po dohodě zůstat či nikoli. Pokud přišel sám, je na místě průvodcovství nabídnout a pomoci tak v orientaci ve všech potřebných prostorách zdravotnického zařízení. Nevidomému nabídneme rámě (můžeme se i lehce dotknout loktem jeho paže), on se nás chytí nad loktem a při chůzi kráčí půl kroku za průvodcem. Z důvodu bezpečnosti je nutné být při chůzi neustále v kontaktu. To platí především při procházení dveřmi, což může někdy působit komplikace.

Usazení pacienta v ordinaci

Průvodce nevidomého přivede až k židli a sdělí, kde je opěradlo a jak je židle orientována. Dá svou ruku na opěradlo židle a počká, až si ho nevidomý sám hmatem najde. Dá pozor, aby nevidomý věděl, kde je sedadlo, případně upřesní („Vpravo“, „Před vámi“ apod.). Je vhodné, aby průvodce své počínání doplnil slovním komentářem. V komunikaci s nevidomým nel-



ze používat pro něj „nic neříkající“ výrazy typu „Židle je támhle“.

Při přirozeném vedení jde tedy nevidomý vždy zásadně jako druhý, nestrkáme ho před sebou, nevtačujeme do židle apod. Informace o změnách směru, začínajícím schodišti nebo o rychlosti chůze tak získává i prostřednictvím paže průvodce, která dává signály.

Komunikace při zdravotnických úkonech

Při komunikaci s nevidomým je vhodné udržovat víceméně stálý slovní kontakt, resp. nedělat nic, co by ho nepříjemně překvapilo (např. neopustit místnost, aniž bychom sdělili, že odcházíme, aby se nestalo, že nevidomý mluví do prázdna, apod.). Stejně je uvědomit ho předem slovně o vyšetřeních a léčebných zákrocích. Nevidomého člověka bychom měli vždy předem upozornit na to, že se ho budeme dotýkat a co s ním budeme dělat, aby to mohl očekávat. Recepty a léky mu dáváme do ruky; položíme-li je na stůl, nemusí si toho všimnout, případně by je mohl obtížně hledat. Stejně tak jeho osobní věci (ošacení, tašku), zvláště, pokud jsme mu je pomáhali odkládat, podáme do ruky.

Pokud je nevidomý člověk v ordinaci s průvodcem, mluvíme po celou dobu s pacientem a neobracíme se na jeho průvodce. Je ponížujícím zážitkem, když nevidomý pacient slyší, jak se ptáme např. jeho manželky – průvodkyně: „Co pánovi je?“, aniž oslovíme jeho.



Individuální přístup

V kontaktu s nevidomým je důležitá empatie a také individuální přístup. V životě se zrakový handicap může projevovat různě: někdo je světlem oslněn a nevidí vůbec, jiný naopak silnější světlo potřebuje, aby alespoň něco viděl. Zrakové postižení nemusí být na první pohled patrné. Zdaleka ne každý nevidomý nebo těžce slabozraký člověk nosí v dnešní době černé brýle. Bílou hůl bude mít viditelnou nejspíš pouze ten, kdo přijde bez průvodce, nebo s průvodcem náhodným. Člověk těžce slabozraký, který se bude ještě schopen sám orientovat v čekárně, kde nebude tak silné světlo, se při vstupu do výrazně osvětlené ordinace může náhle stát prakticky nevidomým, protože je světloplachý, nebo se jakožto zrakově postižený na změnu intenzity světla déle přizpůsobuje.

Informace pro nevidomé i zdravotníky

Problémy související s nevidomostí či výrazně zhoršeným zrakem provázejí postiženého člověka celý život. Existují však způsoby, jak některé

praktické obtíže překonat. Návlek dovedností běžného života bez pomoci zraku (např. samostatné chůze, sebeobsluhy apod.) zajišťuje mj. Tyfloservis, o.p.s. Rehabilitace dospělých nevidomých a slabozrakých je poskytována terénním i ambulantním způsobem po celé ČR. Součástí služby je poradenství v oblasti optických a dalších pomůcek. Člověka, který by mohl být potencionálním zájemcem o tyto služby, je proto možné odkázat na www.tyfloservis.cz nebo přímo na krajská střediska Tyfloservisu (středisko Praha: 221 462 362).

ThDr. Eva Machová, Th.D. - vystudovala Husitskou teologickou fakultu UK v Praze. V r. 2005 obhájila doktorskou práci na téma *Zdravotní kaplanství (Spirituální péče o nemocné)*. Pracovala v Občanském sdružení Hospic Štrasburg v oblasti fund raising & public relations, jako pracovnice krizové a poradenské linky pro seniory ve Sdružení pro život 90, od r. 2002 na plný úvazek pracuje pro neziskovou organizaci Tyfloservis, o.p.s., která se věnuje terénní a ambulantní sociální rehabilitaci nevidomých.

**zrakové postižení
nemusí být na první
pohled patrné**

kontakty:
pracoviště:
Tyfloservis, o.p.s.
Krakovská 21
110 00 Praha 1
tel.: 221 462 367
mobil: 608 572 333

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

Žádejte v lékárnách!


**Preventan®
Akut**

www.preventan.cz www.farmax.cz



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 15.3.2008. 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 2/2008

**Správné
odpovědi
testu
č. 1/2008:**

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

Doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy

1. K podezření na revmatickou artritidu vede přítomnost:

- a) > 3 oteklé klouby
- b) postižení MCP a MTP kloubů
- c) přítomnost alespoň 3 příznaků: > 3 oteklé klouby, postižení MCP a MTP kloubů a ranní ztuhlost > 30 min

2. Před odesláním pacienta s klinickým podezřením na RA k revmatologovi je nutno vždy provést:

- a) krevní obraz, reaktanty akutní fáze, stanovení revmatoidních faktorů a rtg rukou
- b) screening na latentní tbc
- c) pacienta lze poslat při klinickém podezření i bez laboratoře, pokud by provedení iničiálních vyšetření zpomalovalo odeslání pacienta

3. Tzv. „squeeze“ test je:

- a) test příčného stisku, který je citlivým indikátorem postižení MCP a MTP kloubů
- b) test zmáčknutí malého míčku ve dlani, které vyvolá bolest v MCP kloubech
- c) test manuálního ždímání mokrého ručníku, které vyvolá bolest v MCP kloubech

4. Kritériem rentgenových změn pro diagnózu RA dle ACR je:

- a) změny typické pro RA na zadopředním snímku ruky a zápěstí (eroze nebo dekalciace v postiž. kloubech nebo blízko nich)
- b) změny typické pro RA na kterémkoliv kloubu – malém nebo velkém
- c) změny typické pro RA minimálně na třech z kloubních skupin (PIP, MCP, RC, loket, koleno, kotník, MTP)

5. Mezi chorobu modifikující léky RA – tzv. DMARD se řadí:

- a) antimalarika, metotrexát, sulfasalzin, leflunomid
- b) soli zlata, azathioprin, cyklosporin, cyklofosfamid
- c) nesteroidní antirevmatika

6. Podle doporučení EMEA jsou koxiby u nemocných po infarktu myokardu:

- a) kontraindikovány
- b) povoleny
- c) povoleny pouze u poinfarktových stavů starších 5 let

Ischemická choroba dolních končetin

7. Funkční potní žlásky

u ICHDK:

- a) nemají diagnostický význam
- b) vylučují těžší formu ischemie
- c) zvýšené pocení nohou je známkou akutní ischemie

8. Klidové ischemické bolesti u ICHDK jsou lokalizovány:

- a) vždy akrálně – v prstech nohy, patě nebo v nártu
- b) do oblasti bérce, kolene nebo i stehna, nikdy ne akrálně
- c) jsou lokalizovány kdekoli v dolní končetině

9. Úlevovou polohou nočních ischemických bolestí DK je:

- a) věšení dolních končetin
- b) chození
- c) zvednutí dolních končetin

10. Statiny v léčbě ICHDK jsou:

- a) indikovány pouze u čistě hypercholesterolémie při hodnotách celkového cholesterolu > 6 mmol/l
- b) indikovány vždy, pokud je hladina celkového cholesterolu > 5 mmol/l
- c) jsou základní součástí medicace bez ohledu na vstupní hodnoty cholesterolu

Správné mohou být 1-3 odpovědi.

odpovědní lístek - test č. 2/2008

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 |

Poem



II. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE SVL ČLS JEP



4.–6. DUBNA 2008 • SLOVANSKÝ DŮM, NA PŘÍKOPĚ 22, PRAHA 1

JAK SE MŮŽETE ZAREGISTROVAT?

1) Po webu na stránkách:
www.target-md.com

3) E-mailem na adrese:
marketa.stefankova@target-md.com

Konference má postgraduální charakter
a je garantována ČLK jako akce kontinu-
álního vzdělávání.

Sekretariát konference:

TARGET MD

Na Štáhlavce 7
160 00 Praha 6
tel.: 233 321 748
mobil: 777 871 024
e-mail: marketa.stefankova@target-md.com
web: www.target-md.com

JAKÉ JSOU REGISTRAČNÍ POPLATKY?

datum platby	člen SVL	nečlen SVL
do 29. 2. 2008	800 Kč	900 Kč
do 31. 3. 2008	900 Kč	1000 Kč
na místě	1200 Kč	1300 Kč

Registrační poplatek je nevratný.

Registrační poplatek zahrnuje účast na od-
borném programu, veškeré tiskové materiály,
vstup na doprovodnou expozici firem a ob-
čerstvení v průběhu konference. V ceně regis-
tračního poplatku je také 19% DPH.

Způsob platby registračního poplatku:

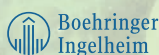
Bankovním převodem na účet TARGET - MD
číslo účtu: 51-2251120217
kód banky: 0100
variabilní symbol: evidenční číslo uvedené
na průkazu člena SVL ČLS JEP, u nečlena rodné
číslo

SPONZOŘI KONFERENCE

Zlatý sponzor



Stříbrní sponzoři



Bronzoví sponzoři



Mucosolvan®

VYLÉČÍ KAŠEL

2 Dvojitý účinek

komplexní mechanismus účinku

- mukolytický, mukoregulační a expektorační¹
- stimulace tvorby surfaktantu¹
- antioxidační a protizánětlivý²⁻⁶
- snižování bronchiální hyperreaktivit^{2,6}
- zvyšování koncentrace ATB v plicní tkáni¹

léčba akutních i chronických bronchopulmonálních onemocnění



1. SPC a příbalová informace Mucosolvan® (tablety, roztok, junior), datum revize textu 30.8.2006, 2. Winsel K Review. Pneumologie 1992; 46:461-475, 3. Felix K et al. Life Sciences 1996;59(14):1141-1147, 4. Gillissen A et al. Lung 1997; 175:235-242, 5. Aihara M et al. Respiration 2000; 67:662-67, 6. Marel M. Praktický lékař 1997; 97(10):506-507

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

Zkrácená informace o přípravku

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

Výdej léčivého přípravku možný bez lékařského předpisu. Částečná úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění pouze u indikací cystická fibróza, idiopatická plicní fibróza, prokázané bronchiectazie. Před podáním se seznáme s úplnou informací o přípravku. Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. - Palladium, Na Poříčí 3a/1079, 110 00 Praha 1 – Nové Město • tel.: + 420 234 655 111

005-2008-MUC