



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

# practicus

tip tohoto čísla

č. 5/2008

ročník 7

pro  
praktické  
lékaře  
zdarma

Přílohou tohoto čísla je

**Doporučený postup**

**Deprese**

aktualizace 2008

a

**Bolest**

aktualizace 2008

s příštím číslem  
bude distribuován

**Doporučený postup**  
**Funkční poruchy**  
**štítné žlázy**

Vydává  
Společnost  
všeobecného  
lékařství ČLS JEP

[www.practicus.eu](http://www.practicus.eu)

## Ordinace nejen na kraji města

na návštěvě v nové ordinaci MUDr. Cyrila Muchy



## O čem se mimo jiné můžete dočíst v tomto čísle:

- Informace z Jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP
- Léčba závislosti na tabáku – podmínky příspěvků od VZP
- 2x na téma hypertenze - kombinační léčba, léčba v menopauze
- Postavení paroxetinu mezi antidepresivy
- Použití centrálních myorelaxancií
- Vyhláška o zdravotnické dokumentaci
- Pravidelné rubriky

## Obsah

|                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SVL ČLS JEP informuje</b>                                                                                                                                                                                                        | <b>5</b>  |
| <b>Kombinační léčba arteriální hypertenze</b><br>doc. MUDr. Věra Adámková, CSc.                                                                                                                                                     | <b>12</b> |
| <b>Současný pohled na postavení paroxetinu mezi antidepresivy</b><br>MUDr. Alena Večeřová                                                                                                                                           | <b>17</b> |
| <b>Terapie hypertenze postmenopauzálních žen</b><br>MUDr. Ilja Kotík                                                                                                                                                                | <b>22</b> |
| <b>Centrální myorelaxancia ve světle „evidence based medicine“</b><br>MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph. D.                                                                                                                        | <b>27</b> |
|  <b>...ordinace nejen na kraji města</b><br>Deset let praxe slavím novou ordinací...                                                             | <b>30</b> |
|  <b>...počítač a doktor</b><br>Bezpečnost počítače                                                                                               | <b>32</b> |
|  <b>...prevence v primární péči</b><br>Zdravá výživa = prevence civilizačních nemocí                                                             | <b>33</b> |
|  <b>...lékař a etiketa</b><br>Telefon                                                                                                            | <b>34</b> |
|  <b>...POEM: Patient oriented evidence that matters</b>                                                                                          | <b>36</b> |
|  <b>...paliativní léčba v ambulantní praxi</b><br>Léčba bolesti nevyléčitelně nemocných a umírajících:<br>farmakoterapie – pokračování – 6. část | <b>39</b> |
|  <b>...dotazy a odpovědi</b>                                                                                                                     | <b>42</b> |
|  <b>...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa</b><br>Vyhláška o zdravotnické dokumentaci                                                   | <b>43</b> |
|  <b>...přednemocniční péče v praxi</b><br>Akutní psychotická ataka                                                                               | <b>47</b> |
|  <b>...sestra v ordinaci praktického lékaře</b><br>Negativní reakce pacienta na nemoc                                                            | <b>48</b> |
|  <b>...znalostní test</b>                                                                                                                        | <b>50</b> |

## practicus

**odborný časopis SVL ČLS JEP**  
**5/2008, 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 Červený, MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. Jana Hajnová, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Zuzana Miškovská, MUDr. Anna Nejedlá, MUDr. Miloš Ponižil, MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Helena Štěpánková, MUDr. Milada Vinická

**Manažerka časopisu:** Hana Čížková

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo dáno do tisku **6. 5. 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. Otto Herber

**dokud nepřijde  
doba, kdy  
bude součástí  
rodinného rozpočtu  
položka  
zdravotnictví,  
nebude mít pacient  
správnou motivaci  
ke konzumaci  
našich služeb**

## ZMĚNY VE ZDRAVOTNICTVÍ Z POHLEDU PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Vážené kolegyně a vážení kolegové,

naše paní šéfredaktorka mne požádala o editorial na téma „Změny ve zdravotnictví“ a postavila mne tak před těžký úkol. Zřejmě na celé zeměkouli není nikdo se svým systémem spokojený a nikde není osvícený manager. Všichni očekávají za vložené peníze vyšší hodnotu. Bohužel i u nás platí pravidlo o rozporu alokace limitovaných zdrojů a požadavků na jejich využití. Útěchou nám může být, že jde o věčné a základní pravidlo ekonomické vědy. Tedy o konfrontaci pojmů výběru a nedostatku. Kdyby tyto pojmy byly v rovnováze, mohla by ekonomie jako vědní disciplína vymizet. S jistotou mohu říct, že nevymizí nikdy.

V podstatě by tento článek mohl napsat kdokoli z nás. Každý z nás současné změny prožívá, každý z nás se s nimi musí potýkat, a přestože mají společný charakter, jsem si jist, že je každý prožíváme jinak. Volba padla na mne, tak tedy jak to vidím z pohledu praktického lékaře.

Jaký dopad bude mít balíček reformních zdravotnických zákonů, můžeme jen odhadovat. V mé každodenní práci mi vadí a občansky mne zneklidňuje, že přes všechny koaliční dohody jsme svědky nestálého a křehkého prostředí. Jakoby neexistoval společný politický zájem o stabilitu systému. Chápu, že politika je diplomacií návrhů a ústupků, ale ne extrémů. V praxi můžeme jen těžko ověřit správnost ekonomických změn, když mají jepiči život. Rozhodně nelze experimentovat, a tak opora v základních ekonomických pravidlech mi dává jistotu, že reforma je nutná a nelze ji měnit každý kvartál. Z poslední doby si připomeňme například výrok Ústavního soudu o způsobu výplaty nemocenských dávek v prvních třech dnech nemoci. Nemám ambice tento závěr fundovaně komentovat, ale chci poukázat na konkrétní nestabilitu prostředí, ve kterém se všichni, včetně pacientů, ocitáme. Nezdá se mi, že by pokles pracovní neschopnosti o 9 % nebyl argumentem pro zachování tohoto rozhodnutí. Či snad někdo u soudu zaznamenal kauzu zhoršení zdravotního stavu v důsledku nezaplacených prvních třech dnů nemoci? Nechce se mi věřit, že by důvodem byl návrat k populistickému sejmutí břemene sebezpečí o tělesnou schránku nebo alibistické řešení pracovních míst pod zástěrkou neschopnosti k práci. Tak si počkejme na důvodovou zprávu soudu. Nebo další příklad. Kdo z nás investoval do automatu na vybírání regulačních poplatků? Ani bych se nedivil, že nikdo. Přestože již nyní jsou patrné pozitivní dopady, stále je nad nimi otazník. Ze své praxe mohu potvrdit, že v důsledku RP se změnila věková struktura pacientů. V prvním čtvrtletí chodili chronici méně. Jejich místo zaujali noví pacienti a zvýšil se zájem o prevenci. Lze spekulovat, že je to v důsledku uvolnění od pacientů, kteří dříve chodili pro léky jako do „samoobsluhy“, aniž by o svých potřebách uvažovali. Kdysi jsem napsal do denního tisku větu, která nebyla otištěna, že: „(...) Dokud nepřijde doba, kdy bude součástí rodinného rozpočtu položka zdravotnictví, nebude mít pacient správnou motivaci ke konzumaci našich služeb (...)“. Věřím, že už ta doba nastala!

Nedávno se rozproudila diskuze o „řízené péči“ a v té souvislosti jsme konfrontováni s monopolistickými tendencemi. Tento jev se primární péče bezprostředně týká. Můžeme se domnívat, že ekonomická efektivita v předem definovaných oblastech, nebo i vyjednávací pozice s plátcí, se zlepší. Ale víme to jistě? Nesetkal jsem se s ekonomickou analýzou nevýhodnosti našich praxí. Že by systém potřeboval radikální změnu v rámci ordinací praktických lékařů, si skoro dovoluji pochybovat. Z mého pohledu jde o potlačení svobodného lékařského umění, což bychom snad dokázali pochopit a podstoupit ve prospěch zlepšení zdravotního stavu populace, kdybychom neměli tak trpké zkušenosti s monopolem socialistického zdravotnictví. (Při vědomí, že ten zdravotní stav „socialistického“ generace byl spíše horší). Monopolizace v rouše řetězců je pro mne paradoxem. Za základ úspěšného obchodu, tím je i medicína, považuji konkurenci. Jen stěží si lze představit, že v našich městech budou najednou působit dvě a více podobných řetězových společností. Osobně považuji za klíčové, aby lékař zůstal pro poskytování léčebně-preventivní péče nadále svobodný a aby prostě svoje služby mohl prodávat. Dalším předpokladem je, aby pacient i nadále měl možnost svobodné volby svého lékaře. Pokud přesto budeme hovořit o změně ekonomické subjektivity, preferuji volné sdružení jednotlivých praxí, které mohou smluvně využívat profesionální management a poskytovatele komplementárních služeb. Dále považuji za důležité, aby nově vzniklá společenství lékařů nebyla ovlivňována žádnou zdravotní pojišťovnou a aby mezi nimi byl rovnoprávný smluvní vztah. V této souvislosti je na místě zmínka o odměně. Ta by měla vycházet z platby za výsledek, tedy z měřítek kvality. Už ne všem za všechno.

Přeji si, aby nastal konec politických proklamací, které stojí čas a peníze. Jednoznačný model pro všechny stejně nenalezneme. Zajistit, aby systém fungoval s ohledem na rovný přístup ke zdravotnické péči, aby byl efektivní a výkonný a zajišťoval možnost svobodné volby současně, je velmi obtížné. Tak jako zřejmě vždy půjde o smíšený kapitál veřejného a soukromého podílu, tedy o ekonomický kompromis, mělo by jít zároveň i o kompromis politický. Společně definované cíle jsou na prvním místě a teprve pak je třeba hledat způsoby k dosažení záměru.

MUDr. Otto Herber  
místopředseda SVL ČLS JEP

## II. Jarní interaktivní konference Praha, Slovanský dům, 4. - 6.4. 2008

### Hematoonkologie – téma mírně odstrčené

Zatímco solidní nádory jsou v poslední době opakovaně zmiňovány v souvislosti s prevencí ve sféře primární péče, dělají se celoplošné screeniny (a také je snaha, aby zdravotní pojišťovny zohlednily provádění preventivních a screeningových programů) a existují určitá schémata, která jsou – myslím si – již naší běžnou praxí, hematoonkologické diagnózy jsou opomíjené. Nehledejme důvody proč, ale zamysleme se, jak tento fakt můžeme ovlivnit jako praktičtí lékaři. Tímto mottem se inspirovala poslední nedělní sekce jarní interaktivní konference.

Základní přednášku o leukémiích přednesl prof. MUDr. Jiří Mayer, CSc., z hematoonkologické kliniky FN Brno, kazuistiky doplnili doc. MUDr. Michael Doubek, Ph.D., a MUDr. Zdeněk Kořístek.

#### Co je nejdůležitější a co je třeba si zapamatovat

Je nutné na leukémii myslet a může to mít dramatický efekt na osud nemocných!

Hematoonkologické diagnózy nemají v primární péči jasně definovaná rizika, nemají jasně definované možnosti screeningových programů, nemají jasně definované programy prevence.

Leukémie akutní i chronické jsou heterogenní skupinou onemocnění, jež se liší buněčným původem, klinickými projevy, průběhem a terapeutickou odpovědí.

První příznaky onemocnění jsou zpravidla nespecifické a souvisejí s poklesem jednotlivých elementů v cirkulující krvi.

U nemocných se objeví únava, krvácivé nebo infekční komplikace. Podezření na akutní leukémii bývá vysloveno při kontrole krevního obrazu.

#### Klinické projevy – nespecifické

- Projevy hypermetabolismu – váhový úbytek
- Malátnost, únava, pocit vyčerpání, intolerance fyzické námahy – anémie
- Petechie, ekchymózy, projevy hemoragické diatézy při trombocytopenii
- Teploty nebo noční pocení
- Časté infekce (nedostatek funkčních bílých krvinek)
- Pocit slabosti, únava
- Bolesti hlavy (při velkém množství bílých krvinek, infiltraci mozkomíšních plen)
- Krvácení (při nedostatku trombocytů)
- Bolesti v kostech
- Břišní dyskomfort (ze zvětšené sleziny)
- Zvětšené lymfatické uzliny
- Ztráta váhy

#### Příznaky leukémií: nespecifické, asymptomatické, ale i kritický nemocný

- Porucha počtu a funkce leukocytů:

- infekce, stomatitida, angína, pneumonie, herpes zoster, teploty
- příznaky z leukostázy, bolest hlavy, poruchy vidění, slabost, koagulopatie...

- Trombocytopenie
  - petechie, větší krvácení, mozkové hemoragie
- Anémie
  - slabost, bledost, zhoršení příznaků aterosklerózy
- Infiltrace orgánů
  - splenomegalie, hepatomegalie, lymfadenopatie

U akutních leukémií se symptomy objevují brzy, poměrně rychle se zhoršují. Pacienti se cítí zle, proto navštíví lékaře (slabost, opakované infekce, krvácení...).

U chronických leukémií v časných stádiích leukemické buňky fungují skoro normálně. Symptomy se neobjevují dlouhý čas. Lékaři mnohokrát diagnostikují onemocnění náhodně při lékařské kontrole.

Když se onemocnění projeví, symptomy jsou mnohdy nevýrazné a postupně se stupňují.

#### Epidemiologie

- V registru nádorů tvoří leukémie 2–4 %
- Incidence stoupá s věkem
- Zastoupení mužů vyšší
- Obecně je nárůst výskytu leukémií pomalejší než výskyt ostatních malignit
- Diferenciální diagnostika
- Leukemoidní reakce po infekcích, lécích
- Infiltrace kostní dřene nádorovými buňkami
- Infekční mononukleóza, virové infekty
- Myeloproliferativní choroby
- Myelodysplastický syndrom
- Aplastická anémie, PNH, lymfoproliferace

#### Co to jsou leukémie?

- Mimořádně rozdílné choroby
- Historický název, hromadění bílých krvinek
- Ne každý takový stav je ale leukémie
  - leukemoidní reakce
  - leukemizace lymfomu
- Akutní a chronické
- Myeloidní a lymfatické

#### Základní společné patofyziologické prvky leukémií

- Hromadění bílých krvinek



MUDr. Bohumil Skála, Ph. D.



**termín leukémie je  
starý a pochází  
z roku 1847**

**na leukémii je nutno  
především myslet**



**u nejasného stavu  
nabrat alespoň  
krevní obraz**

- prekursorzy (myelo-, lymfo-)blasty – akutní leukémie
- různých typů buněk myeloidní řady – CML
- zralých lymfocytů (CLL)
- Velmi často bývá leukocytóza (CML, CLL)
- Výjimečně normální koncentrace leukocytů nebo leukopenie
- Téměř vždy je patologický diferenciální krevní obraz (a již navádí na typ leukémie)
- Je patologická infiltrace kostní dřeně

#### Co přináší fakt infiltrace kostní dřeně

- Infiltrace kostní dřeně s
  - anémií
  - trombocytopenií
- Anémie a všechny její příznaky
- Trombocytopenie a všechny její příznaky
- Porucha funkce bílých krvinek
  - infekce

#### Kdy na leukémie myslet?

- Nejde o častá onemocnění, ročně v ČR diagnostikováno cca 1000 případů
- Převážně starší nemocní, ale také děti a mladší lidé!
- Akutní leukémie – urgentní stav!

- CML: většinou subakutní stav
- CLL: většinou chronická záležitost

#### K zapamatování

- **Zkusme zařadit i leukémie do diferenciálních diagnostických algoritmů**
- **Málo časté**
- **Nespecifické příznaky**
- **Některé jsou urgentními stavy s bezprostředním ohrožením života nemocného, jiné ne**
- **Myslet na ně!!!**
- **Příznaky, které se nám „nezdají“**
  - atypické angíny, stomatitidy, krvácení...
- **Vzít alespoň krevní obraz (event. + diferenciál)!!!**
- **Jistě se tím podaří alespoň u někoho přijít na chorobu dříve a zvýšit jeho šanci na přežití**

*Jako podkladů použito přednášek z bloku: Leukémie na II. jarní interaktivní konferenci; prof. MUDr. Jiří Mayer, CSc., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.*

*MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.*

## Telmisartan v prevenci kardiovaskulárních příhod



MUDr. Igor Karen

**přínos duální  
kombinace ACEI  
a sartanu nebyl  
potvrzen**

**v ČR je mortalita  
na kardiovaskulární  
onemocnění vyšší  
než je průměr v EU**

Součástí II. Jarní interaktivní konference SVL ve Slovanském domě (4.- 6. dubna 2008) bylo i symposium společnosti Boehringer Ingelheim, na kterém byly poprvé v České republice oznámeny výsledky zatím největší studie sekundární prevence kardiovaskulárních příhod - studie ONTARGET.

V prvním sdělení Doc. MUDr. O. Mayera (Klinická farmakologie FN Plzeň) s názvem „Rozdíly mezi sartany“ autor porovnával mechanismy účinků ACE inhibitorů a sartanů. Dále upozornil na rozdíly ve skupině sartanů vyplývající z rozdílnosti jejich chemických struktur. Odlišnost molekuly telmisartanu (preparát Micardis) od ostatních zástupců skupiny blokátorů AT1 receptorů (sartanů) je spojena s jeho výjimečným farmakologickým profilem.

Telmisartan má v porovnání s ostatními sartany:

- nejdelší plazmatický poločas, který zajišťuje účinnou kontrolu krevního tlaku po celých 24 hodin
- největší distribuční objem, který spolu s vysokou lipofilií zaručuje vysokou dostupnost telmisartanu pro cílové orgány
- velmi nízký potenciál pro lékové a potravinové interakce (na rozdíl od losartanu a valsartanu)

Doc. MUDr. O. Mayer věnoval pozornost také mimořádným metabolickým účinkům telmisartanu prostřednictvím aktivace PPAR $\gamma$  receptoru. Tyto receptory se podílejí na regulaci metabolismu cukrů a tuků a na snížení inzulínové rezistence.

V závěru své prezentace znovu zdůraznil význam velmi dlouhého plazmatického poločasu telmisartanu a jeho příznivých metabolických účinků.

As. MUDr. P. Janský (Kardiologická klinika FN

Motol) prezentoval dlouho očekávané výsledky studie ONTARGET. Ta byla krátce předtím – 31. března 2008 – publikována vůbec poprvé v Hot Lines na Americkém kardiologickém kongresu v Chicagu. Do této největší sekundárně preventivní studie v kardiologii bylo celosvětově zařazeno 25.620 pacientů, z toho v České republice 700 pacientů. Studie ONTARGET nepotvrdila přínos duální kombinace ACE inhibitoru a sartanu ve srovnání s monoterapií. Naopak prokázala srovnatelnou účinnost telmisartanu s doposud zlatým standardem ramipilem ve snížení mortality a morbidity u pacientů s vyšším kardiovaskulárním rizikem. Telmisartan byl navíc lépe tolerován. Pacienti léčení telmisartanem měli významně nižší výskyt suchého dráždivého kašle a angioedému ve srovnání s terapií ramipilem.

Doc. MUDr. Cífková (Preventivní kardiologie IKEM) ukázala v úvodu své přednášky, že na kardiovaskulární onemocnění připadá v České republice přibližně 50% všech úmrtí. V roce 2000 byl výskyt kardiovaskulární mortality v ČR přibližně o 50% vyšší než činil průměr v Evropské unii. Velká pozornost v prevenci kardiovaskulárních onemocnění by měla být věnována podle stávajících českých doporučení pacientům s ICHS, ICHDK, CMP, asymptomatickým pacientům s vysokým rizikem vzniku kardiovaskulárních onemocnění a jejich blízkým příbuzným.

Dále paní docentka zmínila stávající farmakoterapii používanou v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Patří do ní protidiastolické léky, beta

blokátory, ACE inhibitory a antikoagulantia. Studie ONTARGET přinesla nyní přesvědčivé důkazy i o vysoké účinnosti telmisartanu pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění.

V případě ACE inhibitorů máme spolehlivá data o účinnosti ramiprilu u pacientů starších 55 let s vysokým kardiovaskulárním rizikem (studie HOPE) a perindoprilu u pacientů se stabilní ICHS a bez srdečního selhání (studie EUROPA).

Doc. MUDr. Cífková zdůraznila, že telmisartan znamená na základě výsledků studie ONTARGET velký přínos pro prevenci mortality a morbidit pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem.

To, že se při podávání telmisartanu vyskytly častěji příznaky lehké hypotenze nepřekvapuje. Do studie ONTARGET byly zařazovány pacienti s dobře kontrolovaným krevním tlakem a telmisartan potvrdil, např. ve studiích PRISMA I a PRISMA II, významně vyšší antihypertenzní účinnost ve srovnání s ramipilem v průběhu celých 24 hodin.

Velmi zajímavé bylo i cenové srovnání nákladů na terapii: ramipril 10 mg vs. telmisartan 80 mg. Zatímco náklady na 30 denní terapii při podávání

ramiprilu 10 mg jsou 278,40 Kč, náklady měsíční léčby telmisartanem 80 mg jsou až o třetinu nižší – pouze 186,50 Kč.

Zájem posluchačů vzbudila i interaktivní kazuistika 66 letého pacienta po infarktu myokardu. Na začátku prezentace doc. MUDr. Cífkové by většina lékařů v auditoriu přidala ke stávající terapii ACE inhibitor, v samém závěru při zopakování stejné kazuistiky už by 73% praktických lékařů volilo v tomto případě telmisartan.

Jako hlavní výstup pro klinickou praxi doc. MUDr. Cífková podtrhla, že v současnosti máme přesvědčivé důkazy o tom, že telmisartan, je stejně účinný jako ramipril, je lépe snášen a navíc je při srovnání dávky telmisartan 80 mg až o třetinu levnější než ramipril 10 mg.

Zdá se, že telmisartan se díky studii ONTARGET stane novým zlatým standardem v léčbě hypertenze a v sekundární kardiovaskulární prevenci pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem.

MUDr. Igor Karen

**telmisartan je stejně účinný jako ramipril**

**telmisartan je lépe snášen než ramipril**

**náklady na měsíční léčbu telmisartanem 80 mg jsou až o 1/3 nižší než na léčbu ramipilem 10 mg**

## Obezita a mikrolalbuminurie

Tento blok v sobotu ráno opět zaplnil celý sál Slovanského domu. Znovuobjevená problematika mikroalbuminurie se v přednáškách přednosti III. interní kliniky 1. LF UK v Praze profesora MUDr. Štěpána Svačiny DrSc. a zástupce naší odborné společnosti SVL ČLS JEP MUDr. Rudolfa Červeného vrátila do našeho odborného povědomí. Profesor Svačina ve své přednášce Mikroalbuminurie jako rizikový faktor u obézního pacienta podrobně shrnul problematiku obézních pacientů a jejich rizik. Formou otázek vtáhl do této problematiky posluchače, kteří se bez předchozí přípravy snažili odpovídat co nejpřesněji. MUDr. Červený rozvinul tuto debatu do naší praxe a podělil se s námi se svými zkušenostmi s vyšetřováním mikroalbuminurie (MA) u obézních pacientů ve své ordinaci. Připomenul posluchačům doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze (AH) – s přihlédnutím k Evropským doporučením pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi. AH s vysokou prevalencí v dospělé populaci v průmyslově vyspělých zemích (20-50%) představuje závažný zdravotní problém. Spolu s kouřením, diabetem, dyslipidemií a obezitou (zejména abdominální) je i jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů cévních mozkových příhod (CMP), ischemické choroby srdeční (ICHS) a ischemické choroby tepen dolních končetin (ICHDK).

Hypertenzi třídíme do stádií I, II a III, kdy ve II. stádiu vedle vyššího tlaku jsou již přítomny známky subklinického orgánového poškození (SOP), kromě jiných i mikroalbuminurie. Při stanovení celkového kardiovaskulárního rizika (SCORE) diabetiky

1. typu s mikroalbuminurií považujeme automaticky za osoby s vysokým kardiovaskulárním rizikem (nad 5%).

Povinně se má provádět vyšetření mikroalbuminurie (MA) u AH u následujících situací:

- u pacientů s AH a diabetem mellitem
- u všech gravidních pacientek léčených s AH
- u všech pacientů s AH mladších 30 let

Jako fakultativní, čili vhodné, je vyšetření MA uvedeno u všech pacientů s AH, jestliže se tak rozhodne lékař na základě např. pozitivní RA apod. Vyšetření se může provádět testovacími proužky, v případě positivity mikroalbuminurie je nutné vyšetřit mikroalbumin v přepočtu na kreatinin v moči.

Při léčbě AH je významné snížení nadměrné tělesné hmotnosti, pokud nestačí nefarmakologická opatření, zvažujeme podávání antiobezitik (sibutramin, orlistat), v budoucnu se předpokládá i využití preparátu rimonabant.

Problematické MA je třeba v obezitologii věnovat větší pozornost zcela jistě u obézních hypertoniků a diabetiků a přihlédnout k faktům, která ukázala, že ACE inhibitory i sartany jsou schopny přispět k regresi proteinurie a mikroalbuminurie.

Obezita je provázána často také diabetem 1. i 2. typu. Vznik onemocnění ledvin diabetické a nediabetické etiologie u pacienta s diabetes mellitus nepochybně významným způsobem modifikuje další průběh života a prognózu pacienta. Rozvoj jakékoliv nefropatie, tedy i nediabetické etiologie – především ischemického poškození ledvin,



MUDr. Rudolf Červený

**MA je známkou subklinického orgánového poškození (SOP)**

**MA se povinně vyšetřuje u pacientů s:**

- AH+DM
- gravidních s AH
- AH ve věku < 30 let

**perzistující MA  
= 2 pozit. nálezy  
ve 3 měřeních  
v průběhu 3-6 měsíců**

vede většinou ke zhoršení kvality života diabetika a potencuje rozvoj dalších komplikací, převážně kardiovaskulárních. Diabetická nefropatie je klinický syndrom charakterizovaný trvalou (perzistující) mikroalbuminurií (nad 30 mg/24 hod nebo nad 20 µg/min), posléze přecházející v proteinurii, postupným zhoršováním renální funkce (glomerulární filtrace) a arteriální hypertenzí. Diagnóza perzistující mikroalbuminurie vyžaduje pozitivní nález ve dvou ze tří měření během 3-6 měsíců. Pro diagnostiku MA je nejvhodnější vyšetření vzorku z nočního sběru moči nebo stanovení poměru albumin/kreatinin ve vzorku ranní moči. Diagnóza

diabetické nefropatie je obvykle klinická. Postupně narůstající proteinurie u pacienta s diabetem 1. typu trvajícím déle než 10 let s prokázanou MA v předchozím období, s diabetickou retinopatií, bez mikroskopické hematurie, s normálním sonografickým nálezem na ledvinách vede k diagnóze diabetické nefropatie, aniž by bylo nutné indikovat renální biopsii. Malá mikroskopická hematurie se může vyskytovat i u cca 10-20% nemocných s pokročilou diabetickou nefropatií, ale makroskopická hematurie do klinického obrazu diabetické nefropatie nepatří vůbec.

MUDr. Rudolf Červený

## Kongres ČLS JEP, 16. 4. 2008, Praha



MUDr. Zuzana Miškovská

Letošní kongres České lékařské společnosti JEP se konal 16. dubna v pražském hotelu Olympik, ústředním tématem byla problematika geriatrické medicíny.

Součástí zahájení byla i gratulace profesoru Pacovskému, zakladateli české geriatrické medicíny, k významnému životnímu jubileu – pan profesor letos na jaře slaví 80. narozeniny a svým vystoupením v praxi předvedl, jak výborně může i starší člověk vypadat, myslet i přednášet. Dalším oslavencem byl profesor Blahoš, čerstvý Rytíř lékařského stavu. Významnými hosty kongresu byli i zástupci slovenské geriatrické společnosti.

Z odborného programu mne zaujalo:

**Prevence geriatrických komplikací** začíná již ve středním věku, a sice především správným životním stylem: studie prokázaly, že i ve věku 65 let má příznivý vliv zanechání kouření, zahájení pohybové aktivity (středně intenzivní pohyb 30 minut denně). Nedoporučuje se ale měnit tělesnou hmotnost – ani hubnout, ani tloustnout. Nemocní by měli dostávat jasné instrukce, například ve formátu telefonního čísla **035 140 90 530**:

- |               |                                              |
|---------------|----------------------------------------------|
| <b>0</b>      | nekouřit                                     |
| <b>3</b>      | 3 kilometry chůze nebo 30 minut pohybu denně |
| <b>5</b>      | 5 hodnota cholesterolu                       |
| <b>140/90</b> | hodnota krevního tlaku                       |
| <b>5</b>      | hodnota glykemie                             |
| <b>3</b>      | hodnota triacylglycerolu                     |
| <b>0</b>      | neměnit tělesnou hmotnost.                   |

O **kardiovaskulárních onemocněních** ve vyšším věku hovořila profesorka Cífková: zahajovat léčbu má význam v každém věku, profitem je nižší výskyt „traumatizujících a mrzačících“ kardiovaskulárních příhod. Cílové hodnoty TK se u starších nemocných řídí nejen odbornými doporučeními, ale i individuální snášenlivostí, lze tolerovat TK 140–150/90.

**Sarkopenie** – nový termín, jehož význam vysvětlila profesorka Topinková. Jde o úbytek svalové tkáně nejen ve smyslu kvantity, ale i kvality, především na dolních končetinách, vede ke snížení bazálního metabolismu, ale i ke změnám tělesného těžiště, stability a mobility, se všemi nepříznivými následky, především ale pády. Vyvíjejí se klinické metody k měření sarkopenie, prevencí je dostatečná proteinová substituce a tělesná aktivita. V diskusi zaznělo, že sarkopenii nezhoršují statiny, naopak, dle zatímčných výsledků mají projektivní charakter.

Profesor Blahoš sdělil nejnovější poznatky o **metabolismu vitamínu D**: hladinu vitamínu D v séru lze laboratorně stanovit, ve světě se opakovaně prokázaly jeho nedostatečné hladiny, především u starších lidí, u obyvatel ústavů, ale i ve „sluncem zalitých zemích“, kde se lidé brání slunečnímu záření buď příliš silnými (SPF přes 15) opalovacími krémy, jako v Austrálii, nebo úplně zahalujícími oděvy, jako v Saúdské Arábii. Receptory pro D vitamin jsou nejen v kostech, ale i ve svalech, prsu, prostatě, lymfocytech – jeho deficit se tedy může spolupodílet i na rozvoji imunitních a nádorových onemocnění. Letos byla vytvořena v ČR pracovní skupina, jejímž úkolem bude zjistit stav vitamínu D v české populaci.

Se stavem **očkování** ve slovenských domovech důchodců a podobných institucích nás seznámili slovenští hosté: Očkování proti chřipce není mezi seniory příliš oblíbené, ale přesto se již podařilo dosáhnout proočkovanosti kolem 80 %, která je dobrou epidemiologickou bariérou. Větší zájem o očkování proti pneumokokovi mají klienti slovenských ústavů – pneumonie se vysloveně bojí. Jako problém se ukazuje očkování proti difterii a tetanu – ve vyšším věku nejsou již hladiny protilátek dostatečné, loni zemřeli na Slovensku 3 lidé na tetanus, všichni nad 75 let věku.

MUDr. Zuzana Miškovská

**Instrukce ve formátu  
telefonního čísla  
035 140 90 530**

**cílové hodnoty TK  
u seniorů jsou ovlivněny  
individuální  
snášenlivostí**

**sarkopenie vede  
ke změnám tělesného  
těžiště, stability  
i mobility**



# VZP podporuje odvykání kouření příspěvkem 1000–2000 Kč

V současné době většina zdravotních pojišťoven podporuje odvykání kouření u svých pacientů a přispívá jim na léčbu určitou částkou. Od 1. 1. 2008 se k tomuto kroku rozhodla i VZP, se kterou jsme jako s první zdravotní pojišťovnou navázali spolupráci o akceptaci potvrzení z „poraden intervenční preventivní medicíny – léčba závislosti na tabáku“ při ordinacích praktických lékařů, kteří absolvovali certifikovaný kurz Léčba závislosti na tabáku v ambulantní péči – přiložené vyjádření viz obrázek.

V tomto duchu jsou dle sdělení RNDr. Ambrožové instruovány i okresní pobočky VZP.

Dalším krokem je oslovení všech ostatních zdravotních pojišťoven, kde souhlasné stanovisko očekáváme do letních prázdnin, o čemž vás budeme samozřejmě informovat.

MUDr. Jozef Čupka



MUDr. Jozef Čupka

VZP ČR podporuje své pojištěnce-kuřáky v odvykání kouření, a proto se zavázala vyplatit příspěvek na odvykání těm pojištěncům, kteří mají vůli a odvahu podstoupit léčbu závislosti na tabáku pod dohledem odborníků a šetřit tak zdraví a peníze nejen sobě, ale i ostatním. Výše příspěvku činí až 1000 Kč pro všechny pojištěnce starší 18 let a do 2000 Kč, je-li pojištěncem těhotná žena starší 18 let. Podmínkou vyplacení příspěvku je absolvování tříměsíční léčby v ambulanci lékaře, který je v metodě speciálně zaškolen – tedy vlastní osvědčení o úspěšně absolvovaném školení v rámci postgraduálního vzdělávání. Pojištěnec po prokazatelně úspěšném dokončení odvykací léčby obdrží od tohoto lékaře potvrzení o úspěšném ukončení léčby, které předloží Pojišťovně a na základě tohoto mu bude příspěvek vyplacen.

S pozdravem

RNDr. Marcela Ambrožová  
ředitelka úseku zdravotní péče

## Pozvánka na školení...

### Léčba závislosti na tabáku v ambulantní péči

Místo a čas:

**středa 11. 6. 2008 od 10.00 hod., posluchárna Rehabilitační kliniky, Albertov 7, Praha 2 (1. patro).**

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

#### Program:

- 10.00–10.45 hod. MUDr. Alena Šteflová, ředitelka WHO ČR  
Důsledky aktivního a pasivního kouření
- 10.45–11.30 hod. MUDr. Jozef Čupka, SVL ČLS JEP  
Role ambulantního lékaře v léčbě závislosti na tabáku – epidemiologie, formy intervence
- 11.30–13.00 hod. MUDr. Lenka Štěpánková, Centrum léčby závislosti na tabáku 1. LF UK a VFN Praha  
Individuální a skupinová psychoterapie závislosti na tabáku. Rizika psychiatrické komorbidity kuřáků
- 13.00–13.30 hod. Polední občerstvení zajištěno
- 13.30–14.15 hod. MUDr. Eva Králíková, CSc., Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK v Praze  
Farmakoterapeutické a psychobehaviorální intervence v léčbě závislosti na tabáku
- 14.15–15.00 hod. prof. MUDr. František Perlík, DrSc., Farmakologický ústav 1. LF UK v Praze  
Lékové interakce kouření
- 15.00–15.45 hod. MUDr. Jozef Čupka, SVL ČLS JEP  
Poradna odvykání kouření v ordinaci – know-how a management
- 15.45–16.30 hod. MUDr. Kateřina Langrová, Česká koalice proti tabáku  
Linka pro odvykání kouření – telefonická poradna a její možnosti. Nekuřácký podnik.

Účastníci kurzu obdrží certifikát o jeho absolvování.

Kurz je pořádán ve spolupráci s ČLK. Pro ambulantní lékaře je účastnický poplatek 300 Kč.

Přihlášky a informace: **Petra Richtrová, Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Albertov 7, Praha 2,**  
**tel./fax: 224 917 479, [vselek@lf1.cuni.cz](mailto:vselek@lf1.cuni.cz) nebo [prevence.nemoci@seznam.cz](mailto:prevence.nemoci@seznam.cz)**

Prosíme všechny praktické lékaře, kteří vlastní certifikát o absolvování kurzu, aby si ověřili na [www.odvykanikoureni.cz](http://www.odvykanikoureni.cz) údaje o své poradně a případné úpravy adresovali na e-mailovou adresu: [prevence.nemoci@seznam.cz](mailto:prevence.nemoci@seznam.cz).



# TISKOVÁ ZPRÁVA

z víkendového vzdělávacího semináře Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

**Srní, 11.–13. dubna 2008**

## FARMACEUT JE OPRÁVNĚN PROVÉST ZÁMĚNU ZA JINÝ PŘÍPRAVEK

1. se stejnou účinnou látkou a cestou podání  
8 %
2. se stejnou účinnou látkou, cestou podání a lékovou formou  
11 %
3. se stejnou účinnou látkou, cestou podání, lékovou formou a velikostí balení  
81 %

graf 1

## FARMACEUT JE ERUDOVANÝ K POSOUZENÍ VHODNOSTI ZÁMĚNY

1. naprosto souhlasím  
23 %
2. spíše souhlasím  
60 %
3. spíše nesouhlasím  
13 %
4. naprosto nesouhlasím  
4 %

graf 2

## ODHADNĚTE, KOLIK DOPLATÍ PACIENT NA TŘI MĚSÍCE Z PREZENTOVANÉ PRESKRIPCE VČ. RP

1. 395 Kč  
42 %
2. 495 Kč  
50 %
3. 595 Kč  
8 %

graf 3

## ODHADNĚTE, O KOLIK VÍCE VÁM BUDE ZAPOČTENO, POKUD BUDETE TRVAT NA TÉTO SKLADBĚ? (UVEDETE NEZAMĚŇOVAT U VŠECH LÉKŮ)

1. 72 Kč  
60 %
2. 95 Kč  
18 %
3. 121 Kč  
22 %

graf 4

Praktičtí lékaři z celé České republiky se sjeli na již druhý sportovně-vzdělávací seminář. Tentokrát se setkání konalo v samém srdci Šumavy, ve vesničce Srní. Stejně jako na první akci v Karlově Studánce i zde bylo přítomno více než 200 účastníků, kteří zcela zaplnili kapacitu dvou hotelů (Srní a Šumava).

### Pátek 11. dubna

V pátek odpoledne přivítalo přijíždějící účastníky slunečné počasí. Po zaregistrování a ubytování všech účastníků začal odpolední program. V úvodní přednášce informoval prezident České lékařské komory Mgr. Stanislav Havlíček o legislativních změnách, které se týkají preskripce léků. Přednáška byla provázena také interaktivním kvízem, kde lékaři testovali svoje znalosti týkající se generické substituce. V grafu 1 uvádíme pro zajímavost příklad, kde byli lékaři dotazováni na to, kdy je farmaceut oprávněn provést záměnu za jiný přípravek.

Zajímavý byl i dotaz, zda si lékaři myslí, že je farmaceut dostatečně erudovaný k posouzení vhodnosti záměny (graf 2).

Z odpovědí vyplynulo, že více než 80 % lékařů považuje farmaceuty za dostatečně erudované k posouzení záměny. Na přednášku Mgr. Havlíčka navázal místopředseda společnosti MUDr. Otto Herber, který se zaměřil na spolupráci praktického lékaře a lékárníka. Spolupráce byla dokumentována na zajímavých kazuistikách, při nichž posluchači odhadovali s pomocí hlasovacího zařízení například doplatek pacienta za preskripci léků na 3 měsíce (graf 3).

Dále lékaři odhadovali, o kolik více jim bude započteno do nákladů na léky, pokud uvedou u všech léků „Nezaměňovat“ (graf 4).

Blok byl zakončen bohatou diskusí, která vyjasnila některé prezentované informace.

### Sobota 12. dubna

Před sobotním blokem přednášek se účastníci věnovali fyzickým aktivitám, které si sami hradili. Někteří využili hotelové možnosti a zvolili plavání v místním bazénu (jediný 25metrový bazén na Šumavě), jiní využili možnost masáží. Aktivnější pozorovali šumavskou přírodu ze sedadla kol nebo při procházkách Šumavským národním parkem.

Úvodní přednáškou sobotního bloku byla prezentace MUDr. Hany Linkové z Interní kliniky FN Královské Vinohrady, která posluchače pro-

vedla tématem „Kardiak v ambulanci praktického lékaře“. I přesto, že téma by se mohlo zdát vyčerpané, podařil se přednášející velmi zajímavý pohled na tuto problematiku. V přednášce zaznělo mnoho zajímavých informací, např. arytmie, FS a indikace k antikoagulační léčbě, chlopenní vady, jejich náhrady, ATB léčba endokarditidy v ordinaci PL nebo posouzení kardiaka vzhledem k řízení motorového vozidla. Prezentace byla doprovázena i bohatou obrazovou částí. Lékaři tak mohli spatřit výsledky echokardiografického vyšetření či přehledně graficky zpracovaná schémata.

V další části byli posluchači seznámeni s tématem benigní hyperplazie prostaty a úlohou PL při její léčbě, možnosti fyzikálního a laboratorního vyšetření v primární péči. Urologovi MUDr. Pavlu Hesounovi se podařilo přitáhnout pozornost celého sálu a jeho prezentace některých moderních způsobů léčby a operační techniky byly následně středem zájmu dotazů praktických lékařů.

Sobotní blok byl uzavřen přednáškou MUDr. Stanislava Konštického, CSc., člena výboru SVL ČLS JEP, který se věnoval otázce „Léčba bolesti v ordinaci praktického lékaře“. Lékaři se dozvěděli vše o možnostech léčby bolesti a také byly vyzvednuty novinky, se kterými se praktičtí lékaři mohou setkat v této oblasti při léčbě svých pacientů.

### Hodnocení semináře z pohledu zúčastněných lékařů

I přesto, že jsme v průběhu akce získali mnoho pozitivních referencí a reakcí z řad zúčastněných praktických lékařů, snažili jsme se o objektivní pohled. Lékaři byli vyzváni k anonymnímu hlasování, při kterém hodnotili jednak myšlenku víkendových seminářů, ale také jsme se dotazovali na celkové hodnocení této akce (graf 5).

MUDr. Dana Moravčíková

#### VÝSLEDKY HODNOCENÍ SEMINÁŘE SVL ČLS JEP V SRNÍ

##### Považujete víkendové semináře s paralelním programem za přínosné?

- |        |                                        |
|--------|----------------------------------------|
| 1. Ano | <div style="width: 100%;"></div> 100 % |
| 2. Ne  | 0 %                                    |

##### Zúčastnili byste se i v příštím roce?

- |          |                                      |
|----------|--------------------------------------|
| 1. Ano   | <div style="width: 90%;"></div> 90 % |
| 2. Ne    | 0 %                                  |
| 3. Nevím | <div style="width: 10%;"></div> 10 % |

##### Jak byste akci v Srní ohodnotili?

- |                   |                                      |
|-------------------|--------------------------------------|
| 1. Výborné        | <div style="width: 90%;"></div> 90 % |
| 2. Chvalitebné    | <div style="width: 10%;"></div> 10 % |
| 3. Dobré          | 0 %                                  |
| 4. Již nikdy více | 0 %                                  |

graf 5

## Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v červnu 2008

### Obezita

Obecně červnové semináře budou věnovány možnostem jak PL mohou přispět k zvládnutí epidemie moderní doby v rozvinutých státech, a to obezity. Bude zařazen příspěvek jak organizačně a ekonomicky může fungovat preventivní poradna pro obezitu vedená PL. Dále budou probírány zkušenosti i kasuistiky z poraden v daném regionu. V druhé polovině seminářů bude výběrové odborné téma a aktuální informace o akreditacích, přijatých grantech a profesních záležitostech PL.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

odborný garant pro problematiku obezity v primární péči za SVL ČLS JEP

|            |             |                                                                                                  |
|------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| po. 2. 6.  | 16.30–20.30 | Aula SZŠ, Bartošova čtvrť, 760 01 Zlín                                                           |
| čt. 5. 6.  | 16–20       | Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14, 460 01 Liberec                                              |
| čt. 5. 6.  | 16–20       | Oddělení vzdělávání Masarykovy nem., výuková složka, Sociální péče 12 A/4, 401 13 Ústí nad Labem |
| út. 10. 6. | 16–20       | Hotel Zlatá štika, Štrosova 127, 350 03 Pardubice                                                |
| st. 11. 6. | 17–21       | Presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul., 586 01 Jihlava                                      |
| so. 14. 6. | 9–13        | Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno                                         |
| so. 14. 6. | 9–13        | Poštovní dvůr, Slovenská 2, 360 01 Karlovy Vary                                                  |
| so. 14. 6. | 9–13        | Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, 772 00 Olomouc                           |
| so. 14. 6. | 9–13        | Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2                                                        |
| čt. 16. 6. | 16–20       | Pražská 100, Hotel Prestige, 669 02 Znojmo                                                       |
| čt. 19. 6. | 16–20       | Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, 500 01 Hradec Králové                                       |
| čt. 19. 6. | 16–20       | Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava                                                            |
| čt. 19. 6. | 16–20       | Šafránkův pavilon, Alej svobody č. 31, 300 00 Plzeň                                              |
| čt. 19. 6. | 16–20       | Lék. dům Sokolská 31, 120 26 Praha 2                                                             |
| st. 25. 6. | 16–20       | Lék. dům Sokolská 31, 120 26 Praha 2                                                             |
| st. 25. 6. | 16–20       | Budova Medipont, s. r. o., Matice školské 17, 370 01 České Budějovice                            |

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).

doc. MUDr. Věra Adámková, CSc.

Institut klinické a experimentální medicíny, Praha; Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice

# Kombinační léčba arteriální hypertenze

**Souhrn:** Arteriální hypertenze je svojí vysokou prevalencí (20–50 % dospělé populace) závažným zdravotně-sociálním problémem vyspělých zemí. Její kvalitní léčba má potom pozitivní dopad nejen na zdravotní stav nemocného, ale zvyšuje i jeho průceschopnost, což u pacientů v produktivním věku je velice důležité. V roce 2007 byla přepracována Doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze z roku 2003/04, protože došlo k dalším vědeckým poznatkům, které bylo třeba zavést do praktického použití léčby hypertenze. Podle výsledků metaanalýz velkých studií efektivní léčba arteriální hypertenze vede ke snížení kardiovaskulární mortality o 16 % a cerebrovaskulární až o 42 % (7). Tyto údaje jsou jasným důkazem, že léčbě hypertenze musíme věnovat velkou pozornost.



doc. MUDr. Věra Adámková, CSc.

## Definice arteriální hypertenze a její klasifikace

Za arteriální hypertenzi považujeme hodnoty krevního tlaku  $TK \geq 140/90$  mm Hg, měřené minimálně při dvou různých návštěvách. Převážně u starších osob nacházíme tzv. izolovanou systolickou hypertenzi, která je definovaná jako systolický tlak  $TK \geq 140$  mm Hg a diastolický krevní tlak  $TK < 90$  mm Hg. I tento typ hypertenze je nutno léčit (5, 6).

## Stanovení celkového rizika manifestace kardiovaskulárních onemocnění

V současné době jsme schopni podle poměrně jednoduchých ukazatelů provést odhad rizika fatálních kardiovaskulárních příhod v dalších deseti letech. K dispozici jsou barevné nomogramy, které vycházejí z projektu SCORE a pomocí nichž se odhad provádí. Za vysoké riziko se považuje hodnota  $\geq 5$  % (znamená to tedy, že pravděpodobnost úmrtí na kardiovaskulární onemocnění v příštích deseti letech pro hodnoceného jedince je  $\geq 5$  %).

U nemocných, u kterých již je manifestní kardiovaskulární onemocnění, nebo u osob s renální komplikací je riziko vysoké ( $\geq 5$  %), nebo dokonce velmi vysoké (za velmi vysoké se považuje možnost úmrtí na kardiovaskulární onemocnění  $\geq 10$  % (1)).

Vzhledem k závažnosti působení diabetes mellitus na kardiovaskulární systém považujeme všechny diabetiky typu 2 za osoby s vysokým kardiovaskulárním rizikem. Diabetiky typu 1 s mikroalbuminurií považujeme také za vysoce rizikové.

## Současná možná léčba arteriální hypertenze

V léčbě hypertenze používáme nefarmakologické i farmakologické možnosti. Nefarmakologická léčba je nedílnou součástí komplexní léčby hypertenze. Podle všech současných doporučení je třeba léčit i izolovanou systolickou hypertenzi a hypertenzi u osob nad 65 let věku. Léčba hypertenze u pacientů starších 80 let, byla-li zahájena již dříve, se nepřerušuje, ale je třeba přiznat, že v současné době nejsou žádné pádné důkazy o profitu léčby hypertenze u těchto seniorů (1).

Léčbu hypertenze obvykle zahajujeme monoterapií zvoleným typem antihypertenziva, za jehož výběr zodpovídá ošetřující lékař, který volí lék podle celkového zdravotního stavu nemocného, po zvážení všech hledisek. Léčbu však můžeme zahájit také **kombinací** 2 léků v nízké dávce, abychom co nejvíce využili jejich antihypertenzního efektu, ale abychom minimalizovali dopad nežádoucích nebo vedlejších účinků léků. V současné době je možné použít i fixní kombinace některých antihypertenziv. Tato možnost je provázána větším komfortem nemocného, protože v jedné tabletě dostává dva účinné preparáty. Kombinací dvou léků v nižší dávce nebo jejich fixních kombinací využíváme zejména při hodnotách krevního tlaku  $TK \geq 160$  a/nebo  $\geq 100$  mm Hg a více, pokud jsou cílové hodnoty krevního tlaku  $TK \geq 130/80$  mm Hg (1).

U závažných forem hypertenze je nutné podávat i kombinaci tří až sedmi antihypertenziv, abychom dosáhli cílových hodnot krevního tlaku nebo se jim co nejvíce přiblížili.

## Vhodné kombinace antihypertenziv

Za vhodnou kombinaci léčiv pokládáme tako-

**je třeba léčit i systolickou izolovanou hypertenzi a hypertenzi u osob > 65 let**

**nejsou pádné důkazy o profitu antihypertenzní léčby u seniorů > 80 let**

**léčbu obvykle zahajujeme monoterapií nebo dvojkombinací nízkých dávek**



**beta blokátor  
+ thiazidové diuretikum  
= méně vhodné**

**beta blokátor  
+ ACEI nebo AT-1  
= malý aditivní efekt**

**ACEI + AT-1  
= obecně se  
nedoporučuje**

**ACEI nebo AT-1 + BKK  
nebo thiazid. diuretikum  
= nejvhodnější  
kombinace**

**v trojkombinaci  
by mělo být přítomno  
diuretikum**

vou, kde se potencují účinky, které požadujeme, a minimalizují účinky vedlejší nebo nežádoucí. Doporučujeme kombinovat: **blokátory kalciových kanálů (BKK) s thiazidovými diuretiky, inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu, ev. AT-1 blokátory s thiazidovými diuretiky či s blokátory kalciových kanálů, beta blokátory s blokátory kalciových kanálů.** Za méně vhodné považujeme kombinovat beta blokátory a thiazidová diuretika (nikoli nemožné), pro jejich možný nežádoucí efekt (nejčastěji změny metabolismu glycidů a tuků). Menší aditivní efekt má také kombinace beta blokátorů a ACEI (AT-1 blokátorů), ale v případě hypertenze s ischemickou chorobou srdeční a se srdečním selháním je naopak tato kombinace velmi vhodná. Kombinace ACEI s AT-1 blokátory se u nekomplikované hypertenze obecně nedoporučuje (opět není nemožná), ale je výhodná při léčbě hypertenze s renální nedostatečností a s významnou proteinurií.

### Vhodné indikace dvojkombinací

BKK a thiazidová diuretika: hypertenze starších osob

ACEI + BB: hypertenze + ICHS, hypertenze + srdeční selhání (karvedilol, metoprolol ZOK, bisoprolol, nebivolol)

ACEI/AT-1 blokátory + thiazidová diuretika: hypertenze + srdeční selhání, hypertenze + stav po cévní mozkové příhodě (na trhu je fixní kombinace preparátů)

ACEI/AT-1 blokátory + BKK: hypertenze + diabetes mellitus, metabolický syndrom, neuropatie, hypertenze + aterosklerotické změny (na trhu je fixní kombinace)

ACEI + AT-1 blokátory: hypertenze + neuropatie s výraznou proteinurií

Alfa blokátory + BB: hypertenze + hypertrofie prostaty, hypertenze + zvýšená sympatická aktivita, feochromocytom

### Vhodné trojkombinace antihypertenziv

V trojkombinaci by již vždy mělo být přítomno diuretikum

BB + thiazidové diuretikum + BKK dihydropyridinového typu

ACEI/AT-1 blokátor + thiazidové diuretikum + BKK

ACEI/AT-1 blokátor + BB a thiazidové diuretikum

Alfa blokátor + BB + thiazidové diuretikum

ACEI/AT-1 blokátor + centrálně působící látka + thiazidové diuretikum

### Nejčastěji používaná antihypertenziva

**Diuretika:** patří mezi nejdéle používaná antihypertenziva (od 50. let 20. století). V součas-

né době se používají v léčbě hypertenze nižší dávky **thiazidových** diuretik, obvykle denně: 6,25–12,5 mg hydrochlorothiazidu, 12,5 mg chlortalidonu. Ve **fixních kombinacích** s diuretikem (nejčastěji ACEI, AT-1 blokátory) je obvykle 12,5 mg diuretika. Spironolakton, diuretikum s kalium šetřícím účinkem, se podává u rezistentní hypertenze, srdečního selhání (s kličkovými diuretiky) a u primárního hyperaldosteronismu (25–75 mg/den).

Jsou vhodná k léčbě hypertenze u pacientů afrického původu.

**Blokátory kalciových kanálů:** příznivě ovlivňují hypertrofii levé komory srdeční, průtok krve ledvinou a periferním řečištěm. Nemají negativní efekt na metabolismus tuků ani glycidů a nevedou k bronchospasmu. Jejich vazodilatační efekt může být příčinou otoků končetin.

Nejčastěji používanými léky této skupiny jsou v ČR: amlodipin (1× 5–10 mg/d), felodipin (1× 5–10 mg/d), nitrendipin (1× 10–40 mg/d), verapamil SR (1× 120–480 mg/d), isradipin SRO (1× 5–10 mg/d), lacidipin (1× 10–20 mg denně), nisoldipin (2× 5–20 mg/d), nifedipin GITS (1× 30–60 mg/d), nifedipin XL (1× 40 až 80 mg/d), diltiazem retard SR (2× 90–180 mg, 1× 240 mg/d), nivaldipin (8–16 mg/d).

K léčbě hypertenze doporučujeme vždy jen dlouhodobě působící preparáty dihydropyridinové řady. K dlouhodobě působícím počítáme pouze nifedipin XL. Preparáty typu verapamilu nejsou vhodné k léčbě hypertenze, která je spojena se srdeční nedostatečností nebo poruchami AV vedení, pro svůj negativně inotropní efekt.

V současné době je na trhu **fixní kombinace amlodipinu** (5 a 10 mg) a **atorvastatinu** (10 mg – statin, vhodný k léčbě dyslipidemie). Tato kombinace byla vyvinuta pro nemocné, kteří trpí hypertenzí a dyslipidemií.

**Inhibitory konvertujícího enzymu – ACEI:** jejich účinek je nejen antihypertenzní, ale rovněž kardi-, reno- a vazoprotektivní. Nejvhodnější do kombinace s ACEI jsou BKK a diuretika. ACEI zlepšují prognózu vysoce rizikových nemocných (ICHS, CMP, ischemická choroba dolních končetin, DM). Pozor na tyto preparáty je třeba dát u renovaskulární hypertenze na podkladě jednostranné stenózy renální tepny a u osob s poškozenou funkcí ledvin.

Jejich efekt je: **krátkodobý**, potom se podávají 3× denně a nejsou již vhodné pro chronickou léčbu (kaptopril 3× 12,5–50 mg/den), **středně dlouhodobý** (podávání 2× denně – enalapril – 2× 5–20 mg/den), při dávkách nad 20 mg denně podáváme ve dvou denních dávkách i quinapril. Na trhu jsou dostupné **fixní kombinace** těchto ACEI s diuretikem.

Další preparáty mají **dlouhodobý** poločas účinku, kdy podáváme lék 1× denně: trandolapril

# AT-1 blokátory mohou snižovat rizika nově vzniklého diabetu

**cílové hodnoty TK u seniorů mohou být ovlivněny individuální snášenlivostí doporučených hodnot TK**

(2–4 mg/d), ramipril (2,5–10 mg/d), quinapril (5–20 mg/d), perindopril (arginin 5–10 mg denně i erbumin – 4–8 mg/d), moexipril (7,5–15 mg denně), fosinopril (10–20 mg/d), lisinopril (20–40 mg/d), cilazapril (2,5–5 mg/d), spirapril (6 mg/d) a imidapril (5–20 mg/d).

V současné době je na našem trhu dostupná **fixní kombinace ramiprilu s felodipinem** (v dávce 2,5 a 5 mg ramiprilu a 5 mg felodipinu).

**AT-1 blokátory:** tzv. sartany, jsou používány v podobných indikacích léčby hypertenze jako ACEI. Mohou snižovat riziko nově vzniklého diabetes mellitus. V ČR jsou v současné době dostupné: losartan (1–2× denně 50–100 mg), telmisartan (1× 40–80 mg/d) a valsartan (1× 80–160 mg/d). Losartan a telmisartan jsou rovněž ve **fixní kombinaci** s diuretikem.

**Beta blokátory:** rozdělujeme podle jejich afinity k beta receptorům (beta-1, beta-2) na selektivní a neselektivní. Některé beta blokátory mají ještě další vlastnosti – například vazodilatační efekt (karvedilol, celiprolol, nebivolol a labetalol s alfa blokujícím účinkem) (4).

Beta blokátory jsou lékem volby u hypertenze provázené ICHS, srdečním selháním, anginou pectoris, stavy po akutním infarktu myokardu, tachykardiích, glaukomu. V těhotenství lze podávat selektivní BB. BB nepodáváme u hypertoniců, kteří mají rovněž AV blokádu vyššího stupně, a u astmatiků.

Nejčastěji používanými beta blokátory jsou:

Neselektivní: metipranolol (2× 10–40 mg/d).

Selektivní: metoprolol (2× 50–100 mg), metoprolol SR (1× 100–200 mg/d), betaxolol (1× 10 až 20 mg/d), atenolol (2× 50–100 mg/d), bisoprolol (1× 5–10 mg/d), nebivolol (1× 5–10 mg/d).

Selektivní s ISA: (vnitřní sympatická aktivita): acebutolol (1× 400–800 mg/d), celiprolol (1× 200–400 mg/d).

Neselektivní s ISA: (bopindolol 1× 1–2 mg/d).

S kombinovaným účinkem: karvedilol (2× 12,5 až 25 mg/d).

**Centrálně působící preparáty:** jejich hlavní působení je v kombinací léčbě, kdy je hypertenze spojená a psychickou tenzí, dále pro renální hypertenzi a pro hypertenzi s metabolickými poruchami. Hlavním lékem pro léčbu hypertenze v těhotenství zůstává metyldopa (3).

Novějšími léky jsou preparáty ze skupiny agonistů imidazolinových I<sub>1</sub> receptorů – moxonidin (0,2–0,6 mg/d) a rilmenidin (1–2 mg/d). Tyto léky jsou metabolicky neutrální.

Alfa blokátory: doxazosin (1× 1–8 mg/d) a terazosin (1× 1–5 mg/d).

Centrálně působící alfa-2 agonisté: alfa-metyldopa (2–3× 250–500 mg/d).

Centrální i periferní účinek na alfa receptory: urapidil (2× 30–90 mg/d).

**Cílem léčby hypertenze je hlavně snížení dlouhodobého celkového kardiovaskulárního rizika.**

**Snahou léčby je dosažení (nebo přiblížení) cílových hodnot krevního tlaku, tedy TK < 140/90 mm Hg u všech hypertoniců, TK < 130/80 mm Hg u diabetiků, nemocných po infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě, s metabolickým syndromem, u osob s vysokým rizikem manifestace kardiovaskulární choroby, u nemocných s porušenou funkcí ledvin a s proteinurií.**

**Je jasné, že doporučení zůstávají doporučeními, tedy že nejsou dogmatem, léčbu řídí ošetřující lékař, který musí zvážit celkový zdravotní stav pacienta a ten musí léčbu tolerovat. Z praxe víme, že starší hypertonici někdy netolerují snížení systolického krevního tlaku pod 140 mm Hg a že je třeba léčbu individualizovat.**

**Kombinační léčba je pomoci, protože můžeme snížit nežádoucí účinky léků a přitom posílit jejich antihypertenzní efekt.**

## Literatura:

1. Widimský, J., Cífková, R., Špinar, J. et al.: Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007. *Vnitřní lékařství* 2008, 54 (1), 101–118.
2. Chapman, M. J., Sposito, A. C.: Hypertension and dyslipidaemia in obesity and insulin resistance: Pathophysiology, impact on atherosclerotic disease and pharmacotherapy. *Pharmacology & Therapeutics* 2008, 117, 354–373.
3. Sambrook, A. M., Small, R. C.: The treatment of hypertension in pregnancy. *Pharmacology* 2008, 9:3, 128–131.
4. Banegas, J. R., de la Sierra, A., Segura, J., Gorostidi, M., dela Cruz, J., Rodríguez-Artalejo, F., Ruilope, L. M.: Control of hypertension in coronary heart disease. *Intern. J. Cardiology*, 2008, doi: 10.1016/j.ijcard. 2007.12.073.
5. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the management of arterial hypertension. ESH-ESC Task Force on the management of arterial hypertension. *J. Hypertension* 2007, 25, 1751–1762.
6. 2007 Guidelines for the Management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension and of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. *Guidelines Committee. J. Hypertens.* 2007, 25, 1105–1187.
7. Adámková, V.: Vliv intervence na incidenci rizikových faktorů KVO. *Vnitřní lékařství* 2006, 52 (1), 8–9.

**doc. MUDr. Věra Adámková, CSc.** – promovala na 1. lékařské fakultě UK v Praze v roce 1980. Poté jsem pracovala na interním oddělení v Sedlčanech a v Třebotově, od roku 1982 v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze (nefrologie, transplantologie), v letech 1987–1995 v nemocnici Na Homolce (interna, nefrologie, kardiologie) a od roku 1995 opět v IKEM (preventivní kardiologie, zástupce přednosty). Od roku 1992 přednáší v IPVZ Praze na 2. lékařské fakultě UK v Praze a od roku 2002 na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity (vedoucí katedry klinických oborů). Atestace: interní medicína 1. a 2. stupně, kardiologie, praktický lékař, 2002 Specialist on Clinical Hypertension. Je autorkou nebo spoluautorkou 3 monografií, cca 200 odborných sdělení. Přednáší na našich i mezinárodních konferencích.

MUDr. Alena Večeřová

Katedra psychiatrie IPVZ, Praha

# Současný pohled na postavení paroxetinu mezi antidepresivy

**Souhrn:** Až 40 % pacientů v ordinacích lékařů primární péče trpí psychickou poruchou, ale jen 5,4 % přichází spontánně pro psychické potíže (2). Nerozpoznáno a neléčeno zůstává 50–75 % pacientů s psychickou poruchou v primární péči (2). Až u 40 % pacientů dochází k rekurenci (opakování) depresivní epizody, přičemž právě tíže deprese a přítomná komorbidita jsou hlavními prediktory delšího trvání současné epizody a rozvoje rekurence (22). Komorbidní výskyt depresivních a úzkostných poruch se obvykle udává mezi 60–70 %, tj. až u dvou třetin pacientů (22, 16, 23).

Pacienti s komorbiditou deprese a úzkostné poruchy vykazují snížené sociální fungování, delší dobu do dosažení remise při léčbě deprese, vyšší suicidalitu, více času stráveného mimo zaměstnání a v pracovní neschopnosti, prezentují častěji abúzus návykových látek a bývá u nich dřívější začátek depresivního onemocnění vzhledem k věku (9). Dále prezentují více somatických stesků, zejména bolestí na hrudi a dyspeptických potíží, než pacienti s jednotlivou poruchou (20). Obecná doporučení pro léčbu jsou zpracována díky péči odborných společností v dostatečném rozsahu (16, 23).

V současné době je dostupná široká paleta antidepresiv (A) (viz tab. 1), která se rozděluje do skupin podle mechanismu účinku. Problém tak může činit výběr vhodného AD pro konkrétního pacienta (viz tab. 2).

## Význam paroxetinu

Antidepresiva skupiny SSRI jsou bezpečnými antidepresivy, což je dáno prakticky výhradním působením pouze na serotoninergní systém. Z hlediska kardiovaskulárního systému neovlivňují srdeční akci ani krevní tlak, dále nevedou k nechtěné sedaci, obstipaci, poruchám mikce ani poruchám akomodace.

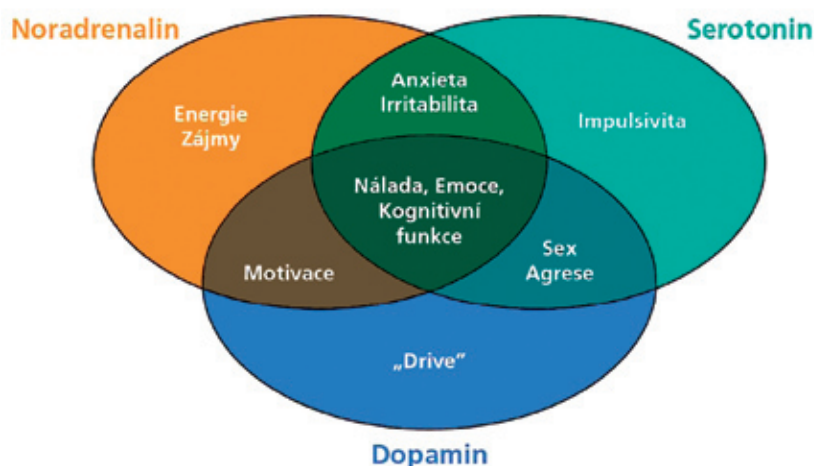
Přestože mají společný mechanismus účinku, jejich efekt je poněkud rozdílný. **Citalopram** je považován za nejselektivnější ze všech SSRI, netlumí ani neaktivuje, má minimální nežádoucí účinky. Je možné jej dávkovat v kapkách či využít intravenózní podání. **Escitalopram** je S-enantiomerem **citalopramu**. Metaanalytické porovnání s **citalopramem** prokazuje jeho rychlejší nástup účinku, anxiolytický potenciál a vyšší antidepresivní účinnost. Má také ještě méně nežádoucích účinků než **citalopram** včetně vlivu na sexuální funkci. **Fluoxetin** aktivuje, při podání večer může narušovat spánek, aktivace může být spojena s vzestupem tenze, neklidu a úzkosti, je vhodný zejména pro utlumené a hypodynamické pacienty. Má dlouhý vylučovací poločas, některé dávkovací režimy připouštějí podávání obden v rámci udržovací léčby. Nevylučuje syndrom z vysazení. **Fluvoxamin** více než ostatní SSRI tlumí, doporučuje se podávat na noc, vhodný je pro neklidné anxiózně depresivní nemocné, pravděpodobně nejrychleji ze všech SSRI vede k odeznění suicidálních tendencí.

Má výrazný antiobsedantní účinek. **Sertralin** podobně jako **citalopram** zpravidla neovlivňuje psychomotoriku. Má rychlý nástup účinku (afinita k dopaminergnímu systému) a vyšší riziko syndromu z vysazení.

**Paroxetin** se mezi SSRI vyznačuje nejmohutnější blokádou zpětného vychytávání serotoninu. To teoreticky znamená vyšší antidepresivní a anxiolytickou účinnost i vyšší míru manifestace vedlejších účinků. U **paroxetinu** je nejvýraznější zbytková aktivita blokady zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu. Spektrum recepto-



MUDr. Alena Večeřová



Obr. 1 – Funkce jednotlivých mediátorů  
(Upraveno podle Healy et al. J Psychopharmacol 1997; 11: S25–S31).



**Tabulka 1: Přehled antidepresiv dostupných v ČR**

- **TCA (tricyklická antidepresiva)** působí nepříliš selektivně na zpětné vychytávání noradrenalinu, dopaminu a serotoninu (amitriptylin, clomipramin, dosulepin, nortriptylin)
- **heterocyklická antidepresiva** (dibenzepin, maprotilin)
- **SSRI (selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu)** (citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin)
- **SNRI (blokátory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)** (duloxetin, milnacipran, venlafaxin)
- **SARI serotoninoví antagonisté a blokátory zpětného vychytávání serotoninu** (trazodon)
- **NaSSA noradrenergní a specifická serotoninergní antidepresiva** (mirtazapin)
- **NARI blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu** (reboxetin)
- **NDRI blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu** (bupropion)
- **SRE stimulatory zpětného vychytávání serotoninu** (tianeptin)
- **IMAO – A, B inhibitory monoaminoxidázy typu A či B** (moklobemid, selegilin)

**Jiné léky s antidepresivním účinkem:**

• **Benzodiazepiny**

alprazolam (Neurol, Xanax), lorazepam

Jako antidepresiva se nevyužívají vzhledem k možnosti vzniku závislosti. V léčbě depresivních a anxiózních poruch mají důležité místo jako symptomatická léčba (sedace, anxiolytikum) k překlenutí doby do nástupu účinku vlastního antidepresiva.

• **Galenika**

Extrakt třezalky tečkované (*Hypericum perforatum* Linn) – má komplexní mechanismus působení a slabé antidepresivní účinky. Nesmí se podávat současně s antidepresivy vzhledem k riziku interakcí.

**Tabulka 2: Faktory, které je nutné brát v úvahu při volbě antidepresiva**

- pokud jde o opakovanou epizodu deprese, preferujeme lék účinný v minulosti
- klinický obraz deprese (dominující příznaky, jde o úzkostnou, či útlumovou formu onemocnění?)
- snášenlivost, individuální riziko specifických vedlejších účinků
- bezpečnost (u fertálních žen riziko teratogenity, u starších pacientů rizika polymorbidity a polyfarmacie)
- spolupráce pacienta při léčbě (compliance), zneužívání alkoholu, dávkovací režim léku, ochota k užívání antidepresiva 3–6 měsíců po odeznění příznaků [Nemocní často vysazují AD předčasně, protože se cítí lépe a mají obavy z rozvoje závislosti (§ Demyttenaere).]
- kvalitní komunikace s pacientem, terapeutický vztah

rové účinnosti činí z **paroxetinu** lék farmakodynamicky nejbližší TCA – lékům s prokázanou vysokou účinností v léčbě deprese. **Paroxetin** téměř postrádá vliv na psychomotoriku, což jej odlišuje od mírně aktivizujícího **fluoxetinu** i od mírně sedativního **fluvoxaminu**. Ve vyšších dávkách, používaných v léčbě úzkostných poruch, však může být mírný aktivizující efekt pozorován. U **paroxetinu** je mezi SSRI nejnižší riziko přesmyku do mánie, je účinný u depresí rezistentních na tricyklická antidepresiva (amitriptylin, dosulepin) a nepůsobí anorekticky (28, 30), což je výhodné u depresivních nemocných s předcházejícím úbytkem na váze. **Paroxetin** má dále určité anticholinergní působení, které lze s výhodou využít např. v léčbě tzv. dráždivého tračníku nebo neurotických urgentních mikcí. Dále je prokázána analgetická účinnost u bolestivých syndromů spojených s komorbidní depresí a anxiétou (19) a také účinnost v léčbě migrény (4).

**Paroxetin** je díky spolehlivému účinku v léčbě úzkosti registrován pro léčbu všech typů neurotických a úzkostných poruch, od panických atak, sociální fobie, generalizované úzkostné poruchy, přes obsedantně kompulzivní chorobu (OCD) až k traumatickým a stresovým poruchám (PTSD). V některých zemích je schváleno také užití při terapii premenstruálního dysforického syndromu (podobně jako **sertralin** a **fluoxetin**) (14, 17) a pro retardovanou lékovou formu také pro léčbu návalů u žen v klimakteriu, kde v této indikaci může být alternativou k HRT (32, 29). Za prokázaný se rovněž považuje kardioprotektivní efekt **paroxetinu** (podobně jako pro **fluoxetin** či **sertralin**) (1, 26) díky schopnosti snižovat agregabilitu trombocytů a snížení rizika arytmo-geneze (32, 26).

**Paroxetin** podobně jako ostatní SSRI postihuje sexuální funkce (33), je ale s úspěchem podáván ve farmakoterapii předčasné ejakulace (21).

**paroxetin  
je registrován  
u všech typů  
neurotických  
a úzkostných poruch**



**Paroxetin** je považován za rizikový preparát pro podávání u gravidních žen pro vyšší výskyt srdečních vad plodu (6). Nicméně recentní metaanalýzy se přiklánějí spíše k závěru, že je možné, že konkrétní SSRI jsou doprovázena vyšším výskytem konkrétních kongenitálních vad (jako např. omfalokéla a defekty septa u **sertralínu**), ale tyto vady jsou extrémně vzácné a absolutní rizika jsou velmi malá (18). Rovněž v případě **paroxetinu** autoři metaanalýzy upozorňují na to, že většina gravidních v souboru užívala právě **paroxetin** k redukci úzkosti a deprese, a může se tedy jednat o statistickou chybu vyplývající z designu studie (bias) (3).

Pro své anticholinergní působení je považován za nevhodný pro podávání u depresí u pacientů s Parkinsonovou chorobou a u depresí u pacientů s organickým psychosyndromem pro riziko zhoršení kognitivních funkcí. Přesto byl u obou skupin s úspěchem podáván (5, 11, 12, 24).

Metabolismus je charakterizován krátkým vylučovacím poločasem (24 h) a tzv. nelineární autoinhibicí vlastního metabolismu.

**Paroxetin** má metabolit inaktivní z hlediska inhibice zpětného vychytávání serotoninu, nicméně jde o silný inhibitor CYP 450 2D6. **Paroxetin** je zatížen rizikem interakcí při polyfarmacii (zejména při kombinaci s dalšími serotoninergními antidepresivy, antiepileptiky starších generací, triptany a kys. salicylovou). Nejnižší potenciál lékových interakcí má ze SSRI **sertralin** (navíc nepůsobí inhibičně), **citalopram** a **escitalopram** (jsou vhodné k léčbě depresí u současné polymorbidity starších pacientů).

U **paroxetinu** je nejčastěji z SSRI (mezi 20 a 30 %) popisován syndrom z vysazení (mírné, chřipce podobné příznaky), po náhlém přerušení léčby vyššími dávkami (30).

## Závěr

Ve spektru dostupné antidepresivní terapie můžeme **paroxetin** považovat za vhodný lék první volby pro pacienty s depresivní poruchou, úzkostnými poruchami, pro pacienty s komorbiditou obou poruch, pro pacienty se somatickými bolestivými symptomy asociovanými s depresí či anxiétou, pro pacienty s anamnézou kardiovaskulárních onemocnění. **Paroxetin** je vhodný pro pacienty, kteří si nepřejí být utlumeni a současně u nichž není vhodný vzestup tenze či anxiózy.

**Paroxetin** má v porovnání s ostatními antidepresivy receptorovou účinnost blízkou TCA, nicméně má v porovnání s nimi podstatně lepší profil bezpečnosti a snášenlivosti. Široká receptorová účinnost

# REMOOD®

Vyvede z úzkosti i deprese

## JE INDIKOVÁN K LÉČBĚ VŠECH ÚZKOSTNÝCH PORUCH A DEPRESÍ<sup>1</sup>

Největší afinita k serotoninovým receptorům z SSRI a současně největší afinita k noradrenalinovým receptorům z SSRI<sup>2,3</sup>

obavy napětí  
udělám si ostudu  
vyhýbání spadnu  
neklid uvíznou  
úzkost  
dopadne to špatně

### ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU REMOOD® 20 MG

SLOŽENÍ: PAROXETIN HYDROCHLORIDU HEMIHYDRICUM 22,8 MG, COŽ ODPOVÍDÁ 20 MG V JEDNÉ POTAHOVANÉ TABLETĚ. INDIKACE: LÉČBA EPIZOD DEPRESY VČETNĚ DEPRESY DOPROVÁZENÉ ÚZKOSTÍ, OBSEANTNÍ KOMPULZIVNÍ PORUCHY, PANICKÉ PORUCHY S AGORAFÓBIÍ A BEZ NÍ A POSTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY. JE ROVNĚŽ URČEN K LÉČBĚ SOCIÁLNÍ ÚZKOSTNÉ PORUCHY A SOCIÁLNÍ FOBIE A GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY, VČETNĚ JEJICH DLOUHODOBÉ LÉČBY. DÁVKOVÁNÍ: PŘI LÉČBĚ DEPRESY, SOCIÁLNÍ ÚZKOSTI A SOCIÁLNÍ FOBIE, GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY A POSTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY JE DOPORUČENÉ DÁVKOVÁNÍ 20 MG DENNĚ, PODLE KLINICKÉ ODPOVĚDI JE MOŽNÉ ZVÝŠOVAT DÁVKU O 10 MG AŽ NA MAXIMÁLNÍ DÁVKU 50 MG DENNĚ. U OBSEANTNÍ KOMPULZIVNÍ PORUCHY JE DOPORUČENA DENNÍ DÁVKY 40 MG. POČATEČNÍ DÁVKY 20 MG DENNĚ. PANICKÁ PORUCHA MÁ DOPORUČENÉ POČATEČNÍ DÁVKOVÁNÍ 10 MG DENNĚ A NÁSLEDNÉ ZVÝŠOVÁNÍ O 10 MG DENNĚ AŽ NA MAXIMÁLNÍ 40 MG DENNĚ. ZVÝŠOVÁNÍ DÁVEK NEBO UKONČOVÁNÍ LÉČBY MÁ BÝT PROVÁDĚNO POSTUPNĚ. VIZ ÚPLNÁ INFORMACE O LÉKU. KONTRAINDIKACE: PŘECITLIVLOST NA SLOŽKY PŘÍPRAVKU, SOUČASNÉ PODÁVÁNÍ S INHIBITORY MONOAMINOOXIDÁZY (IMAO), SOUČASNÉ PODÁVÁNÍ V KOMBINACI S THIORIDAZINEM. UPOZORNĚNÍ: PAROXETIN BY NEMĚL BÝT POUŽIT K TERAPII DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH DO 18 LET. SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ A HOSTILITA BYLY V KLINICKÝCH STUDIÍCH POZOROVÁNY MNOHEM ČASTĚJI U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH LÉČENÝCH ANTIDEPRESIVY V POROVNÁNÍ S TĚMI, KTERÍ BYLI LÉČENI PLACEBEM. NELZE VYLOUČIT PŮSOBNÍ PAROXETINU NA PSYCHOMOTORIKU, A PROTO JE TŘEBA INDIVIDUÁLNĚ POSODIT SCHOPNOST ŘÍDIT MOTOROVÉ VOZIDLO NEBO OBSLUHOVAT STROJE. PŘI TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ JE TŘEBA ZVÁŽIT POMĚR RISK/BENEFIT A PODÁVAT JEN V NUTNÝCH PŘÍPADECH. VIZ ÚPLNÁ INFORMACE O LÉKU. NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY: NEJČASTĚJŠÍMI JSOU NAUZEJA, SOMNOLENCE, POCENÍ, TŘES, ASTÉNIE, SUCHO V ÚSTECH, INSOMNIE, PORUCHY SEXUÁLNÍ FUNKCE, ZÁBRAT, ZÁCPA, PRŮJEV A MENŠÍ CHŮVĚ JIDLU. INTERAKCE: SEROTONINERGNI LÉKY (IMAO, TRYPTOPAN, TRIPTANY, TRAMADOL, LINEZOLID, LITHIUM, ENZYMY METABOLIZUJÍCÍ LÉKY NAPŘ. KARBAMAZEPIN, RIFAMPICIN, FENOBARBITAL, FENYTOIN A ANTIKONVULZIVA, ZVÝŠENÍ ANTIKOAGULAČNÍ AKTIVITY PŘI PODÁVÁNÍ ANTIKOAGULANCÍ NAPŘ. WARFARINU NEBO NSAID, INKOMPATIBILNÍ JE PODÁVÁNÍ S IMAO, ATO 14 DNÍ PO UKONČENÍ NEBO 14 DNÍ PŘED ZAHÁJENÍM JEJICH PODÁVÁNÍ. VIZ ÚPLNÁ INFORMACE O LÉKU. BALení: 30 POTAHOVANÝCH TABLET. DRŽITEL REGISTRACE: CHEMICAL WORKS OF GEDEON RICHTER LTD, GYOMROI UT 19-21, 1103 BUDAPEŠT, MAĎARSKO. DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU: 4. 7. 2006. VÝDEJ PŘÍPRAVKU JE VÁZÁN NA LEKÁŘSKÝ PŘEPIS. PŘÍPRAVEK JE ČÁSTEČNĚ HRAZEN Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ. PŘED PŘEDPISÁNÍM PŘÍPRAVKU, SI PROSÍM, POZORNĚ PŘEČTĚTE SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU. VŠIMNĚTE SI PROSÍM ZMĚN V INFORMACÍCH O PŘÍPRAVKU.

[www.remood.cz](http://www.remood.cz)

Bližší informace o přípravku jsou k dispozici v úplném znění SPC, případně na adrese:

**Richter Gedeon**  
Na Strži 65 • Praha 4 • 140 00  
tel: +420 261 141 200  
fax: +420 261 141 201  
[www.richtergeodeon.cz](http://www.richtergeodeon.cz)  
[richtergeodeon@richtergeodeon.cz](mailto:richtergeodeon@richtergeodeon.cz)

REM 2008-04

### Reference:

1. SPC Remood 20 mg registrovaného společnosti Richter Gedeon, poslední aktualizace 4. 7. 2006. 2. Frazer, A. J. 2001. Serotonergic and noradrenergic reuptake inhibitors: Prediction of clinical effects from in vitro potencies. Clin Psychiatry 62 (suppl 12): 16-23. 3. Owens, M. J. et al. 2001. Second-Generation SSRIs: Human monoamine transporter binding profile of escitalopram and R-fluoxetine. Biol Psychiatry 50, 345-350.



RICHTER GEDEON

**Tabulka 3: Výhody SSRI**

- vysoká účinnost v léčbě deprese
- jednoduché dávkování (iniciální dávka je současně nejnižší účinnou dávkou)
- dobrá snášenlivost (minimální anticholinergní a kardiovaskulární vedlejší účinky)
- bezpečnost při podávání (minimální toxicita a teratogenita)
- účinnost u úzkostných poruch, panické poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, u poruch souvisejících se stresem, u poruch příjmu potravy
- rozšiřující se spektrum léčebných možností (klimakterické obtíže, premenstruační dysforická porucha, bolestivé syndromy)
- uvolněná preskripce pro praktické lékaře a další specializace
- dostupnost generických preparátů

umožňuje podávat lék efektivně v monoterapii bez nutnosti kombinovat s dalšími antidepresivy v elegantním dávkování jednou denně, což zvyšuje compliance a komfort pacienta.

**Literatura:**

1. Alvarez, W., Pickworth, K.: Safety of antidepressant drugs in the patient with cardiac disease. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 754–771.
2. Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., Vander Mijnsbrugge, D.: High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*, 2004; 78: 49–55.
3. Bar-Oz, B., Einarson, T., Einarson, A., Boskovic, R., O'Brien, L., Malm, H., Bérard, A., Koren, G.: Paroxetine and congenital malformations: meta-Analysis and consideration of potential confounding factors. *Clin Ther*. 2007; 29: 918–26.
4. Black, K. J., Sheline, Y. I.: Paroxetine as migraine prophylaxis. *J Clin Psychiatry*. 1995; 56: 330–1.
5. Ceravolo, R., Nuti, A., Piccinni, A., Dell'Agnello, G., Bellini, G., Gambaccini, G., Dell'Oso, L., Murri, L., Bonuccelli, U.: Paroxetine in Parkinson's disease: effects on motor and depressive symptoms. *Neurology*. 2000; 55: 1216–8.
6. Cole, J. A., Ephross, S. A., Cosmatos, I. S., Walker, A. M.: Paroxetine in the first trimester and the prevalence of congenital malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007; 16: 1075–85.
7. Češková, E., Pálenský, V., Skotáková, S.: Současné možnosti farmakoterapie deprese. *Čes a slov. psychiatrie* 2004; 100: 148–152.
8. Češková, E.: Možnosti farmakoterapie deprese. *Psychiatr pro praxi*, 6, 2005; 6: 233–236.
9. Dalrymple, K. L., Zimmerman, M.: Does comorbid Social Anxiety Disorder impact the clinical presentation of principal Major Depressive Disorder? *J Affect Disord*. 2006 Dec 21; [Epub ahead of print].
10. Demyttenaere, K.: Risk factors and predictors of compliance in depression. *Eur Neuropsychopharmacology* 13, 2003; 13: 69–75.
11. Dew, M. A., Whyte, E. M., Lenze, E. J., Houck, P. R., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Stack, J. A., Bensasi, S., Reynolds, C. F. 3rd.: Recovery from major depression in older adults receiving augmentation of antidepressant pharmacotherapy. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 892–9.
12. Dombrowski, A. Y., Lenze, E. J., Dew, M. A., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Houck, P. R., Reynolds CF 3rd.: Maintenance treatment for old-age depression preserves health-related quality of life: a randomized, controlled trial of paroxetine and interpersonal psychotherapy. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55: 1325–32.
13. Fava, M., Rush, A. J., Alpert, J. E., Carmin, C. N., Balasubramani, G. K., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K.: What clinical and symptom features and comorbid disorders characterize outpatients with anxious major depressive disorder: a replication and extension. *Can J Psychiatry*. 2006; 51: 823–35.
14. Hays, P.: Paroxetine prevents migraines. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58: 30–1.
15. Horáček, J.: Jak čeští praktičtí lékaři pracují s psychiatrickým pacientem? Výsledky celostátního šetření u pacientů trpících úzkostnou nebo depresivní poruchou. Sborník přednášek ze semináře Dimenze F do třetice, 2007, 1–6.
16. Laňková, J., Šiblíková, J.: Deprese, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře Společnost všeo-

- becného lékařství, 2004.
17. Landén, M., Nissbrandt, H., Allgulander, C., Sörvik, K., Ysander, C., Eriksson, E.: Placebo-controlled trial comparing intermittent and continuous paroxetine in premenstrual dysphoric disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2007; 32: 153–61.
  18. Louik, C., Lin, A. E., Werler, M. M., Hernández-Díaz, S., Mitchell, A. A.: First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *N Engl J Med*. 2007; 356: 2675–83.
  19. Masand, P. S., Narasimhan, M., Patkar, A. A.: Paroxetine for somatic pain associated with physical illness: A review, *Prim care companion J clin psychiatry* 2006, 8: 122–130.
  20. McLaughlin, T. P., Khandker, R. K., Kruzikas, D. T., Tummla, R.: Overlap of anxiety and depression in a managed care population: Prevalence and association with resource utilization. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67: 1187–93.
  21. McMahon, C. G., Touma, K.: Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride. *Int J Impot Res*. 1999; 11: 241–245.
  22. Melartin, T. K., Rytala, H. J., Leskela, U. S., Lestela-Mielonen, P. S., Sokero, T. P., Isometsa, E. T.: Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: 126–34.
  23. Praško, J., Laňková, J.: Úzkostné poruchy, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2006.
  24. Reynolds, C. F. 3rd, Buysse, D. J., Miller, M. D., Pollock, B. G., Hall, M., Mazumdar, S.: Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 2006, 354: 1130–8.
  25. Reynolds, C. F. 3rd, Buysse, D. J., Miller M. D., Pollock, B. G., Hall, M., Mazumdar, S.: Paroxetine treatment of primary insomnia in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Sep; 14 (9): 803–7.
  26. Saurer, W. H., Berlin, J., Kimmel, E.: Effect of antidepressants and their relative affinity for the serotonin transporter on risk of myocardial infarction. *Circulation* 2003; 108: 32–41.
  27. Stahl, S. M.: At long last, long-lasting psychiatric medications: an overview of controlled-release technologies. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 355–356.
  28. Stahl, S. M. *Essentials psychopharmacology*. 2nd edition. Cambridge University Press, 2000.
  29. Stearns, V., Beebe, K. et al.: Paroxetine controlled release in the treatment of menopausal hot flashes. *JAMA* 2003; 289: 2827–34.
  30. Švestka, J.: SSRI – léky první volby, Maxdorf, Praha, 1998, 160 s.
  31. Vrána, M., Honzák, R.: Lze snížit kardiovaskulární riziko při ischemické chorobě srdeční léčbou deprese? *Farmakoterapie* 3/2006, 318–321.
  32. Ushiroyama, T., Ikeda, A., Ueki, M.: Evaluation of double-blind comparison of fluvoxamine and paroxetine in the treatment of depressed outpatients in menopause transition. *J Med*. 2004; 35 (1–6): 151–62.
  33. Žourková, A., Novotná, J., Havlíková, P., Večeřová, M., Purkrábková, L.: Výskyt sexuálních dysfunkcí při udržovací léčbě běžně předepisovanými antidepresivy *Psychiatr. pro praxi*; 2007; 1: 38–41.

**MUDr. Alena Večeřová** – od roku 1996 odborná asistentka katedry psychiatrie IPVZ. Od r. 2004 lektorka výcvikové skupiny profesionálů SUR. Vzdělání: 1996 – 1. LF UK, Praha; 2002 – 2. atestace v psychiatrii. Členství v odborných společnostech: Psychiatrická společnost ČLS JEP; členka výboru Psychofarmakologické sekce PS ČLS JEP; členka terminologické komise PS ČLS JEP; Neuropsychofarmakologická společnost. Bohatá přednášková a publikační činnost (lektorka kurzů IPVZ, ČLK, ČLS JEP).



MUDr. Ilja Kotík

Oddělení všeobecně interních lůžek 1. LF UK a ÚVN Praha

# Terapie hypertenze postmenopauzálních žen

**Souhrn:** Postmenopauzální etapa života ženy představuje třetinu jejího života. Nedostatek estrogenů vede k proaterogenním změnám. Podávání hormonální substituční léčby (HRT) v prevenci kardiovaskulárních onemocnění (KVO) nemá zatím v klinické praxi oprávnění. Je tedy nutná důsledná kontrola rizikových faktorů. Mezi hlavní patří hypertenze, která je u postmenopauzálních žen 2× častější než ve fertilním věku. Výhodné se jeví podávání ACE (AT 1 blokátorů) v kombinaci s diuretiky, zvláště thiazidovými, která mají pozitivní vliv na kalciový metabolismus.

**nedostatek estrogenů  
v menopauze vede  
k proaterogenním  
změnám**

## Úvod

Klimakterický syndrom je komplex příznaků provázejících období postupného útlumu ovariální produkce estrogenů. Projevy klimakteria jsou značně heterogenní. Kromě vegetativních, organických a metabolických projevů může zahrnovat i významné poruchy v oblasti psychické a psychosociální. Objevují se též změny kognitivních a afektivních funkcí. Tento syndrom začíná obvykle v premenopauze a končí 5 až 10 let po menopauze. Ženské hormony mají v průběhu života zásadní fyziologický význam. V průběhu klimakteria nastává menopauza – poslední cyklické krvácení – důležitý milník v životě ženy. S chyběním estrogenů se rozvíjí komplex organických a metabolických změn, který je charakteristický pro klidové období, které označujeme jako postmenopauza. Je charakterizována velmi nízkou hladinou estrogenů, involucí sekundárních pohlavních znaků a rodidel. Je třeba zdůraznit, že věk menopauzy se již 30 let nezvyšuje, a prodlužuje se tak více postmenopauzální etapa představující třetinu života žen! Dokonce 5 % žen má menopauzu před 40. rokem života! Kromě hysterektomie přibližuje nástup menopauzy i kouření. Jinak věk menopauzy je v rozvinutých zemích mezi 44 až 60 lety. U nás se menopauza pohybuje okolo padesátky (poslední menses v 51 letech). Negativní zdravotní důsledky vyvolané nedostatkem trofického a metabolického vlivu estrogenů se tak mohou podílet na specifických zdravotních problémech.

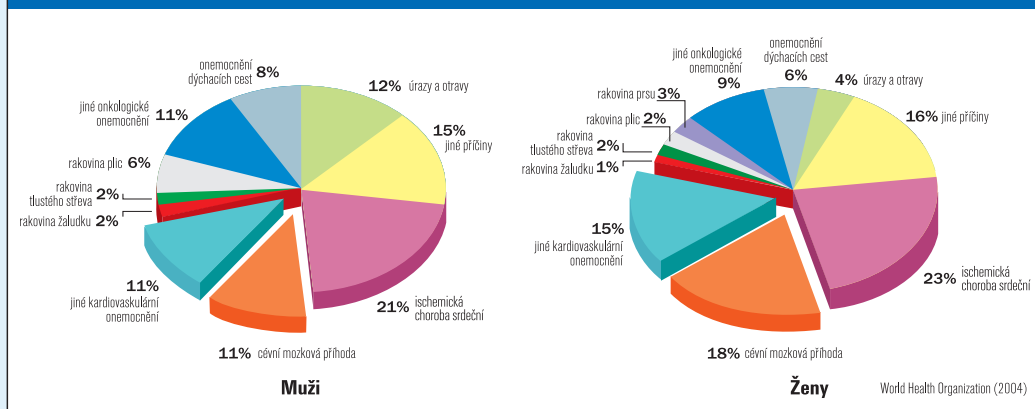
## Kardiovaskulární onemocnění – vliv hormonální substituční terapie (HRT) na primární a sekundární prevenci ICHS

Při podrobné analýze úmrtí dle pohlaví v Evropě je ICHS nejčastější příčinou ve vyspělých státech (obr. č. 1). U žen je vzestup zaznamenán až po 55. roce života. Oproti mužům dominuje především rozdíl mortality u CMP (18 % vs. 11 %). Vzhledem k tomu, že nedostatek estrogenů v menopauze vede k proaterogenním změnám, jejich exogenní podávání naznačovalo, že příznivě ovlivňuje aterogenezi, agregaci destiček i cévní tonus. Pak nejjednodušším řešením, které se nabízelo, bylo preventivní podává-

ní hormonální substituční terapie (HRT). V přehledu populačních studií estrogenní substitute a ICHS do roku 1987 se prokazoval pokles celkového relativního rizika a shodně to naznačovaly i metaanalýzy z roku 1998. Jako důkaz pozitivního působení hormonální substitute na ICHS se jevila observační studie Nurse's Health Study z roku 1996. V této prospektivní studii sledující 121 700 vdaných zdravotních sester (probíhala metodou dotazníků) bylo zjištěno, že hormonální substitute snižuje u zdravých žen riziko ICHS. Vystřízlivění z původního nadšení přinesly velké intervenční studie koncem minulého století. Výsledky studie Women's Health Initiative (WHI) byly sice příznivé, co se týká snížení rizika osteoporotických zlomenin, ale větev s estrogen-gestagenní substitucí byla po 5,2 roku trvání studie předčasně ukončena pro převahu nepříznivých účinků nad placebem. V souboru 8506 uživatelek a 8102 kontrol bylo zjištěno zvýšení rizika karcinomu prsu, ICHS, CMP a tromboembolismu. Studie byla kritizována především za to, že zahajovala pozdě primární prevenci ICHS – při průměrném věku 63,2 roku. Podobně i estrogenní větev (10 739 zdravých žen) byla po 6,8 roku trvání předčasně ukončena s tím, že sice není překročeno žádné závažné riziko, ale výskyt ICHS se nesnížoval. Prospektivní studie HERS (Heart and Estrogen/progestin Replacement Study) měla ověřit účinek HRT v sekundární prevenci ICHS. V průběhu 4,1 roku se nesnížil výskyt koronárních příhod v léčené skupině (1385 žen s průměrným věkem 67 let). Nulový, až negativní účinek HRT kontrastoval s příznivým ovlivněním lipidového spektra (1). Vztah mezi HRT menopauzálních žen a rizikem ICHS zůstává kontroverzním tématem. V roce 2007 byly prezentovány výsledky studie WISE (Women's Ischemia Syndrome Evaluation). 654 postmenopauzálních žen bylo vyšetřeno koronární angiografií. Sledování trvalo 6 let a průměrný věk byl 62 let. 42 % žen mělo 50 % stenózu koronární arterie a větší. 23 % prodělalo významnou kardiovaskulární příhodu. Nejdůležitějším zjištěním bylo, že ženy s přirozeně nastoupivší menopauzou, které užívaly HRT, měly nižší pravděpodobnost vzniku ICHS a méně závažných KV příhod než ty, které HRT neužívaly. U žen, které započaly s aplikací HRT před 45. rokem života, byla pravděpodobnost vzniku ICHS nižší než

**v klinické praxi  
u prevence ICHS zatím  
nemá HRT jednoznačné  
oprávnění**



**PŘI PODROBNÉ ANALÝZE ÚMRTÍ DLE POHLAVÍ V EVROPĚ JE ICHS NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINOU VE VYSPĚLÝCH STÁTECH**


**sůl-senzitivita je nezávislým rizikovým faktorem a má prognostický význam**

**vyšší zastoupení sůl-senzitivity u postmenopauzálních žen**

**hypertenze navozená dlouhodobým užíváním NSA**

u těch, které s HRT započaly později, a u těch, které HRT nebraly vůbec. Studie WISE ukázala, že načasování počátku HRT je důležitým faktorem a pozdní podávání již změny způsobené nedostatkem estrogenů nedokáže ovlivnit. Užitím moderní nízké dávky 17 beta-estradiolu (1 mg) ve studii EPAT (Estrogen in the Prevention of Atherosclerosis Trial) byla progresse subklinické aterosklerózy po 2 letech sledování nižší ve srovnání s placebem (měřeno tloušťkou intimomediálního komplexu karotid) (2). Dosavadní výsledky studií tedy potvrzují fakt, že v klinické praxi zatím nemá podávání HRT v prevenci ICHS jednoznačné oprávnění. Tato problematika jistě bude dále intenzivně analyzována. Studie WISE a EPAT naznačily cestu dalším studiím. Ty by měly definitivně potvrdit důležitost načasování počátku podávání HRT a určit bezpečnou dávku i délku jejího podávání.

### Nejčastější kardiovaskulární onemocnění u postmenopauzálních žen a jejich charakteristika

Jak bylo uvedeno, kardiovaskulární choroby jsou vedoucí příčinou úmrtí jak u mužů, tak i žen. Ženy jsou v době manifestace kardiovaskulárních chorob v průměru o 10 let starší. Hladina cholesterolu u žen vrcholí mezi 55. až 65. rokem. Tabulka SCORE obecně ukazuje nižší riziko u žen oproti mužům, ale 60letá žena má téměř identické riziko jako 50letý muž. Klinická manifestace ICHS u žen může být odlišná. Nižší hmotnost, vyšší zastoupení tukové tkáně, nižší glomerulární filtrace, odlišná hladina endogenních hormonů – to vše má důležitý vliv např. na eliminaci léků. Odpověď na kardiovaskulární terapii může být tedy jiná. Podání kyseliny acetylsalicylové redukuje u žen riziko iktu, ale neovlivňuje tolik riziko srdečního infarktu, u mužů je pak pozorován pravý opak. Riziko kardiovaskulární mortality spojené s diabetem je vyšší u žen. Je patrná vyšší mortalita žen v průběhu srdečního infarktu, více je zastoupeno srdeční selhávání (zvláště diastolická dysfunkce) a němá ischemie. Ženy mají menší průměr koronární arterie, méně často se užívají endovaskulární stenty. Riziko komplikací, jako je krvácení, disekce koronárních cév, je vyšší. Rovněž mortalita na CMP, jak již bylo uvedeno, je vyšší u žen, je zjišťována pozdější doba k přijetí na iktovou jednotku. Častější je

kardioembolická etiologie CMP, při vyšší prevalenci fibrilace síní (3).

### Hypertenze u postmenopauzálních žen

Hypertenze patří mezi hlavní rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění a onemocnění ledvin. Po menopauze incidence hypertenze stoupá a v průběhu 6. dekády je podobná jako u mužů (obr. č. 2). Výskyt hypertenze je zhruba dvakrát vyšší u postmenopauzálních žen než u žen ve fertilním věku. Jedním z důvodů nárůstu hypertenze je vyšší podíl sůl-senzitivních

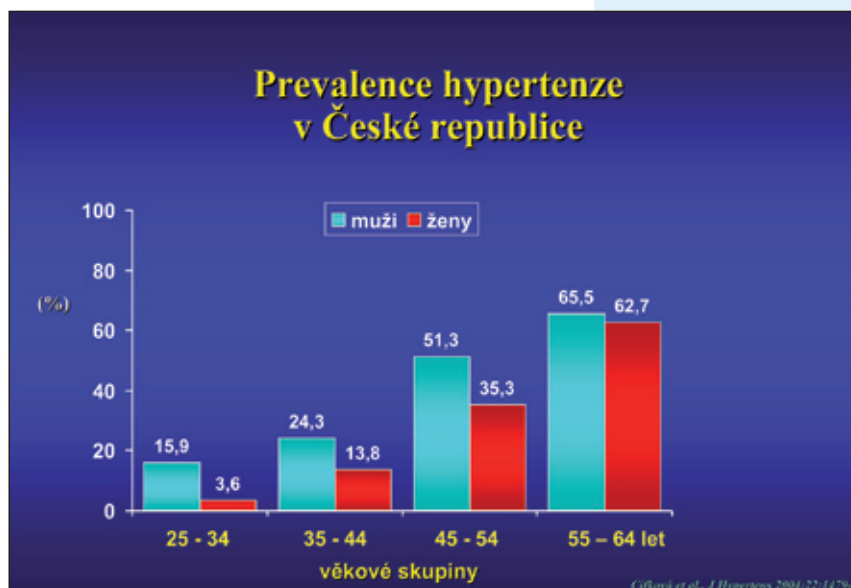
žen ve vazbě na pokles produkce estrogenů. **Sůl-senzitivita** je nezávislým rizikovým faktorem kardiovaskulární morbidity a mortality, a to jak u normotenzních, tak hypertenzních osob. Tato skupina má vyšší incidenci hypertrofie levé komory srdeční, inzulinové rezistence, hyperlipoproteinemie, mikroalbuminurie a častěji se zjišťuje endotelální dysfunkce ve srovnání se sůl-rezistentními osobami. Změny renální hemodynamiky, zvýšená reabsorpce sodíku s poklesem tlakové natriurezy (a tudíž potřeby vyššího krevního tlaku k dosažení stejné hodnoty vylučování natria) jsou spojovány s patofyziologií sůl-senzitivity. Sůl-senzitivní osoby při zvýšeném přísunu soli reagují poklesem renálního krevního průtoku, beze změn v glomerulární filtraci (zvýšení obou složek je naopak pozorováno u normotoniků a sůl-rezistentních hypertoniků). Dochází k inadequate reakci renin-angiotensinového systému a zvyšuje se pre- a postglomerulární vasokonstrikce. Poslední studie odhadují vyšší zastoupení sůl-senzitivity u postmenopauzálních žen. U normotenzních 46 % a okolo 58 % u žen s hypertenzí (4). WHO Cardiovascular Diseases and Alimentary Comparison Study potvrdila souvislost mezi sůl-senzitivitou a ztrátou ovariálních hormonů v postmenopauze. Snížení hladin estrogenů (ale i zvýšená hladina natria) vede ke zvýšené expresi AT<sub>1</sub> receptorů, a tedy s větším dopadem negativního působení angiotensinu II (např.: vasokonstrikce, stimulace růstu hladkého svalstva, podpora hypertrofie myocytů). Dochází ke snížení dostupnosti oxidu dusnatého (NO), který hraje klíčovou roli při vzniku endotelální dysfunkce a aterogeneze. Dochází také k narušení pro- a antioxidačních dějů. Nižší výskyt superoxid dismutázy (enzym – antioxidant) vede k zvýšení aktivity volných kyslíkových radikálů, což rovněž poškozuje endotelální funkce a podporuje vznik hypertenze (4). Sůl-senzitivita má prognostický význam. Po přibližně 10 letech se u dřívějších normotoniků rozvíjí hypertenze a sůl-senzitivní hypertonici mají 3krát vyšší incidenci kardiovaskulárních příhod. Nedostatečná suprese systému renin – angiotensinového systému (RAS) zapříčiňuje rovněž vzestup krevního tlaku (5). I u starších osob je nejvíce zastoupena primární esenciální hypertenze. Při náhlém vzniku nebo zhoršení hypertenze, příp. refrakternosti k farmakoterapii je třeba pomýšlet na renovaskulární typ podmíněný stenózou a. renalis (až polovinu provází vzestup TK). Specifickým problémem může

být i hypertenze iatrogeně navozená dlouhodobým užíváním nesteroidních antirevmatik, ale třeba i ginkgo biloba apod. (6).

## Léčba hypertenze postmenopauzálních žen

Léčba hypertenze postmenopauzálních žen je primární i sekundární prevencí závažných cévních onemocnění, především koronárních a mozkových příhod. Ve vyspělých zemích desetileté riziko kardiovaskulární příhody je do 35 let s mírnou hypertenzí menší než 1%, ale ve věku 65 až 74 let již výrazně narůstá ke 30%. Antihypertenzní léčba vede ke snížení všech CMP okolo 30–40% a v sekundární prevenci TIA a CMP o 28% (6, 12). U starších nemocných nad 60 let je pokles mozkových příhod ještě výraznější a dosahuje až 70%! Snížení koronárních příhod je rovněž výrazné – o 23% a zhruba o polovinu klesá výskyt srdečního selhávání. K léčebné strategii patří samozřejmě opatření v oblasti nefarmakologické léčby. I starší, kteří jsou fyzicky aktivní, mají až 2násobnou pracovní kapacitu oproti neaktivním seniorům. Vliv životního stylu na kardiovaskulární funkce bude větší než vliv samotného procesu stárnutí (6, 13). Možnosti snížení krevního tlaku při dodržování zásad nefarmakologické léčby jsou velké, bohužel však stále nedostatečně zdůrazňované a samotnými pacienty po čase většinou opouštěné či málo důrazně dodržované.

Farmakologická léčba postmenopauzálních žen je tedy především léčbou starších osob, je však vhodné se zaměřit na některé odlišnosti při její aplikaci. Dle guidelines ESC jsou lékem volby všechny základní skupiny i u starších – tedy ACE inhibitory, blokátory AT 1 receptorů, kalciové blokátory, diuretika a beta blokátory, pokud nejsou přítomny kontraindikace jejich podávání. Přidání dalších léků je možné, zvláště pokud se snažíme dosáhnout cílových hodnot krevního tlaku při kombinované terapii. Co se týká výběru z jednotlivých lékových skupin, pak preferujeme ty, které ovlivňují systém renin-angiotenzin-



aldosteron. Tedy ACE inhibitory a při jejich nesnášenlivosti (především kašel) pak AT 1 blokátory. ACE inhibitory kromě inhibice tvorby vasokonstrikčního působení angiotenzinu jsou výhodné tím, že zvyšují hladinu bradykininu a prostaglandinu s následným vasodilatačním účinkem. Zvýšená tvorba NO (stimulací eNO syntázy) má ochranný vliv na endoteliální funkce a zpomaluje progresi aterosklerózy. Řada studií potvrzuje jak kardioprotektivní (regrese hypertrofie myokardiální svaloviny, intersticiálního kolagenu), tak vasoprotektivní i nefroprotektivní účinky (14, 15, 16, 17). Působením na aldosteronový systém dochází k omezení ztrát kalía, což se jeví jako výhodné při kombinované léčbě s thiazidovými či kličkovými diuretiky. Jejich podávání preferujeme u pacientů s projevy srdečního selhávání se systolickým selháváním, a to i asymptomatickým. Poslední studie potvrdily jejich příznivý účinek i na diastolickou dysfunkci, která je více zastoupena právě u postmenopauzálních žen. Z **diuretik** se s výhodou mohou používat především **thiazidová**. Starší nemocní reagují citlivě již na jejich malé dávky. Mají prokázaný

**diuretika  
a kalciový  
metabolismus**

# MenoMax®

Pro stálý šarm ženy

## Maximum pro menopauzu

**MenoMax®** je ojedinělý přípravek obsahující patentovaný extrakt SoyLife® z nejcennější části sóji - ze sójových klíčků, který má prokázaný účinek na menopauzální (klimakterické) potíže a jeho bezpečnost je prověřena dlouholetým použitím v praxi.



**O 23% větší**  
celková estrogenní  
aktivita ve srovnání  
s fytoestrogeny  
ze sójových bobů.

**MenoMax®**

**Žádejte ve Vaší lékárně!**



[www.farmax.cz](http://www.farmax.cz)

## **pokles rizika zlomenin při užívání thiazidů**

**thiazidy nesnižují  
výrazněji diastolický TK  
a nedochází tak ke  
zvýšení pulzního tlaku**

**vztah mezi hypokalémií  
a vyššími hodnotami  
glukózy**

**výhodná se jeví  
kombinace ACEI  
s thiazidovými  
diuretiky**

pozitivní vliv na kalciový metabolismus. Desetiletá prospektivní studie u žen (83 728) sledující výskyt zlomenin předloktí svědčila pro 22% pokles rizika u těch, které užívaly thiazidová diuretika. Pokles byl výrazný především po jejich delším užívání – 8 let a více (snížení rizika zlomeniny předloktí o 37%). Rovněž zlomeniny krčku kosti stehenní u postmenopauzálních žen užívajících dlouhodobě thiazidová diuretika se vyskytovaly méně často – snížení rizika zlomeniny krčku stehenní kosti až o 54 % u pacientů užívajících thiazid déle než 1 rok. Jejich užívání bylo spojeno s vyšší kostní densitou (10, 11). Tento efekt byl ve studiích prokázán s thiazidovými diuretiky, jako hydrochlorothiazid a chlorthalidon. U nemocných se systolickou hypertenzí nesnižují thiazidy výrazněji diastolický tlak, a nedochází tak ke zvyšování pulzního tlaku. Ukazuje se, že porucha glukózové tolerance vznikající při léčbě diuretiky souvisí se vznikem hypokalemie. Metaanalýza 59 studií léčby hypertenze diuretiky prokázala významný negativní vztah mezi nižší sérovou koncentrací kaliumu a vyššími hodnotami glykémie (8). Výhodná se tak jeví **kombinace ACE inhibitoru s thiazidovými diuretiky**. Ta vede nejen k efektivnější kontrole TK (zvláště u starších žen), ale redukuje prevalenci hypokalemie, což ukázala menší multicentrická studie s chinaprillem a hydrochlorothiazidem u 323 pacientů s hypertenzí (9). U **beta blokátorů** na základě provedených metaanalýz (Messerli) a z údajů velkých klinických studií (ASCOT) bylo zjištěno, že jejich podávání (především atenololu) má, zvláště při kombinaci s diuretiky, negativní metabolické účinky, a proto je jejich podávání vhodné především u stavů po srdečním infarktu a u srdečního selhávání (metoprolol, carvedilol), kde vedou k poklesu mortality. Využívají se ke kontrole některých tachyarytmií a u pacientů se sklonem k hyperkinetické cirkulaci. **Blokátory kalciových kanálů** snižují TK systémovou vasodilatací. Jsou vhodné u starších osob, izolované systolické hypertenze. Nevývolávají ortostatickou hypotenzi, jsou metabolicky neutrální, nepodporují sklon k retenci sodíku a vody (otoky končetin jsou projevem zvýšené propustnosti kapilár). Vhodné je jejich podávání při ICHDK a aterosklerotickém poškození karotid.

Odkazují na kompletní přehled všech indikací a kontraindikací jednotlivých skupin antihypertenziv uvedený v doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007 (7).

## **Závěr**

Hypertenze je jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Hypertenze ve stáří, zvláště pak u menopauzálních žen má ve srovnání s mladšími jedinci, jak bylo uvedeno, určité odlišnosti, které je třeba respektovat. Prevalence této choroby je ve věku nad 65 let vysoká a v rozvinutých zemích je to až 60%. Dle studie Czech Post-Monica z počátku tohoto tisíciletí bylo cílových tlaků dosaženo asi u 25 % žen (12). Lze tedy odhadnout, že více než půl milionu žen nad 45 let je nedostatečně v tomto směru kontrolováno. Nejčastější příčinou smrti postmenopauzálních žen jsou kardiovaskulární onemocnění, a to okolo 55 %, a vysoce převažují nad ostatními (např. rakovina prsu činí asi 3 %). Podávání hormonální substituční

léčby nemá prokázaný obecně ochranný vliv na kardiovaskulární onemocnění. V popředí našeho úsilí musí být tedy důsledná snaha zaměřená na snížení kardiovaskulárního rizika (léčba hypertenze, hyperlipoproteinémie, metabolického syndromu, prosazovat nekouření apod.). Evropská kardiologická společnost si uvědomila nedostatečnou péči o ženy v této oblasti obecně. Ženy jsou málo zastoupeny ve studiích. Nižší kardiovaskulární riziko ve fertilním věku oproti mužům vede k podcenění diagnostiky a léčby v postmenopauzálním období. Zdůrazňuje se nízké povědomí žen o důležitosti prevence kardiovaskulárních onemocnění v této dlouhé etapě jejich života. Evropská kardiologická společnost se proto zaměřila na výzkum a edukační iniciativy tímto směrem a vytvořila si program „Women At Heart“. Lze tedy očekávat v dalších letech zlepšení úrovně péče o postmenopauzální ženy.

## **Literatura:**

1. Křepelka, P.: Estrogendeficitní syndrom, klimakterium a hormonální substituční terapie. Novinky v klimakterické medicíně. Srpen 2007; 1–13.
2. Fait, T.: Současné postavení hormonální terapie v klimakterické medicíně. Farmakoterapie 2005; 2: 507–513.
3. Stramba-Badiale, M., Fox, K. M., Priori, S. G. et al.: Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. European Heart Journal 2006; 27: 994–1005.
4. Schulman, I. H., Raji, L.: Salt sensitivity and Hypertension after Menopause: Role of Nitric Oxide and Angiotensin II. American Journal of Nephrology 2006; 26: 170–180.
5. Rodríguez-Iturbe, B., Romeo, F., Johnson, R. J.: Pathophysiological Mechanisms of Salt-Dependent Hypertension. American Journal of Kidney Diseases 2007; Vol 50, No 4: 655–672.
6. Weber, P., Meluzinová, H., Kubešová, H. et al.: Hypertenze a stárnoucí srdce z pohledu geriatra. Kardiologická revue 2005; 7 (3): 160–163.
7. Widimský, J. J., Cífková, R., Špinar, J. et al.: Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Co ret Vasa, 2008; 1: K5–22.
8. Widimský, J.: Diuretika v léčbě hypertenze a riziko nově vzniklého diabetu. Cor et Vasa 2007; 49 (10): 362–367.
9. Romero, R., Castellote, E., Ocón, J. et al.: Controlled Multicenter Study with Quinapril, Hydrochlorothiazide, and Combination in Patients with Moderate to Severe Hypertension. Journal of Cardiovascular Pharmacology 1995; 26: 114–118.
10. Feskanich, D., Willett, W. C., Stampfer, M. J. et al.: A Prospective Study of Thiazide Use and Fractures in Women. Osteoporosis Int 1997; 7: 79–84.
11. Schoofs, M., Klift, M., Hofman, A. et al.: Thiazide Diuretic and the Risk for Hip Fracture. Annals of Internal Medicine. 2003; 139: 476–482.
12. Seidlerová, J., Filipovský, J.: Léčba arteriální hypertenze ve stáří. Interní medicína pro praxi 2007; 2: 75–77.
13. Rosolová, H.: Nefarmakologická léčba arteriální hypertenze. Kardiologická revue 2006; 8: 44–46.
14. Franz, I. W., Tönesmann, U., Müller, J. F. M.: Time Course of Complete Normalization of Left Ventricular Hypertrophy During Long-Term Antihypertensive Therapy With Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors. American Journal of Hypertension 1998; 11: 631–639.
15. Rajagopalan, S., Harrison, D. G.: Reversing Endothelial Dysfunction With ACE Inhibitors (A New TREND). Circulation 1996; Vol 94, No 3: 240–243.
16. Dominguez, L. J., Barbagallo, M., Kattan, W. et al.: Quinapril reduces Microalbuminuria in Essential Hypertensive and in Diabetic Hypertensive Subjects. American Journal of Hypertension 1995; 8: 808–814.
17. Widimský, J., Monhart, V., Hulínský, V.: Kardioprotektivní a nefroprotektivní vlastnosti inhibitorů ACE. Triton 2004; 5–174.

**MUDr. Ilja Kotík** – absolvoval v roce 1972 FVL UK. Po složení atestace z vnitřního lékařství I. st. nastoupil do ÚVN Praha. V roce 1984 složil atestaci II. st. a pracoval po celou dobu na I. vnitřním oddělení, kde vedl koronární jednotku. Později byl zástupcem primáře oddělení a v letech 1992 až 2003 vykonával funkci primáře. Podílel se na vzniku Interní kliniky I. LF UK a ÚVN v roce 2004. Po odchodu do důchodu vede všeobecně interní lůžka kliniky. V letech 1997 až 2003 byl osobním lékařem prezidenta republiky a koordinátorem jeho stálého konzilia. Pracuje ve výboru pracovní skupiny akutní kardiologie při ČKS.



MUDr. Jiří Slíva

Ústavy farmakologie 2. a 3. LF UK, Praha

# Centrální myorelaxancia ve světle „evidence based medicine“

**Souhrn:** Centrální myorelaxancia představují nepříliš početnou skupinu léčivých látek, přesto se s jejich aplikací v běžné klinické praxi setkáváme poměrně často, o čemž svědčí i jejich zakotvení hned v několika stávajících Doporučených terapeutických postupech pro praktické lékaře. Lze se s nimi setkat při léčbě bolestí zad vertebrogenního původu (především lumbosakrální oblast) a při tišení bolesti hlavy myoskeletální etiologie – více též na [www.svl.cz/doporučené postupy](http://www.svl.cz/doporučené-postupy). Při jejich podání je však třeba brát v potaz skutečnost, že zejména při dlouhodobější aplikaci může být ovlivněn i tonus normotonických svalů, a může tak paradoxně dojít k narušení rovnováhy celého svalového korzetu a v konečném důsledku i ke zhoršení klinického stavu nemocného. Myorelaxancia by tedy měla být vždy podávána maximálně uvážlivě a vždy s ohledem na poměr přínosu a potenciálního rizika. Na tuto skutečnost je třeba pomýšlet především u myorelaxancií se současným hypnosedativním účinkem, jenž může omezovat pacienta v jeho běžných denních aktivitách.

Celou problematiku myorelaxancií na sklonku loňského roku rozvířila Evropská léková agentura EMEA, která doporučila postupné stažení všech přípravků obsahujících carisoprodol (pozn.: v ČR obsažen v přípravku Scutamil C) s odůvodněním převážení rizik pro pacienta nad možným benefitem – popisována je zde především vyšší pravděpodobnost vzniku závislosti, intoxikace a psychomotorických poruch, což je z větší míry dáno jeho metabolizací na meprobamat.

V současné době je v České republice registrováno celkem sedm různých účinných látek působících jako centrální myorelaxancia (M03B) – tabulka 1 (dle AISLP; 2008.1).

Využíván je rovněž **mephenoxalon**, který je však dle klasifikace ATC řazen do skupiny „Jiná anxi-

olytika“ (N05BX). S touto účinnou látkou jsou t.č. registrovány přípravky Dimexol a Dorsiflex, oba ve formě tablet. Jako hlavní mechanismus účinku mephenoxalonu se udává pokles svalového tonu v důsledku inhibice polysynaptického supraspinálního reflexního oblouku. V dostupné literatuře (Medline, Cochrane Library, Ebsco) převážná část studií zabývajících se účinností této molekuly pochází již ze 60. let a zabývá se především jeho využitím v psychiatrických indikacích. V jedné z několika málo dostupných klinických studií je např. popisována jeho vyšší účinnost v kombinaci při opakovaném podávání po dobu 3 dnů oproti monoterapii paracetamolem 900 mg či mephenoxalonem 400 mg u pacientů trpících pooperační bolestí, a to bez sedativních či gastrointestinálních nežádoucích účinků (1).



MUDr. Jiří Slíva

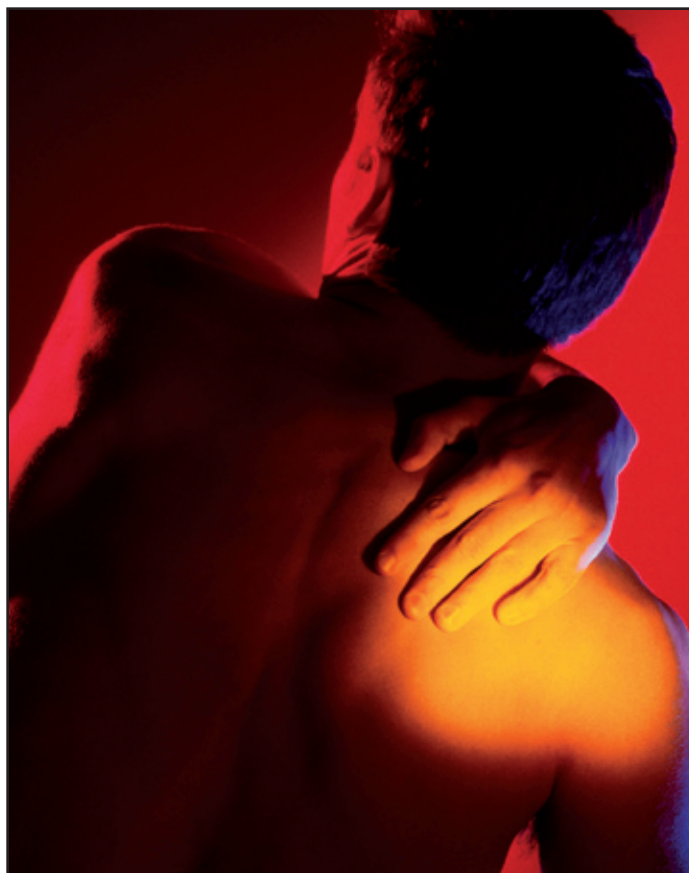
**carisoprodol**  
(Scutamil C)  
stažen z trhu

**mephenoxalon**  
(Dimexol, Dorsiflex)  
registrovány jako  
jiná anxiolytika

**Tabulka 1: Centrální myorelaxancia**

| skupina                          | účinná látka               | firemní název      | léková forma |
|----------------------------------|----------------------------|--------------------|--------------|
| Nebenzodiazepinová myorelaxancia | carisoprodol + paracetamol | Scutamil C         | tbl.         |
|                                  | orphenadrin + diclofenac   | Neodolpasse        | inf.         |
|                                  | baclofen                   | Baclofen-Polpharma | tbl.         |
|                                  | tizanidin                  | Sirdalud           | tbl.         |
|                                  | tolperison                 | Mydocalm           | tbl., inj.   |
|                                  | thiocolchicosid            | Muscoril           | cps., inj.   |
| Benzodiazepinová myorelaxancia   | tetrazepam                 | Myolastan          | tbl.         |

**prokázán dobrý  
efekt tolperisonu  
ve 4-týdenní studii**



### **Myorelaxancia v klinických studiích**

Vedle zmiňované zprávy z EMEA je však jistě neméně zajímavý i současný pohled Americké společnosti pro bolest (American Pain Society). Ucelený pohled na postavení myorelaxancií a anxiolytik s myorelaxačními účinky v léčbě bolesti byl recentně publikován na podzim loňského roku v časopise *Annals of Internal Medicine*.

Centrální myorelaxancia nebenzodiazepinového typu představují poměrně nehomogenní skupinu léčiv s více či méně dobře objasněným mechanismem účinku. Zatímco např. **tizanidin** má poměrně slušný antispastický účinek podložený řadou klinických studií, poněkud hůře je na tom **dantrolen**, který navíc představuje riziko jatrních komplikací. Zajímavý přehled přináší metaanalýza 101 randomizovaných studií. **Baclofen**, tizanidin i dantrolen jsou zde v tlumení spasticity u pacientů se sclerosis multiplex účinnější než placebo. Autoři současně poukazují na vyšší výskyt pocitu sucha v ústech u pacientů léčených tizanidinem (současně i riziko poškození jatrních funkcí – obvykle reverzibilní a nezávažné), u pacientů užívajících baclofen naopak vyšší únavnost. Výsledky studií s těmito látkami u pacientů s bolestmi posturálního svalstva autoři popisují jako nejednoznačné (2; 3). Přesto však jsou tyto látky schváleny a zároveň doporučeny pro krátkodobou aplikaci pacientům s bolestmi v lumbosakrální oblasti. Z výše popsane neho-

mogenity zástupců této skupiny lze tušit i rozdílný poměr „benefit to risk“, avšak bohužel současný stav poznání věci neumožňuje jasně deklarovat superioritu jednoho či inferioritu druhého přípravku (4).

Podobně i s **tolperisonem** byla provedena řada klinických studií. Ve 4týdenní otevřené studii vedla aplikace tolperisonu v dávce 150–300 mg/den (pacienti s cervikálním, thorakálním či lumbálním syndromem, fibromyalgií, artritidou, postiktovou spasticitou či pacienti s roztroušenou sklerózou; n = 804) minimálně u 50 % pacientů k absolutnímu ústupu symptomů a u 40 % došlo alespoň k výraznému subjektivnímu zlepšení (5). Analogických výsledků bylo dosaženo i v dalších dvojité zaslepených studiích, kde navíc významně zkracoval celkovou dobu rehabilitace (6; 7). Účinnost tolperisonu u pacientů po cévní mozkové příhodě byla potvrzena i v další studii, avšak autoři se zde staví pozitivně k jeho vyšším podávaným dávkám, a to až 300–900 mg (8).

*Poznámka: Dantrolen toho času není v České republice schválen pro užití jako centrální myorelaxancium, jeho jedinou indikací je léčba maligní hypertermie. Jeho výše zmiňovaný centrálně myorelaxační účinek je dán zejména inhibicí uvolnění vápníku ze sarkoplazmatického retikula příčně pruhovalého svalstva, čímž je vyvolána disociace mezi excitací a kontrakcí kosterní svaloviny.*

U **benzodiazepinových myorelaxancií** je používáno na jejich účinnost při akutní i chronické lumbosakrální bolesti, jedním dechem je však zmiňováno i riziko nežádoucích účinků (somnolence, únava), vytvoření závislosti, tolerance a nakonec i zneužívání. Bohužel i zde jsou výsledky dosud provedených a publikovaných studií nejednoznačné. Nalézt je tak možné jak studie popisující pozitivní účinek benzodiazepinů (diazepam, tetrazepam), tak i jejich neúčinnost v léčbě chronické i akutní bolesti zad. V head-to-head analýze publikované v Cochrane library je používáno na srovnatelnou účinnost diazepam a tizanidinu v léčbě akutní bolesti (9) a diazepam a cyclobenzaprinu u chronické bolesti zad (10). Přesto však současně některé práce popisují účinnost diazepam oproti carisoprodu jako významně nižší, a to s ohledem na přítomné spasmy či na celkový funkční stav postižené svalové skupiny (11). Benzodiazepiny tak např. společnost FDA (Food & Drug Administration) nedoporučuje k léčbě tohoto typu boles-

**riziko vzniku závislosti,  
tolerance a zneužívání  
u benzodiazepinových  
myorelaxancií**

**odklon od  
benzodiazepinových  
myorelaxancií**

ti, a to bez ohledu na přítomnost radikulopatie. Pakliže jsou pacientům tyto látky podány, léčba by měla být pokud možno co nejkratší (4).

## Závěr

Z uvedeného stručného přehledu s odkazem na recentně publikované studie je zřejmý odklon od užívání benzodiazepinových myorelaxancií, a to zejména z důvodu jejich návykovosti a rizika nežádoucích účinků. Pro zájem o nebenzodiazepinová myorelaxancia nepřímo svědčí i nově vyvíjené molekuly odvozené od u nás nejpožívanější látky této lékové skupiny – **tolperisonu**, a sice **silperison** či **eperison**.

### Literatura:

1. Eskenazi, J., Nikiforidis, T., Livio, J. J., Schelling, J. L.: Effect of paracetamol, mephenoxalone and their combination on pain following bone surgery. *Eur. J Clin. Pharmacol.* 1976; 09: 411–415.
2. Chou, R., Peterson, K., Helfand, M.: Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. *J Pain Symptom. Manage.* 2004; 28: 140–175.
3. van Tulder, M. W., Touray, T., Furlan, A. D., Solway, S., Bouter, L. M.: Muscle relaxants for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration. *Spine* 2003; 28: 1978–1992.
4. Chou, R., Qaseem, A., Snow, V. et al.: Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann. Intern. Med.* 2007; 147: 478–491.
5. Csanyi, L.: High-dose Mydocalm therapy in certain myogenous headaches. *Ther. Hung.* 1989; 37: 115–118.
6. Perenyi, G.: Observations with intensive Mydocalm treatment in neurological cases. *Ther. Hung.* 1987; 35: 66–70.
7. Pratzel, H. G., Alken, R. G., Ramm, S.: Efficacy and tolerance of repeated oral doses of tolperisone hydrochloride in the treatment of painful reflex muscle spasm: results of a prospective placebo-controlled double-blind trial. *Pain* 1996; 67: 417–425.
8. Stamenova, P., Koytchev, R., Kuhn, K. et al.: [A randomized, double blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of tolperisone in spasticity following cerebral stroke]. *Zh. Nevrol. Psikiatr. Im S. S. Korsakova* 2006; 106: 34–42.
9. Hennies, O. L.: A new skeletal muscle relaxant (DS 103–282) compared to diazepam in the treatment of muscle spasm of local origin. *J. Int. Med. Res.* 1981; 9: 62–68.
10. Basmajian, J. V.: Cyclobenzaprine hydrochloride effect on skeletal muscle spasm in the lumbar region and neck: two double-blind controlled clinical and laboratory studies. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1978; 59: 58–63.
11. Chou, R., Huffman, L. H.: Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann. Intern. Med.* 2007; 147: 505–514.

**MUDr. Jiří Slíva** – 1996–2002 – Lékařská fakulta MU, Brno. 2002–2006 – postgraduální studium (Ústav farmakologie, 3. LF UK, Praha) – nyní externě – téma: Využití analgetických kombinací v různých modelech bolesti a možnosti preemptivní analgezie. 2005–nyní – odborný asistent na Ústavech farmakologie 2. a 3. LF UK, Praha. T. č. autor více než 100 publikací v českých i zahraničních odborných periodikách, spoluautor 2 odborných knižních publikací.

**MYDOCALM®**  
tolperison

Přijďte se uvolnit  
a rozhybat!

Ve spolupráci s MUDr. Bohumilem Skálou, Ph.D. a dipl. fyzioterapeutem Petrem Filou jsme pro vás připravili novou sérii odborných seminářů Mydocalm věnovaných problematice léčby bolestí zad a rehabilitace, které proběhnou od 20. 3. 2008 do 28. 4. 2008 po celé České republice.

### Termíny a místa konání odborných seminářů Mydocalm:

25.3.2008 Ústí nad Labem  
26.3.2008 Hradec Králové  
27.3.2008 Liberec  
1.4.2008 Praha  
2.4.2008 Karlovy Vary  
3.4.2008 Plzeň  
8.4.2008 Ostrava  
9.4.2008 Olomouc  
10.4.2008 Zlín  
15.4.2008 Opava  
16.4.2008 Brno  
17.4.2008 Jihlava  
22.4.2008 Pardubice  
24.4.2008 České Budějovice  
28.4.2008 Praha

Pro každého účastníka semináře, který bude mít na sobě tričko Mydocalm je připraven speciální dárek. Pro všechny účastníky semináře je připraven dárek v podobě praktické relaxačně-posilující pomůcky.

Pro rezervace a bližší informace k seminářům kontaktujte Kateřinu Vichovou na tel.: 733 502 000 v pracovní dny od 9:00 do 15:00 nebo e-mailem na vichova.katerina@email.cz. Doporučujeme pohodlný oděv.

**Program odborného semináře Mydocalm:**  
17:00 – 17:45 „Léčba bolestí zad“  
17:45 – 18:30 „Rehabilitační cvičení“

Seminář MYDOCALM je určen pro lékaře.

ZKRAČENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU: **MYDOCALM® 150 MG TABLETY**  
**SLOŽENÍ:** TOLPERISON HYDROCHLORIDUM 150 MG V 1 POTAHOVANÉ TABLETĚ. **INDIKACE:** MYDOCALM JE URČEN K AKUTNÍ I DLOUHODOBÉ LÉČBĚ ZVÝŠENÉHO TONU KOSTERNÍHO SVALSTVA VYVOLANÉHO ORGANICKÝMI NEUROLOGICKÝMI PORUCHAMI (NAPŘ. PŘI PARÉZĚ PŘI CEREBROVASKULÁRNÍ PŘÍHODĚ, PŘI SCLEROSIS MULTIPLEX, MYELOPATII NEBO PŘI ZRA-  
NĚNÍCH MÍCHY) NEBO DEGENERATIVNÍMI ZMĚNAMI POHYBOVÉHO APARÁTU (NAPŘ. PŘI ARTRÓZE VELKÝCH KLOUBŮ, SPONDYLO-  
DYLOZE ČI DISKOPATII). POUŽÍVÁ SE JAKO ADJUVANTNÍ DLOUHODOBÉ LÉČENÍ PŘI REHABILITACI PARETICKÝCH PACIENTŮ. POUŽÍVÁ SE PŘI LÉČBĚ OBLITERUJÍCÍCH CÉVNÍCH ONEMOCNĚNÍ (NAPŘ. DIABETICKÉ ANGIOPATII, RAYNAUDOVY CHOROBY) A PORUCH VYVOLANÝCH POŠKOZENÍM CÉVNÍ INERVACE. **DÁVKOVÁNÍ:** POTAHOVANÉ TABLETY MAJÍ VYSOKÝ TERAPEU-  
TICKÝ INDEX. DOPORUČENÁ DÁVKA JE 150–450 MG ROZDĚLENO DO TŘÍ JEDNOTLIVÝCH DÁVEK DLOUHODOBĚ. NENÍ TŘEBA  
ÚPRAVA DÁVKOVÁNÍ PŘI SNÍŽENÉ FUNKCI JATER NEBO LEDVIN. VIZ ÚPLNÁ INFORMACE O LÉKU. **KONTRAINDIKACE:**  
MYASTHENIA GRAVIS A PŘI PŘECITLIVOSTI NA SLOŽKY PŘÍPRAVKU, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:**  
MYDOCALM SE DOBRĚ SNÁŠÍ, NEJČASTĚJŠÍMI NEŽÁDOUCÍMI ÚČINKY JSOU ABDOMINÁLNÍ DISKOMFORT A NÁUZEJA,  
ZÁVRATE, VZÁCNĚ SVALOVÁ SLABOST A ÚNAVA, OBČAS MÍRNÁ HYPOTENZE, VZÁCNĚ PRURITUS, EXANTEM A DYSPNOE JAKO  
REAKCE PŘECITLIVOSTI. NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY BYVAJÍ MÍRNÉ A MIZÍ PŘI SNÍŽENÍ DÁVKY. VIZ ÚPLNÁ INFORMACE O LÉKU.  
**INTERAKCE A ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** JE NEPRAVĚDOPODĚBNÉ  
OVLIVNĚNÍ POZORNOSTI, ZESÍLENÍ ÚČINKŮ JINÝCH CENTRÁLNĚ PŮSOBÍCÍCH MYORELAXANCIÍ A SEDATIV, ZESÍLENÍ ÚČINKŮ  
NĚKTERÝCH ANALGETIK. **BALENÍ:** 30 POTAHOVANÝCH TABLET PO 150 MG. **DRŽITEL REGISTRACE:** CHEMICAL  
WORKS OF GEDEON RICHTER LTD., GYOMRÓI ÚT 19-21, 1103 BUDAPEST X., MAĎARSKO. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE**  
**TEXTU:** 18. 11. 2004. VÝVOJ PŘÍPRAVKU JE VÁZÁN NA LÉKÁRSKÝ PŘEDPIS. PŘÍPRAVEK JE ČÁSTEČNĚ HRAZEN Z VEŘEJNÉHO  
ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ. PŘED PŘEDPISÁNÍM PŘÍPRAVKU SI PROSÍM PŘEČTĚTE POZORNĚ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU.

[www.mydocalm.cz](http://www.mydocalm.cz)

Bližší informace o přípravku jsou k dispozici v upraveném znění SPČ, případně na adrese:

**Richter Gedeon**  
Na Strži 65 • Praha 4 • 140 00  
tel.: +420 261 141 200  
fax: +420 261 141 201  
[www.richtergedeon.cz](http://www.richtergedeon.cz)  
[richtergedeon@richtergedeon.cz](mailto:richtergedeon@richtergedeon.cz)



RICHTER GEDEON



# Deset let praxe slavím novou ordinací...

Těmito slovy mne vítal MUDr. Cyril Mucha v krásné světlé a prostorné nové ordinaci, kde finišují detailní úpravy před zahájením provozu a malou oslavou 10. narozenin (tj. v pondělí 28. 4. 2008 – pozn. redaktorky).

Cyrila Muchu dlouho obdivuji pro jeho nezdolnost, optimismus a obrovské nasazení, s jakým přistupuje ke každé práci. Všichni ho známe jako neúnavného organizátora vzdělávacích akcí SVL ČLS JEP, krajského konzultanta a člena výboru SVL pověřeného využitím IT techniky pro praktické lékaře. Od roku 2003 pracuje také jako odborný asistent Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK Praha, je členem redakční rady odborného časopisu Practicus a členem akreditační komise MZ.



**MUDr. Cyril Mucha** absolvoval 2. LF UK Praha v roce 1993. Po studiích nastoupil, jako většina z nás, na interní oddělení (v jeho případě Železniční nemocnice v Praze), aby záhy zjistil, že má o své práci trochu jiné představy. Požádal o zařazení do oboru VL a stal se zaměstnancem IPVZ. Absolvoval předepsané stáže a v roce 1998 atestoval z všeobecného lékařství a současně si založil soukromou praxi v Praze 6. Mimo jiné je také odborným redaktorem tohoto časopisu.

**Cyrile, pracoval jsi na interním oddělení, a přesto jsi odešel? Co tě vlastně vedlo do ordinace praktického lékaře?**

Nastoupil jsem na interní oddělení Železniční nemocnice v Praze. Měl jsem chuť dělat internu, a přestože jsem se setkal s vesměs příjemnými kolegy i hezkou moderní nemocnicí, nakonec mě interna trochu zklamala. Zjistil jsem, že polovinu mé práce by zvládla průměrně inteligentní písárka po pár měsících zaškolení. Velkou část pracovní doby jsem strávil vypisováním příjmů a propouštění, takže mi nakonec na pacienta vlastně ani nezbyl čas. Já jsem ale toužil mít kontakt s lidmi, pestrou a rozmanitou klientelu.

To mne nakonec donutilo zamyslet se, co dál, a posléze jsem zažádal o zařazení do oboru PL. Po třech letech praxe na interním oddělení jsem ještě nakrátko změnil místo, ale už jsem si byl téměř jistý, že bych chtěl být praktikem. Po zařazení do oboru všeobecné lékařství jsem coby zaměstnanec IPVZ absolvoval doporučené stáže a v co nejkratším termínu jsem se přihlásil na atestaci.

**Pokud vím, neměl jsi žádnou klientelu, přesto jsi měl odvahu pronajmout si ordinaci a začít tzv. „na zelené louce“? Neměl jsi obavy?**

Ano, začínal jsem, jak se říká, „na zelené louce“ a první den jsem měl v kartotéce pouze kartu svojí ženy. Začátek byl krušný, často říkám, že jsem si sáhnul na dno fyzicky, psychicky i finančně. Nejvíce mne zaskočilo, že jsem se setkal i s nepřátelstvím některých kolegů (byl jsem jeden z prvních, kdo začínal bez klientely), na druhé straně jsem potkal mnoho skvělých kolegů, kteří jsou pro mne nedostižným vzorem – nemohu nevzpomenout např. Dr. Baro-

cha, který mne dokázal podržet odborně i lidsky, a též současného vědeckého sekretáře SVL Dr. Seiferta, u něhož jsem absolvoval závěrečnou předatestační stáž. Navíc to byla právě doba přechodu na kapitační platbu (s jednou kartou v kartotéce!) – první „platu“ jsem dostal téměř po půl roce práce na ordinaci a třech měsících práce v ordinaci. Naštěstí mám tolerantní ženu, která mě vždy podporovala, a nenáročnou rodinu. Pomalu se to ale rozjíždělo, registrovali se známí, náhodně přišli pacienti... pak jejich známí a další jejich známí, již osobně doporučení. Najednou byla kartotéka plná a teď jich už nestačí pět...

**Kolik tedy máš pacientů a jakou máš organizaci praxe?**

Počet pacientů velmi rychle narůstal až do současných téměř 4500. Složení klientů je velmi pestré (proto je taky někdy ordinace téměř dobrodružství), od například azylového domu pro resocializaci bezdomovců (kde někdy vyslechnu neuvěřitelné osudy lidí) až po klientelu z blízkých ambasad. Proto je taky výhodou, když personál ordinace ovládá více jazyků. Vzhledem k tomu, že pacienti rychle přibývali, jsem postupně zaměstnal dvě kolegyně. Zajímavé je, že jedna z nich je rodilá Francouzka. Vybojovali jsme společně tvrdý boj s naší byrokracií, než jsme docílili uznání francouzského diplomu a nakonec i specializované způsobilosti („atestace“), aby paní doktorka mohla samostatně pracovat. V současné době se v naší ordinaci školí ještě lékařka v předatestační přípravě a zaměstnávám dvě sestřičky, takže stávající ordinace opravdu praskala ve švech... doslova a do písmene. Mám též několik firem, jimž dělám závodní preventivní péči, umožňuje to nejen určitou diverzifikaci příjmů, ale též zdroj zajímavých zkušeností. V „registru“ mám kromě několika škol též výrobní firmy, ale například i jistý mnišský řád v Praze, s nimiž mám velmi dobrou spolupráci.

**Cyrile, řekla bych, že je z toho, co jsi mi řekl, jasné vidět, že si plníš ten sen o pestré paletě klientů a komunikace s lidmi tě jistě nenudí. Ale co ta škola – děláš toho opravdu hodně, tak proč?**

Přestože mám v rodině asi nějaké ty geny – dědeček byl středoškolský profesor a maminka byla učitelka, nikdy jsem si nepomyslel, že by mne vyučování taky chytlo.

Pak jsem ale dostal nabídku z Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK Praha, kde se sešla parta „nadšenců pro věc“, a postupně jsem si ujasnil, že mne práce s mediky baví.

Je to nejen možnost, jak přitáhnout do oboru mladé lidi a jak v nich vzbudit zájem a ukázat jim praktické lékařství z té dobré stránky, ale i velmi stimulační prostředí. Univerzita a zejména mladí studenti nenechají člověka „zahnít“. Je mi však jasné, že bych



naše „nemocnice“



fakultu nestíhal, kdybych v ordinaci neměl svoji skvělou kolegyni MUDr. Lhořanovou. Z mých prozatímních zkušeností můžu říct, že medicí lační po praktických dovednostech. Stáž v ordinaci PL je vlastně jediným místem, kdy v průběhu studia pracuje vedle jednoho lékaře jeden medik... jsou tady vlastně nejbližší pacientovi. Proto je stáž u dobrého praktika velmi cenná a umožňuje mladým lékařům poznat, že je tu zajímavá medicína a nejen předepisování acylpyrinu.

### To je tedy ten důvod, proč ses angažoval v získávání akreditací pro pracoviště PL?

Jistě, to je ten důvod, proč jsme např. na loňském kongresu SVL v Brně rozjeli velkou akci na pomoc praktikům se získáváním akreditací (nakonec se nám téměř vymkla z rukou a akreditaci získalo přes 200 PL!). Těší mne, že máme i podporu vedení 1. LF UK Praha, které otázku primární péče bere, zdá se, vážně a pro potřebu našeho ústavu nyní bude rekonstruovat větší prostory, které nám umožní kvalitnější výuku včetně nábídky klinických dovedností pro mediky. Snad neprozradím tajemství, když řeknu, že budeme mít např. velmi zajímavou posluchárnu z původní půdy.

### Takže nedostatek prostoru byl ten hlavní impuls pustit se do něčeho většího?

Mám-li říct pravdu, již delší dobu se mi zdá, že model PL „jeden lékař a jedna sestra“ je už přežitý. Budoucnost vidím ve sdružených praxích, kde pracuje několik lékařů společně. Jsou tudíž zastupitelní a navíc vzájemně spolupracují. Myslím tím ale dobrovolné seskupení PL „odspodu“, nikoli skupování praxí – aby náhodou nedošlo k mýlce.

Samozřejmě nedostatek prostoru a stísněné prostory původní ordinace mne trápily, ale do toho také přišlo skokové navýšení nájemného a najednou mi bylo jasné, že to takhle nejde dál.

Začal jsem se rozhlížet a po krátkém hledání na internetu – trefa do černého! Našli jsme krásné prostory asi tři minuty od původní ordinace... 170 metrů čtverečních. Samozřejmě jsme museli počítat, a proto jsme „do toho“ šli společně s kolegyní internistkou, která měla obdobný problém. Prostory jsme pronajali a rychle se pustili do rekonstrukce.

### Prosím popiš nám, jak vypadá tvoje nová ordinace a z čeho máš největší radost?

Ordinace se skládá vlastně z pěti místností, z jedné jsme udělali společnou sesternu s „megakartotékou“ (i v době elektronického podpisu a elektronické dokumentace se musí bohužel zachovávat listinná forma). Všechna pracoviště jsou propojena počítačovou sítí s jedním softwarem, a protože jsem velký ctitel internetu, poskytují pacientům v čekárně wi-fi připojení. Největší radost mám ale z „nemocnice“ (jak s nadsázkou říkám) – v sesterně jsme postavili komůrku se dvěma lůžky, kde bude možno kromě natáčení EKG též podávat ambulantně infuze, o které pacienti velmi stojí.

**Ordinace vypadá nádherně. Je velká, světlá, velice vkusně a účelně zařízená. Úplně mne však okouzila čekárna s roztomilým barevným dětským koutkem a akváriem. Toto prostředí bude pro tvé pacienty jistě velmi příjemné.**

**Zeptám se proto: prozrad' mi, kdo to všechno vymýšlel, kdo ti pomáhal všechno sladit... Já v tom vidím spíše ženskou ruku.**

Je to přesně tak, jak říkáš. Všude tady kolem je vidět

nejen práce mých kolegů, ale zejména tvůrčí duch mojí ženy, která má nadání a estetické citění. Navíc jí vděčím i za to, že jsem vše zdárně dotáhl až do konce. Při všech mých aktivitách by to samozřejmě bylo těžké a bez její podpory a úsilí by to asi nebylo možné zvládnout. Kromě mé ženy se samozřejmě účastnily i všechny tři děti, obě sestřičky, všechny tři paní doktorky, přátelé a známí mé rodiny, ale i známí mých blízkých. Podporovali mne nejen morálně, ale pomáhali i s úklidem a sestavováním nábytku, takže jim všem za to moc děkuji.

### Takže rekonstrukce proběhla hladce, a jak je zřejmé z přiložených fotografií, je to proměna vskutku zdařilá. Takže v pondělí zahajujete!

No, spíš než hladce bych řekl zdárně...

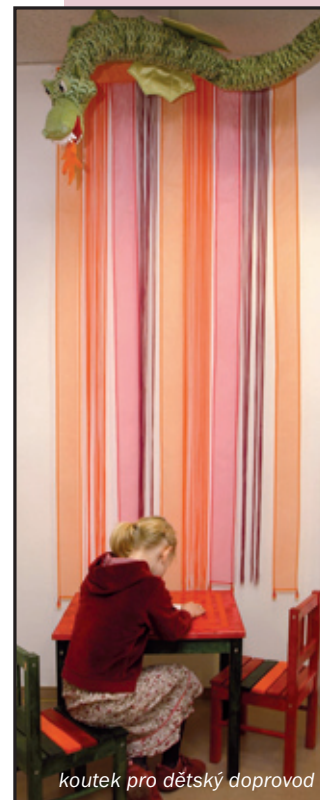
### Ale co tvůj volný čas, pokud vím, máš tři děti. Máš na ně vůbec čas? Co tvoje dovolená? Kdy to všechno stihneš?

Mým koníčkem je říční plavba, takže jsem si udělal zkoušky na lodního kapitána. Nejkrásnější jsou zážitky, když se celá rodina nalodíme a plavíme se po řece. Je to úžasný pocit – asi je to naplnění prepubertálních klukovských snů. Chybí mi zatím pouhá maličkost a to je loď, takže si ji vždy musím vypůjčit.

Taky hrozně rád čtu a například s dobrým inteligentním sci-fi dokážu báječně relaxovat. Mám též rád Simmela, Feuchtwangera – toho čtu někdy pořád dokola. Rád chodím do divadla – i když musím konstatovat, že mi každoročně pár představení z předplatného uteče – lékař není nikdy pánem svého času. V zájmu kardiovaskulární prevence se taky trochu musím hýbat, takže jsem propadl in-lineům (zatím ale moc dobře nebrzdím). Rád lyžuji a jsem nadšeným cestovatelem, rád jezdím jen tak bez cestovek někam „nabínd“ – na to ovšem musí být trochu času. Moje poslední velká cestovatelská akce byla dovolená v Maroku, které jsme s manželkou a dětmi projeli křížem krážem po zcela neobvyklých a pro turisty neznámých místech ve vypůjčeném autě. Kromě nádherných fotografií máme i spousty dobrodružných zážitků.

### Co bys vzkázal svým kolegům a začínajícím praktickým lékařům?

Kolegům: Nebojte se přijímat do své ordinace mediky a kolegy na předatestační přípravě. Je to sice trochu práce navíc, ale mám zkušenost, že kdo mojí ordinaci prošel, ji také něčím obohatil a posunul svými postoji a názory kupředu. S mnoha z nich, kteří jsou dnes již zkušenými lékaři, udržuji úzké kontakty, a dokonce i přátelství. Mladým kolegům bych řekl: Běžte do toho (myslím PL) – je to nejlepší obor medicíny a stojí to za to!



koutek pro dětský doprovod

Rozhovor vedla MUDr. Jana Vojtíšková



# Bezpečnost počítače



**V minulých dílech jsme hovořili o tom, jak se připojit k internetu a jak jej využívat. Tentokrát se budeme věnovat velmi důležitému aspektu, který internet provází, a sice bezpečnosti připojeného počítače. Málokdo by asi stál o to, aby třetí osoba mohla nerušeně putovat jeho počítačem a stahovat důležitá data, hesla, nebo dokonce informace z lékařského softwaru. Jak tedy nejlépe chránit svůj počítač?**

V první řadě by měl mít každý počítač svůj firewall a antivir. **Firewall** je jakési síto, které určuje, jaká data mohou být odesílána nebo přijímána z vašeho počítače. Je nezastupitelný proti programům, které jsou ukryty v počítači a chtějí nějak komunikovat s útočníkem (tzv. spyware). Jakmile bude chtít program odesílat data, firewall to zachytí a zeptá se, zda mohou být data odeslána. K dobrým firewallům patří například Kerio Personal Firewall od společnosti Sunbelt nebo Zone Alarm či Sygate Personal Firewall. Každý z nich si můžete vyzkoušet v trialu (tedy omezené verzi) zdarma, případně později zakoupit plnou verzi.

Zatímco firewall chrání před únikem informací, **antivirové programy** hledají viry (programy, které se dokážou šířit bez vědomí uživatele) v počítači a následně je likvidují nebo léčí. Každý antivir nabízí rezidentní ochranu (tj. pracuje stále, pokud je počítač zapnutý, a kontroluje všechny spuštěné programy). Díky tomu dokáže zamezit už spuštění samotného viru.

Při kontrole program zjišťuje, zda se část jeho kódu neshoduje s viry zapsanými v tzv. virové databázi. Proto je důležité ji pravidelně aktualizovat, což si ale program zpravidla zajišťuje automaticky. Mezi dnes nejznámější patří NOD32, Avast, Norton Antivirus nebo AVG.

Mimo viry patří mezi nebezpečné programy již zmíněný **spyware** neboli program, který dokáže odesílat informace z počítače, ale i různě měnit nastavení a správný chod. Že máte v počítači spyware, poznáte například tím, že se vám náhle sama od sebe změní domovská adresa ve vašem prohlížeči (tj. ta stránka, která se jako první objeví po spuštění internetu), pomalým nabíháním internetu, častým vyskakovaním reklam či nežádoucími ikonami na ploše. Už víme, že správnému fungování spywaru zamezí firewall, ale z počítače ho odstraní antispysware, jako je Ad Aware, Spybot Search & Destroy, Spy Sweeper nebo AVG Anti-Spyware.

Ovšem pro bezpečnost počítače nestačí mít jen nainstalovaný firewall, antivir a antispysware. Patří sem hlavně bezpečné prohlížení internetových stránek. Především nesmíme jako uživatel věřit každému blikajícímu nápisu typu „Klepněte sem, protože jste právě vyhráli“.

Existují totiž stále aplikace, které virové databáze neznají a které se nám v počítači usídlí a začnou škodit i přes veškerou ochranu, kterou máme.

Největší nebezpečí číhá v e-mailech, resp. v přílohách. Důvěřivý uživatel si přečte velice rozumný a přesvědčivý text, klepne na odkaz, a už může být pozdě, protože pro některé aplikace stačí stránku otevřít, a už se vám na počítač zapisují soubory, aniž o tom víte. Stává se též,

že vám přijde e-mail s přílohou, která se tváří jako přihlášení na mailovou schránku, a přitom se jedná o poupravenou verzi, která po vyplnění přihlašovacích údajů odešle jméno a heslo e-mailem útočníkovi.

Nejbezpečnější prohlížení stránek je se zakázaným javascriptem, bohužel ale většina stránek se bez něj zobrazí chybně nebo vůbec.

Proto tedy v zásadě nechodte na pochybné stránky (xxx, warez) a neotevírejte přílohy e-mailů, o kterých nevíte, od koho jsou, a nejste si jisti obsahem.



**firewall – požární zeď – software, který odděluje počítač od okolí**

**antivir – program, který vyhledává viry a snaží se je odstranit, aby byl účinný, musí být stále aktuální**





# Zdravá výživa = prevence civilizačních nemocí

Otázku stravování a výživy řešil již Hippokrates, který definoval její základní principy svým výrokem „Nechť tvá strava je tvým lékem...“. V dnešní době permanentně otevíráme otázky výživy a problémy s civilizačními nemocemi ukazují na velký přebytek energie, tuků, bílkovin a soli v potravě obyvatel rozvinutých zemí. V roce 1988 MUDr. C. Everett Koop, tehdejší ministr zdravotnictví USA, vydal knihu *Výživa a zdraví*, ve které vycházel z několika set epidemiologických studií. Ukazuje v ní, že způsob stravování běžný v USA a Evropě je hlavní příčinou civilizačních onemocnění, kde viníky jsou nasycené tuky a cholesterol konzumované v nadměrném množství. Upozorňuje na to, že největším zdrojem nasycených tuků a jediným zdrojem cholesterolu jsou především potraviny živočišného původu, které jsou ve velkém množství konzumovány namísto potravin bohatých na komplexní sacharidy, jako jsou obiloviny, ovoce či zelenina.

Výsledky současných vědeckých studií definují posun informací a paradigmatu o výživě populace: dieta dlouhodobě založená na rostlinné stravě, tak jako dobře balancovaná vegetariánská dieta, se ukázala více zdraví posilující a zlepšující nežli nemoci způsobující v kontrastu k dietě založené na masu, kde je tomu obráceně (7).

Vegetariánská výživa snižuje až o 50 % riziko DM II. typu (2) či pravidelné užívání ořechů (zvláště vlašských nebo mandlí) výrazně snižuje riziko infarktu myokardu (3).

Již v roce 1990 publikoval MUDr. Ornish výsledky studie, která nastartovala změny v přístupu k prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Ukázal, že strava (dieta) obsahující 30 % celkového energetického příjmu ve formě tuků s obsahem do 300 mg cholesterolu, tak jak ji v té době doporučovala Americká kardiologická společnost, nemá žádný pozitivní efekt na cholesterolemii a aterosklerotické pláty v tepnách. Naproti tomu pacienti konzumující nízkotučnou vegetariánskou stravu s obsahem tuku nižším než 10 % celkového denního energetického příjmu (cca 23 g tuků denně) vykazovali pokles cholesterolemie v průměru až o 40 % a došlo i ke zmenšení aterosklerotických plátů, což ukázalo možnost konzervativního ovlivnění ICHS (9). Evropská doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění z roku 2007 představují základní principy k udržení zdraví v jednoduchém modelu několika čísel:

## 0 3 5 140 5 3 0

0 – Nekouřit

3 – Chůze 3 km denně nebo alespoň 30 minut obdobné průměrné fyzické aktivity

5 – Alespoň 5 porcí ovoce a zeleniny denně

140 – Systolický tlak menší než 140 mm Hg

5 – Hladina celkového cholesterolu < 5 mmol/l

3 – Hladina LDL cholesterolu < 3 mmol/l

0 – Vyvarovat se nadváze a diabetu.

V oblasti všeobecných doporučení pro výživu akceptují lokální kulturní rozdíly, lehce vágně definují principy, ale přesto vyjadřují výsledky studií následovně:

- Energetický příjem nastavte tak, abyste se vyhnuli nadváze.
- Upřednostňujte ovoce, zeleninu, celozrnné pečivo a cereálie, nízkotučné mléčné produkty, ryby a omezte maso.
- Jezte rozličné varianty potravy.
- Nahraďte saturované tuky mono- a polynenasycenými tuky z rostlin a mořských zdrojů tak, abyste snížili celkový tuk pod 30 procent energetického příjmu a maximálně 1/3 tvořily tuky saturované.
- Redukujte příjem soli, pokud máte hraniční TK nebo jeho vzestup – vyhněte se solení jídla nebo užívání soli při vaření, preferujte čerstvé nebo zmrazené nesolené potraviny (mnoho připraveného jídla včetně chleba obsahuje vysoké množství soli).

V oblasti výzkumu nádorů a jejich etiologie v souvislosti s výživou se názory na kvalitu a hodnotu jídla posouvají ještě více. Ukázalo se, že strava bohatá na maso a masné produkty zvyšuje riziko colorectálního adenomu a karcinomu (4) oproti stravě bohaté na ovoce, žlutou a zelenou zeleninu, cibuli i česnek, které toto riziko výrazně snižují (5). Určitě zajímavý je i výsledek výzkumu ukazující na 2,5× vyšší riziko úmrtí na nádory prostaty u mužů s nadváhou a 3,6× vyšší riziko u intenzivních konzumentů všech čtyř následujících potravin: masa, vajec, mléka a sýrů (6) oproti zjištěním, že strava bohatá na zeleninu (speciálně brokolice, květák a rajčata) je spojena s redukcí rizika nádorů prostaty (8). Při hledání otázek na výskyt nádorů plic i u nekuřáků se ukázalo, že když risk ratio nádorů plic byl 1,0 u lidí konzumujících ovoce méně než 3× týdně, tak u lidí konzumujících ovoce 1× denně byl 0,3 a 2× denně byl jen 0,26 (1).

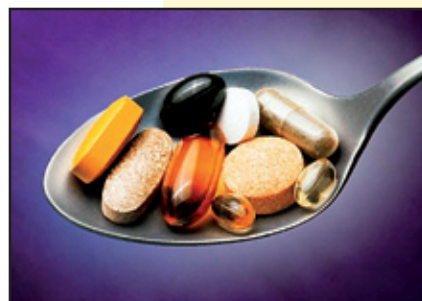
Jak je z již několika zmíněných studií vidět, otázce výživy a prevence civilizačních nemocí se vědci opravdu věnují intenzivně, a tak se pokusíme v několika článcích naší rubriky tato velice aktuální a hodně diskutovaná témata adekvátně přiblížit s odborníky na výživu.

## LITERATURA:

- 1) *American Journal of Epidemiology* 1996; 143: 1181–90.
- 2) *American Journal of Public Health* 1985; 75: 507–12.
- 3) *European Journal of Clinical Nutrition* 1998; 52: 12–6.
- 4) *American Journal of Epidemiology* 1998; 148: 761–4.
- 5) *Am. J. of Clinical Nutrition*, 2007; 86 (6): 1754–1764.
- 6) *Am. J. of Epidemiology* 1984; 120: 244–50.
- 7) *Am. J. of Clinical Nutrition*, 2003, Vol. 78, No. 3, 502S–507S.
- 8) *Journal of the National Cancer Institute*, 2000, Vol. 92, No. 1, 61–68.
- 9) *The Lancet*, 1990, 336: 129.
- 10) *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*, 2007.



posun paradigmatu o výživě



onkologie a výživa



Evropská doporučení pro KV prevenci

# Telefon



## 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
- Filozofická fakulta UK, Praha

**telefon je „vetřelcem do intimity“**

Ano, žijeme ve století, v němž věda kráčí mílovými kroky. Víím, že by bylo směšné zkoušet se nad tímto pokrokem pozastavovat. Ale je na místě položit si otázku, jaké změny přinesou všechny tyto objevy do našich mravů, do naší mluvy a našeho myšlení. Již dnes vidím, že zavádění telefonů a používání telegrafických depeší nás připravuje o vzácné umění, tak vybrané a tak typicky francouzské, jímž je umění dopisu. Tedy umění rozpravy s perem v ruce.

A budeme-li brzy z jednoho konce Paříže na druhý moci hovořit a neodejít přitom ani ze šatny našeho domova, bude dopisní papír brzy dočista zbytečný. Slyšel jsem, že má snad být instalovaných již dvě stě či tři sta aparátů. To znamená osm či devět set osob může nechat svůj kalamář úplně vyschnout! A co až telefonních aparátů bude dva či tři tisíce v celé Paříži. To pak s Pánem Bohem, konec rozprav s perem, papírem a obálkou. To velké město bude připomínat shromáždění lidí stížených hluchotou, kteří cosi vykřikují a hrbí se od rána do večera u toho zvláštního trychtýře, který je prý má spojovat s ostatními. A i když nelze popřít, že jde o vynikající příklad pokroku, přesto se obávám, že utrpí nejen umění dopisu, ale i duch občanství.

Tak těmito slovy vítal pokrok divadelník Jules Clarétie ve svém článku Život v Paříži z roku 1880. Co by chudák musel říkat na dnešní rozšíření mobilních telefonů? Pochopili jste správně, dnes bude řeč o telefonování.

Telefon umožňuje druhého zastihnout v jeho intimě. „Je to s ním jako s loupežným přepadením,“ psal o vyzvánějícím telefonu klasik. „A kdyby Dante psal své dílo s telefonem v předstí, jistě by měl tento přístroj i výjimečné místo v jeho Pekle,“ dodával. Vskutku, tento přístroj totiž vytrhává od činnosti, od soustředění či

odpočinku, z nitra naší intimity. Telefon je sice účinný způsob, jak druhého někde zastihnout, ale může se rychle stát nevídaným a dokonale neuctivým prostředkem. Jak tedy telefonovat slušně a s mírou, zejména těm, jimž jsme povinováni úctou?

Chtělo by se říci, že telefonovat se slušností znamená telefonovat co nejméně, výjimečně. Volat někomu jen proto, že mě zrovna něco napadlo nebo že bych mohl zítra už zapomenout, nemusí být právě dvakrát slušné. Stejně tak do telefonu nesdělujeme „Ted' nemůžu, zavolám za chvíli“, to je snad lepší ani neodpovídat. Telefonní hovor by měl dávat smysl sám o sobě. Proto se musí odehrát ve vhodný čas a musí se předem promyslet a připravit.

Příprava telefonního hovoru znamená, že si ujasníme, co druhému vlastně říci. Nebojte se udělat si krátkou rozvahu, abyste – v případě zvláště významného rozhovoru – složitě nehledali slova. Jejich neobratným hledáním totiž můžete prozradit o sobě mnohem více, než chcete: vyjvíte takovou neutříděnost myšlenek, uvažování či výraziva, že byste nikdy druhému nic podobného sdělit v takové míře nechtěli, a přitom vše již od vás právě slyšel. A totéž platí i při přijímání hovoru. Nestyďte se tedy telefonovat s tužkou a papírem v ruce. Zaznamenané slovo vám ostatně poskytne stopu, vodičko pro interpretaci slyšeného a pomůže, abyste si od druhého vyžádali potvrzení, že jste porozuměli správně, nebo vám usnadní práci, budete-li obsah rozhovoru dohledávat.

U telefonování nesmíme zapomínat na to, že se nemusíme již s druhým spojit, a že tedy nemusíme sdělení vždy pochopit úplně přesně. Proto se nebojme po druhém zopakovat hlavní formulace, aby si rovnou mohl ověřit, že jsme ho pochopili. Ne vše však lze vyřizovat telefonicky. Co se tedy do telefonu nehodí?

Velmi záleží na našem vztahu k druhé osobě. Zpravidla však zprávy o narození, svatbě či smrti někoho blízkého nevyřizujeme telefonem, ale raději písemně, stejně jako i své odpovědi na ně. Do telefonu se nehodí ani dalekosáhlé vyprávění o životě z minulého dne, které z druhého účastníka hovoru může snadno učinit obět spoutanou do našich složitě formulovaných pocitů, v nichž se sami zkoušíme zorientovat, a učiní z těch, kdo se nám nemohou pro obsazenou linku dotelefonovat, zástup tíše trpících.

Stejně tak chceme-li druhému sdělit obsáhlejší zprávu, můžeme se omezit na podstatné, přičemž detaily zasíláme poštou nebo elektronicky.





Pravidla pro telefonování jsou tedy následující: voláme krátce, v časech, které nezasahují do soukromí – v našich krajích zpravidla ne později než ve 21.30 nebo 22 hodin večer. Dokonce lze brát jako závazný i úzus netelefonovat v hodině hlavní zpravodajské relace v televizi, i když to dnes, v době internetu a poklesu sledovanosti televizí, už tolik platit nemusí. Netelefonujeme ani brzy ráno, ani v obvyklém čase jídla či odpočinku.

Při telefonování bychom se měli srozumitelně představit, kdo jsme a proč voláme, a druhého se případně otázat, zda nerušíme, abychom mu dali možnost hovor odmítnout nebo přeložit na vhodnější chvíli. Telefonát by měl ukončovat volající. Nezapomínejme při tom být přesní a šetřit čas: tím nejlépe nejen pomůžeme věci, v níž se na druhého obrácíme, ale také si ostatně připravíme i naše další setkání či spolupráci s ním.

Při telefonování máme též na paměti, abychom nerušili své okolí: volat před ostatními ve vlaku či autobuse a ukazovat jim, jak příjemně se bavíme nebo jak jsme duchaplní či důležití, může být poněkud neuctivé a naopak nám může přinést nedobrou pověst. Měli bychom proto své hovory vyřizovat diskrétně nebo rovnou našeho partnera požádat, aby zavolał později.

V případě, že jsme ve společnosti s někým a doprostřed našeho hovoru zazvoní telefon, nejprve si položíme otázku, zda ten, který je vedle nás, náhodou není důležitější než volající. Občas, když se například prodávající v obchodě přestane starat o klienty pro nějaký – jen na první pohled – neodkladný soukromý či služební hovor v telefonu, bývám z těch, kdo si klade otázku, zda jsem přišel do správného obchodu, a, mám-li na výběr, opouštím zaujatě klábosícího prodáváče s telefonem u ucha mezi prvními a vydávám se nejkratší cestou ke konkurenci. Nezapomínejme totiž, že důležité věci se mnohdy odehrávají především mezi těmi, kdo jsou spolu: jak výmluvně působí dvojice mladých lidí, kteří sice krácejí vedle sebe po chodníku, ale každý z nich vyřizuje něco telefonem s někým docela jiným!

A v práci? Jsme-li vybaveni sekretariátem, který

nám může poskytnout potřebnou pomoc a určitý filtr před volajícími, pak se snažíme, aby se nestal valem, jenž odrazuje i ty, kteří nás slyšet potřebují nebo na jejichž volání čekáme. Sekretariát musí být v jednání slušný, přesný a pohotový. Neměl by rozhodovat, měl by přesně předávat vzkazy. Neměl by všechno řešit, měl by si brát mandát k řešení a operativně posuzovat, zda věc či volající není tak důležitý, že je třeba pohotově předat dále.

A máme-li co do činění se záznamníkem? Zde platí čím méně, tím lépe. Nebojme se být v takovém případě přesní



a struční, může se nám to vyplatit: hned zkraje sdělme jméno, telefonní spojení na nás a předmět našeho telefonátu. Nesrozumitelné, dlouhé a drmolné vzkazy, jejichž význam člověk pochopí i napodruhé stěží, nebo číslo volajícího zahuhlané až v závěru takového dlouhého vzkazu, jsou volajícímu spíše na škodu a ke zlosti než ku prospěchu.

A mobilní telefon? To je kapitola sama pro sebe: v uplynulých

letech se i zde velmi rychle zavedlo, co je a co již není slušné či přijatelné. I zde platí, čím méně, tím lépe. Hlučné zvonění přístroje na veřejnosti, vykřikování do sluchátka ve vagonu vlaku nebo autobusu či posílání SMS zpráv během rozhovoru s druhým nejsou nejlepšími znaky dobrého vychování. Nezapomínejme, že telefon nás má s druhými spojovat a nikoli je od nás vzdalovat. Že rozčilení či emoce nejsou dobrý rádce při přípravě telefonování. Že člověk je nadán rozumem a měl by dvakrát přemýšlet, než promluví. Že slabý signál nebo vybitá baterie není nutně důvodem ke stresu. Naopak, mohou být i důvodem k radosti. A že ticho, umění se odmlčet či diskrétnost jsou hodnotami samy o sobě. V tichu dozrávají podstatné věci. A důležitá rozhodnutí potřebují čas. Rychlé rozhodování a okamžité telefonování podle výkyvů naší mysli tedy může být nedobré nejen pro nás, ale i pro naše blízké.

Pro 21. století plné hluku se může stát, že bude důležité právě ticho. Nejen abychom mlčeli sami, ale abychom také věděli, jak respektovat ticho, v němž se chce nacházet ten druhý. Možná i tak lze hledat odpověď na otázku, jak zůstat slušný s telefonem v ruce.

**nevolejme: večer po 22. hodině, v době oběda, či odpočinku, v době hlavního zpravodajství**

**mobilním telefonem bychom ostatní neměli obtěžovat – zejména hlasitým rozhovorem**



# POEM: Patient oriented evidence that matters

## Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

**fruktóza může zvýšit  
hladinu kyseliny  
močové ovlivněním  
syntézy purinů**

**2 a více nedietních  
soft drinků denně  
zvýší riziko dny 2x**

### Riziko dny je zvyšováno sladkými nealko nápoji

#### • Klinická otázka:

Je konzumace nealko nápojů spojena s rozvojem dny?

#### • Závěr:

**Pravidelná konzumace sladkých nealko nápojů, ovocných džusů nebo ovoce bohatého na fruktózu jako hrozinky, pomeranče a jablka, zvyšuje u mužů riziko dny. Dietní nealkoholické nápoje nebyly spojeny s vyšším rizikem dny. Dva nealkoholické nápoje denně téměř zdvojnásobily pravděpodobnost rozvoje dny, ačkoliv aktuální všeobecná incidence byla méně než 2% během 12 let trvání studie. (LOE = 1b)**

#### • Reference:

Choi HK, Curhan G. Soft drinks, fructose consumption, and the risk of gout in men: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336 (7639):309-312.

#### • Typ studie:

Kohortní (prospektivní)

#### • Financování:

Průmysl + vláda

#### • Prováděcí prostředí studie:

Populace

#### • Synopse:

Karbonované nealko nápoje jsou oslazeny buď umělými sladidly nebo kukuřičným sirupem

bohatým na fruktózu. Fruktóza může zvýšit hladinu kyseliny močové ovlivněním syntézy purinu. Autoři použili data nashromážděná během posledních 20 let v „Health Professionals Follow-up Study“ s cílem zhodnotit spojitost mezi zvýšením incidence dny a zvýšením konzumace nealko nápojů v posled-

ních několika dekádách. Tato pokračující studie zapojila v r. 1986 celkem 51 529 mužů – profesionálních zdravotníků a od té doby dosud stále shromažďuje jejich data. Návrhnost ke kontrolám byla vyšší než 90% v každém dvouletém intervalu. Většina (91%) mužů bylo bílých a byli ve věku mezi 40 a 75 lety v době zapojení do studie. Při použití validovaného dotazníku na četnost jídla, výzkumníci shromáždili data o konzumaci nealko nápojů a to jak o typu nápoje tak o jejich frekvenci konzumace. Žádný z mužů v této analýze neměl na začátku projektu dnu.



**podávání  
glukosaminu  
nesnížilo ani bolest  
ani nezlepšilo stav  
coxartrózy**

Po 12 letech 1,63% mužů ohlásilo rozvoj dny při pravidelných dvouletých prohlídkách. Pravidelné pití nealko slazených nedietních nápojů bylo spojeno se zvýšenou pravděpodobností rozvoje dny s téměř dvojnásobným rizikem při pití více nealko nápojů denně. (relativní riziko = 1.85; 95% CI, 1.08 - 3.16). Riziko dny se také zvyšovalo s konzumací ovocného džusu nebo ovoce bohatého na fruktózu. Body mass index (BMI), pití alkoholu a konzumace mléčných výrobků neovlivňovaly riziko rozvoje dny.

### Glukosamin neúčinný u coxartrózy

#### • Klinická otázka:

Je glukosamin účinný při snižování bolesti a progresu u coxartrózy?

#### • Závěr:

**Glukosamin sulfát byl u pacientů s coxartrózou neúčinný na snížení skóre bolesti nebo na zpomalení progresu zužování kloubní štěrbiny. (LOE = 1b)**

#### • Reference:

Rozendaal RM, Koes BW, van Osch GJ, et al. Effect of glucosamine sulfate on hip osteoarthritis. *Ann Intern Med* 2008;148(4):268-277.

#### • Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)

#### • Financování:

Nadace

#### • Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní(jakékoliv)

#### • Rozdělení:

Tajné

#### • Synopse:

Autoři do studie zapojili 222 pacientů s coxartrózou, kteří byli vybráni ze všeobecných praxí v Holandsku. Pacienti vykazovali skóre pro mírnou až středně těžkou bolest a splňovali klinická kritéria Americké revmatologické společnosti pro osteoartritidu. Ze studie byli vyřazeni pacienti, kteří měli těžké radiografické změny nebo čekali na operační výměnu kloubu. Za použití tajného rozdělení byli pacienti náhodně přiděleni do skupiny, která užívala po dobu 2 let glukosamin sulfát (Nutricia Manufacturing USA) 1500 mg denně nebo do skupiny, kde po stejnou dobu užívali placebo. Polovina pacientů měla středně těžkou osteoartritidu a téměř u 10% během 2 let studie byla provedena výměna kloubu. Průměrné skóre bolesti na začátku studie podle běžně užívaného skórovacího systému pro bolest „Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)“

byla přibližně 32 s možných 100 bodů. Celkově se skóre bolesti podle WOMAC a funkční skóre signifikantně mezi oběma skupinami v průběhu studie nelišily. Podobně i zužování kloubní štěrby progredovalo v obou skupinách podobně během 2 let trvání studie. Ani u pacientů s vyšším stupněm postižení nebyl zjištěn žádný rozdíl ve sledovaných parametrech.

## **Naproxen je účinný u symptomů z nachlazení včetně tlumení kašle**

### **•Klinická otázka:**

Je naproxen účinný při redukci symptomů z nachlazení, obzvláště kašle?

### **•Závěr:**

Projekt „Cochrane review“ zaměřený na akutní kašel dospěl k závěru, že žádný volně prodejný prostředek proti kašli neměl žádný reálný užitek ve srovnání s placebem (Schroeder, K; Fahey, T; Schroeder, Knut. *Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library 2007 Issue 1*. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.). I když tato studie použila metodu arteficiálního vyvolání nachlazení u středoškolských studentů, naproxen signifikantně redukoval symptomy kašle po 4 dnech. Zatímco téměř všechny kašle u pacientů, kteří navštívili lékaře trvaly přibližně 3 týdny, bez ohledu na léčbu, klinici mohou řídi „Žádná medikace se neukazuje jako dobře účinkující, ale u naproxenu se zdá, že je lepší než nic a mohlo by stát za to ho zkusit.“ (LOE = 1b-).

### **•Reference:**

Sperber SJ, Hendley JO, Hayden FG, Riker DK, Sorrentino JV, Gwaltney JM Jr. Effects of naproxen on experimental rhinovirus colds. A randomized, double-blind, controlled trial. *Ann Intern Med* 1992;117(1):37-41.

### **•Typ studie:**

Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)

### **•Financování:**

Průmysl

### **•Prováděcí prostředí studie:**

Ambulantní (specializace)

### **•Rozdělení:**

Nejisté

### **•Synopsis:**

Občas autoři POEMů objeví studii publikovanou před tím než byl napsán první POEM, což se, alespoň mám, zdá relevantní a užitečné i pro dnešní kliniku. Nedávné důkazy podávaj zprávy, že průměrný pacient s obtěžujícím kašlem čeká 9 dnů než navštíví lékaře a kašel trvá dalších 12 dnů bez ohledu na léčbu (Little P, et al. *JAMA* 2005;293:3029-35). Výsledkem



toho je, že mnoho kliniků je frustrováno, když se pokouší pomoci pacientům s přetrvávajícím kašlem. Autoři studie aplikovali intranazálně rhinovirus studentům- dobrovolníkům, kteří byli buď filantropové, masochisti nebo ještě hůře - potřebovali nějaké další kapesné. Účastníci byli lokalizováni na 5 dnů do hotelového pokoje, kde náhodně dostávali (nejisté tajné rozdělení) buď naproxen nebo placebo. Dvě různé dávky naproxenu byly podány ve třech oddělených studiích (400 mg na začátku s pokračováním 200mg 3x denně po dobu 5 dnů, nebo 500 mg na začátku s pokračováním 500 mg 3x denně po dobu 5 dnů). Dobrovolníci zaslepení ke způsobu léčby udávali různé symptomy nachlazení za použití 5-ti bodové Likertovy stupnice, kde 0= bez obtíží a 4= velmi těžké obtíže. Kompletní data byla k dispozici u 79 ( 91%) z původně zařazených 87 dobrovolníků. Nachlazení se vyvinulo u 67% uživatelů naproxenu a u 75% uživatelů placebo (nesignifikanční rozdíl). Celkové skóre symptomů za 5 dnů bylo signifikantně menší u naproxenové skupiny než v placebo skupině. Podle očekávání, největší rozdíl byl u bolesti hlavy, a dosahoval statistické významnosti hned první den. Dvě oddělené metody skórování symptomů potvrdily statisticky významný užitečný efekt naproxenu na kašel začínající od 4. dne. Ačkoliv studie trvala celkově jen 5 dnů, je možné, že užitečný efekt naproxenu může být prodloužen na předpokládaných 16 dalších dnů očekávaného kašle.

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

Připravila MUDr. Jaroslava Laňková

*žádný volně prodejný  
lék proti kašli neměl  
reálný účinek  
ve srovnání s placebem*

*naproxen  
signifikantně  
redukoval symptomy  
kašle po 4 dnech  
podávání*



## Léčba bolesti nevyléčitelně nemocných a umírajících: 6. část – farmakoterapie – pokračování

**Důležitý aspekt, který je třeba při podávání NSAID zohlednit, je paralelní medikace.**

Kombinaci NSAID s ASA nebo s Warfarinem jsme už zmínili v předchozím textu. Z dalších farmak, které považují za nebezpečná při současném podávání s NSAID, zdůrazním Digoxin. Ten je totiž nebezpečný už sám o sobě: jeho dlouhý poločas, schopnost kumulace a arytmogenní vlastnosti bývají podceňovány. Užívá ho velké procento starých pacientů s postižením renálních funkcí, navíc se hladina digoxinu málokdy monitoruje. Při podání NSAID se hladina digoxinu výrazně zvyšuje. Pokud na tuto interakci nemyslíme, často si neumíme poradit s hemodynamicky závažnými arytmiemi, kolapsovými stavy a dyspeptickými potížemi u našich starých nemocných.

Prakticky stejně nebezpečná je interakce NSAID s amiodaronem, kdy stoupá výskyt nebezpečných arytmií. Interakce ze současného podávání tricyklických antidepresiv (TCA) jsou nepříjemné, ale v současnosti, kdy jsou preferována selektivní antidepresiva 3. generace, je vídáme zřídka. Protože je hladina TCA zvýšená, stěžují si pacienti na xerostomii, rozmazané vidění, adynamii, nejistou chůzi, hypotenzi a kolapsové stavy. U nemocných s malignitami jsou relativně často podávána antikonvulsiva, buď jako prevence sekundární epilepsie při ložiskovém poškození mozku, nebo jako součást analgie při řešení neuropatické bolesti. U těchto stavů jsou prakticky vždy ve hře také kortikoidy.

**Proto je nutné myslet na nebezpečné interakce s NSAID:**

Kortikoidy obecně zvyšují hladinu NSAID a výrazně potencují oboje NÚ.

Fenytoin zvyšuje hladinu NSAID. (Poznámka mimo kontext: fenytoin zvýší též hladinu ASA!)

Karbamazepin zvyšuje hladinu NSAID.

Phenobarbital zvyšuje hladinu NSAID.

**Bezpečný při podávání NSAID je zřejmě diazepam, i při dlouhodobém podávání.**

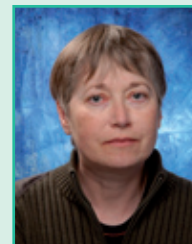
NSAID zvyšují účinky perorálních antidiabetik, někdy až k náhlé hypoglykemii.

NSAID snižují účinek diuretik (viz „nefrotoxicita“).

NSAID zvyšují obecně všechny nežádoucí účinky neuroleptik, ale především těch starých skupin, tedy fenothiazinů a butyrofenonů. Málokdy si uvědomíme, že též prothazin nebo torecan je chemicky podobný fenothiazinovému neuroleptiku.

NSAID obecně zvyšují riziko deliria! Pokud svému starému zmatenému pacientovi vysadím NSAID a dostatečně ho zavodním, zvládnou někdy jeho stav elegantněji než nejmodernějším antipsychotikem.

**NSAID v kombinaci se silnými opioidy je dobrá a účinná léčba bolesti, která nám výrazně rozšiřuje možnosti zvládat nádorovou bolest, ale je nutno myslet na větší riziko CNS toxicity vzniklé kumulací toxických metabolitů.** Někdy bývá lékař překvapen, když nemocný dlouhodobě stabilizovaný na adekvát-



MUDr. Marie Goldmannová

**nebezpečné interakce s NSAID**

**NSAID + silné opioidy = dobrá a účinná léčba bolesti**

# Dílek s Vámi

**JEDINEČNÁ KLINICKÁ ZKUŠENOST**

**VÍCE NEŽ 700 milionů APLIKOVANÝCH NÁPLASTÍ CELOSVĚTOVĚ**

**JEDINEČNÁ KLINICKÁ ZKUŠENOST**

**JEDINEČNÁ KLINICKÁ ZKUŠENOST**

**JEDINEČNÁ KLINICKÁ ZKUŠENOST**

**JISTOTA PRO LÉKAŘE I PACIENTA**

**Durogesic®**  
fentanyl transdermal system

**JANSSEN-CILAG**  
a Johnson & Johnson company  
myslíme na vaše zdraví

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉKU DUROGESIC 12 µg/h, 25 µg/h, 50 µg/h, 75 µg/h, 100 µg/h. Transdermální matricová náplast zajišťující po 72 hodin plynulý systémový uvolňování fentanylu, silného opioidního analgetika. Indikace: tlumení chronických bolestí a úporných bolestí vyžadujících dlouhodobé plynulé podávání opioidních analgetik. Dávkování: převedení pacientů s tolerancí k opioidům od perorálních nebo parenterálních opioidů se řídí předpočtem ekvivalenčních dávek; analgetický účinek první dávky nebude v prvních 24 hodinách optimální. Z tohoto důvodu by prvních 12 hodin po předvedení na DUROGESIC měl pacient užívat předchozí pravidelnou dávku analgetik. Další 12 hodin by měla být analgetika podávána dle klinické potřeby. Jestliže není úroveň analgie dostatečná po první aplikaci, lze dávku po 3 dnech zvýšit a každé 3 dny korigovat. U opioid-naivních pacientů se doporučuje titrace s nízkými dávkami opioidů do dosažení ekvivalenční dávky přípravku DUROGESIC 25 µg/h; dle potřeby titrována oběma směry pomocí náplasti 12 nebo 25 µg/h. Pediatrickým pacientům pouze s tolerancí k opioidům (ve věku 2–16 let), kteří již užívají nejméně 30–45 mg perorálních ekvivalentů morfinu/den. Po odstranění náplasti klesají hladiny fentanylu postupně a může trvat 17 i více hodin, než sérové koncentrace fentanylu klesnou na polovinu. Přerušeni analgie opioidy má probíhat postupně z důvodů prevence abstinenčních příznaků. Kontraindikace: precitlivělost k fentanylu nebo adhezivním prvkům v náplasti. Zvláštní upozornění: Nepoužívat ke zvládnutí akutní nebo pooperační bolesti a u dětí mladších 2 let. Pacienti, u nichž se projevil závažné nežádoucí účinky, mají být po odstranění náplasti ještě 24 hodin monitorováni. Zvýšenou pozornost věnovat pacientům s CHOPN, zvýšeným intrakraniálním tlakem, bradyarytmiemi, poruchami jaterních a renálních funkcí, horečkou či starším pacientům, ve velmi vzácných případech významná respirační deprese. Zaměnitelnost transdermálních přípravků s obsahem fentanylu různých obchodních značek není u jednotlivých pacientů možná. Interakce: současné podání jiných léků s tlumivým účinkem na CNS může navodit aditivní tlumivé účinky – hypoventilaci, hypotenzi a hlubokou sedaci, kóma nebo úmrtí. Nutný mimořádný dohled při současném podávání s inhibitory CYP3A4, nebo s IMAO. Těhotenství a kojení: fentanylní prochází placentou a může způsobit respirační deprese novorozence, je vylučován do mateřského mléka. Schopnost řízení: může narušit duševní a/nebo fyzickou schopnost nutnou pro provádění potenciálně rizikových činností. Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, somnolence, závrať, insomnie, zácpa; jako u ostatních opioidních analgetik může dojít po opakované aplikaci k rozvoji tolerance, fyzické a psychické závislosti. Opioidní abstinenční příznaky (např. nauzea, zvracení, příjem, úzkost a třes) jsou možné, zejména při náhlém ukončení léčby. Předávkování: Nejvýznamnějším projevem je respirační deprese. Při jejím výskytu je nutné odstranění náplasti, stimulace nemocného, dle potřeby podání naloxonu. Držitel registračního rozhodnutí: Janssen-Cilag s. r. o., Karla Engliše 3201/6, 150 00 Praha 5, Česká republika. Registrační číslo: 65/059/06–C, 65/716/97–C, 65/717/97–C, 65/718/97–C, 65/719/97–C. Skladování: Chránit před vzdušnou vlhkostí. Balení: obsahují 5 individuálně balených náplastí. Datum revize textu: 26. 9. 2007. Přípravek podléhá ustanovením zákona o návykových látkách; pouze na zvláštní lékařský předpis; je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Podrobné informace v Souhrnu údajů o přípravku, v příbalové informaci nebo na uvedené adrese.

JANSSEN-CILAG, KARLA ENGLIŠE 3201/6, 150 00 PRAHA 5 – SMÍCHOV, TEL.: 227 012 222, FAX: 227 012 275 www.janssen-cilag.cz



## perkutánní aplikace NSA

**v paliativní medicíně téměř neexistuje indikace k muskulárnímu podání analgetika**

**lokální použití injekčního roztoku NSAID**

**indometacin má nejsilnější, rychle nastupující efekt, ale i výrazné nežádoucí účinky**

**ibuprofen je nepochybně nejbezpečnější a nejlépe tolerovaný preparát z NSAID**

ní dávce opioidu, lucidní, orientovaný, bez kognitivního deficitu, se výrazně zhorší po přidání běžné dávky NSAID. Objeví se například nevysvětlitelná slabost, adynamie, spavost, vertigo s pády, vzácně i halucinace a křečové stavy.

Odborníci v zahraničí při nutnosti kombinace s NSAID preferují oxykodon v malých, pomalu stoupajících titrováních dávkách. Údajně nebyly pozorovány nežádoucí účinky. Naše pracoviště nemá dostatečné zkušenosti ani dost pacientů k tomu, aby mohlo tento údaj komentovat.

Kombinace NSAID a tramadolu se jeví jako zcela bezpečná.

**Obecnou kapitolu o společných vlastnostech NSAID končíme třemi obecně platnými pravidly a jedním „paliativním“ poznatkem zacíleným vysloveně na dobrou léčbu terminálních pacientů:**

- 1) NSAID jsou při standardním dávkování v zásadě stejně účinné, ale rozdíly v jejich nežádoucích účincích jsou velké.
- 2) Mezi pacienty jsou velké rozdíly v individuální reakci, účinnosti a snášenlivosti, takže se nelze vyhnout postupu metodou „pokus–omyl“.
- 3) V praxi má smysl zkusit jeden preparát, eventuálně v různých lékových formách. Pokud nezabere, mělo by se zvolit druhé NSAID, ale z odlišné chemické skupiny. Pokud nenastane efekt, je nutno přejít k jinému typu analgetika.

Je-li v mé péči pacient starý či terminálně nemocný, velmi zvažuji nasazení NSAID s dlouhým poločasem a tendencí ke kumulaci. Kontroluji a hodnotím ostatní podávaná farmaka. Redukuji doporučené dávkování, zvláště při jaterní a renální insuficienci, hypoalbuminemii, těžké městnavé kardiální chorobě a dysrytmii. Raději zvolím paracetamol, opioid nebo jejich kombinaci.

**V mobilním hospici je výběr NSAID i způsob jejich podávání trochu odlišný od všeobecných doporučení:**

**V paliativní medicíně prakticky neexistuje indikace k muskulárnímu podání analgetika.**

Absolutní přednost má cesta podání per os.

Teprve při nemožnosti zajistit tedy spolehlivé dávkování volím jinou cestu podání, a to vždy tu nejméně invazivní z možných.

NSAID většinou nelze podávat sub cutis, jsou totiž skoro vždy kyseliny, navíc s krystalickou strukturou. Podkožní podání je proto bolestivé a často vznikají infiltráty, které se jen pomalu resorbují.

Intravenózní podání NSAID u nemocných v terénu se prakticky neužívá. Je-li tedy skutečně nutné zvolit tuto lékovou skupinu k rychlému zvládnutí akutní, prudké, silné bolesti, podáme lék pomalu, hluboko intragluteálně, většinou jednorázově. Výjimečně lze dávku ještě jednou opakovat, vždy kontralaterálně.

Ampule s roztoky NSAID však lze dobře využít lokálně, při topickém ošetření některých bolestivých nádorových ran a otevřených defektů. Všechna NSAID totiž mají lipofilní charakter, takže se mohou navázat na ranné plochy. Je logické, že takto nelze ošetřovat ránu nekrotickou nebo zcela suchý defekt. Ten je nutno nejdříve smáčet fyziologickým roztokem a kryt gelovým obvazovým materiálem. NSAID smíme použít pouze v těch ranách, které apriorně nemají šanci na zhojení. Nesmí se totiž zapomínat, že všechny NSAID výrazně zpomalují hojení ran.

Perkutánní podání NSAID (mast, krém, gel...) při intaktním kožním krytu je široce rozšířené a používané při mnoha bolestivých stavech spojených s degenerativ-

ními chorobami či drobnými traumaty. Ve stejné indikaci je využíváme i u terminálně nemocných.

Analgetický efekt perkutánní formy je závislý hlavně na lipofilní schopnosti farmaka, na volbě správného vehicula a eventuálně na detailní volbě aplikace (poklepová masáž, vtírání, okluzní krytí...).

## Poznámky k jednotlivým farmakům:

### b-I: deriváty kyseliny octové:

#### b-I-1) diclofenac

Známý, široce používaný. Jeho analgetický efekt nastupuje za 30 minut. Na trhu je k dispozici mnoho perorálních preparátů, jak s rychlým nástupem, tak v retardované formě. V mobilním hospici využíváme preparáty perorální, dávkuje většinou do 150 mg za 24 hod. Nejvyšší jednotlivá dávka je 100 mg.

Rektální formu využíváme nejčastěji večer, k zajištění klidného bezbolestného spánku, v dávce maximálně 100 mg.

Pokud je nutno podat diclofenac muskulárně, ponecháváme 75 mg bolusově. Pouze „v nouzi nejvyšší“ výjimečně lze aplikovat 100 mg i. m. jednorázově.

Perkutánní aplikace je běžně používaná. Musíme však vědět, že při aplikaci na větší plochu mohou vzniknout klasické nežádoucí účinky.

#### b-I-2) indometacin

Je nejen nejsilnější inhibitor cyklooxygenázy, ale předpokládají se u něj ještě některé další mechanismy analgetického účinku. Má nejsilnější, rychle nastupující efekt, ale výrazné nežádoucí účinky a je hůře tolerován. Bezbolestný interval trvá většinou 8 až 12 hodin. Viděli jsme po něm zřetelné postižení CNS: závratě, tinnitus, poruchy sluchu, xerostomie, cefaleu, dysforii až depresivní stavy, vzácně i halucinace, generalizované křeče a synkopu.

Jedenkrát jsme u nemocného, který ho užíval zřejmě několik let, řešili delirantní syndrom. Při očním vyšetření byla konstatována retinopatie, údajně též jako následek dlouhodobého užívání indometacinu v čípcích.

V mobilním hospici jej ordinujeme ke krátkodobému užívání v čípcích, do maximální dávky 100 mg za den, v jedné nebo dvou dávkách. Preferujeme ho u nezvládnutých bolestí z kostních metastáz a u záchvatu dny (je to velmi častá komplikace rozpadu nádorových hmot a také běžný symptom u krevních maligntit).

### b-II: deriváty kyseliny propionové:

#### b-II-1) ibuprofen

Je nepochybně nejbezpečnější a nejlépe tolerovaný preparát z NSAID. Má zřetelně nejmenší toxicitu pro gastrointestinální trakt, ostatní systémy jsou však ohroženy jen o něco méně než při jiných NSAID. Jeho analgetický efekt je zřetelný už při 3× 400 mg, a to za 15 až 20 minut, kdežto protizánětlivý účinek lze očekávat až při dávce 400–800 mg po 6 hodinách. Většinou nezajistí analgezií na déle než 8 hodin. Snažíme se nepřekročit denní dávku do 2500 mg. V nouzi jej lze podat hluboko nitrovalově, maximální bolusová dávka je 1000 mg, s cílem dosáhnout rychlého efektu jednorázově.

Ostatní jeho vlastnosti a užití jsou všeobecně známé.

#### b-II-2) ketoprofen

Má dle našich zkušeností nejlepší efekt při podávání topicky do otevřených ran. Také dobře proniká do periartikulárních prostor a údajně je šetrný ke chrupavce. Je to jediné NSAID, které jsme s úspěchem použili k dosažení dlouhodobější analgezie v malé podkožní infuzi subkutánně, aniž nemocný hlásil nepříjemný vjem a aniž se tvořil infiltrát. Biologický poločas je relativně dlouhý (asi 14 hodin).

Při podávání per os dodržujeme běžné dávkování,



tedy 100 mg 2 až 3× denně, někdy ho pacient užije jen bolusově v čípku 100 mg večer. Pokud je nutné jednorázově aplikovat lék muskulárně, k obsahu ampule přidáváme 2–3 ml fyziologického roztoku a injekce se zavede hluboko intragluteálně, s pomalým průnikem farmaka do tkáně.

#### b-II-3) kyselina tiaprofenová

Běžně známá jakožto Surgam, má velmi krátký biologický poločas. Dodržujeme obvyklé dávky buď 300 mg po 8 hodinách, nebo v retardované formě po 12 hodinách. Maximální dávka je 1200 mg za 24 hodin. Naši pacienti jej většinou užívají jen na noc, a to 300 mg. Ve skupině našich nemocných jsme 2× zaznamenali urtik, která zmizela po vysazení.

#### **b-III: oxikamy**

##### b-III-1) piroxicam

Má zřetelně největší toxické účinky na trávicí trakt. Obecně všechny oxikamy tlumí spíš bolest než zánět. Mají dlouhý biologický poločas, takže se výrazně kumulují. Nejsou tedy vhodné u gerontů a pacientů s poruchou renálních funkcí. Například piroxicam má biologický poločas až 70 hodin a jeho analgetický efekt nabíhá pomalu. Navíc má malou terapeutickou šíři. V mobilním hospici jej nenasazujeme. U nemocné, která již užívala piroxicam dříve, jsme pozorovali fototoxickou reakci s rašem a rozvojem bulózní dermatitidy na osluněných plochách, naštěstí reverzibilní po vysazení preparátu.

Několik našich pacientů však užívalo a dobře snášelo Flamexin effervesens, v dávkách 10 až 20 mg ráno nebo před spaním, aniž vznikly nějaké subjektivní potíže.

Zvláštní postavení mezi oxikamy zaujímá preparát Hote-min, který je velmi dobře rozpustný ve vodě a nechová se jako krystaloid. Při podání per os je efekt spuštěn žaludečním chemismem a absorpce v tenkém střevě je rychlá a masivní. Analgetický účinek nastoupí už za 30 minut (!) a trvá až 24 hodin (samozřejmě má velmi dlouhý biologický poločas, až 40 hodin). Maximální iniciační dávka je 40 mg, poté přecházíme na dávkování 20 mg za 24 hod. Lze ho podat při akutním dněm záchvatu 20 mg parenterálně, a to opět hluboko intragluteálně. Většinou k obsahu ampule přidáváme 1 ml fyziologického roztoku ke zmírnění místní reakce.

Máme však tak malý soubor pacientů, že toto sdělení má pouze kazuistickou hodnotu.

##### b-III-2) meloxicam

Je široce používaný například v preparátech Movalis, Recoxa a dalších. Chová se jako preferenční COX-2 inhibitor, takže nebývá provázen gastrointestinálními obtížemi. Nástup analgetického účinku je však dost pozdní (většinou kolem 90 minut), má velmi dlouhý biologický poločas a běžně je podáván v jedné dávce 15 mg za 24 hodin. Ve stejné dávce jej lze používat v rektální formě, dlouhodobě. Drží stabilní hladinu v krvi a nezažili jsme, že by vzniklo lokální podráždění konečníku. V nouzi jsme jej asi pětikrát podali hluboko gluteálně, bolusově 15 mg. Výhodou je snad jen malý volum injekce (1,5 ml roztoku oproti například Dolmině s 3 ml roztoku).

##### b-III-3) lomoxicam

Jsmo několikrát použili v perorálním preparátu Xefo, a to v doporučeném dávkování do 16 mg za 24 hodin, rozděleně do 2 nebo 3 dávek. Lomoxicam je na trhu i ve formě k přípravě injekcí, ale náš mobilní hospic s ním zatím žádnou zkušenost nemá.

#### **b-IV: ostatní NSAID:**

Z nich používáme v mobilním hospici jen malou skupinu farmak, která jsou šetrná pro gastrointestinální trakt.

##### b-IV-1) nabumeton

Má dobré vlastnosti selektivního COX-2 inhibitoru. Jeho výhodou je fakt, že se podává v perorální formě tzv. pro-drug, takže účinný metabolit vzniká až po průchodu játry. Podáváme preparát Relifex 500 mg v jedné dávce, většinou 1 až 2 g na noc.

Údajně proniká do synoviální tekutiny nejvíce ze všech NSAID.

##### b-IV-2) nimesulid

Se chová jako COX-2 preferenční léčivo, opět se jedná o tzv. pro-drug látku, která se chová šetrně k zažívacímu systému. Jeho analgetický efekt nastoupí většinou do 45 minut a přetrvá až 10 hodin. Též je účinný i při intraartikulárních zánětech.

Používáme většinou preparáty Aulin v tabletách či granulátu k přípravě nápoje, a to v dávce 100 mg po 12 hodinách. Ve stejném dávkování je podáván i Mesulid nebo Coxtral.

**kyselina tiaprofenová  
má velmi krátký  
biologický poločas**

**piroxicam má zřetelně  
největší toxické účinky  
na trávicí trakt, tlumí  
spíš bolest než zánět,  
má dlouhý biologický  
poločas**

**nástup analgetického  
účinku movalisu je  
pozdější - kolem  
90 minut, o to má ale  
delší biologický poločas**

**analgetický efekt  
nimesulidu nastupuje  
do 45 minut a přetrvá  
až 10 hodin**

**pokračování příště**

## 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:** Přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky, akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, centrálně působícími analgetiky, opiáty a psychofarmaky. Zvýšené opatnosti je třeba při jaterním nebo ledvinovém selhání. Pacienti současně léčení inhibitory MAO nebo ti, kteří byli inhibitory MAO léčení v posledních 2 týdnech. Tramadol nesmí být podáván jako dlouhodobá léčba v průběhu kojení, to je děle 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 léčení přípravky, jež mohou útlum respirace způsobit. **Nežádoucí účinky:** Ospalost, únava, závrať, suchost v ústech, pocení, nauzea, zvracení, zácpa. Ostatní nežádoucí účinky (ojediněle): změny krevního tlaku, křeče, alergické kožní nebo i anafylaktoidní reakce. **Dávkování:** Dospělá 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...

**Jaké jsou  
Windows Vista?**

**Dotaz:**

**Děkuji za vaši rubriku PC a doktor, dovoluji též malý dotaz k počítačům. Jsem ale úplný laik, tak snad není můj dotaz příliš hloupý. Chci si koupit nový notebook, ale zjistila jsem, že se již téměř vůbec neprodávají se „starými“ Windows (XP), ale pouze s těmi novými Vista. Bojím se, že opět nebudu vědět, co s nimi dělat, horko těžko umím se starými... Mám se jich tedy bát, nebo ne? Jaké jsou mezi nimi rozdíly? A. K.**

**Odpověď:**

Windows Vista na první pohled vypadají uživatelsky příjemně a přinášejí běžnému uživateli i řadu usnadnění a vylepšení. Zaujme grafický vzhled, průhlednost a efekty. Ovšem jedna z velkých nevýhod oproti XP je pomalejší načítání (bootování) – jak při zapínání a vypínání počítače, tak i při hibernaci a obnově z hibernace. Pro srovnání: u Windows XP se systém načte za několik málo desítek sekund, kdežto u Visty to může trvat i několik minut. A i při spouštění jednotlivých aplikací je třeba čekat o něco déle než u „XPček“. To ovšem platí, pokud máte

paměť RAM menší než 2 GB. Vista je na paměť náročná, proto se vyplatí ji mít opravdu jen na nových a moderních počítačích, a pokud budete mít RAM tak 2 GB a více, systém poběží až překvapivě hladce a rychle. V opačném případě bude systém a aplikace spíše brzdit. Ale abych tady jenom nekydal hnůj – „Visty“ oplývají velmi dobrými programy, sedmá verze exploreru (program, který zprostředkuje připojení k internetu) obsahuje oproti předchozí verzi řadu vylepšení. Kancelářský balík programů MS Office je výrazně vylepšený a práce v nich znamená větší pohodlí a mnoho vestavěných funkcí.

Sečteno a podtrženo, jsou „Visty“ pro běžného uživatele opravdu pěkně zpracované, i když ze začátku může být orientace v práci s diskem problematická a nepřehledná. Na druhou stranu mají vysoké nároky na hardware. Ale za pár měsíců už bude několikagigová paměť vcelku běžná. „Visty“ tedy rozhodně budoucnost mají, koneckonců i o Windows XP se říkalo, že jsou oproti Windows 98 znatelně horší a že se nebudou používat.

Ondřej Tůma, IT konzultant

**Visty jsou  
mnohem náročnější  
– minimální operační  
paměť (RAM) je 1 GB  
vhodná spíše 2 GB**

### Aktuality...

#### První sexuální zkušenost bývá nechráněná

Tři čtvrtiny českých žen stále věří, že se po antikoncepci tloustne.

Jen polovina mladých párů používá při prvním pohlavním styku nějakou antikoncepci. Jedním z důvodů je jejich nedostatečná příprava na sexuální život. Jak totiž vyplynulo z nového výzkumu Evropské společnosti pro antikoncepci (ESC) o sexuálním chování českých žen, 44 procent dívek získává první informace od kamarádek. O sexualitě, možnostech antikoncepce a pohlavně přenosných chorobách mluví se svými dcerami pouhá čtvrtina rodičů. Jen desetina žáků získá informace ve škole. Výzkumu se zúčastnilo 1011 žen ve věku od 15 do 50 let.

„Úroveň sexuální osvěty na školách podléhá osobnosti učitele. Zatímco někde je na vynikající úrovni, jinde je odyta jednou přednáškou odborníka o menstruaci,“ tvrdí prof. PhDr. Petr Weiss, klinický psycholog Sexuologického ústavu VFN a 1. LF v Praze a člen organizačního výboru 10. kongresu ESC, a dodává: „Právě škola a rodina by však měly být těmi hlavními zdroji informací. Namísto toho jsou jimi kamarádky. Právě v tom vidím pravděpodobně příčinu přežívání různých pověr a mýtů v oblasti sexu a ochrany před nechtěným těhotenstvím či nákazou pohlavně přenosnými chorobami.“

První pohlavní styk má více než 90 procent žen do 20 let věku, nejčastěji v 17 (27 procent) či v 18 (22 procent) letech. Více než 90 procent dotázaných rovněž navštívilo ve věku do 20 let poprvé gynekologa. Nejčastějším důvodem byla preventivní prohlídka (31 procent) a žádost o předpis antikoncepce (16 procent). Nejčastěji využívanou ochranou před nežádoucím otěhotněním je při prvním styku kondom. Uvedlo to 39 procent respondentek. „Ve srovnání se situací v devadesátých letech minulého století se dnešní dív-

ky chovají určitě zodpovědněji než jejich matky,“ konstatuje psycholog. Přesto je však fakt, že 38 procent dívek při prvním styku nepoužilo antikoncepci žádnou, alarmující.

Sexuálně aktivní ženy a dívky považují antikoncepci za přirozenou součást života. Celkem 91 procent žen souhlasí s tím, že jde o formu moderního plánování rodiny. Více než tři čtvrtiny dotázaných využívají hormonální antikoncepci, v době fertility ji volí až 40 procent z nich. Další 13 procent dává přednost kondomu. V případě nutnosti by ho však bylo stejně jako antikoncepci ochotno využít téměř 80 procent dotázaných. Naopak výpočtu plodných a neplodných dní věří v České republice už jen 5 procent žen. „Jde o dlouhodobě pozitivní trend,“ soudí prof. Weiss a vysvětluje: „Po roce 1989, kdy se u nás stala hormonální antikoncepce dostupnější, stoupl počet jejích uživatelů víc než dvojnásobně, zatímco počet interrupcí klesl o tři čtvrtiny.“

O zdravotních kladech hormonální antikoncepce jsou ženy poměrně dobře informovány. V souvislosti s jejím užíváním se pak nejvíce obávají přibývání na váze. Tuto dávno vyvrácenou pověru uvedlo mezi negativními účinky hormonální antikoncepce 78 procent z dotázaných. Deprese jmenovalo 43 procent, žilní trombózu 38 a vysoký krevní tlak 33 procent respondentek.

Výzkum ESC zahrnoval i postoje žen k potratům. Celých 60 procent z nich se domnívá, že rozhodnutí o interrupci je svobodnou volbou každé ženy. S interrupcí ze zdravotních či sociálních důvodů souhlasí 21 procent žen. Absolutní nesouhlas s umělým přerušением těhotenství vyslovila pouhá 4 procenta respondentek.

Výzkum o sexuálním chování žen realizovala pro ESC výzkumná agentura Opinion Window na podzim roku 2007.



## Vyhláška o zdravotnické dokumentaci

Vážené kolegyně a kolegové,  
neustále se množí dotazy o správnosti vedení a obsahu zdravotnické dokumentace či možnosti nahlížení do ní, která jediná nás chrání před potenciálními aktivitami právníků či advokátů. Proto přinášíme její aktuální znění.

Podtržené čarou jsou důležité informace – **tučně je komentář redaktora** – **barevně jsou platné novinky** zákona č. 111/2007 Sb., ze dne 19. dubna 2007, kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

### Zdravotnická dokumentace § 67b

(1) Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci.

(2) Zdravotnická dokumentace obsahuje

a) osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy,  
b) informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče.

(3) Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo (tj. na každém listu papíru v kartě musí být minim. rodné číslo a IČP).

(4) Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně; je průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Opravy ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí zůstat čitelný.

(5) Zdravotnická dokumentace může být vedena na záznamovém nosiči ve formě textové, grafické nebo audiovizuální. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci musí být vedeny v listinné formě nebo elektronické formě. Údaje ze zdravotnické dokumentace lze z listinné formy přepsat do elektronické formy pouze za podmínky, že bude zároveň uchována listinná forma.

(6) Zápis zdravotnické dokumentace na paměťové médium výpočetní techniky, který neobsahuje zaručený elektronický podpis (tj. běžné užívání počítače bez elektron. podpisu), se převede na papírový nosič (tiskovou sestavu), opatří se datem a podpisem osoby, která zápis provedla, a zařadí se do zdravotnické dokumentace pacienta. Přitom jednotlivé tiskové sestavy se považují za samostatné části zdravotnické dokumentace.

(7) Pokud se vede zdravotnická dokumentace

pouze na paměťových médiích výpočetní techniky, lze zápis zdravotnické dokumentace provádět jen za těchto podmínek:

- a) všechny samostatné části zdravotnické dokumentace obsahují zaručený elektronický podpis osoby, která zápis provedla, podle zvláštního právního předpisu,<sup>11d)</sup>
- b) bezpečnostní kopie datových souborů jsou prováděny nejméně jednou za pracovní den,
- c) po uplynutí doby životnosti zápisu je zajištěn opis archivních kopií,
- d) uložení archivních kopií, které jsou vytvářeny nejméně jedenkrát za rok, je provedeno způsobem znemožňujícím do nich provádět dodatečné zásahy.

(8) Při uchovávání archivních kopií dat na paměťových médiích výpočetní techniky musí být zajištěn přístup k datům a jejich čitelnost (použitelnost) nejméně po dobu, která je předepsána pro archivaci zdravotnické dokumentace.

(9) Práva a povinnosti při zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče se řídí zvláštním zákonem.<sup>11b)</sup>

(10) Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence

a) **zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci<sup>11m)</sup> v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,**

b) pověření členové příslušné komory<sup>10)</sup> při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory,

c) revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,<sup>11e)</sup>

d) soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy,

e) lékaři správních úřadů ve zdravotnictví pověřeni vyřizováním konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,

f) lékaři pověřeni **ministerstvem zdravotnictví nebo krajem** k vypracování odborného stanoviska k vyřizování konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,

g) lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,<sup>11f)</sup>

h) členové znaleckých komisí,

i) pověřeni zdravotničtí pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví,



informace připravil  
MUDr. Jozef Čupka,  
odborný redaktor časopisu

**elektronická archivace  
bez papírového  
nosiče možná pouze  
s elektronickým  
podpisem**

**aby mohli studenti  
a stážisté nahlížet do  
dokumentace pacienta,  
musí pacient toto  
písemně povolit**

**pacient může nahlížet  
do zdrav. dokumentace  
pouze v přítomnosti  
zdravotnického  
pracovníka**

**pacient má právo  
na pořízení výpisů, opisů  
nebo kopií zdrav.  
dokumentace  
do 30 dnů po podání  
písemné žádosti**

**povinnost předat  
přebírajícímu lékaři  
všechny informace  
potřebné pro zajištění  
návaznosti poskytování  
zdravotní péče**

- j) lékaři orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely dávek a služeb sociálního zabezpečení, důchodového pojištění, státní sociální podpory, lékaři úřadů práce pro účely zaměstnanosti, lékaři odvodních a přezkumných komisí pro účely odvodního a přezkumného řízení a lékaři určení obecním úřadem obce s rozšířenou působností pro účely civilní služby; povinnosti zdravotnických zařízení vůči orgánům sociálního zabezpečení ve věcech zdravotnické dokumentace stanoví zvláštní právní předpis,<sup>11h)</sup>
- k) zaměstnanci státu ve zdravotnických zařízeních, zaměstnanci příspěvkových organizací, které jsou zdravotnickými zařízeními, a zaměstnanci provozovatelů dalších zdravotnických zařízení zabezpečující pro tato zařízení zpracování osobních údajů<sup>11b)</sup> při vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací nebo sledování a vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče,
- l) zaměstnanci státu v organizační složce státu (§ 67c odst. 3), která zajišťuje plnění úkolů NZIS, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů<sup>11b)</sup> a informací o zdravotním stavu obyvatelstva, a zaměstnanci pověřeného (§ 67c odst. 3) nebo stanoveného zpracovatele, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů<sup>11b)</sup> a informací o zdravotním stavu obyvatelstva,
- m) pověřené zdravotnické zařízení v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,<sup>10b)</sup>
- n) Veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením podle zvláštního zákona tak, aby byla zajištěna ochrana citlivých údajů třetích osob,
- o) inspektoři Ústavu pro odborné zjišťování příčin leteckých nehod v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,<sup>11g)</sup>
- p) zaměstnanci Státního ústavu pro kontrolu léčiv, kteří provádějí kontrolu v rámci své působnosti stanovené zvláštními právními předpisy.<sup>5b) 5c)</sup>

Osoby, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace, mají též právo na pořízení jejich výpisů, opisů nebo kopií v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby splnění konkrétního úkolu. (!!!) (11) Osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (**studenti a stážisté**) mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze v rozsahu nezbytně nutném a u pacientů stanovených pověřeným zdravotnickým pracovníkem zdravotnického zařízení, které zabezpečuje praktickou výuku osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání; k nahlížení do zdravotnické dokumentace takových pacientů je třeba jejich písemného souhlasu, případně souhlasu jejich zákonných zástupců. Souhlasu pacienta není třeba, není-li možné jej získat vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Osoby získávající způsobilost podle věty

prvé jsou povinny o skutečnostech, o nichž se ze zdravotnické dokumentace dozvěděly, zachovávat mlčenlivost.

(12) Pacient má právo

a) na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu; v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

b) v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do dokumentů uvedených v písmenu a); v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může nahlížet do záznamů týkajících se popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

c) na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů uvedených v písmenu a); v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těch částí dokumentů, které se týkají popisu příznaků, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

d) určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí; pacient při určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu, zároveň určí, zda této osobě náleží též práva podle písmen b) a c); pacient může určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat; právo pacienta na určení osoby nebo na vyslovení zákazu se nevztahuje na postup podle odstavců 10 a 11 a dále na podávání informací a na právo nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo na pořizování výpisů, opisů nebo kopií podle zvláštních právních předpisů upravujících poskytování zdravotní péče, popřípadě činnosti související se zdravotní péčí; jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké.

(13) V případě změny ošetřujícího lékaře je dosavadní lékař povinen předat nově zvolenému lékaři všechny informace potřebné pro zajištění návaznosti poskytování zdravotní péče.

(14) Při zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení<sup>11i)</sup> nebo zániku nestátního zdravotnického zařízení úmrtím zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem, je provozovatel zdravotnického zařízení, kterému byla zrušena registrace, nebo ten, kdo žil se zemřelým zdravotnickým pracovníkem

poskytující zdravotní péči vlastním jménem ve společné domácnosti, povinen správnímu úřadu, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení,<sup>11)</sup> oznámit do 15 dnů ode dne zrušení registrace nebo úmrtí zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem tuto skutečnost a zajistit zdravotnickou dokumentaci tak, aby byla chráněna před nahlížením nebo jiným nakládáním neoprávněnými osobami a ztrátou. Povinnost podle předcházející věty má i ten, kdo přišel se zdravotnickou dokumentací jako první do styku.

(15) Osoby uvedené v odstavci 14

- a) nejsou oprávněny nahlížet do zdravotnické dokumentace,
- b) jsou povinny zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděly o pacientech, o jejichž zdravotním stavu je vedena zdravotnická dokumentace, a jiných skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

(16) Správní úřad, který vydal rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení,<sup>11)</sup> na základě oznámení učiněného podle odstavce 14

- a) neprodleně převezme zdravotnickou dokumentaci a zajistí ji tak, aby byla chráněna před nahlížením nebo jiným nakládáním neoprávněnými osobami a ztrátou,
- b) oznámí převzetí zdravotnické dokumentace podle písmene a) způsobem v místě obvyklém tak, aby byla zajištěna v co možná nejširším rozsahu informovanost pacientů, o nichž je zdravotnická dokumentace vedena,
- c) do doby provedení nové volby zdravotnického zařízení pacienty, o nichž je zdravotnická dokumentace vedena, zajistí předávání potřebných výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro zajištění návaznosti zdravotní péče o tyto pacienty; tyto činnosti může vykonávat pouze odborně způsobilý zdravotnický pracovník; to platí i pro vydávání potřebných výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro zajištění návaznosti zdravotní péče nebo předání zdravotnické dokumentace nově zvolenému zdravotnickému zařízení před převzetím zdravotnické dokumentace správním úřadem podle písmene a),
- d) neprodleně předá zdravotnickou dokumentaci na základě oznámení pacienta, o němž je tato zdravotnická dokumentace vedena, nebo na základě vyžádání nově zvoleného zdravotnického zařízení tomuto zařízení.

(17) K zajištění povinností podle odstavce 16 písm. a) a c) jsou pověřeni zaměstnanci správního úřadu oprávněni vstupovat do objektů zdravotnických zařízení uvedených v odstavci 14. Pověření zaměstnanci jsou povinni chránit údaje ze zdravotnické dokumentace před zneužitím nebo ztrátou, nejsou oprávněni sami do zdravotnické dokumentace nahlížet. Ustanovení o povinnosti mlčenlivosti nejsou dotčena.

(18) Zřizovatel státního zdravotnického zařízení, který rozhodl o jeho zrušení a nepřevodl práva a závazky zrušeného zdravotnického zařízení na jiné jím zřízené zdravotnické zařízení, plní úkoly správního úřadu stanovené v odstavci 16 písm. a) až d), pokud plněním těchto úkolů nepověřil jiné zdravotnické zařízení jím zřízené. Ustanovení odstavce 17 se použije obdobně.

(19) Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace se řídí zvláštním právním předpisem.<sup>11)</sup>

**(O tom v dalším čísle Practicusu.)** Náležitosti a obsah zdravotnické dokumentace včetně vzorů jejích součástí, vzorů tiskopisů, povinných hlášení, a podrobnosti o způsobu vedení, zpracování a zacházení se zdravotnickou dokumentací v písemné a elektronické formě, skartační řád, jehož součástí je skartační plán, stanoví ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

(20) Žena s trvalým pobytem na území České republiky, která porodila dítě a písemně požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem...

**(týká se gynekologů a porodnic)**

#### § 67ba

(1) Pacienta nebo zákonného zástupce pacienta poučí o jeho právech uvedených v § 67b odst. 12 ošetřující lékař. **(Ne zdravotní sestra!)**

(2) Určení osoby nebo zákaz podávání informací podle § 67b odst. 12 písm. d), popřípadě odvolání určení osoby nebo zákazu podávání informací, se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi a opatří podpisem ošetřujícího lékaře a pacienta. Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam podepsat, je však schopen projevit svou vůli, podepíše záznam ošetřující lékař a jeden svědek. V záznamu se uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pacienta.

(3) Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, byla-li provedena, právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů mají osoby blízké zemřelému pacientu, neurčil-li za svého života jinak, popřípadě další osoby určené pacientem podle § 67b odst. 12 písm. d). Jde-li o zemřelého pacienta, který byl osobou s omezenou způsobilostí k právním úkonům v rozsahu neumožňujícím uplatnit právo podle § 67b odst. 12, osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům nebo nezletilou osobou, má práva podle věty první zákonný zástupce tohoto pacienta, popřípadě osoba určená tímto zákonným zástupcem.

(4) Jestliže zemřelý pacient za svého života vyslovil zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu, právo na informace o jeho zdravotním stavu, včetně práva nahlížet v přítomnosti zdra-

**určení osoby nebo zákaz podávání informací podle § 67 se zaznamená do zdravotnické dokumentace**



**povinnost zajistit,  
aby nebyly poskytnuty  
osobní údaje  
třetích osob**

**zdravotníci a jiní  
odborní pracovníci  
podle § 67b odst. 10  
mají nárok na pořízení  
výpisů, opisů nebo kopií  
zdrav. dokumentace  
do 10 dnů na základě  
písemné žádosti**

**za pořízení výpisů,  
opisů nebo kopií možno  
požadovat úhradu**

**další pokračování  
o zdravotnické  
dokumentaci  
v příštím čísle**

votnického pracovníka do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, a právo pořizovat z nich výpisy, opisy nebo kopie mají osoby blízké pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob, a to v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví. Tímto ustanovením nejsou dotčeny povinnosti zdravotnických zařízení stanovené zvláštními právními předpisy<sup>2a)</sup>.

## § 67bb

(1) Zdravotnický pracovník má právo v případě pochybností o totožnosti osoby, popřípadě jejího vztahu k pacientovi, které náleží práva podle § 67b odst. 12 nebo § 67ba odst. 3 nebo 4, požadovat, aby tato osoba prokázala svou totožnost.

(2) Zdravotnické zařízení je povinno zajistit, aby osoba, která může nahlížet podle tohoto zákona do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, anebo si může pořizovat výpisy, opisy nebo kopie těchto dokumentů, nezjistila osobní údaje třetích osob. (!!! – to je část, která umožňuje modifikovat nahlížení do dokumentace ze strany zdravotníků, ale výklad je problematický.) Rodné číslo pacienta lze poskytnout pouze osobám blízkým nebo osobám, které mají právo na informace podle § 67b odst. 12, pokud tyto osoby prokáží, že jim pacient nebo jeho zákonný zástupce udělil na základě zvláštního právního předpisu upravujícího nakládání s rodnými čísly souhlas k využití jeho rodného čísla.

(3) Jestliže jsou ve zdravotnické dokumentaci vedené o nezletilém pacientovi zaznamenány takové údaje o jeho zákonném zástupci, které

zdravotnickému pracovníkovi sdělil nezletilý pacient nebo jiná osoba a z nichž lze vyvodit podezření na zneužívání nebo týrání nezletilého pacienta, ohrožování jeho zdravého vývoje, popřípadě jiné závažné porušení rodičovské zodpovědnosti, může zdravotnický pracovník omezit zpřístupnění zdravotnické dokumentace zákonným zástupcům, pokud uzná, že toto omezení je v zájmu nezletilého pacienta. Stejně lze postupovat i tehdy, požádá-li o to nezletilý pacient, který s ohledem na věk a stupeň rozumové vyspělosti je schopen si sám utvářet své názory. Přístup do zdravotnické dokumentace lze zákonným zástupcům omezit pouze ve vztahu k údajům, z nichž vyplývají skutečnosti uvedené ve větě první<sup>10c)</sup>. Obdobně se postupuje, jde-li o pěstouny.

(4) Pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta zajišťuje zdravotnické zařízení ve lhůtě do

- 10 dnů ode dne obdržení žádosti, a to pro osoby uvedené v § 67b odst. 10, pokud není zvláštním právním předpisem stanoveno jinak nebo pokud není dohodnuta jiná lhůta,
- 30 dnů od obdržení žádosti pacienta nebo jiné podle tohoto zákona oprávněné osoby, nejde-li o postup podle písmene a). **(I pacient musí podat žádost o výpis!!! – pak ponechat v dokumentaci.)**

Lhůta uvedená v písmenu a) nebo b) neplatí, jde-li o pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace za účelem zajištění návaznosti zdravotní péče. Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením; to neplatí, je-li pořízení výpisů, opisů nebo kopií hrazeno z veřejného zdravotního pojištění nebo na základě zvláštního právního předpisu upravujícího ceny.<sup>10d)</sup>

(5) Každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace nebo pořízení jejích výpisů, opisů nebo kopií se do zdravotnické dokumentace zaznamená. V záznamu se uvede jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby, která do zdravotnické dokumentace nahlédla nebo na jejíž žádost byl pořízen výpis, opis nebo kopie, dále rozsah, účel a datum nahlédnutí nebo pořízení výpisů, opisů nebo kopií. Záznam podepíše zdravotnický pracovník, který byl přítomen nahlížení do zdravotnické dokumentace, nebo zdravotnický pracovník, který pořídil výpis, opis nebo kopii této zdravotnické dokumentace, a oprávněná osoba.

(6) Jestliže správní úřad nebo zřizovatel státního zdravotnického zařízení uvedený v § 67b odst. 18 převzal podle § 67b odst. 16 písm. a) zdravotnickou dokumentaci, použije se ustanovení odstavců 2 a 4 a 5 obdobně.

## Aktuality...

Redakce si Vás dovoluje upozornit na zcela novou podobu portálu mamografického screeningu

**www.mamo.cz,**

kteří jsme před týdnem spustili: zde naleznete mimo jiné i nejnovější informace o programu a výsledky pilotní studie VZP ČR zvaní žen.





## Akutní psychotická ataka

S různě těžkou dekompenzací stavu psychiatrického pacienta se praktický lékař setkává často. Tři různé skutečné příběhy z praxe RZP mají společné to, že je akutně ohrožen na zdraví a životě nejen sám pacient, ale i jeho okolí a v neposlední řadě též zasahující personál.

### 1.

**Dispečink RZP, sobota 10.10:** Volá matka 34letého pacienta: „Syn se zavřel ve svém pokoji a vyhrožuje zastřelením sebe i rodiny, má u sebe kuchyňský nůž. Byl již několikrát na psychiatrii se schizofrenií, ale není zbaven svéprávnosti.“ Matce doporučeno nijak nezasahovat, pouze klidně hovořit se synem skrz zavřené dveře.

**10.12:** Výjezd vozu RZP, volána též Policie ČR.

**10.22:** Příjezd na místo téměř současně s Policií ČR. Po krátké poradě se lékař snaží opakovaně mluvit s pacientem. Ten pouze vykřikuje z okna svého pokoje v 1. patře (rodinný dům). Tvrdí, že mu chtějí všichni ublížit a že mu nikdo nerozumí. Svůj celkový stav hodnotí na dotaz lékaře jako dobrý, „nic mu nechybí“, „doktora na nic nepotřebuje“ a rodina mu „dělá zle“. Požaduje, aby Policie ČR zůstala na ulici a aby nevstupovala do domu.

**11.15:** Postupně se daří ve spolupráci s rodinou pacienta přemluvit, aby vyšel ze svého pokoje a nastoupil do sanitního vozu, kde s ním lékař RLP nadále klidně komunikuje a snaží se pozměnit jeho náhled na celkovou situaci a přemluvit ho k vyšetření na psychiatrickém oddělení. Pacient posléze s vyšetřením souhlasí a v doprovodu své matky je transportován do psychiatrické léčebny. (Zcela bez medikace?) Ano, zcela bez medikace. Myslím, že chvilku i brečel.

### 2.

**Dispečink, 7.52:** Muž volá, že při probuzení nalezl svoji manželku v ložnici, kde spal se synem, jak se plazí „po všech čtyřech“ kolem postele a má v ruce kuchyňský nůž. Povedlo se mu manželku dostat z ložnice a ta se posléze zavřela v kuchyni.

**7.54:** Výjezd posádky RLP, vyzvána též Policie ČR

**8.09:** Na místě již přítomna Policie ČR. Posádka RLP s pacientkou nejdříve rozmluví skrze zamčené dveře kuchyně. Patientka je velice agresivní, vykřikuje různé výhrůžky, z kuchyně se ozývá řinkot skla. Nereaguje na domluvu lékaře ani manžela. Nakonec rozbíjí skleněnou výplň kuchyňských dveří. Stojí u stolu, na kterém je taktéž cca 20 cm dlouhý nůž.

**8.29:** Policie vniká do místnosti. Za její asistence lékař RLP aplikuje i. m. Haloperidol 1 amp. (i. v. aplikace pro výraznou nespokojenost pacientky nelze). Pacientce je za pomoci Policie ČR nasazena kazajka.

**8.35:** Odjezd RZP do psychiatrické léčebny. Zpočátku se během transportu stav postupně lepší, pacientka klidnější, při příjezdu do léčebny je však opět slovně agresivní. O transportu do léčebny je od počátku lékařem informována.

**9.07:** Předána na ambulanci lékaři, který má službu.

### 3.

**Akutní psychotickou atakou mohou trpět také pacienti závislí na návykových látkách**

**16.44:** Volá muž, že společně s rodinou našel švagra (38 let), který se snažil oběsit. S manželkou pacienta se jim povedlo pacienta sundat a uvolnit mu provaz kolem krku.

**16.52:** Příjezd RLP na místo: pacient ležící na zemi, cyanotický v bezvědomí, výrazně hypoventilující (cca 6 dechů/min., TK neměříme – důležitější je zajištění

ní dýchacích cest). Lékař RLP bez medikace provádí po odsátí sekretů z dutiny ústní ETI (endotracheální intubace), zahajuje UPV pomocí Ambuvaku s kyslíkem, zavedena i. v. kanyla: podány kortikoidy Solu Medrol 500 mg i. v., Mannitol 20 % 80 ml i. v., nasazen krční límec. Poté pacient připojen k transportnímu ventilátoru.

**17.11:** Odjezd RZP. Ve voze pokles tlaku 75/40 RLP, nasazeny katecholaminy, Noradrenalin v dávce 1 mg/hod. i. v. dávkovačem. Sedován Sufentanilem 4 ml i. v. Dále podána infuze Plasmalyte 1000 ml i. v. Transportován na RES.

**17.37:** Příjezd na RES nemocnice, na příjmu provedeno CT vyšetření mozku a krční páteře s nálezem: difúzní těžký edém mozku a subluxace C2. Toxikologie: alkohol 2,0 promile, v moči stopy kanaboidů.

Za několik dní: pacient umírá (na kontrolním CT za 24 hodin se edém i přes maximální terapii zvýraznil), došlo k těžké bronchopneumonii a multiorgánovému selhání.

### Komentář lékařky RZP:

S podobnými situacemi se PL může setkat. Je třeba mít na paměti, že se nemusí podařit s pacientem navázat kontakt a spolupráci. Vždy je nutný klidný verbální kontakt, snažit se získat pacientovu důvěru, nepodceňovat jeho stesky. Pacient, který má u sebe jakýkoli předmět, který se dá použít jako zbraň, je potencionálně nebezpečný jak sobě, tak hlavně i svému okolí. K takovému případu je potřeba ihned povolat Policii ČR a teprve po jejím příjezdu je rozumné poskytnout první pomoc: podání psychofarmaka, neuroleptika nebo sedativa. V RZP je Haloperidol, začínáme 1 amp., nejlépe i. v. Dávku je možné opakovat. Je možné podat také Plegomazin 1 amp. i. m. a přidat dle stavu pacienta také Apaurin (zde je potřeba dávku dobře zvážit vzhledem k možné depresi dechu). Transport do specializovaného zařízení je v tomto případě vždy nutností.

Důležitá je u těchto pacientů dobrá dlouhodobá psychiatrická péče. Dovolím si zde vyjádřit svůj názor, že psychiatrických specialistů je žalostně málo a v jejich dostupnosti – zejména mimo velká města a mimo pracovní dobu – je jistě co dohánět. Praktický lékař v první linii má nelehký úkol rozpoznat potencionální psychiatrickou diagnózu u pacienta ještě v době, „kdy se teprve připravuje“, a pokusit se nasměrovat pacienta k specialistovi. Zde je jistě namístě i úzká spolupráce s rodinou, ta v takových případech trpí neméně.

K drogově závislým pacientům je často volána RLP z důvodů poruch vědomí různého stupně při předávkování návykovou látkou nebo u psychomotorického neklidu či nebezpečného chování (chůze po střeše, stání na zábradlí mostu a podobně), často po požití dávky „na míru“ (tj. dávka, na kterou je pacient zvyklý – není předávkován a „jen si užívá“). U těchto pacientů je třeba mít vždy na paměti možnost přenosu infekčních chorob. Vždy je nutné pracovat v rukavicích (též proto by je měl mít lékař vždy u sebe – auto, domácnost, osobní zavazadlo apod.) a namísto je maximální opatrnost ošetřujícího lékaře. V případě agresivity či jiného nebezpečí voláme Policii ČR, dle situace i hasiče. Není nic horšího, než když se stane záchranář zachraňovaným.



prim. MUDr. Jaroslava Ščamburová

### u akutně psychotického pacienta:

- klidný verbální hovor,
- raději volat policii,
- ke zklidnění vhodný Haloperidol, pokud možno i. v. i opakovaně,
- u Apaurinu pozor na útlum dechu,
- vždy chránit maximálně i sebe (rukavice apod.)

# Negativní reakce pacienta na nemoc



Mgr. Kateřina Zoubková

**člověk se pacientem  
nerodí ale stává**



**nepřiměřeným reakcím  
předchází pocit strachu,  
bezmocnosti či hněvu**

## Úvod

V ordinaci praktického lékaře je sestra první osobou, která vstupuje do kontaktu s pacientem. Má tedy možnost pozorovat pacienta hned po příchodu do čekárny a všimnout si prvních příznaků onemocnění a reakcí na nemoc. Sestra je také první osobou, která musí čelit případným negativním reakcím pacienta a měla by být na tyto situace připravena.

## Vliv onemocnění na člověka

Téměř každý člověk prožívá roli pacienta jako náročnou životní situaci, neboť člověk se pacientem nerodí, ale stává. Proměna zdravého člověka v pacienta má svou fyziologickou, patofyziologickou a též psychologickou stránku. Tak jako se objevují odchylky od fyziologického stavu a objevují se příznaky nemoci, mění se také psychické procesy. Vnímání je více zaměřeno k subjektivnímu stavu, zvyšuje se citlivost vůči některým podnětům, jako je např. bolest, prostředí, hluk. Pozornost je vystupňována na příznaky nemoci, subjektivní prožívání nemoci a na změny stavu spojené s nemocí. Paměť se zaměřuje na situace související s onemocněním, kdy a za jakých okolností vzniklo. Mohou se objevit i poruchy paměti, bývá omezena schopnost učit se, zhoršuje se schopnost zapamatovat si nové informace. Narušena je také oblast uspokojování potřeb a objevuje se frustrace (krátkodobé neuspokojení potřeby) a deprivace (dlouhodobé neuspokojení potřeby). V nemoci se mění i hodnotová orientace. Na první místa v žebříčku hodnot se dostává zdraví, rodina, přátelství. V emocionální sféře se objevuje přecitlivělost, náladovost, lítostivost, převažují negativní emoce jako strach, úzkost, pocity méněcennosti.

Nemocný člověk je postaven před rozhodnutí, zda jít, či nejít k lékaři. Bilancuje, jaké důsledky bude jeho rozhodnutí mít. Na tomto faktu se podílí řada faktorů, jako např. do jaké míry je vyděšen či znepokojen příznaky onemocnění, jaké povahy příznak je, do jaké míry je ohrožen vztah s jinými lidmi, do jaké míry příznak překáží v uskutečnění zamýšlené činnosti atd. Zvládnout novou, zdravotně i psychicky zatěžující situaci bývá pro pacienta složité a ne každý je schopen tuto zátěž zvládnout a adaptovat se na skutečnost nemoci. Objevují se signály, které upozorňují na rozvoj nepřiměřené reakce, které většinou předchází pocit strachu, hněvu, křivdy, bezmocnosti, ponížení. Vystupňovanou reakcí je pak agrese (útočné jednání s cílem záměrně či nezámyslně ublížit) a agresivní chování (různé formy napadání a útočení, které vystupují jako reakce na překážku).

## Pacient v čekárně

Pacient s agresivním chováním upozorní sestru svým nápadným vystupováním již při příchodu do čekárny. Pacient přechází po místnosti, není schopen stát na

místě, je rozrušený, napjatý. Vsedě pacient výrazně podupává, přehazuje jednu nohu přes druhou, kope do židle, není schopen sedět v klidu. Výraz v obličeji je zoufalý, upřený až provokující pohled očí, víčka přivřená, zúžené zornice, pevně sevřené rty, výrazný pohyb mimických svalů kolem úst. Bývá přítomna výrazná gestikulace, ruce vyrážejí dopředu v útočných gestech. Nejčastější reakce je verbální agrese, která je namířena k ostatním pacientům v čekárně nebo proti sestře či lékaři. Pacient zvyšuje hlas, rozčiluje se, nadává, vyčítá, používá různé urážky. Můžeme se setkat také s potlačnou agresí, která se projevuje pouze v náznacích, jako je rudnutí, zatínání pěstí, zaujetí výhrůžného a útočného postoje, výraznou mimikou.

## Jak postupovat

Důležitým předpokladem k zvládnutí nepřiměřené reakce je profesionální přístup, vhodně volená profesionální komunikace, empatie, znalost mezilidských vztahů, neverbální komunikace a zachování klidu. Snažíme se zjistit, co bylo spouštěcím mechanismem tohoto chování. Případný slovní útok neoplácíme stejným způsobem. Pacienta většinou uklidní naše příjemné přijetí, podání ruky, nabídnutí místa k sezení a náš zájem situaci řešit. Pokud si pacient nechce sednout, vedeme rozhovor vestoje, abychom zachovali oční kontakt. Snažíme se pacienta v klidné atmosféře vyslechnout a jeho slovní projev nehodnotit. Doplnujícími otázkami se snažíme zorientovat v situaci, je dobré projeviti svůj osobní zájem na vyřešení situace. Vše, co nám pacient sděluje, bereme vážně a akceptujeme ho. Pozorně posloucháme subjektivně zabarvený projev a po relativně dlouhých úsecích shrnujeme řečené. Pacienta by měla naše snaha porozumět mu uklidnit. Bývá pravda, že pacient má k obavám reálné důvody, pouze jeho reakce na vzniklý problém je nepřiměřená. Jestliže je to možné, pokusíme se pacientovi vyhovět. Pokud ne, najdeme jiné přijatelné řešení. Snažíme se odpovědět na všechny dotazy a nabídneme pomoc s hledáním jiných možností. Otázkami zjistíme, zda pacient všemu rozuměl.

## Závěr

Pacienti přicházejí do ordinace vybaveni zkušenostmi, které získali v minulosti v jiných zdravotnických zařízeních. Tyto skutečnosti se spolupodílejí na vzniku nepřiměřených reakcí na nemoc. Pacient by měl být srozumitelně informován o svém zdravotním stavu, o diagnostických a léčebných možnostech, o rizicích, která s sebou onemocnění a léčba přináší. Profesionální přístup, empatie a vhodná komunikace by měly být nástrojem předcházení alespoň některým nepřiměřeným reakcím.

### Literatura:

- 1) Vymětal, J. /2003/: Lékařská psychologie. Praha, Portál.
- 2) Křivohlavý, J. /2002/: Psychologie nemoci. Praha, Grada Publishing.

**Mgr. Kateřina Zoubková** – promovala v roce 1994 na FF UK v Praze, 1994 – odborná učitelka na SZŠ a VZŠ Praha 4



Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 5 kreditů ČLK. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na [www.svl.cz](http://www.svl.cz), a to nejpozději do 15. 6. 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](http://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 přiděleny nebudou.

**test  
5/2008**

**Správné  
odpovědi  
testu  
č. 4/2008:**

**1b  
2b  
3ab  
4a  
5b  
6b  
7a  
8bc  
9a  
10c**

### **Kombinační léčba arteriální hypertenze**

#### **1. Kombinace beta blokátorů a thiazidových diuretik je:**

- a) zakázaná
- b) méně vhodná
- c) obecně kombinací první volby

#### **2. Mezi doporučené kombinace nepatří:**

- a) blokátory kalciových kanálů + thiazidová diuretika
- b) ACEI + AT-1 blokátory
- c) ACE inhibitory + blokátory kalciových kanálů

### **Současný pohled na postavení paroxetinu mezi antidepresivy**

#### **3. Paroxetin na rozdíl od ostatních SSRI:**

- a) nepostihuje sexuální funkce
- b) je registrován pro léčbu všech neurotických a úzkostných poruch
- c) podává se v jedné denní dávce

#### **4. Paroxetin je nevhodné podávat u:**

- a) pacientů s Parkinsonovou chorobou
- b) pacientů s organickým psychosyndromem
- c) pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou

### **Terapie hypertenze postmenopauzálních žen**

#### **5. Pojem sůl – senzitivita znamená:**

- a) sůl-senzitivní osoby reagují při zvýšeném přísunu soli poklesem renál. krevního průtoku beze změny v glomerulární filtraci
- b) sůl-senzitivní osoby reagují při zvýšeném přísunu soli zvýšením renál. krevního průtoku a zvýšením glomerulární filtrace
- c) sůl-senzitivní osoby nereagují dobře na léčbu ACEI

#### **6. Význam sůl – senzitivity spočívá v:**

- a) sůl senzitivní hypertonici mají 3x vyšší riziko incidence kardiovaskulárního onemocnění než sůl – rezistentní hypertonici
- b) u sůl – senzitivních normotníků se do 10 let s vysokou pravděpodobností rozvine hypertenze
- c) u postmenopauzálních žen není rozdíl v riziku mezi sůl-senzitivními a sůl-rezistentními osobami

#### **7. Thiazidová diuretika:**

- a) mají negativní vliv na kalciový metabolismus

- b) mají pozitivní vliv na kalciový metabolismus
- c) nemají žádný vliv na kalciový metabolismus

#### **8. Kombinace ACEI s thiazidovými diuretiky:**

- a) zejména u starších žen vede k nejefektivnější kontrole TK
- b) redukuje prevalenci hypokalcémie vyvolané diuretiky
- c) není vhodná u starších žen vzhledem k negat. vlivu na kalciový metabolismus a tím zvýšenou prevalenci osteoporotických fraktur

#### **9. Hypokalcémie vyvolaná thiazidovými diuretiky je spojená s:**

- a) vyššími hladinami glykémie
- b) negativním ovlivněním kalciového metabolismu
- c) periferní vazodilatací

### **Centrální myorelaxancia ve světle „evidence based medicine“**

#### **10. Nejméně nežádoucích účinků má následující z centrálních myorelaxancií:**

- a) carisoprodol (Scutamil C)
- b) telmisartan (Mydocalm)
- c) tetrazepam (Myolastan)

**Správné mohou být  
1–3 odpovědi.**

## **odpovědní lístek – test č. 5/2008**

**Jméno a příjmení**

**Adresa pracoviště**

**Členské číslo SVL (povinný údaj)**

(bez tohoto čísla kredity nemohou být přiděleny)

**Zakroužkujte 1–3  
správné odpovědi:**

- |          |       |           |       |
|----------|-------|-----------|-------|
| <b>1</b> | a b c | <b>6</b>  | a b c |
| <b>2</b> | a b c | <b>7</b>  | a b c |
| <b>3</b> | a b c | <b>8</b>  | a b c |
| <b>4</b> | a b c | <b>9</b>  | a b c |
| <b>5</b> | a b c | <b>10</b> | a b c |