Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

č. 6/2008

ročník 7

pro praktické lékaře zdarma

Přílohou tohoto čísla je

Doporučený postup

Funkční poruchy štítné žlázy

s příštím číslem bude distribuován

Doporučený postup

Chronické srdeční selhání

Vydává Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

tip tohoto čísla

Ordinace nejen na kraji města

na návštěvě v ordinaci u MUDr. Michala Bábíčka

O čem se mimo jiné můžete dočíst v tomto čísle:

- Exotické infekce
- Solární alergie a péče o kůži
- Jak o diabetiky pečují dánští praktičtí lékaři
- Potravinové alergie
- Racionální vyšetřování tyreoidálních testů
- Ořechy a kardiovaskulární onemocnění
- První pomoc při tonutí

Obsah

	SVL ČLS JEP informuje	**5**
	Potřeba specializačních míst pro všeobecné praktické lékaře v ČR doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.	**9**
	Infekce, které si můžeme přivézt z exotické dovolené MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D.	**14**
	Solární alergie a péče o kůži v létě doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.	**20**
	Cesta k řešení diabetu MUDr. Zdeněk Hamouz	**24**
	Jak racionálně v primární péči vyšetřit funkční poruchu štítné žlázy? MUDr. Jaroslava Laňková	**27**
	Potravinová alergie MUDr. Martin Fuchs	**28**
	...POEM: Patient oriented evidence that matters	**35**
	...ordinace nejen na kraji města Obraz praktiků v Čechách v očích občanů i kolegů bude takový, jaký se nám podaří vytvořit...	**36**
	...počítač a doktor Jak fungují vyhledávače	**38**
	...prevence v primární péči Ořechy a kardiovaskulární onemocnění	**39**
	...lékař a etiketa Dary, dárky, darování	**41**
	...dotazy a odpovědi	**42**
	...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa Vyhláška o zdravotnické dokumentaci	**43**
	...přednemocniční péče v praxi Tonutí	**46**
	...sestra v ordinaci praktického lékaře Stručně o celoživotním vzdělávání, registraci a kreditech zdravotních sester	**48**
	...znalostní test	**50**

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
6/2008, 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 Brejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. Jana Hajnová, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola, Ph. D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Zuzana Miškovská, MUDr. Anna Nejedlá, MUDr. Miloš Ponížil, MUDr. Bohumil Seifert, Ph. D., MUDr. Bohumil Skála, Ph. D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Helena Štěpánková, MUDr. Milada Vinická

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 6000 ks. • • • Vychází 10× ročně. • • • **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** • • • Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** • • • Přihlášky přijímá redakce. • • • Toto číslo dáno do tisku **3. 6. 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**

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

po mnoha špatných zprávách si snad zasloužíme nějaké, které nám přinesou trochu více optimismu. Jedná se o ocenění kvalit PL, kteří se rozhodli aktivně zapojit k získávání prostředků pro specializační přípravu nových PL. Na první pohled se to může zdát jen osobní záležitostí úspěšných PL, kteří získali grantové prostředky MZ ČR. Nicméně úspěch této akce bude mít jistě i dopady do celého oboru.

V odborné rovině jistě mladí erudovaní lékaři přinesou nové pohledy a kvalitu do rozvoje oboru. V profesní rovině může dojít k nápravě některých pokřivených ekonomických vztahů. Cena praxí se odvíjí od zájmu potencionálních kupců. Pokud není zájemce, tj. atestovaný lékař, cena je minimální.

Jednou z cest, jak zvýšit cenu našich praxí i práce, je vychovat si pro sebe nebo kolegy nástupce, kteří je budou ochotni a schopni převzít. Jsme rádi, že tuto skutečnost již pochopilo přes 500 PL, kteří získali akreditaci pro specializační přípravu budoucích PL. Nezbývá než znovu vyzvednout aktivitu pracovní skupiny SVL ČLS JEP, která v průběhu XXVI. výroční konference SVL ČLS JEP (SVL) v Brně připravila přes 200 podkladů pro akreditaci. Tím i otevřela cestu pro další žadatele.

Je ale potřebné ocenit zejména ty z Vás, kteří na základě podkladů SVL na www.svl.cz podali grantové přihlášky a získali ve 100% (naprosto neuvěřitelná úspěšnost) finance na pokrytí specializační přípravy školenců v celkové výši několika milionů korun. Víme, že po tomto úspěchu přijdou starosti, zejména jak uvedené projekty podle pravidel realizovat a vyúčtovat. I v této nelehké fázi ale SVL udělá maximum, aby úspěšným PL pomohla.

Nicméně i tento senzační úspěch řeší problém doplňování oboru jen částečně. Koncepčním řešením je vybudování státem dotovaných rezidenčních míst u akreditovaných PL a v nemocnicích, které budou pokrývat nezbytné počty připravujících se PL.

Tím na trhu stoupne i poptávka po praxích a jistě se zvýší na odpovídající úroveň i jejich cena. Tak se i omezí možnost levně skupovat praxe PL a tvořit různé řetězce, kde nás noví majitelé „budou učit pracovat“ jistě nejen ku prospěchu pacientů, ale i svému.

Podle našeho názoru pokud se PL nepostarají sami o sebe, nikdo to za nás neudělá. Jestliže jsme byli v minulosti v mnoha ohledech úspěšní, nezbývá než napřít úsilí i do této oblasti.

A tak můžeme zakončit modifikovaným citátem prezidenta J. F. Kennedyho „Neptejme se, co obor PL může udělat pro nás, ptejme se, co můžeme udělat pro obor“. To je jistě správná cesta jak pomoci nejen oboru, ale i sami sobě, a nezbývá než vyzvednout a podpořit PL, kteří se touto cestou vydali.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

Informace k čerpání dotace z programu Zdravotnických vzdělávacích projektů MZ ČR

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Aktivita Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP na podzim minulého roku přinesla prostřednictvím dotace z programu Zdravotnické vzdělávací projekty MZ ČR do specializačního vzdělávání praktických lékařů více jak 25 miliónů korun. Jedná se o 57 projektů, podporujících přípravu 115 našich školenců. Prakticky všechny projekty, které vznikly na základě předlohy SVL, byly přijaty. Do 15.5.2008 obdrželi všichni příjemci dotace písemnou informaci a do 15.6. by měli obdržet rozhodnutí.

To je nesporně úspěch.

S ohledem na budoucnost podobných dotačních programů je velmi potřebné, aby příjemci dotace splnili všechny náležitosti, které vyplývají z příslušné metodiky a příslušných zákonů. Proto byla připravena tato informace, která nenahrazuje metodiku, ale obsahuje klíčové pokyny:

1. Pozorně prostudujte pokyny, které jste obdrželi spolu s informací o výsledku výběrového dotačního řízení a podle nich postupujte. Znovu prostudujte **Metodiku pro žadatele o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu na realizaci zdravotnických vzdělávacích projektů.** Materiál je k dispozici na stránkách www.mzcr.cz a na stránkách www.svl.cz.
2. Počítejte s tím, že **dotaci můžete čerpat jen v tom rozsahu** a za to období, kdy jste měli školence v řádném pracovním poměru (a vypláceli jste mu mzdu ve výši uvedené v projektové žádosti a odváděli dávky).
3. **Dotace** může činit **maximálně 70 % celkových nákladů.** Lze ji použít jen na ty náklady, které jsou vyjmenovány ve vašem projektu (zejména mzda školence a odvody, příp. kancelářské potřeby, odborná literatura, základní vybavení školence, pojištění školence, event. další, které jsou v souhlasu s metodikou). Ke každé změně v čerpání projektu je třeba písemný souhlas poskytovatele dotace.
4. **Příjemce dotace je povinen vrátit nevyčerpané prostředky** spolu s vypořádáním dotace nejpozději do 30 dnů od oznámení o odstoupení od projektu nebo jeho ukončení, pokud se projekt neuskuteční nebo je ukončen v průběhu roku. Jestliže příjemce dotace není schopen projekt vůbec zrealizovat, a tak čerpat finanční dotaci z důvodu přidělení nižší částky než požadoval v žádosti, je povinen oznámit tuto skutečnost písemnou formou na ministerstvo **nejpozději do 15 dnů od doručení Rozhodnutí o přidělení dotace.**
5. V případě, že **příjemce dotace není schopen vyčerpat do konce příslušného roku přidělenou dotaci** pro účel, pro který mu byla poskytnuta, musí toto oznámit neprodleně písemnou formou na odbor VZV/3 a poukázat nespotřebované finanční prostředky ihned na depozitní účet ministerstva č. 6015 - 2528 – 01/0710 u České národní banky a současně zaslat avízo finančnímu odboru ministerstva.
6. Příjemce dotace je povinen umožnit poskytovateli (správci rozpočtu) **kontrolu** ve vztahu k přiděleným finančním prostředkům.
7. Příjemce dotace je povinen ministerstvu předložit do **15.2.2009** na stanoveném formuláři **Závěrečnou zprávu** o splnění projektu dotačního řízení ZVP–VZV/3, zahrnující popis a zhodnocení realizace odborné části projektu a finanční vypořádání a komentář k čerpání poskytnutých dotačních finančních prostředků v členění podle Rozhodnutí a dále finanční vypořádání a komentář k vlastním finančním prostředkům vkládaným do projektu. Formulář k této Závěrečné zprávě spolu s dalšími instrukcemi bude uveřejněn na webových stránkách ministerstva nejpozději k 31.12.2008.
8. **Pokud celková částka součtu všech dotací realizovaná prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví přesáhne u jednoho příjemce částku 500 000,- Kč, je příjemce dotace povinen** každoročně zajistit kontrolu hospodaření (audit) se státní dotací externím kontrolním orgánem, výsledek projednat s nejvyšším orgánem příjemce a předat odboru vzdělávání a vědy ministerstva nejpozději k 30. červnu následujícího roku.
9. Pro ekonomické otázky je **kontaktní osobou na MZ ČR** pro tento dotační program Ing. Zuzana Eklová, Odbor vědy a vzdělávání, tel.: 224 972 622, zuzana.eklova@mzcr.cz. **Akutální informace**, týkající se dotačního programu budou uveřejněny na webových stránkách MZ ČR (www.mzcr.cz) v sekci Odborník, zdravotník / Vzdělávání / Dotační programy.
10. **Výbor SVL** bude nadále poskytovat potřebnou pomoc v realizaci tohoto projektu. Dotazy a komentáře lze zasílat na adresu svl@cls.cz.

Na závěr důležitá informace. MZ ČR nejspíše vyhlásí 2. kolo dotačního programu pro Zdravotnické vzdělávací projekty v druhé polovině tohoto roku.

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Vědecký sekretář SVL ČLS JEP

metodika pro žadatele:
www.mzcr.cr
www.svl.cz

dotace činí max. 70% celkových nákladů

kontaktní osoba:
Ing. Zuzana Eklová
tel.: 224 972 622
zuzana.eklova@mzcr.cz

Návrh: Doporučený standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorekta v ČR

Čl. 1
Obecná ustanovení

1. Screeningem kolorektálního karcinomu (KRK) se rozumí organizované, kontinuální a vyhodnocované úsilí o časný záchyt zhoubných nádorů kolorekta prováděním preventivních vyšetření na okultní krvácení ve stolici (TOKS) ve věku od 50 do 54 let v jednoročním intervalu. Od věku 55 let se asymptomatickým jedincům nabízí buď opakovaný test na okultní krvácení ve stolice ve dvouletém intervalu nebo jako alternativní metoda screeningová kolonoskopie, která může být v intervalu 10 let zopakována.
2. Záměrem screeningu je zaručit ohrožené populaci v České republice kvalifikované (screeningové) vyšetření, tj. test na okultní krvácení ve stolici (TOKS) a /nebo screeningovou kolonoskopii.
3. Cílem screeningu je zvýšení časnosti záchytu zhoubných nádorů kolorekta a přednádorových lézí (tzv. pokročilého adenomu) a zvýšení podílu časných stadií kolorektálního karcinomu na úkor stadií pokročilých, což povede ke snížení úmrtnosti a incidence na toto onemocnění. Dalšími cíli jsou redukce paliativních, nekurativních operací u pokročilých stadií onemocnění a dalších chirurgických či endoskopických paliativních výkonů u neresekabilních nádorů.
4. Screening kolorektálního karcinomu se provádí u populace s běžným rizikem onemocnění ve věku nad 50 let.

Čl. 2
Vstup pracovišť do programu screeningu kolorektálního karcinomu

1. Pravidla pro vstup a účast pracovišť do screeningového programu jsou stanovena dle konsensu členů Komise pro screening kolorektálního karcinomu Ministerstva zdravotnictví ČR a Rady pro screening kolorektálního karcinomu České gastroenterologické společnosti (ČGS), Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně a Sdružení praktických lékařů České republiky.
2. Vyšetření TOKS provádějí všichni registrující praktičtí lékaři a vybraní ambulantní specialisté, screeningová kolonoskopie se soustřeďuje na zdravotnická zařízení splňující podmínky kvality, kontinuity a hodnotitelnosti dosahovaných výsledků. Koordinátorem péče o pojištěnce v rámci screeningového programu je registrující praktický lékař pro dospělé.
3. Žádost o zařazení endoskopického pracoviště do screeningového programu k provádění screeningu kolorektálního karcinomu podává na formuláři (viz příloha č. 1) statutární orgán zdravotnického zařízení Ministerstvu zdravotnictví ČR. Součástí žádosti je stanovisko České gastroenterologické společnosti ČLS JEP, která určuje podmínky pro vstup zdravotnického zařízení do screeningového programu. Podmínky jsou k dispozici na webových stránkách České gastroenterologické společnosti.
4. Výsledek projednání žádosti je oznámen písemnou formou.
5. Dodržování stanovených podmínek posuzuje Rada pro screening KRK ČGS, která předkládá své stanovisko Komisi pro screening kolorektálního karcinomu MZ, poradnímu orgánu Ministerstva zdravotnictví ČR.
6. Seznam pracovišť splňujících podmínky screeningu kolorektálního karcinomu je průběžně aktualizován na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví.

Čl. 3
Podmínky pro vstup zdravotnického zařízení do programu screeningu kolorektálního karcinomu

1. Požadavky na technické vybavení zdravotnického zařízení
Zdravotnické zařízení zabezpečí, aby používané zdravotnické prostředky odpovídaly ustanovením zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích.
2. Požadavky na přístrojové vybavení
a) Ambulantní pracoviště praktického lékaře a vyjmenovaných odborností
   i) Test na okultní krvácení do stolice (TOKS)

b) Endoskopické pracoviště
   i) Kolonoskop
   ii) Endoskopická věž
   iii) Odsávací zařízení
   iv) Elektrochirurgická jednotka
   v) Akcesoria umožňující provádění odběru biopsií a polypektomií
   vi) ruční desinfektor
3. Návaznost péče při zjištění nádoru kolorekta
Součástí podmínek pro provádění kolonoskopického screeningu je jasně definovaná návaznost zdravotnického zařízení na konkrétní chirurgické a onkologické pracoviště, aby zjištěný či podezřelý zhoubný nádor byl bez zbytečného prodlení ověřen a terapeuticky řešen v rámci nezbytné interdisciplinární spolupráce. Je zajištěna také zpětná informační vazba mezi lékaři provádějícími chirurgickou léčbu, onkology a screeningovým zdravotnickým zařízením, které průběžně vyhodnocuje validitu a efektivitu screeningových vyšetření, která provádí.
4. Sledování a vyhodnocování činnosti screeningového programu (datový audit)
Screeningové kolonoskopické zdravotnické zařízení sleduje, zaznamenává a elektronickou cestou (formou předdefinovaných formulářů na internetové adrese http://crca.registry.cz) odesílá

požadované údaje k centrálnímu zpracování.
Mezi požadované údaje patří:
Formulář:
Osobní údaje subjektu:

i) Rodné číslo
ii) Datum narození
iii) Pohlaví
iv) Obec trvalého bydliště
v) Bydliště – okres
vi) Bydliště – PSČ
vii) Pojišťovna

Formulář: Vyšetření subjektu

a) Test na okultní krvácení: datum (měsíc, rok), IČZ ordinace, jméno lékaře
b) Kolonoskopie: datum, jméno lékaře, údaj o totální kolonoskopii
c) Počty nalezených a odstraněných polypů
d) Komplikace kolonoskopie: perforace
e) Komplikace polypektomie: perforace, krvácení
f) Výsledek vyšetření
g) Podrobný popis nalezených adenomů
h) Podrobný popis nalezených karcinomů

Zpracovatel dat (Institut biostatistiky a analýz Masarykovy Univerzity v Brně) zasílaná data eviduje, zpracovává a vytváří pravidelné zprávy, které odesílá jednotlivým regionálním koordinátorům, vytváří validační zprávy.
5. Evaluaci a koordinaci dat zajišťuje Rada pro screening kolorektálního karcinomu ČGS, kterou tvoří 15 regionálních koordinátorů a zástupci Institutu biostatistiky a analýz Masarykovy Univerzity v Brně. Rada se schází v pravidelných intervalech.

Čl. 4
Vstup a účast bezpříznakových mužů a žen v programu screeningu kolorektálního karcinomu

1. Na screening kolorektálního karcinomu mají nárok všichni bezpříznakoví muži a ženy od 50 let. Úvodní screeningovou metodou je test na okultní krvácení ve stolici (TOKS), který se provádí u bezpříznakových jedinců od 50 do 54 let v jednoročním intervalu. V případě pozitivního testu na okultní krvácení následuje kolonoskopické vyšetření. Od věku 55 let se asymptomatickým jedincům nabízí buď opakovaný test na okultní krvácení do stolice ve dvouletém intervalu nebo jako alternativní metoda screeningová kolonoskopie, která může být v intervalech 10 let zopakována.
2. Všichni jedinci zahrnutí do screeningu mají negativní osobní a rodinnou anamnézu kolorektální neoplázie (adenomový polyp, kolorektální karcinom-KRK).
3. Pro osoby s pozitivní osobní nebo rodinnou anamnézou KRK nebo adenomu, osoby se syndromem familiární adenomové polypózy, syndromem hereditárního nepolypózního kolorektálního karcinomu (HNPCC), osoby s dlouholetým nespecifickým střevním zánětem jsou vypracovány jednotlivé dispenzární programy, lišící se dle stupně rizika.
4. Podmínkou úhrady vyšetření stolice na okultní krvácení a screeningové kolonoskopie z prostředků veřejného zdravotního pojištění je vyšetření TOKS a v případech pozitivního testu na okultní krvácení doporučení ke screeningové kolonoskopii vyšetření praktickým lékařem, internistou, gastroenterologem, chirurgem, onkologem, gynekologem, urologem nebo lékařem jiné základní odbornosti. Dále může být vyšetření doporučeno psychiatrem v případě těžké neurotizující kancerofobie vyslovené psychiatrem. Koordinátorem péče o pojištěnce v rámci screeningového programu je registrující praktický lékař pro dospělé.
5. Screeningová kolonoskopie hrazená z veřejného zdravotního pojištění se provádí v intervalu 10 let od věku 55 let, pokud se jedinec nerozhodl pro screeningový test na okultní krvácení ve dvouletém intervalu.
6. Další opakované screeningové kolonoskopie se provádějí na základě zvážení indikace a tyto kolonoskopie již nebudou na rozdíl od úvodní screeningové kolonoskopie hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.
7. Screeningovou kolonoskopii lze provést také všem asymptomatickým jedincům bez doporučení praktického lékaře či lékaře jiné odbornosti a všem ostatním jedincům nesplňujícím podmínky výše uvedené, a to od 40 let věku v 10 letém intervalu. V těchto případech si však muž/žena hradí vyšetření přímo sám/sama.
8. Muž/žena si sám/sama hradí také opakování vyšetření v případě, že nález jednoho zdravotnického zařízení hodlá konzultovat či ověřit na jiném pracovišti stejného typu v intervalu kratším než byl doporučen lékařem nebo screeningovým programem. Vhodnost takových opakovaných vyšetření určuje nově navštívený diagnostik zdravotnického zařízení splňující podmínky kolonoskopického screeningu. Opakování či rozšiřování vyšetření není nárokovatelné.

Čl. 5
Vyšetřovací metody a jejich kombinace

1. Screening se týká asymptomatických jedinců od věku 50 let, kteří mají negativní osobní a rodinnou anamnézu kolorektální neoplázie (adenomový polyp, kolorektální karcinom – KRK).
2. Úvodní screeningovou metodou je test na okultní krvácení ve stolici (TOKS), který se provádí u bezpříznakových jedinců od 50 do 54 let v jednoročním intervalu. V případě pozitivního testu na okultní krvácení následuje kolonoskopické vyšetření. Pokud je výsledek kolonoskopického vyšetření negativní, screeningový program je přerušen na 10 let, poté se asymptomatickým jedincům opět nabídne test na okultní krvácení ve stolici v dvouletém intervalu nebo screeningová kolonoskopie. Při pozitivním výsledku kolonoskopického vyšetření ve smyslu kolorektální neoplázie se další diagnostický a terapeutický postup řídí dle doporučení pro pacienty s vysokým rizikem tohoto onemocnění.
3. Pokud byl TOKS negativní, pak ve věku 55 let mají tito jedinci možnost volby dalšího screeningového postupu:

a) Provedení screeningové kolonoskopie nebo
b) TOKS v dvouletém intervalu
Dle výsledku kolonoskopie nebo TOKS se dále postupuje analogicky jako v bodu 2.
4. TOKS je prováděn v ambulantních pracovištích vyjmenovaných odborností zdravotnickým personálem.
5. Kolonoskopické vyšetření provádí endoskopické pracoviště, schválené Výborem české gastroenterologické společností, který garantuje bezpečnost prováděných výkonů. Endoskopická pracoviště mají náležité vybavení (viz č. 3/2 b).V případě nálezu kolorektální neoplázie se postupuje jak uvedeno v bodu 2.

Průvodní dopis praktickým lékařům

prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.

Vážení kolegové,

jménem výboru České gastroenterologické společnosti si Vám dovolujeme zaslat k diskusi a oponentuře návrh nového systému screeningu kolorektálního karcinomu, který vychází z recentních poznatků velkých klinických studií. V předkládaném textu jsou již zapracovány připomínky zástupců praktických lékařů a VZP, pracujících v Komisi pro screening kolorektálního karcinomu při Ministerstvu zdravotnictví ČR. Jde tedy o nejaktuálnější verzi připravované směrnice. Zásadní změnou oproti minulosti, kdy byl screening založen pouze na pravidelném testování stolice na okultní krvácení ve dvouletém intervalu, navrhujeme jako alternativu opakovaného vyšetřování stolice na okultní krvácení provedení screeningové kolonoskopie u pacientů ve věku od 55 let, která může být v intervalu 10 let zopakována. Po provedení kolonoskopie je další vyšetřování při negativním nálezu přerušeno na 10 let. Poté se asymptomatickým jedincům opět nabídne test na okultní krvácení ve stolici ve dvouletém intervalu nebo screeningová kolonoskopie. Zavedení možnosti kolonoskopického screeningu zlepší complianci cílové populace. Pro vstup zdravotnických zařízení do screeningového programu jsou definována přísná kritéria stran kvality poskytované endoskopické péče a endoskopického vybavení. Screening pomocí vyšetřování stolice na okultní krvácení bude i nadále probíhat především v ordinacích praktických lékařů. Hlavním smyslem navrhovaných opatření je především rozšíření spektra ověřených vyšetřovacích metod, které ve svém důsledku povedou k lepší participaci cílové populace na screeningovém programu. Věříme, že se návrh nového screeningového programu setká s pochopením, a že se ho díky věcné diskusi všech zainteresovaných stran podaří optimalizovat pro potřeby naší populace.

prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.
předseda výboru ČGS ČLS JEP

doc. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.
1. místopředseda výboru ČGS ČLS JEP

Komentář k návrhu gastroenterologické společnosti

MUDr. Bohumil Seifert

Návrh nové koncepce screeningu kolorektálního karcinomu byl předběžně projednán ve výboru SVL ČLS JEP. Zveřejněný návrh textu ve Věstníku již částečně odráží připomínky naše a VZP. Následující komentář je stanoviskem pracovním a je zároveň výzvou k diskusi.

Obecný záměr, tj. zvýšení frekvence vyšetření TOKS a možnost volby pro bezpříznakové osoby v 55 letech mezi dalším testováním TOKS a provedením screeningové kolonoskopie, považujeme za správný. Odpovídá současným trendům rozvoje screeningových strategií. V České republice existují kapacitní podmínky pro zahájení kolonoskopického screeningu. Vyjadřujeme určité pochyby k adherenci populace ke screeningu invazivní metodou, na druhou stranu z praxe víme, že někteří pacienti by dali jednorázové kolonoskopii před opakovaným vyšetřením TOKS přednost.
Se zavedením screeningové kolonoskopie bude třeba klást důraz na kvalitu procedur s ohledem na bezpečnost našich pacientů; sledovat počty komplikací jednotlivých pracovišť, indikaci opakovaných kolonoskopií atd.
Pokud bude TOKS od 50 do 55 let prováděn každoročně, bude třeba toto vyšetření vyvázat z časové vazby na preventivní prohlídku.
Výbor SVL ČLS se kriticky staví k uvolnění kódu TOKS pro další ambulantní odbornosti. Tato změna může sice přinést větší pokrytí populace, ale nebude zaručena systematičnost programu a integrující role praktického lékaře. Podmínka kontinuity v provádění TOKS je splněna pouze u registrujících, tj. praktických lékařů. Odborníci se zřídka potkávají s bezpříznakovými pacienty. Neposkytnutí informace o provedeném TOKS nebo kolonoskopii praktickému lékaři může vést k jeho k ekonomické ztrátě při neproplacení výkonu z důvodu nedodržení intervalu.

V Praze dne 26.3.2008

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Vědecký sekretář SVL ČLS JEP

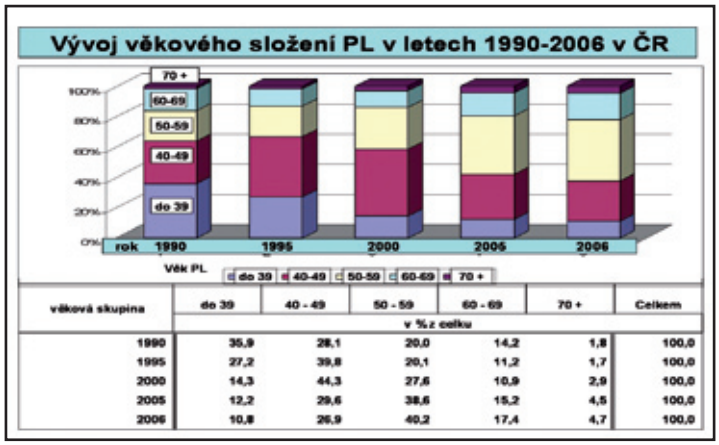
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

Potřeba specializačních míst pro všeobecné praktické lékaře v ČR

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

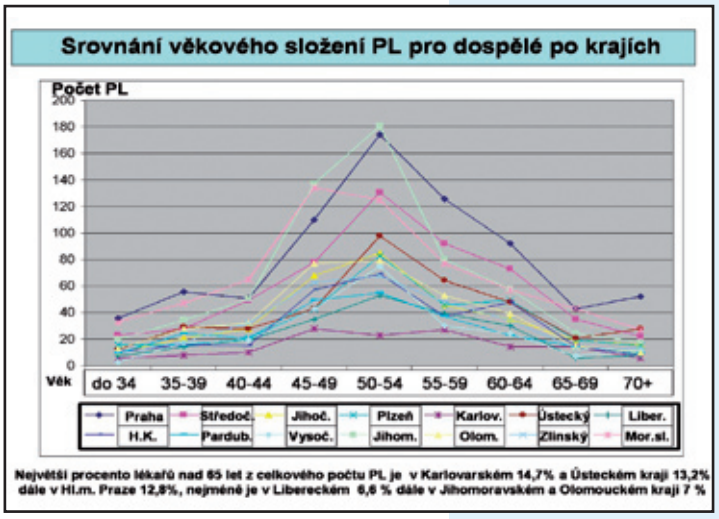
Úvod: Kvalita zdravotnického systému v České republice je do velké míry dána kvalitou primární zdravotnické péče poskytovanou praktickými lékaři (PL). Nároky na PL, zejména v důsledku trendu časného transferu pacientů z nemocnic do terénu, přibývání péče chronické, paliativní a rozšiřování i prohlubování možností medicíny narůstají. Primární péče v České republice potřebuje vysoce kvalifikované PL v počtu dostatečně pokrývajícím potřeby sítě. Uvedená skutečnost vyplývá i ze strategie WHO. O tom, že primární péče zůstává po roce 2000 jednou z priorit WHO, svědčí program „Health 21“. V tomto dokumentu se o primární péči konstatuje: „Navazující sekundární a terciární péče by měla primární zdravotní péči jasně podporovat. Do nemocnic by měli být umísťováni pouze pacienti, jejichž obtíže vyžadují ambulantně neproveditelné diagnostické a terapeutické postupy“. Též porovnání nákladovosti jednoznačně podporuje rozvoj primární péče.
Přitom obor praktické lékařství pro dospělé (všeobecné praktické lékařství), který plní nezastupitelnou úlohu primární složky poskytované péče v ČR, vykazuje nepříznivé demografické údaje. Ty se týkají jak věkového rozložení PL, tak i trendů v celkovém počtu PL, jejich podílu na celkovém počtu ambulantních lékařů i počtu lékařů ukončujících specializační přípravu. Z uvedených důvodů se SVL ČLS JEP ve spolupráci s MZdr. rozhodly provést analýzu budoucích potřeb PL po jednotlivých krajích a v ČR a z této vyvodit nezbytný počet míst pro specializační přípravu v oboru. Specializační příprava v oboru praktické lékařství pro dospělé podle nového kurikula zkráceného z 5 na 4 roky probíhá z poloviny v nemocničních zařízeních (2 roky) a v druhé polovině u akreditovaných PL (2 roky). Role akreditovaných pracovišť v nemocnicích a akreditovaných PL je proto naprosto zásadní pro zabezpečení vysoké kvality přípravy v oboru. Jako zdroj dat byly využity materiály ÚZIS z roku 2006.

kvalita zdravotnického systému v České republice je do velké míry dána kvalitou primární zdravotnické péče poskytované praktickými lékaři



věková skupina	do 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 +	Celkem
	v % z celku					
1990	35,9	28,1	20,0	14,2	1,8	100,0
1995	27,2	39,8	20,1	11,2	1,7	100,0
2000	14,3	44,3	27,6	10,9	2,9	100,0
2005	12,2	29,6	38,6	15,2	4,5	100,0
2006	10,8	26,9	40,2	17,4	4,7	100,0

Z údajů v tabulce č 1 vyplývá, že věkové složení PL se vyvíjí nepříznivě. V roce 1990 bylo ve věkové skupině do 39 let 36,9% PL, v roce 2006 jen 10,8%! Naopak ve věkové skupině 50-59 let je v současné době 40,2% PL, zatímco v roce 1990 jich bylo jen 20%. Ke zhoršení dochází i v dalších věkových skupinách. V nejbližších letech odejde do penze několik set. PL za které není náhrada!! Celkem 62,3 % PL je starších 50 let a 22,1 % starších 60 let.



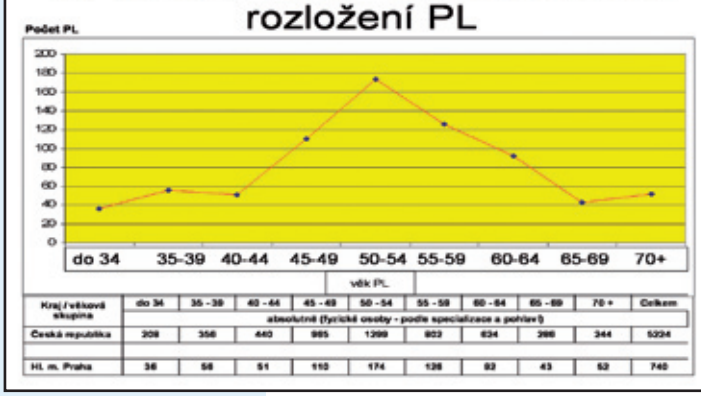
Počet a procento PL nad 65 let

Kraj	počet PL	procento PL	Kraj	počet PL	procento PL
Hl.m. Praha	95	12,8	Královehradecký kraj	22	8,0
Středočeský kraj	57	10,7	Pardubický kraj	23	9,5
Jihočeský kraj	35	10,7	Vysočina	19	8,2
Plzeňský kraj	34	11,1	Jihomoravský kraj	42	7,0
Karlovarský kraj	20	14,7	Olomoucký kraj	24	7,0
Ústecký kraj	49	13,2	Zlínský kraj	26	8,8
Liberecký kraj	14	6,6	Moravskoslezký kraj	70	11,5

Celkem v ČR je 530 PL starších 65 let což je 10,2% z celkového počtu PL

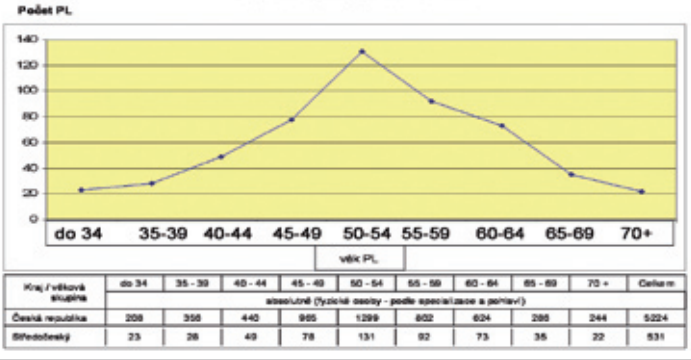
Z uvedených přehledů (tab. 2,3) zcela jednoznačně vyplývá, že celková situace v ČR je velmi vážná a vyžaduje aktivní řešení. Velmi nebezpečná pro budoucnost je zejména silná generace PL ve věku 50–59 let, kdy díky této kohortě PL se počty odcházejících za 10 let prakticky zdvojnásobí. I když nepředpokládáme, že všichni PL ve věku nad 65 let odejdou naráz, je potřebné připravit systém, který v průběhu příštích 4 let bude schopen je alespoň částečně nahradit. Protože situace v jednotlivých krajích je různá, byly analyzovány jednotlivé regiony.

Hl. město Praha – počet a věkové rozložení PL



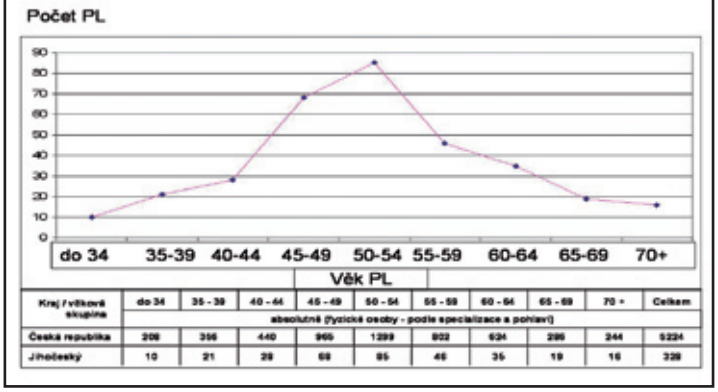
V Praze je nad 70 let celkem 52 PL, ve věku 65 – 69 let 43 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech za odcházející PL je potřeba minimálně 20 lékařů ročně, což je 80 lékařů ve specializační přípravě. K zabezpečení této potřeby je potřebné v Praze zajistit pro budoucí PL minimálně 40 míst v nemocnicích a 40 míst u akreditovaných PL.

Středočeský kraj – počet a věkové rozložení PL



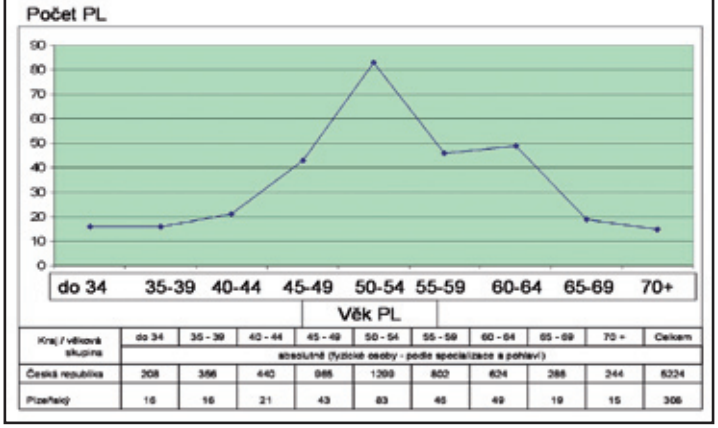
Ve středočeském kraji je nad 70 let celkem 22 PL, ve věku 65 – 69 let 35 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je minimálně potřeba 12 lékařů ročně, což je 48 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 24 míst v nemocnicích a 24 míst u akreditovaných PL.

Jihočeský kraj – počet a věkové rozložení PL



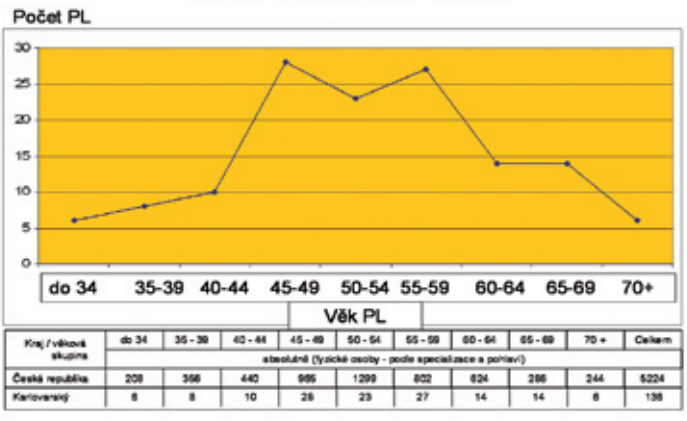
V Jihočeském kraji je nad 70 let, je celkem 16 PL, ve věku 65 – 69 let 19 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 7 lékařů ročně, což je 28 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 14 míst v nemocnicích a 14 míst u akreditovaných PL.

Plzeňský kraj

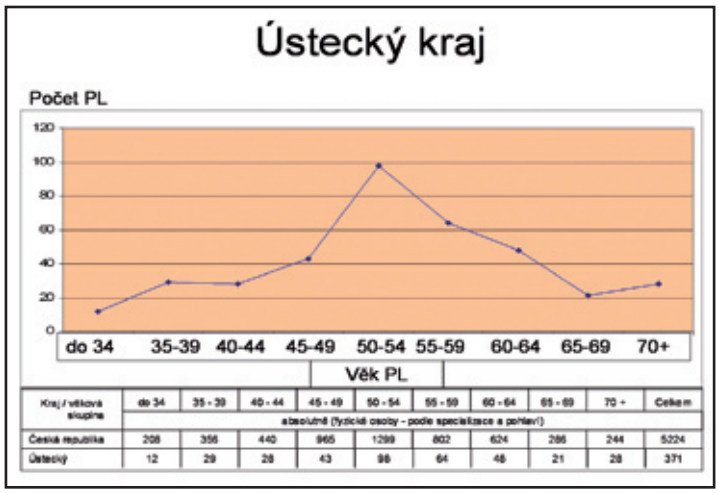


V Plzeňském kraji je nad 70 let celkem 15 PL, ve věku 65 – 69 let 19 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 7 lékařů ročně, což je 28 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 14 míst v nemocnicích a 14 míst u akreditovaných PL.

Karlovarský kraj

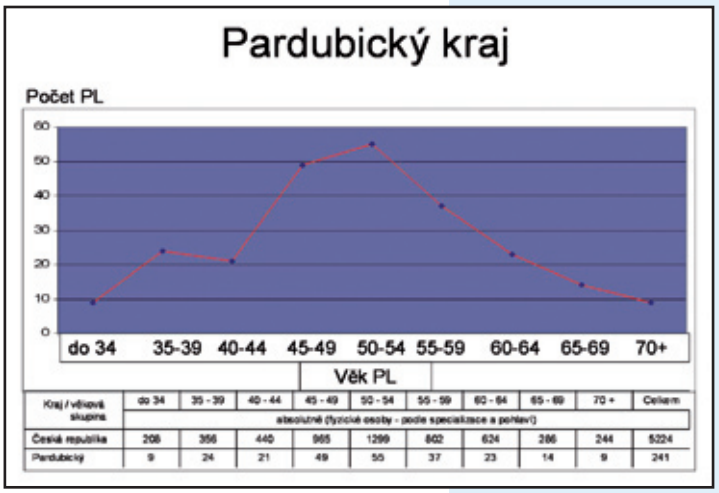


V karlovarském kraji je nad 70 let celkem 6 PL, ve věku 65 – 69 let 14 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 4 lékařů ročně, což je 16 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 8 míst v nemocnicích a 8 míst u akreditovaných PL.



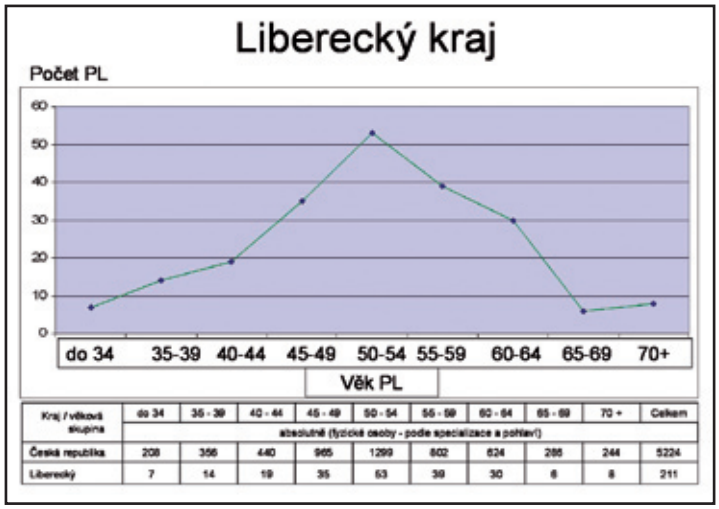
Kraj / věková skupina	do 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 +	Celkem
	absolutně (fyzické osoby - podle specializace a pořadí)									
Česká republika	208	356	440	965	1299	802	624	286	244	5224
Ústecký	12	29	28	43	98	64	48	21	28	371

V Ústeckém kraji je nad 70 let celkem 28 PL, ve věku 65 – 69 let 21 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 10 lékařů ročně, což je 40 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 20 míst v nemocnicích a 20 míst u akreditovaných PL.



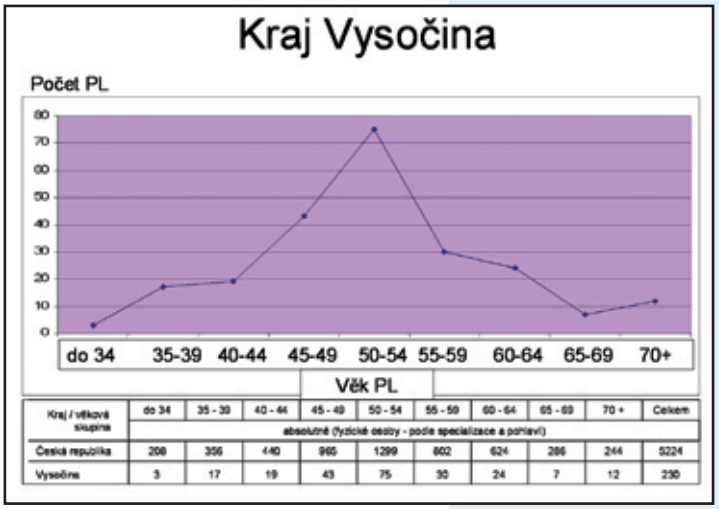
Kraj / věková skupina	do 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 +	Celkem
	absolutně (fyzické osoby - podle specializace a pořadí)									
Česká republika	208	356	440	965	1299	802	624	286	244	5224
Pardubický	9	24	21	49	55	37	23	14	9	241

V Pardubickém kraji je nad 70 let celkem 9 PL, ve věku 65 – 69 let 14 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 5 lékařů ročně, což je 20 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 10 míst v nemocnicích a 10 míst u akreditovaných PL.



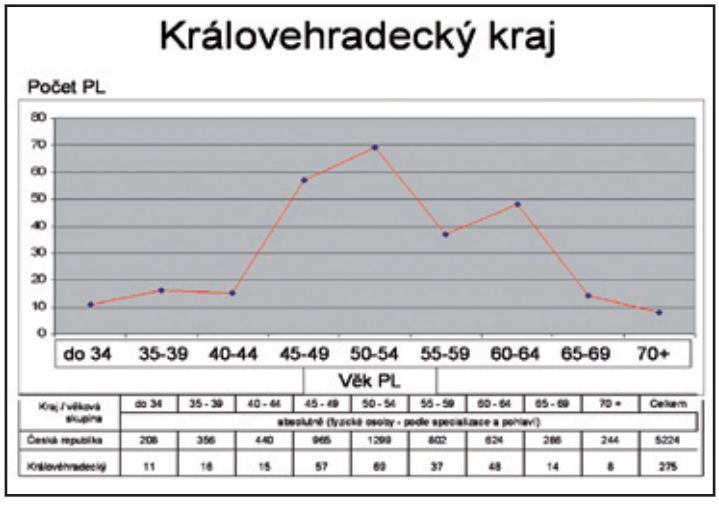
Kraj / věková skupina	do 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 +	Celkem
	absolutně (fyzické osoby - podle specializace a pořadí)									
Česká republika	208	356	440	965	1299	802	624	286	244	5224
Liberecký	7	14	19	35	53	39	30	6	8	211

V Libereckém kraji je nad 70 let je celkem 8 PL, ve věku 65 – 69 let 6 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 3 lékařů ročně, což je 12 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 6 míst v nemocnicích a 6 míst u akreditovaných PL.



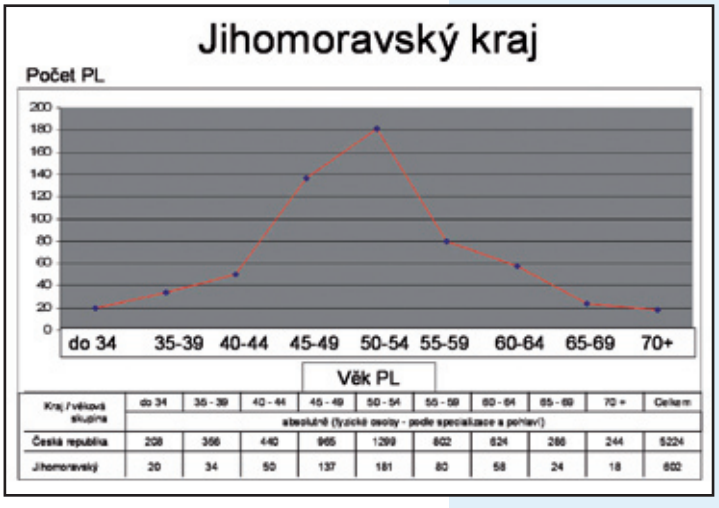
Kraj / věková skupina	do 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 +	Celkem
	absolutně (fyzické osoby - podle specializace a pořadí)									
Česká republika	208	356	440	965	1299	802	624	286	244	5224
Vysočina	5	17	19	43	75	30	24	7	12	230

V kraji Vysočina je nad 70 let elkem 12 PL, ve věku 65 – 69 let 7 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 4 lékařů ročně, což je 16 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 8 míst v nemocnicích a 8 míst u akreditovaných PL.



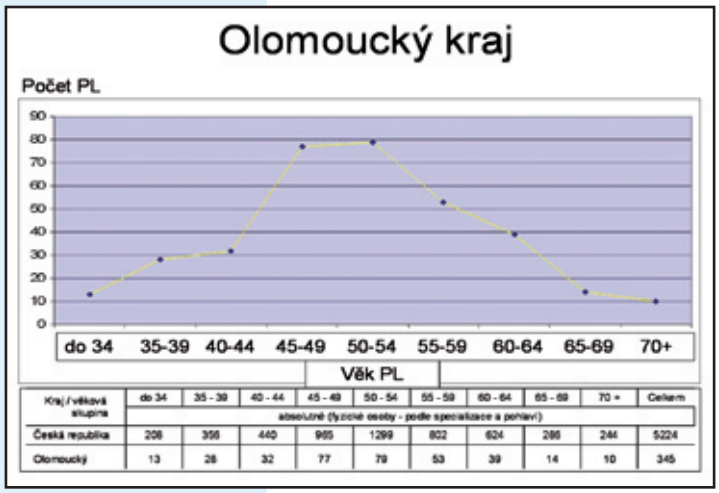
Kraj / věková skupina	do 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 +	Celkem
	absolutně (fyzické osoby - podle specializace a pořadí)									
Česká republika	208	356	440	965	1299	802	624	286	244	5224
Královehradecký	11	18	15	57	69	37	48	14	6	275

V Královehradeckém kraji je nad 70 let celkem 8 PL, ve věku 65 – 69 let 14 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 4 lékařů ročně, což je 16 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 8 míst v nemocnicích a 8 míst u akreditovaných PL.



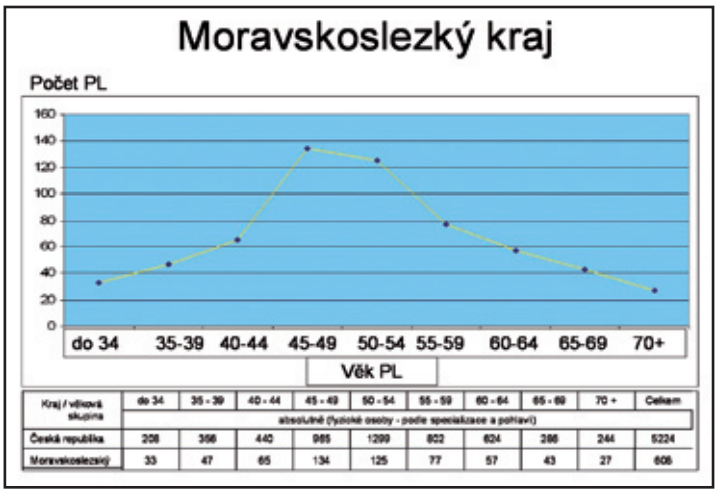
Kraj / věková skupina	do 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 +	Celkem
	absolutně (fyzické osoby - podle specializace a pořadí)									
Česká republika	208	356	440	965	1299	802	624	286	244	5224
Jihomoravský	20	34	50	137	181	80	58	24	18	602

V Jihomoravském kraji je nad 70 let celkem 18 PL, ve věku 65 – 69 let 24 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 8 lékařů ročně, což je 32 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 16 míst v nemocnicích a 16 míst u akreditovaných PL.



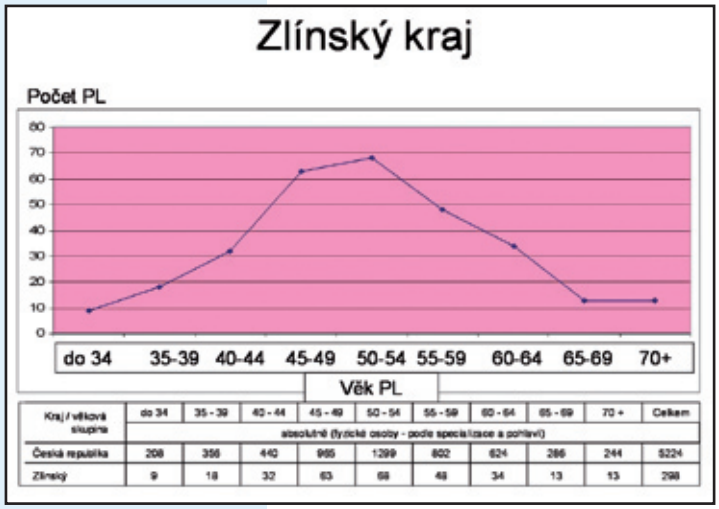
Kraj / věková skupina	do 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 +	Celkem
	absolutně (fyzické osoby - podle specializace a pohlaví)									
Česká republika	208	356	440	985	1299	802	624	286	244	5224
Olomoucký	13	28	32	77	79	53	39	14	10	345

V Olomouckém kraji je nad 70 let celkem 10 PL, ve věku 65 – 69 let 14 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 5 lékařů ročně, což je 20 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 10 míst v nemocnicích a 10 míst u akreditovaných PL.



Kraj / věková skupina	do 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 +	Celkem
	absolutně (fyzické osoby - podle specializace a pohlaví)									
Česká republika	208	356	440	985	1299	802	624	286	244	5224
Moravskoslezský	33	47	65	134	125	77	57	43	27	608

V Moravskoslezském kraji je nad 70 let celkem 27 PL, ve věku 65 – 69 let 43 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 14 lékařů ročně, což je 56 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 28 míst v nemocnicích a 28 míst u akreditovaných PL.



Kraj / věková skupina	do 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 +	Celkem
	absolutně (fyzické osoby - podle specializace a pohlaví)									
Česká republika	208	356	440	985	1299	802	624	286	244	5224
Zlínský	9	18	32	63	68	48	34	13	13	298

Ve Zlínském kraji je nad 70 let celkem 13 PL, ve věku 65 – 69 let 13 PL. Z uvedeného vyplývá, že pro náhradu v příštích 5 letech je potřeba minimálně 5 lékařů ročně, což je 20 lékařů ve specializační přípravě na PL. K zabezpečení této potřeby je potřebné v kraji zajistit pro budoucí PL minimálně 10 míst v nemocnicích a 10 míst u akreditovaných PL.

Počet potřebných míst pro PL ve specializační přípravě

Kraj	v nemocnicích potřeba	PL potřeba	Kraj	v nemocnicích potřeba	PL potřeba
Hl.m. Praha	40	40	Královehradecký kraj	8	8
Středočeský kraj	24	24	Pardubický kraj	10	10
Jihočeský kraj	14	14	Vysočina	8	8
Plzeňský kraj	14	14	Jihomoravský kraj	16	16
Karlovarský kraj	8	8	Olomoucký kraj	10	10
Ústecký kraj	20	20	Zlínský kraj	10	10
Liberecký kraj	6	6	Moravskoslezký kraj	28	28

Celkem v ČR je minimálně potřeba 216 míst pro PL v akreditovaných nemocnicích a 216 míst u akreditovaných PL. Počet nezbytných míst bude stále narůstat až do roku 2020.

Analýza počtu akreditovaných pracovišť PL po krajích vzhledem k potřebám specializační přípravy PL v ČR

Podle platného zákona č. 95/2004 Sb. se uskutečňuje specializační vzdělávání na akreditovaných výukových pracovištích. Polovina specializační přípravy v oboru probíhá v akreditovaných ordinacích PL (2 roky). Podle zákona byla ustanovena v roce 2006 akreditační komise pro obor. Tato komise projednává žádosti PL o akreditaci. V září 2007 (téměř po dvou letech fungování zákona) bylo v ČR 50 akreditovaných pracovišť PL, což byl naprosto nedostatečný počet k zajištění specializační přípravy nových PL, v rozsahu potřebném pro zachování budoucí funkcionality primární péče.

Výbor Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL ČLS JEP) od vzniku akreditační komise pro obor PL podporoval akreditační proces a podpořil také opatření, vedoucí k informovanosti praktických lékařů o významu akreditačního procesu. Šetřením mezi členy odborné společnosti se ukázalo, že hlavní příčinou nízkého počtu akreditovaných praxí je obava z administrativní náročnosti akreditačního procesu. Proto výbor SVL CLS JEP, s vědomím potřeby připravit síť akreditovaných praxí, přijal zásadní opatření k podpoře akreditačního procesu. Byl připraven projekt stánku administrativní podpory akreditace v průběhu XXVII. výroční konference SVL ČLS JEP v listopadu Brně. Lékaři byli dopředu informováni o možnosti využít této podpory a zároveň instruováni, jaké materiály bude nezbytné přivézt. Ohlas lékařů byl obrovský. Servisní skupina, vyškolená pro podporu administrativy akreditace, připravila během tří dnů konference více jak 200 žádostí. Další přišly v průběhu následujícího měsíce. Tím nastala zásadní změna situace. Přehled po jednotlivých krajích ukazuje tabulka.

Lze konstatovat, že v ČR bylo k 24.4.2008 celkem 512 akreditovaných pracovišť PL (potřeba 216)

a kromě 4 chybějících pracovišť v Karlovarském kraji je kapacita akreditovaných pracovišť oboru PL plně dostatečná i regionálně. Vyšší počet pracovišť není na závadu vzhledem k tomu, že část akreditovaných PL je rozhodnuta si vychovat jen svého nástupce. Z uvedených míst je možné si vždy vybrat PL, kterým bude přiděleno rezidenční místo pro výchovu nového PL.
Mezi hlavní přetrvávající problémy, které je nezbytné je vyřešit ve spolupráci z MZdr. patří:

1) **Zajištění profinancování specializační přípravy.** V roce 2008 byla snaha využít granty pro uvedený účel vypsané MZdr., které SVL ČLS JEP pro PL předvyplnila a vyvěsila na své www stránky. Celý problém je ale třeba řešit koncepčně legislativně v souladu s připravovanou novelou zákona o specializačním vzdělávání, a to urychleným vytvořením plně financovaných rezidenčních míst. Předpokládali jsme, že by to mělo být od roku 2009 nicméně se hovoří i o roku 2010, což je pro náš obor jen těžko přijatelné

2) **Zajištění potřebného počtu akreditovaných pracovišť pro PL v nemocnicích,** kde je zatím zcela nepřehledná situace. Zejména je problémem neochota managementů nemocnic přijímat lékaře ve spec. přípravě v oboru PL vzhledem k tomu, že se jim tato činnost tzv. „nevyplatí“. Opět je potřebné vytvořit aktivní tlak na MZdr, aby byl vybrán a financován příslušný počet rezidenčních míst.
Částečným řešením možnosti financování specializační přípravy v roce 2008 je účast na grantech vypsaných MZdr.. Původně se předpokládalo, že do projektů se zapojí především kraje v rámci komplexního řešení situace v regionech. Pokud by ale tomu tak nebylo hrozila by opět situace, kdy primární péče zůstane pro spec. přípravu bez financí. SVL ČLS JEP se proto rozhodla informovat PL o této možnosti a podpořit je v této aktivitě. Jako největší překážka se opět projevila velká administrativní náročnost vypracování projektu a grantové přihlášky. Proto SVL ČLS JEP urychleně připravila návrh, která byl umístěn na www. stránky (www.svl.cz), který si zájemci je mohli stáhnout a po doplnění nacionálií podat na MZdr. S potěšením můžeme konstatovat, že se záměr podařil a celkem se podařilo podpořit 115 školenců v oboru PL z celkového počtu 125 podpořených ve všech specializacích. Z toho samostatní PL získali 52 míst a jiná zdravotnická zařízení (nemocnice) zbytek.
Za nejlepší můžeme považovat situaci v Jihomoravském kraji, kdy krajský představitel pro zdravotnictví aktivně přistoupil ke spolupráci s vedení nemocnice u Svaté Anny a krajskou konzultantkou SVL ČLS JEP MUDr. M. Vinickou, která uvedený grant podala. Podařilo se tak získat financování na 20 míst pro lékaře ve specializační přípravě jak v nemocnici, tak i u akreditovaných PL v celkové výši 4,3 mil Kč (průměrné výši 210 000 Kč na školence).
Vzhledem k tomu, že pokud se nepodaří urychleně vybudovat rezidenční místa, může ještě v roce 2009 přetrvávat grantový systém, je se potřebné na uvedenou situaci připravit a ještě lépe využít prostředků, které budou k dispozici pro specializační přípravu PL. SVL ČLS JEP proto opět udělá maximum ve smyslu přípravy grantových přihlášek i jednání s krajskými představiteli zdravotnictví s využitím příkladu Jihomoravského kraje.
Závěrem můžeme konstatovat, že situace ve specializační přípravě není optimální a je potřebné udělat vše pro zásadní změny v uvedené oblasti. Předpokladem pro systémovou změnu je přijetí novely zákona o specializačním vzdělávání, který umožňuje vytvoření rezidenčních míst financovaných ze státního rozpočtu. Celkem se jedná v rámci ČR minimálně o 216 míst v nemocnicích a 216 míst u akreditovaných PL. Je též potřeba, než se podaří uvedený systém plně realizovat, maximálně využít vypsaných grantů MZdr. v této oblasti. Je potřeba ocenit a podporovat iniciativu akreditovaných PL, kteří si podali grantové přihlášky a získali finanční prostředky na pokrytí části specializační přípravy budoucích PL.

Počet akreditovaných PL v jednotlivých krajích

Kraj	Udělená akreditace	Potřeba akredit. pracovišť
Hlavní město Praha	53	40
Středočeský	42	24
Jihočeský	23	14
Plzeňský	29	14
Karlovarský	4	8
Ústecký	37	20
Liberecký	7	6
Královéhradecký	24	8
Pardubický	26	10
Vysočina	43	8
Jihomoravský	98	16
Olomoucký	39	10
Zlínský	38	10
Moravskoslezský	49	28
Celkem	**512**	**216**

Počet podpořených projektů a školenců PL

Kraj	Počet podpořených projektů	Počet podpořených školenců PL
Hlavní město Praha	8	9
Středočeský	7	13
Jihočeský	2	7
Plzeňský	4	8
Karlovarský	1	1
Ústecký	9	12
Liberecký	4	4
Královéhradecký	7	9
Pardubický	1	1
Vysočina	4	6
Jihomoravský	1	20
Olomoucký	8	8
Zlínský	2	5
Moravskoslezský	7	12
Celkem	**65**	**115**

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. *- promoval v r. 1979 na LF UK a VLVDÚ JEP v Hradci Králové. V roce 1984 získal atestaci I. stupně z vnitřního lékařství, v roce 1988 atestaci I. stupně a v r. 1991 II. stupně ze všeobecného lékařství. Od roku 1984 do r. 1993 byl odborným asistetem katedry VL VLA JEP, poté zástupcem vedoucího katedry a prorektorem pro studijní a pedagogickou činnost VLA JEP, v letech 1997-2002 byl rektorem VLA JEP. Od roku 2003 dosud je zástupcem vedoucího ústavu sociálního lékařství a vedoucím oddělení praktického/rodinného lékařství LF UK v Hradci Králové. Od roku 2002 je předsedou Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Je autorem řady vědeckých publikací na národní i mezinárodní úrovni, zejména z oblasti kvality péče, pregraduálního vzdělávání, prevence kardiovaskulárních nemocí.*

MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D.
III. klinika infekčních a tropických nemocí, 1. LF UK a FN Na Bulovce, Praha

Infekce, které si můžeme přivézt z exotické dovolené

Souhrn: Stále více našich turistů si vybírá pro své dovolené exotické destinace. Mezi nejčastější importované infekce patří průjmová onemocnění. Závažnější jsou horečnaté infekce jako malárie, břišní tyfus, ricketsiózy, horečka dengue a virové hepatitidy. V případě eozinofilie a pobytu v tropech pomýšlíme na tkáňové helmintózy, především na schistosomózu, filariózu a cysticerkózu. Jejich diagnostika je založena na důkladné anamnéze, zevrubném fyzikálním vyšetření a příslušných laboratorních či zobrazovacích vyšetřeních. Přestože se zlepšuje informovanost turistů o zdravotních rizicích pobytu v tropických oblastech, stále se setkáváme s řadou osob, které odjíždí i do vysoce rizikových oblastí bez doporučených očkování a antimalarické profylaxe.

MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D.

Každoročně cestuje na celém světě kolem 50 milionů osob z rozvinutých zemí do oblastí tropů a subtropů. Tyto cesty jsou spojeny se zvýšenou nemocností i úmrtností. 50 – 75 % všech turistů do rizikových destinací má zdravotní problémy, nejčastěji infekčního původu. Nejčastější příčinou úmrtí během pobytu v tropech však představují úrazy (44 %), dále kardiovaskulární (15%) a další interní choroby (9 %). Infekční onemocnění způsobí úmrtí pouze u 3 % cestovatelů. Mezi nejčastější importované infekce patří cestovní průjmy, rozličná horečnatá a kožní onemocnění, vzácnější jsou neurologické, svalové a urologické potíže, či sexuálně přenosné choroby.

inkubační doba některých onemocnění může být řadu měsíců i let

Postup při vyšetření pacientů po návratu z tropů

Existuje řada infekčních i neinfekčních onemocnění, která mohou postihnout cestovatele, proto je obtížné doporučit univerzální postup při vyšetřování jejich zdravotních problémů. Základem zůstává důkladná **anamnéza** a zevrubné **fyzikální vyšetření**. Na jejich základě se volí laboratorní, zobrazovací a speciální kultivační i sérologická vyšetření, jež vedou k identifikaci etiologických agens. Mezi **laboratorní vyšetření první linie** u pacientů s horečkou patří krevní obraz a diferenciál, ukazatele zánětu (sedimentace, CRP, prokalcitonin), renální parametry (urea, kreatinin), glykémie, jaterní testy, odběry hemokultur a u osob pobývajících v malarických oblastech především **tenký krevní nátěr a tlustá kapka (5).**

antimalarická profylaxe nemusí být zcela účinná

V anamnéze **zjišťujeme navštívené země**, u velkých států jako jsou Brazílie, Indie a Čína se ptáme na přesné oblasti a způsob pobytu, neboť zde existují velké regionální rozdíly ve výskytu infekcí (6). Důležité je také **roční období** (sezónní výskyt malárie), **způsob ubytování** (stany, bungalovy, klimatizované hotely), pokousání či **kontakt se zvířaty** (vzteklina, brucelóza, antrax aj.), **poštípání komáry** (dengue, malárie, filariózy), flebotomy (leishmaniózy), klíšťaty a blechami (ricketsiózy). Ptáme se na rizikové chování jako je **konzumace neupravené vody**, ledu, syrové zeleniny, kontakt se sladkou vodou (schistosomóza, ankylostomóza, strongyloidóza) apod. Pátráme po pobytu v rizikových oblastech daleko do minulosti, neboť inkubační doba některých onemocnění může být řadu měsíců i let (relapsy malárie, leishmanióza, amébový jaterní absces, schistosomóza aj.) (5). Zjišťujeme zdravotní potíže během pobytu, absolvovaná cestovní očkování, profylakticky i léčebně užívaná antimalarika, antibiotika a další léky. Antimalarická profylaxe nemusí být zcela účinná, chlorochin, meflochin ani Malarone nechrání před pozdními relapsy terciány. Řada antibiotik má výrazné antimalarické účinky (tetracykliny, makrolidy, kotrimoxazol, klindamycin), jejich užívání může ztížit a oddálit diagnózu malárie.

Při fyzikálním vyšetření pátráme po fokálních příznacích jako jsou **vyrážka, krvácivé projevy, ikterus sklér a kůže, regionální nebo povšechná lymfadenopatie, hepatomegalie, splenomegalie, meningeální dráždění, poslechový nález** na plicích nebo na srdci. Na základě anamnézy, fyzikálního a laboratorního vyšetření první linie stanovíme diferenciální diagnózu a zvolíme další laboratorní a zobrazovací metody (RTG plic a srdce, UZ, CT), či speciální mikrobiologické techniky (mikroskopie, kultivace, serologie, detekce antigenu, PCR apod.). Klinický stav konzultujeme se specialisty dalších oborů a rozsah vyšetřovacích metod volíme individuálně, dle závažnosti klinického stavu, zjištěných anamnestických údajů

Oddělení tropické medicíny 1. LF UK
Studničkova 7
128 00 Praha 2
tel.: 224 968 523-5.

a nezatěžujeme diagnostické laboratoře neindikovanými vyšetřeními. Do diferenciální diagnózy je nutné zahrnout i všechny běžné infekce, které se vyskytují **autochtonně** na našem území a nemusí s pobytem v tropech souviset. Při protrahované horečce a kašli, zvláště u cizinců, je nutno myslet na **tuberkulózu** a zajistit příslušná karanténní opatření.

při protrahované horečce a kašli je nutno myslet na tuberkulózu

Průjmová onemocnění cestovatelů

Průjmy patří k nejčastějším zdravotním potížím turistů při cestách do oblastí s nízkým hygienickým standardem. **Největší riziko představuje Afrika** kromě její nejjižnější části, Latinská Amerika kromě Argentiny a Chile, Indický subkontinent, střední a jihovýchodní Asie, kde onemocní 20 – 80 % návštěvníků. (4). Mezi nejčastější původce patří baktérie (80 – 85 %), především **enterotoxigenní kmeny E. coli** (50 – 75 %), dále **salmonely, shigely, kampylobakter, yersinie**. Dva případy cholery k nám byly naposledy importovány v roce 2002 z Indie a Thajska. Zvyšuje se podíl bakteriálních kmenů, které jsou rezistentní na antibiotika (peniciliny, tetracykliny, makrolidy, kotrimoxazol), popsána byla i snížená citlivost vůči fluorochinolonům. Virového či parazitárního původu je 5 – 10 % cestovních průjmů. Většina virových a bakteriálních průjmových onemocnění se projeví během pobytu a těsně po návratu. U dospělých osob se jedná o klinicky nezávažné infekce, které během 2 – 5 dnů spontánně odezní, u dětí je větší riziko dehydratace. Léčba je symptomatická a je založena na dietě, rehydrataci, tlumení průjmů střevními adsorbencii a křečí spazmolytiky. Antibiotika se nasazují pouze při těžkých stavech s vysokou horečkou a přítomností krve ve stolici, kdy hrozí bakteriální sepse. Z parazitárních agens je nejčastější **giardióza**, závažnější **amébová dyzentérie** je v posledních letech poměrně vzácná. Na rozdíl od virových a bakteriálních průjmů u giardiózy a amébózy infekce spontánně neodezní, může přetrvávat i řadu měsíců a je nutná specifická léčba 5-nitroimidazolovými deriváty (metronidazol, ornidazol). Proto v případě protrahovaných průjmů (více než 2 – 3 týdny) vždy provádíme parazitologické vyšetření stolice, vyšetřujeme i kontakty pozitivních cestovatelů. U infekcí způsobených entamébami je nutné odlišit nepatogenní Entamoeba dispar od morfologicky identické, patogenní E. histolytica (3) pomocí PCR vyšetření čerstvé nebo zmražené, ale nefixované stolice (vyšetření provádí Oddělení tropické medicíny 1. LF UK v Praze a Mikrobiologický ústav FN v Hradci Králové). Na střevní a mimostřevní amébózu je třeba myslet i u osob, které nevycestovaly, neboť toto onemocnění má kosmopolitní rozšíření. Průjmy vyvolané **kokcidiemi** (Cryptosporidium, Cyclospora a Isospora belli cayetanensis) trvají u zdravých jedinců obvykle 2 – 4 týdny a po té spontánně odezní. Závažné jsou u imunokompromitovaných osob, u nichž působí chronické infekce, které špatně odpovídají na léčbu. Základem prevence cestovních průjmů je konzumace nezávadné stravy a vody, antibiotika se k prevenci průjmů cestovatelů rutinně nedoporučují, určitý preventivní efekt byl popsán u bismut subsalicylátu, probiotik a nevstřebatelných antibiotik (rifaximin).

nejčastější původci průjmů jsou enterotoxigenní kmeny E. coli

z parazitárních průjmů je nejčastější giardióza

Horečnaté infekce po návratu z tropů

Riziko onemocnění závažnými horečnatými infekcemi se výrazně liší podle místa pobytu. Mezi nejčastější příčiny horečky importované

průjmy vyvolané kokcidiemi

Přípravek **Travellers Dophilus** obsahuje 3 kmeny bakterií mléčného kvašení včetně Enterococcus Fascium, díky kterému má zvýšenou účinnost proti průjmům při cestování. Zajišťuje optimální složení vaši střevní mikroflóry, zlepšuje stravitelnost potravy a posiluje imunitní systém. Komplex je určen všem, bez ohledu na věk. Při cestování nemusíte přípravek uchovávat v chladnu, zachovává si dlouhodobou účinnost i při běžných podmínkách.

Pro maximální účinek, doporučujeme užívat kapsle již 3-5 dní před před odjezdem na cesty.

Nová generace bakterií mléčného kvašení!

GASTRIC GUARD

PHARMA AGENCY, s.r.o. - Zelený pruh 109, 140 00 Praha 4
tel.: 296 781 305, e-mail: info@pharmaagency.cz, **www.pharmaagency.cz**

virové hepatitidy spolu se střevními infekcemi jsou nejčastěji importovaná onemocnění

ze subsaharské Afriky patří **tropická malárie** (infekce P. falciparum), **ricketsiózy** (klíšťové tyfy) a **schistosomózy**. Afrika je místem výskytu závažných **hemorhagických horeček** s rizikem nosokomiálního přenosu (Ebola, Marburg, Lassa, Krymská-konžská a horečka údolí Rift), ale jejich import do Evropy je extrémně vzácný. Z tropických oblastí Asie bývá importována **malárie terciána** (P. vivax), **horečka dengue**, z Indického subkontinentu dále **amébóza, břišní tyfus a paratyfy**. Po návratu z Latinské Ameriky je též nejčastější **malárie**, infekce P. vivax u osob, které užívaly profylakticky antimalarika a P. falciparum u těch bez profylaxe. V Karibiku, ve Střední a Jižní Americe je častá **horečka dengue**. Na celém americkém kontinentu se endemicky vyskytují **systémové mykózy** (histoplasmóza, blastomykóza, kokcidioidomykóza), které se mohou projevit jako protrahovaný horečnatý stav s kašlem a dušností. Na RTG a HRCT plic jsou nodulární infiltráty, v krevním obraze může být eozinofílie a v anamnéze bývá návštěva jeskyní, neboť původci se ve zvýšené míře vyskytují v substrátu bohatém na trus ptáků a netopýrů. Ale i u osob, které pobývaly ve Středomoří, jež představuje nejčastější destinaci našich turistů, se můžeme občas setkat s exotickými chorobami jako jsou **kožní a viscerální leishmaniózy, ricketsiózy, návratný tyfus a arbovirózy** (západonilská horečka, papataci, chikungunya).

preventivní podávání lidského imunoglobulinu se již nedoporučuje

Virové hepatitidy

Virové hepatitidy patří spolu se střevními infekcemi mezi vůbec nejčastěji importovaná onemocnění. Hepatitidy typu A a E, které mají fekálněorální přenos, jsou výrazně častější v oblastech s nízkým hygienickým standardem. Po nespecifických prodromálních příznacích (nevolnost, nechutenství, narůstající únava, bolesti kloubů a svalů) se objevuje tmavá moč, světlá stolice a ikterus sklér. Později se dostaví zvýšená teplota nebo i horečka, ikterus kůže a výrazná elevace jaterních transamináz. Inkubační doba je obvykle jeden měsíc, proto je možné monovakcínu proti hepatitidě A (Avaxim, Havrix, Vaqta) aplikovat i bezprostředně před cestou (7). Preventivní podávání lidského imunoglobulinu se vzhledem k jeho nízké účinnosti a možným nežádoucím účinkům již nedoporučuje. Riziko infekce představují i kvalitní hotely v turistických centrech, přesto stále značný počet turistů cestuje bez očkování. Vakcína proti hepatitidě E zatím dostupná není, ale její vývoj rychle pokračuje. Hepatitidy B a C jsou v České republice diagnostikovány u cizinců a osob s rizikovým chováním (i.v. narkomani), sexuální turistika u nás na rozdíl od západní Evropy není dosud příliš rozšířená. Do **diferenciální diagnózy ikteru** po návratu z tropů je nutno kromě virových hepatitid zahrnout akutní EBV a CMV infekci, leptospirózu, malárii a návratný tyfus.

Virové horečky

Druhou nejčastější virovou infekcí importovanou do Evropy je **horečka dengue**. Vyskytuje se v tropech a subtropech v Americe, Asii a severní Austrálii, vzácněji v Africe. Přenašečem jsou samičky komára Aëdes aegypti, k přenosu dochází v městských aglomeracích, neboť rezervoárem infekce jsou nejčastěji nemocní lidé. Inkubační doba je 3 – 7 dnů, začátek je náhlý, vysoká horečka se zimnicí je doprovázena bolestmi hlavy, svalů a kloubů. Průběh horečky může být dvoufázový. U části postižených se ve druhé fázi může objevit makulopapulózní vyrážka, lymfadenopatie a hepatosplenomegalie. V krevním obraze je leukopénie a trombocytopénie, CRP

IV. HRADECKÉ VAKCINOLOGICKÉ DNY

18. 9. – 20. 9. 2008 Hradec Králové, Kongresové centrum ALDIS

pořádají:

Česká vakcinologická společnost ČLS JEP

ve spolupráci s

Fakultou vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové,
Vakcinačním centrem – sdružením pro klinické hodnocení očkovacích látek,

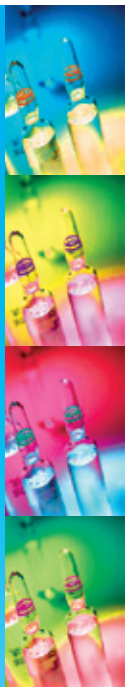
pod záštitou

primátora města Hradce Králové Ing. Otakara Divíška
a hlavního hygienika ČR MUDr. Michaela Víta, Ph.D.

Organizátoři a kontaktní osoby: prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.,doc. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.,
prof. MUDr. Miroslav Šplíňo, DrSc., Mgr. Ivana Komárková, Vlasta Vrbová

Kontakt: Fakulta vojenského zdravotnictví, Třebešská 1575, 500 01 Hradec Králové
tel.: 973 253 101, fax: 495 513 018, e-mail: vakcidny@pmfhk.cz

Přihlášky k aktivní účasti (včetně abstrakt) do 30. 6. 2008, k pasivní účasti do 31. 7. 2008.
Bližší informace o konferenci naleznete na: www.pmfhk.cz (včetně on.line registrace)



očkování proti břišnímu tyfu chrání pouze ze 60 – 80 %

bývá v normě, jaterní transaminázy mírně zvýšeny. Závažné krvácivé komplikace jsou vzácné, ale mohou se objevit u imunokompromitovaných osob. Diagnostika je serologická, v zahraničí se používá též PCR, jež umožňuje určit typ viru. V letech 2005-6 proběhla na ostrovech Indického oceánu (Reunion, Mauritius, Seychelly), v Indii a jihovýchodní Asii rozsáhlá epidemie horečky **chikungunya**. Několik případů bylo importováno i do České republiky. V srpnu a září 2007 byl přenos této infekce prokázán v severní Itálii (okolí Raveny), kde onemocnělo více než 200 osob a na přenosu se uplatnil komár Aëdes albopictus. Diagnostika exotických arboviróz se provádí v NRL ve Zdravotním ústavu v Ostravě. V diferenciální diagnóze protrahovaných horečnatých stavů nelze opominout **HIV infekci**, jež může napodobit řadu tropických infekcí (dengue, EBV, břišní tyfus, viscerální leishmanióza aj.).

časná diagnóza malárie = průkaz plasmódií v krevních nátěrech

Bakteriální horečky

Z bakteriálních původců vyvolávajících závažná horečnatá onemocnění jsou nejčastěji importovány břišní tyfy a paratyfy, ricketsiózy, leptospiróza a tuberkulóza. Velmi vzácně se v Evropě objevují případy návratného tyfu, brucelózy, antraxu, moru, lepry a malioidózy. U **břišního tyfu a paratyfů** se po inkubační době 10 – 20 dnů objevuje pomalu narůstající horečka, schvácenost a bolesti hlavy. Průběh může být ovlivněn předchozím očkováním, které chrání pouze ze 60 – 80 % a není účinné proti paratyfům (7). Diagnostika je založena na odběrech hemokultur, stolice a moč nemusí být kultivačně pozitivní a serologie (Widalova reakce) není spolehlivá. Pacient je izolován na infekčním oddělení a vyšetřeny jsou jeho kontakty. K léčbě se používají fluorochinolony, popř. cefalosporiny III. generace. Z **ricketsióz** jsou k nám poměrně často importovány klíšťové (původci R. conorii, R. africae) a murinní tyfy (původce R. typhi) po pobytu v Mediteránu, Přední Asii a Africe. Onemocnění začíná náhle, po inkubační době 7 – 14 dnů, horečkou, zimnicí, bolestmi hlavy a může být doprovázeno vyrážkou. Pro klíšťové tyfy je charakteristická eschara a regionální lymfadenitida v místě přisátí klíštěte. Diagnóza je serologická, Weil-Felixova reakce je nespecifická, u nás se používá ELISA nebo nepřímá imunofluorescence, které umožní odlišit jednotlivé skupiny rickettsióz. Lékem volby je doxycyklin a u dětí makrolidová antibiotika (8).

tlustá kapky a tenký nátěr

inkubační doba závisí na druhu plasmódia

Parazitární horečky

Z parazitárních infekcí je nejvýznamnější **malárie** (2). Akutní horečnaté fázi, jež se projevuje **malarickými záchvaty**, předchází několik dnů trvající nespecifické prodromální příznaky připomínající chřipkové onemocnění. Ke smrtelným komplikacím tropické malárie (infekce P. falciparum) může dojít během několika dnů od začátku klinických příznaků, proto je důležitá časná diagnóza založená na průkazu plasmódií na **krevních nátěrech**. Provádí se **tlustá kapka**, která plasmódia koncentruje, a **tenký nátěr**, který usnadní jejich druhovou identifikaci. Vysoká pravděpodobnost záchytu plasmódií na nátěrech je i v období bez horečky mezi jednotlivými malarickými záchvaty. Krevní roztěry mohou být pozitivní i u jiných vzácnějších importovaných infekcí, např. u africké a americké trypanosomiázy, babesiózy, filarióz a u návratného tyfu. Podle druhu plasmódia a místa nákazy se nasazují antimalarika. P. falciparum je citlivé na chlorochin již pouze ve Střední Americe a narůstá rezistence P. vivax na chlorochin, především v jihovýchodní Asii. Inkubační doba závisí na druhu plasmódia, u tropické malárie může být velmi krátká, kolem 10 dnů. K pozdním relapsům benigní terciány (P. vivax a P. ovale) dochází i řadu měsíců po opuštění malarické oblasti. Časným příznakem malárie je splenomegalie, ikterus je většinou mírný, elevace jaterních transamináz bývá přítomna. Malárie není doprovázena vyrážkou ani zvětšením lymfatických uzlin. V krevním obrazu bývá neutropénie, relativní lymfocytóza a charakteristická je trombocytopénie, anémie se rozvíjí až v průběhu infekce.

časným příznakem malárie je splenomegalie

Viscerální leishmanióza je ostrůvkovitě rozšířena v řadě oblastí tropů a subtropů. Do České republiky byla v posledních letech importována především ze Středomoří. Inkubační doba je obvykle 2 - 6 měsíců, ale může být i několik let. Začátek bývá pozvolný, objevují se subfebrilie nebo horečka, u většiny pacientů je výrazně zvětšená slezina. Přítomna bývá též hepatomegalie a lymfadenopatie, postupně se rozvíjí slabost, nechutenství a dochází k úbytku hmotnosti. Diagnostika je založená na přímém průkazu amastigotů leishmánií v biopsii kostní dřeně, sleziny, jater nebo lymfatických uzlin. Užitečná je i sérologie, molekulární metody (PCR) umožňují typizaci původců. Bez léčby je průběh smrtelný, v Evropě a v USA se používají liposomální formy amfotericinu B. Extrémně vzácně jsou do Evropy importovány **africká (spavá nemoc) i americká trypanosomóza (Chagasova choroba)**. Při dlouhotrvající horečce doprovázené anémií je nutno vyloučit **babesiózu**. Jeden případ této infekce se před několika lety vyskytl u entomologa po návratu z USA (1). **Extraintestinální amébóza** se nejčastěji projevuje jako solitární nebo mnohočetné jaterní abscesy. Je doprovázená vysokými horečkami septického charakteru, schváceností a neutrofilní leukocytózou. Diagnostika je založena na serologickém vyšetření, léčba je konzervativní, 5-nitroimidazolovými preparáty, punkce či drenáž abscesů jsou kontraindikovány (3).

Při horečce s eozinofílií je nutno pomýšlet na

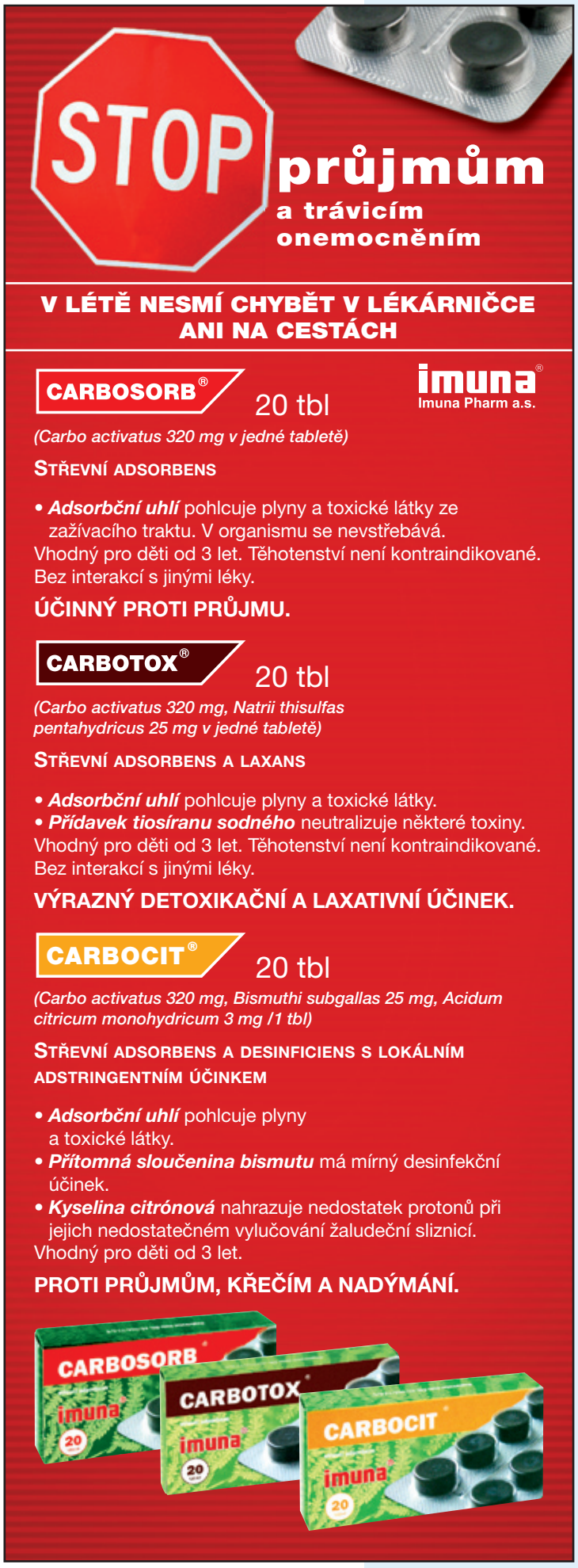
tkáňové helmintózy. Nejčastěji se setkáváme se schistosomózou a larvální toxokarózou, která je běžná i u nás, vzácnější jsou cysticerkóza, trichinelóza, hydatidóza a filariózy. Většina případů **schistosomózy** je k nám importována z Afriky. K nákaze dochází kontaktem se sladkou vodou, kdy infekční stádia, cerkárie, pronikají neporušenou kůží. 1 – 2 dny po infekci se může objevit svědivá makulopapulózní vyrážka, která spontánně ustoupí. Za 1 – 3 měsíce se mohou dostavit příznaky akutní schistosomózy, vysoká horečka se zimnicí a třesavkou, bolesti hlavy, kašel, nechutenství, bolesti břicha, někdy i průjmy. Bývá přítomna hepatosplenomegalie, lymfadenopatie a urtikariární vyrážka. Diagnóza je sérologická, vajíčka nejsou v této fázi ve stolici ani moči ještě přítomna. Léčba je symptomatická, podávají se NSAID, při těžším průběhu kortikosteroidy. Po několika měsících infekce přechází do orgánově specifických projevů. U močové schistosomózy se objevuje tupá bolest v podbřišku, dysurie, polyurie a mikroskopická, později makroskopická hematurie. Střevní schistosomóza se v časné fázi projevuje bolestmi břicha, slabostí a nechutenstvím, později v těžších případech dyzenterickým syndromem: průjmy s příměsí krve a hlenu, bolestmi břicha, tenesmy a subfebriliemi. K léčbě se používá praziquantel, který není v ČR registrován a musí se pro každého pacienta objednat.

Závěr

Závěrem je třeba zdůraznit, aby každý turista, který plánuje cestu do epidemiologicky rizikové oblasti, včas kontaktoval a konzultoval příslušné pracoviště cestovní medicíny. Při zdravotních problémech po návratu, zvl. při horečnatém onemocnění, je nutné neprodleně navštívit ošetřujícího lékaře nebo konzultovat stav s příslušným centrem cestovní medicíny či infekční klinikou. Přestože se zlepšuje informovanost turistů o zdravotních rizicích pobytu v tropických oblastech, stále se setkáváme s řadou osob, které odjíždí i do vysoce rizikových oblastí bez příslušných očkování a bez antimalarické profylaxe.

Literatura:
1) Nohýnková E., Kubek J., Měšťánková O. et al: Případ infekce Babesia microti importované do České republiky z USA. Čas Lék čes 2003; 142: 377-381
2) Nohýnková E., Stejskal F.: Malárie. Interní medicína pro praxi 2005; 7: 256-261
3) Nohýnková E., Pyšová I., Tůmová P., Tolarová V. Patogenní Entamoeba histolytica – vzácný výskyt u osob s mikroskopickým nálezem cyst ve stolici. Čas Lék čes 2007; 146: 132-136
4) Stejskal, F.: Cestovní průjmy. Practicus. 2006; 5: 208-210
5) Stejskal F.: Importované tropické infekce. Čas Lék čes 2007; 146: 115-121
6) Stejskal F.: Importované tropické horečnaté infekce. Prakt Lék 2008; 88: 31-35
7) Stejskal F.: Očkování cestovatelů. Vakcinologie 2008; 2: 57-67
8) Vaništa J., Manďáková Z., Skokanová V.: Africký klíšťový tyf. Klin mikrobiol inf lék 2003; 9: 88-90

MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D. *– absolvoval studium parazitologie na Přírodovědecké fakultě UK a všeobecného lékařství na 1. lékařské fakultě UK. Pracuje jako odborný asistent na III. klinice infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a FN Na Bulovce, kde je vedoucím Oddělení tropické medicíny 1. LF UK. Zabývá se problematikou cestovní medicíny, importovanými tropickými nemocemi včetně vysoce nakažlivých infekcí. Jeho výzkum je zaměřen na studium molekulární biologie a biochemie anaerobních parazitických prvoků, především Cryptosporidium parvum.*



doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.
Klinika nemocí kožních a pohlavních FN a LF UK, Hradec Králové

Solární alergie a péče o kůži v létě

Souhrn: Fotosenzitivita znamená zvýšenou citlivost na sluneční záření (zejména na ultrafialovou část). Při dlouhodobějším průběhu se rozvíjí fotodermatóza. Častější fototoxická reakce nastává po některých lécích nebo kontaktu s rostlinami, fotoalergická reakce po kontaktu s chemickými filtry sunscreenů. Fotoprotekce kůže během letní sezóny mimo jiné znamená aplikaci sunscreenů, jejichž účinnost je charakterizována ochranným faktorem. Přídatek antioxidantů brání dalším negativním biologickým účinkům.

doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.

Úvod

Solární ultrafialové (UV) záření působí změny v kůži, které se mohou projevit v časově blízkém, ale i vzdáleném horizontu. Patologické zvýšení citlivosti kůže na UV expozici nazýváme **fotosenzitivitou**. Kožní reakce spojené s fotosenzitivitou, které pak přetrvávají dlouhodoběji, řadíme již do tzv. **fotodermatóz**.

UV záření také ovlivňuje funkce imunitního systému. Zejména stav oslabení imunitně zprostředkovaných reakcí v kůži takto způsobených charakterizujeme jako fotoimunosupresi. To ve svých důsledcích podporuje rozvoj **fotokarcinogeneze.**

fototoxický a fotoalergický mechanismus

Fotodermatózy

Spektrum kožních obtíží, které mohou nastat po expozici, je velmi široké: od prostého erytému kůže přes vznik papulek, puchýřků, edému až po kopřivkové pomfy. Reakce může nastupovat ihned po ozáření (příkladem může být solární kopřivka), nezřídka je však interval mezi expozicí a klinickými projevy mnohem delší (chronická aktinická dermatitida).

chemická fotosenzibilizace

Je pochopitelné, že do podmínek vzniku fotodermatózy vstupuje i individuální citlivost kůže každého jedince na UV záření, zejména ve smyslu náhle nebo postupně porušované přirozené fotoprotekce. Reakce kůže na působení světla je při svém fototoxickém typu striktně omezena na exponované kožní plochy na tzv. heliotropní lokalizaci. Ušetřena zůstávají místa tzv. přirozeného stínu, tj. horní víčka, kůže horního rtu, krajina pod bradou, trojúhelník za ušima, pod náramkem hodinek, kožní záhyby (šíje, postranní části krku, břišní záhyby) apod. Při fotoalergickém mechanismu vzniku obtíží klinické projevy (např. akutní fotoalergické, ale i chronické) navíc postihují plochy, které bezprostředně slunci exponované nejsou (1).

Obr. 1: Dermatitis striata praetensis (fytofotodermatosa)

Fotodermatózy z chemických fotosenzibilizátorů

Vyvolaná abnormální reakce kůže je způsobená interakcí určitých chemických substancí (fotosenzibilizátorů) v těle (přívod p.o., parenterálně nebo lokální aplikací) s ozářením UV nebo viditelným světlem. Po absorpci fotonů s vlnovou délkou (většinou) specifickou pro fotosenzibilizující substanci, tzv. akční spektrum, přechází kůže do fotosenzitivních projevů. Tyto podle mechanismu svého vzniku dělíme na:

1. fototoxické reakce
2. fotoalergické reakce

Fototoxické reakce

Neimunologické, přímo závislé na dávce, ve své podstatě abnormálně nadsazené reakce na sluneční expozici. Kůže reaguje erytémem, otokem a puchýři, přímým poškozením buněk prostřednictvím chemické substance (chromoforu) pro aktivaci hlavně UVA zářením (2). Může postihnout každého jedince bez ohledu na rasu a fototyp.

Klinický nástup reakce po 12 až 72 hodinách je individuálně časově omezený (3). V dalším průběhu je možná silná hnědá epidermální melaninová pigmentace. U některých léků dochází k šedé dermální pigmentaci. Popsána byla dále fotoonycholýza (Psoralen, Benoxaprofen, Demeclotetracyclin).

Jako fototoxicky působící látky se nejčastěji projevují následující léky (tab. 1): **nesteroidní antirevmatika** (Benoxaprofen, Naproxen, Piroxicam), **tetracykliny** (Demeclotetracyclin, Doxycyclin), Fenothiazin, **sulfonamidy, kyselina nalidixová,** Chinolon, Dacarbazin, 5-fluorouracil, Vinblastin, **Thiazid, Furosemid,** Tolbutamid (a jiné deriváty sulfonylurey), **barbituráty, chinin**. Z lokálně používaných: Acridin, Antracen, Phenantren, Pyridin; furokumariny: 5-methoxypsoralen, 4, 5, 8-trimethylpsoralen, 8-methoxypsoralen; ostatní: sacharin, cyklamáty.

Diagnosticky jsou přínosné fototesty: určení minimální erytémové dávky (MED) s fotosenzibilizátorem a bez něho prokáže významný rozdíl (3).

Základem terapie je vyhnout se fototoxicky působící substanci, případně vysadit lék a žádné opalování po dobu léčby. Nutným doplňkem pak bývá

používání ochranných prostředků proti slunci s účinným spektrem v rozsahu UVA a UVB, dále chladivé obklady, místní, event. v těžších případech i systémově podané kortikoidy.

K zvláštním (a nejčastějším) formám fototoxických obtíží patří kontakt s rostlinami a kosmetiky.

Fytofotodermatitis (Dermatitis striata pratensis) je zánět kůže vznikající po dotyku s určitými rostlinami nebo výtažky z rostlin během následující sluneční expozice (obr. 1). Odpovědné substance jsou většinou furokumariny obsažené v mnohých rostlinách a plodech (citrony, petržel, celer, bolševník, aj.) – tab. 2. Objevuje se u každého, kdo přijde do kontaktu s rostlinami za slunečného počasí (zvláště při práci na zahrádce v plavkách).

Klinicky v akutním stadiu vzniká erytém, puchýře a puchýřky na místech dotyku, v případě reakce vyvolané kontaktem s trávou „ostřicí“ uspořádané v pruzích. Následně mohou obtěžovat bizarně uspořádané zbytkové pigmentace, trvající týdny až měsíce.

Berloque-Dermatitis (Dermatitis pigmentaria Freud) jsou málo zánětlivé pruhovité hnědavé hyperpigmentace (nejvíce na krku) po nanášení parfému nebo kosmetik s bergamotovým olejem jako důsledek následného vlivu slunečního záření, které mohou přetrvávat několik roků.

Fotoalergické reakce

Imunologická akutní nebo chronická reakce z přecitlivělosti opožděného typu (typ IV), jež má svůj původ v aktivaci chemické substance fotony (hlavně UVA záření) a její následné vazbě ve formě tohoto fotoproduktu na bílkovinu rozpustnou nebo vázanou na membránu, a tím ke vzniku antigenu. Po úvodní fázi jeden až dva týdny dojde při nejbližší expozici s chemickou substancí k vytvoření typické kontaktní dermatitidy. Tato reakce není závislá na dávce.

Fotoalergická reakce je mnohem vzácnější než fototoxická. Kožní změny jsou původně ve smyslu klasické kontaktní dermatitidy omezené na místa exponovaná světlu, ale také mírnější projevy v okolí. Zahrnují puchýřky, zarudlé, ekzematoidní kožní změny, papulovesikulózní, papulózní, lichenoidní, suché olupování, krusty, lichenifikace, exkoriace, někdy jako lichen planus, zřídka kopřivkovité. Subjektivně výrazné svědění.

Látky, které se obvykle uplatňují jako kontaktní fotoalergeny, lze rozdělit do několika skupin:

Obr. 2: Chronická aktinická dermatitida

fotoalergická reakce není závislá na dávce

Tab. 1: Nejčastěji fototoxicky působící látky

Skupina	Látky
Při zevním kontaktu	
Kamenouhelné deriváty	akridin, antracen, fenantren, naftalen
Barviva	antrachinon, eozin, methylenová modř, bengálská červeň, parafenylendiamin, rivanol, tartrazin
Zevní léčiva	benzoxatiolen, beta-karoten, benzoylperoxid, furokumariny (viz dále), kamenouhelný dehet (viz výše), deriváty vitaminu A
Kosmetické přípravky	azuleny, bergamotový olej, levandulový olej, citrusový olej, fragrancia různých druhů
Léčiva	antihistaminika, difenylmethoxyethylamin a jeho analoga, fenothiaziny, promethazin, triprolidin, cyproheptadin, antiseptika, antimykotika, halogenované fenoly, halogenované salicylanilidy, bithionol, chlorhexidin, chlorhydroxyfenylpyrazol, dichlordioxyfenylsulfid, dichlorofen, fentiklor, hexachlorofen, fotoprotektivní prostředky, 4-aminobenzoová kyselina a její deriváty, benzofenonové sloučeniny, dibenzoylmethany, digaloyltrioleát, fenylbenzoxazolové sloučeniny, fenylbenimidazolové sloučeniny, kafrové deriváty, estery kyseliny skořicové
Při vnitřním podání	
Anestetika	prokain, benzokain, dibukain
Antibiotika, antimykotika, chemoterapeutika	tetracykliny, dimethylchlortetracyklin, doxycyklin, oxytetracyklin, chloramfenikol, griseofulvin, izoniazid, chinolony, sulfonamidy
Kardiaka a cévy ovlivňující léky	amiodaron, chinin, chinidin, diltiazem, methyldopa, minoxidil, nifedipin, reserpin, diazoxid
Diuretika	hydrochlorothiazid, furosemid
Hormonální přípravky	diethylstilbestrol, estron, kombinace estrogenů s gestageny
Laxancia	bisakodyl, ftalein a jeho sloučeniny, triacetyldifenolisatin
Nesteroidní antirevmatika a antiflogistika	acetylsalicylová kyselina, benoxaprofen, karprofen, diflunisal, fenflumizol, ibuprofen, fenylbutazon, indometacin, ketaprofen, piroxikam
Antidiabetika	deriváty sulfonylmočoviny
Psychofarmaka	fenothiaziny, barbituráty, chlordiazepoxid, chlorprotixen, diazepam, haloperidol, karbamazepin, meprobamat, nitrazepam, fenelzin, fenytoin, tiotixen, trimethadion, tricyklické dibenzoylcykloheptadieny
Cytostatika	ametopterin, dikarbazin, 5-fluorouracil, a jeho deriváty, 6-merkaptopurin, mitomycin, prokarbazin, tretamin, triethylenmelamin, vinblastin, cyklofosfamid
Různé	retinoidy, antikonvulziva

1. antibakteriální látky
2. voňavky
3. sunscreeny
4. jiné.

ad 1. Antibakteriální látky
V této skupině se jako účinné fotoalergeny projevily tetrachlorosalicylanilidy a tribromsalicylanilidy, které byly používány hlavně v 60. letech v USA a západní Evropě jako přísady do mýdel, šamponů a deodorantů. Z těchto látek jmenujme konkrétně triclosan, dichlorophen, bithionol, fenticlor, hexachlorofen a chlorhexidin. Je také možná zkřížená reaktivita mezi těmito látkami i jim chemicky příbuznými.

ad 2. Voňavky
Tyto látky působily kožní obtíže hlavně v 70. až 80. letech v USA, kdy se přidávaly do různých kolínských vod a vod po holení. Nejznámější je tzv. musk ambrette, syntetické pižmo, používané v mužské kosmetice. Dále se uplatňuje 6-methylkumarin, přidávaný do „samoopalovacích" prostředků, a santálový olej s charakteristickou dřevitou vůní.

ad 3. Látky s ochranným účinkem proti UV záření (sunscreeny)
Tyto látky, které patří do skupiny tzv. absorbérů, mohou vyvolávat fotoalergii: bývají vystaveny intenzívnímu slunečnímu záření, protože se u nich předpokládá dobrý ochranný efekt. Jsou to především kyselina paraaminobenzoová (PABA) a její estery (padimát O a A), mezi kterými bývá zkřížená reaktivita. Fotoalergeny mohou být i benzofenony a butylmethoxydibenzoylmethan, účinný UVA absorbér.

ad 4. Jiné látky
Tato heterogenní skupina fotoalergenů obsahuje především léčiva typu chlorpromazinu a promethazinu, která ohrožují hlavně zdravotnický personál. Thiourea (thiokarbamid) je zase obsažen v kopírovacím papíru a může působit kontaktní obtíže na rukou.

Hlavním diagnostickým postupem jsou ozářené epikutánní testy (4). Léčba akutní fotoalergické dermatitidy je podobná jako u fototoxické (fotoprotekce, klidnění zánětu). Je však nutné mít na paměti, že senzibilizace na danou látku je již trvalá a do budoucna znamená se jí vyhnout (v kombinaci s UV ozářením).
Zvláštní formou bývá někdy **persistující světelná reakce**, která trvá měsíce až roky (dlouho po expozici fotosenzibilizátoru). Při tom se rozšiřuje akční spektrum a zabírá i UVB. Kůže bývá zarudlá, ztluštělá, lichenifikovaná a olupuje se (obr. 2). Kožní záhyby a šatem zakryté oblasti jsou vynechány.

Péče o kůži během léta

Před škodlivým účinkem solární UV expozice je nutné se chránit. Životem ve stínu, používáním oděvu, na nepokrytou kůži nanést ochranný přípravek – sunscreen.

Sunscreeny
Sunscreeny - jsou to látky, které ochraňují strukturu a funkci lidské kůže před aktinickým poško-

zením (5). Přestože jsou nezbytným léčebným prostředkem fotodermatóz, v Evropě jsou většinou považovány jen za kosmetika.
Hlavní součástí sunscreenu je ochranný filtr. Tím se stává látka, která musí absorbovat, odrážet nebo rozptylovat UV záření v rozmezí 290-400 nm. Komerční fotoprotektivní prostředky mohou obsahovat 1 nebo více filtrů a musí vykazovat ochranný faktor nejméně 6. SPF (sun protective factor) je nejdůležitějším údajem sunscreenu. Je definován jako poměr minimální erytémové dávky (MED) chráněné kůže ku MED kůže sunscreenem nechráněné. Znamená to, že čím je SPF vyšší, tím je ochrana lepší. Pro praxi to přibližně znamená násobky doby pobytu na slunci do vzniku erytému.

Složení sunscreenu a způsob aplikace

Složení sunscreenu může ovlivnit jeho nedostatečnou aplikaci. Sunscreeny s čistými fyzikálními clonami obsahuji anorganické prášky (ZnO, TiO_2), byť mikronizované, které se obtížněji roztírají po kůži, a tak uživatel má tendenci ukončit dříve aplikaci, než by bylo v tomto případě vhodné. Proto se může stát, že chemický sunscreen o stejném SPF právě díky lepší roztíratelnosti poskytne vyšší stupeň ochrany.
Při provozování aktivit, jako je plavání, koupání a vodní sporty, je potřeba počítat s možností smytí sunscreenů. Některé přípravky jsou v tomto směru testované a označené jako „water-resistant". Tyto testy však představují odolnost vůči vodě po dobu 40 min. (max. 80 min.): koupající se rekreant však často tuto dobu překročí. Navíc ke smývání přispívá i pocení. Proto je vhodný požadavek obnovy sunscreenu na kůži po 2 hodinách této činnosti.
Dalším faktorem úbytku sunscreenu může být otírání kůže např. ručníkem, oděvem nebo i pískem. Proti tomuto mechanickému otěru jsou o něco odolnější (ne však významně) vodostálé přípravky. Opakovaná mazání jsou určena k tomu, aby udržela deklarovaný SPF, ale nejsou schopna jej zvýšit – to je nutné zdůraznit, aby se předešlo možnému popálení kůže při protrahovaném pobytu na slunci.
V řadě letáků se doporučuje opakovat natření sunscreenu každé 2-3 hodiny. Nicméně výzkum prokázal, že u moderních water-resistant přípravků se lepších výsledků fotoprotekce dosáhne, jestliže se provede po úvodním namazání pouze jedna aplikace po 20 minutách slunění. To uživatel bude určitě ochoten akceptovat příznivěji než nutnost stále opakovaných mazání (stejně tak selhává i poučování o dodržení množství 2 mg/cm^2 sunscreenu, což pociťuje uživatel většinou jako nepříjemně silnou vrstvu).

Přípravky po slunění

Přirozené fotoprotektivní mechanismy kůže (u každého jedince v různé intenzitě, závislé na fototypu kůže) se obvykle po oslunění aktivují. Dochází zejména k pigmentaci (proto se většina lidí opaluje) a ztluštění rohové vrstvy, probíhají fotochemické děje s tvorbou kyslíkatých radikálů. „After sun lotions" jsou přípravky, které mají zotavit kůži po slunění: tzn. splňují funkci emolencia (zvlhčují a promazávají, udržují vláčnost kůže) a mírní nepříjemné šupení pokožky fyziologického ztluštění rohové vrstvy. Dále obsahují antioxidanty (nejčastěji vitamin E a C), které napomáhají tlumit následné fotochemické poškození. Nověji se v těchto přípravcích budou objevovat reparační enzymy DNA (lyáza) inkorporované do lipozómů, které mohou posílit opravné mechanismy DNA, a tak bránit aktinickému stárnutí kůže a mutacím.

Tab. 2: Rostliny s fotosenzinbilizujícím účinkem na kůži

- **Routovité (Rutaceae)**
  - routa vonná (Ruta graveolens)
  - třemdava bílá (Dictamnus albus)
  - citrus (Citrus aurantifolium)
  - bergamot (Citrus bergamium)
- **Složnokvěté (Compositae)**
  - ambrosia (Ambrosia artemisiifolia)
  - kopretina (Chrysanthemum)
  - měsíček lékařský (Calendula officinalis)
  - slunečnice (Helianthus)
  - zlatobýl (Solidago canadensis)
- **Miříkovité (Umbelliferae)**
  - ammi majus
  - bolševník (Heracleum giganteum)
  - celer (Apium graveolens)
  - děhel (Angelica)
  - fenykl
  - kmín
  - kopr
  - pastiňák (Pastinaca sativa)
  - petržel (Petroselinum sativum)

Doporučení pro potírání kůže sunscreeny znějí:

- zvolit dostatečně vysoký ochranný faktor s ohledem na fototyp kůže, sluneční intenzitu a plánovanou dobu slunění
- aplikovat volně na exponovaná místa 15 až 30 min. před sluněním;
- zopakovat po 15 až 30 min. slunění;
- další opakování je nezbytné v souvislosti s aktivitou, která odstraňuje sunscreen z kůže (plavání, pocení, otírání)

Literatura:
1. Ettler, K.: Příčiny vzniku fotodermatóz, jejich klasifikace a terapie. Lékařské listy, Příloha ZdN č. 12, 24. 3. 2000, s. 5-6
2. Lim, W. H., Soter, N. A.: Clinical Photomedicine. Marcel Dekker, Inc., New York, 1993, s. 1-415
3. Ettler, K.: Stanovení minimálních erytémových dávek a přirozené fotoprotekce kůže u naší populace. Acta Medica (Hradec Králové), Suppl. 1998, č. 1, s. 81-104
4. Ettler, K., Nožičková, M., Vaněčková, J., Tluková, V.: Results of photo-patch testing: preliminary report. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol., 14 (Suppl.1) 2000, s. 237
5. Jirásková, M., Jirásek, L.: Problematika slunečních filtrů k ochraně kůže před zářením. Trendy v medicíně, 4, 2002, s. 39-46

doc. MUDr. Karel Ettler, CSc. *- přednosta Kliniky nemocí kožních a pohlavních FN a LF UK v Hradci Králové, místopředseda České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP a předseda její Fotobiologické sekce. Jeho hlavním zájmem je fotodermatologie – účinky ultrafialového záření na kůži, fotodermatózy, fototerapie, fotoprotekce. Poslední téma je komplexně zpracované v monografii z r. 2004 (nakl. Triton).*

MUDr. Zdeněk Hamouz
Praktický lékař, Chomutov

Cesta k řešení diabetu

Souhrn: Vzhledem k rychle narůstajícímu počtu pacientů s diabetem 2. typu se i v naší zemi, ve které pracuje 400 diabetologů, dostáváme do situace, že ani toto množství specialistů nestačí zvládat množství nemocných a je nutné, aby se do péče o diabetiky konečně větší měrou zapojili praktičtí lékaři. Je popsána účast na kurzu praktické diabetologie na klinice Steno Diabetes Center v Kodani a základní principy péče o pacienty s diabetem na této klinice.

MUDr. Zdeněk Hamouz

V letošním roce byl schválen nový doporučený postup k péči o pacienty s diabetem mellitu 2. typu (DM 2) pro praktické lékaře. Péče o tyto nemocné je v naší zemi stále velmi specifická, především proto, že praktičtí lékaři nemají k této péči dostatek kompetencí. V celé Evropě totiž, vyjma České republiky a Slovenska, se praktičtí lékaři starají o diabetiky v celé šíři, tedy i včetně preskripce inzulinových preparátů. V tomto směru jsme tedy hodně specifickým reliktem ve středu Evropy. Přitom si troufám tvrdit, že kvalita praktických lékařů v Čechách oproti evropským kolegům nijak nezaostává. Problém je hlavně v tom, že v Čechách jsme se o tyto pacienty léta nestarali, protože systém chtěl dopřát pokud možno každému nemocnému jeho specialistu. Situace, kdy praktický lékař není kompetentní předepsat diabetikovi glukometr a diagnostické proužky, je rovněž následkem této situace a jeví se mi jako značně alarmující. Vzniká tedy potřeba zjistit zkušenosti lékařů v Evropě stran péče o diabetiky, zhodnotit naše možnosti a začít se o diabetiky více starat. Nejprve samozřejmě o pacienty na dietě a PAD a následně zcela jistě i o pacienty léčené inzulinem. Toto byl jeden z hlavních důvodů, kvůli kterému jsme se spolu s kolegou Igorem Karenem (garantem SVL pro doporučené postupy v této oblasti) zúčastnili třídenního praktického kurzu a workshopu k této problematice, kterou uspořádal ve dnech 9. -11.4.2008 Steno Diabetes Centre v Skodsborgu, městečku poblíž Kodaně. Předchůdcem Steno Diabetes Centre byl Steno Memorial Hospital, založený roku 1932 firmou Nordisk Inzulin Laboratory. Tato firma vznikla díky Augustu Kroghovi, dánskému nositeli Nobelovy ceny, který v roce 1922 získal práva na výrobu inzulinu v severských zemích a díky jeho spolupracovníkům, kteří s ním výše uvedenou firmu založili. Steno Diabetes Center kromě výzkumných úkolů (spolupráce např. s Oxford Centre for Diabetes) a vlastní léčby pacientů, která je vlastně integrální součástí výzkumu, realizuje i řadu edukačních aktivit jak v zemích třetího světa, kde diabetes prudce přibývá - kupříkladu v Indii a Číně (Indie má nyní 20 milionů a očekává 50 milionů diabetiků (1)). Jednou z těchto aktivit je i kurz praktické diabetologie, kterého nám bylo dopřáno zúčastnit se.

největší kus práce odvádějí sestry jak v edukaci, tak i monitorování pacienta a lékaři řeší jen složitější problémy a mají obecný dohled nad léčbou

Úkolem velmi intenzivního kurzu (celodenní program 8.30-18.00) bylo sjednotit názory na vedení léčby diabetických pacientů a ukázat praxi, která je používána v tak špičkovém zařízení, jakým je klinika Steno Diabetes v Kodani. Kurzu se zúčastnilo 26 lékařů, převážně diabetologů z celé Evropy a několik lékařů z Arabských emirátů a střední Ameriky. Program byl uspořádán formou přednášek a četných workshopů v různě sestavených skupinách účastníků a byl veden pouze v angličtině. Aby účastníci pochopili situaci diabetika, prováděli si po celou dobu kurzu sami denně měření glykemického profilu a byl jim změřen glykovaný hemoglobin. Lékaři obdrželi tytéž materiály jako pacienti, včetně rozpisu léků, a dostali též nasáčkované léky (mentolové bonbony), které měli užívat dle rozpisu. Naprosto zásadní roli v kurzu hráli sestry, které odvedly nejméně polovinu přednášek a všechny prakticky zaměřené kurzy (např. z dietologie a podologie), přednášely jak pacientům vysvětlují práci s glukometry a aplikaci inzulinu, jak je učí rozlišovat vhodné potraviny (s důrazem na glykemický index stravy). Velký důraz je kladen na týmovou práci, přičemž zde bylo moje poznání zcela zásadní v tom smyslu, že největší kus práce odvádějí sestry jak v edukaci, tak i monitorování pacienta a lékaři řeší jen složitější problémy a mají obecný dohled nad léčbou. Např. sestry při telefonických konzultacích s pacienty mohou upravovat i dávky inzulinu (dle tabulek (2)).

Model sledování glykémie u pacientů DM 2. typu je ve Steno Diabetes Centre následující:

- **pokud je pacient na dietě nebo PAD** - glykémie selfmonitoringem 1x týdně, a to před snídaní, 2 hodiny po snídani a 2 hodiny po večeři
- **pacienti léčení 1 dávkou inzulinu na noc** - každý den glykémie před večeří, pokud je lačná glykémie < 7 mmol/l, pak k tomuto režimu se 1 den v týdnu vyšetří i glykémie před snídaní, 2 hodiny po snídani a 2 hodiny po večeři
- **pacienti léčení inzulinem 2 x denně** - glykémie se měří 2 dny každý druhý týden před snídaní, před obědem, před večeří a po večeři

Za dostačující je považována hodnota glykovaného hemoglobinu na úrovni 4-6%, dosažení hod-

noty nižší než 4,5 % není obecně považováno za příliš reálné. Pacienti na PAD jsou kontrolováni po půl roce, na inzulinu po 3 měsících, eventuálně častěji dle potřeby. Kontakt pacienta se sestrou nebo lékařem je možný kdykoliv, především u léčených inzulinem.

Technika aplikace inzulinu

Krátkodobý insulin je doporučováno aplikovat do podkoží na břiše anebo do svalu, ale ne do kožní řasy, intermediární insulin je injikován do kožní řasy v úhlu 45 stupňů. Výše podkožního tuku je u žen s normální váhou 6-7mm, u mužů 4-5 mm. Pokud je jehla dlouhá 6 mm, doporučuje se aplikace v úhlu 90 stupňů do podkoží na břiše, ale ne do kožní řasy, u hubených do kožní řasy. U jehly 8 mm opět aplikace v úhlu 90 stupňů a do kožní řasy, u jehly 12 mm v úhlu 45 stupňů a do kožní řasy.
Pokud je zapotřebí korigovat glykémii 4 injekcemi krátkodobého inzulinu denně, je používána tabulka 1.

Dostupnost glukometrů a příslušenství v Dánsku

Pacient léčený inzulinem: glukometr dotován 50%, veškeré potřebné diagnostické proužky jsou hrazeny z pojištění.

Pacient léčený PAD: glukometr dotován 50%, ročně má pacient nárok na 150 diagnostických proužků hrazených z pojištění.
Mikrolancety hrazeny z pojištění, 60% podpora pro léčbu u podologa.

Dietní doporučení

Zevrubně byla projednávána dietní doporučení především s ohledem na **glykemický index potravin**, který by měl být co nejnižší. Glykemický index je technicky definován jako plocha pod křivkou glykémií během tří hodin po požití dané potraviny, vyjádřená jako procento z plochy pod křivkou po požití stejného množství glukózy (obvykle 50 g) (3).
Přehled některých potravin a jejich glykemických indexů je v tabulce 2.
Ke snídani jsou doporučovány cereálie s obsahem otrub a ječmene, chléb je doporučován celozrnný, je doporučována rýže parboiled a Baseti, jsou doporučovány těstoviny, nudle, merlík. Je doporučováno omezit brambory, jíst všechny typy ovoce a zeleniny, dělat saláty s přídavkem vinného octa, který výrazně snižuje glykemický index

Tab. 1: Korekce glykémie 4 injekcemi krátkodobého insulinu denně

Glykémie mmol/l	Dávka krátkodobého insulinu
5 0	
5-8	4 j.
8-10	6 j.
10-12	8 j.
12-14	10 j.
14-16	12 j.
16-18	14 j.
18-20	16 j.
20-24	20 j.
Nad 24	24 j.

novo nordisk
mění diabetes

Máme dlouhou historii, jak měnit diabetes

- více než 80 let stojí Novo Nordisk v popředí léčby diabetu
- byli jsme mezi prvními, kteří světu nabídli inzulin
- již 20 let patří aplikátory inzulinu z řady NovoPen® mezi nejoblíbenější na světě

Měníme diabetes pomocí našeho výzkumu. Novo Nordisk věnuje více prostředků na výzkum diabetu, než kterákoli jiná společnost na světě.

Naše produkty pomohly změnit způsob léčby této nemoci. Naším největším přáním a odhodláním je diabetes v budoucnu porazit. Doufáme, že tato budoucnost je blízká.

810-770-770 Informační dialinka

Novo Nordisk, s.r.o.
Evropská 33c, 160 00 Praha 6
tel.: +420 233 089 611
fax: +420 233 089 613
www.novonordisk.cz
www.diabetesmellitus.cz

novo nordisk®

DIA-39/07

Tab. 2: Přehled některých potravin a jejich glykemických indexů

Chléb	71-100
Rýže	54- 86
Brambory	80-120 (dle přípravy)
Těstoviny	40-70
Fazole	36-59
Ovoce	43-83
Cornflakes	115!!!!!
Celozrnné pečivo	73
Ječmenné produkty	35!!! (macesy)
Glukóza	138
Fruktóza	31

stravy!! (hledej na www.glycemicindex.com).

Péče o nohy

Velká pozornost je věnována péči o nohy, pacienti jsou edukováni velmi pečlivě a monitorováni k tomu určenými specializovanými pracovníky.

Konvenční vs. intenzifikovaný léčebný režim

Jedna z přednášek byla věnována výsledkům studie STENO-2, která srovnávala konvenční a intenzivní léčbu diabetiků, kdy v intenzivní větvi bylo požadováno dosáhnout HbA1c% < 6.5%, cholesterolu pod 5.0 mmol/l, triglyceridů pod 1.8 mmol/l, TK < 130/80, byla vyžadována léčba ACE inhibitory a antiagregační léčba aspirinem. V obou větvích bylo 80 diabetiků 2. typu. Po 8 letech bylo dosaženo průměrné hodnoty HbA1c% 7,9%, TK 132/73 a ztrát albuminu 58 mg/24 hod v intenzivně (!) léčené skupině. Oproti konvenčně léčené skupině byla však mortalita i výskyt všech kardiovaskulárních komplikací nižší o 50% a totéž se týkalo mikrovaskulárních komplikací již po 4letech!!!

Edukace diabetiků

pacienti 2. typu při vstupu do léčby podstoupí 2 denní školící program

Na klinice Steno se všichni pacienti 2. typu při vstupu do léčby zúčastní 2-denního školícího programu, kde jsou seznámeni s povahou nemoci, s dietou, léčbou a komplikacemi. Tyto kursy vedou pouze sestry a dietní specialisté a po jejich ukončení jsou pacienti předání lékařům, což jsou v 80-90% praktičtí lékaři.

Základní ponaučení pro pacienty jsou následující:

- dodržovat energetickou bilanci a odpovídající tělesnou váhu
- denní fyzická aktivita 20-30 minut
- nekouřit
- mírná konzumace alkoholu
- jíst 5-6 x denně a jídlo si vychutnávat
- používat doporučený dietní model pro balancovaný příjem živin
- používat mononenasycené a polynenasycené tuky, bohaté na omega-3 mastné kyseliny
- redukovat použití saturovaných tuků a trans-mastných kyselin
- jíst týdně alespoň 300 g ryb
- používat karbohydráty bohaté vlákninou a s nízkým glykemickým indexem
- každý den jíst 600 g ovoce a zeleniny
- redukovat sacharózu
- kuchyňskou sůl méně jak 6 g den

Pacienti obdrží bohatý doprovodný tištěný materiál, který především stran diet je velmi instruktivní.

Týmová péče

Ve Steno Diabetes Centre jsou pacienti pokaždé vyšetřeni podologem (u DM 2 na PAD 2x ročně), všem je nafoceno oční pozadí (sestrou). Lékař oftalmolog zde hodnotí jen závažnější nálezy na obrazovce počítače a podle nich si třídí pacienty, které následně eventuálně sám dovyšetřuje. Základní třídění provádí školená sestra. Nastavení léčby provádí diabetolog, a to včetně léčby PAD nebo inzulinem, ale také včetně léčby hypertenze a dyslipidemie.

Je patrné, že přístup k pacientům je velmi vstřícný, přátelský a trpělivý. Je velmi zdůrazňován týmový charakter práce, empatie vůči pacientovi, důraz na kvalitu vlastní práce a na motivaci pacientů ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Velmi mne překvapilo vysoké zapojení sester do aktivní práce s pacienty a musím říci, že mě to donutilo zamyslet se nad stylem práce v mé ordinaci. Máme se co učit a do budoucna je jednoznačně nutné, abychom převzali větší díl péče o diabetiky než doposud.

Závěr

Nově vydané DP k léčbě diabetu nám mohou pomoci k lepší orientaci v této problematice. Zároveň přichází čas, kdy i praktičtí lékaři by měli na poli diabetologie začít pracovat novým stylem. Diabetiků přibývá a musejí být správně léčeni a to znamená komplexně, nejen z hlediska jejich glykémie, či glykovaného hemoglobinu, ale rovněž stran hypertenze a dyslipidemie.

Literatura:
1: The Steno Diabetes Center :Activities 2003-2005 -zájmová publikace
2: www.steno.dk
3: Bartoš, Pelikánová: Praktická diabetologie, Maxdorf Jessenius 2003

MUDr. Zdeněk Hamouz *- Promoval na FVL 1. LF UK v Praze v r. 1975, atestoval z vnitřního lékařství I. stupně, a všeobecného lékařství I. a II. stupně, od r. 1979 doposud pracuje jako praktický lékař. 1989 -1990 člen Výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, v letech 90-92 místopředseda SVL ČLS JEP, 1990 zakládající člen Sdružení praktických lékařů ČR, člen výboru 1990-1996, od r. 1996 do r. 2005 místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR. V rámci funkce místopředsedy SPL ČR agenda cenových jednání s pojišťovnami, úhradových mechanismů a řešení problémů úhrad, bonifikací a penalizačních opatření s pojišťovnami. Člen Analytické komise Dohodovacího jednání k cenám za SPLČR a SPLDD od roku 2000 až doposud. Předseda Okresního sdružení SPL ČR Chomutov 1993-doposud. Externí spolupracovník ILF, aktivně spolupracuje v předatestačních kursech v oboru všeobecného lékařství (problematika dyslipidémií), v postgraduálním kursu Diabetologie pro PL katedry diabetologie ILF (problematika léčby diabetu v primární péči). Přednáší pro praktické lékaře v rámci kontinuálního doškolování v oblastech dyslipoproteinemie, metabolický syndrom, primární prevence ICHS, léčba hypertenze, diabetes. V r. 2005 zvolen členem Institutu metabolického syndromu ČR v roce. Opakovaně publikuje v českých odborných periodicích.*

MUDr. Jaroslava Laňková
Odborný garant SVL ČLS JEP pro endokrinologii v primární péči

Jak racionálně v primární péči vyšetřit funkční poruchu štítné žlázy?

- reminiscence z II. Jarní interaktivní konference v Praze, 4.-6.4.2008

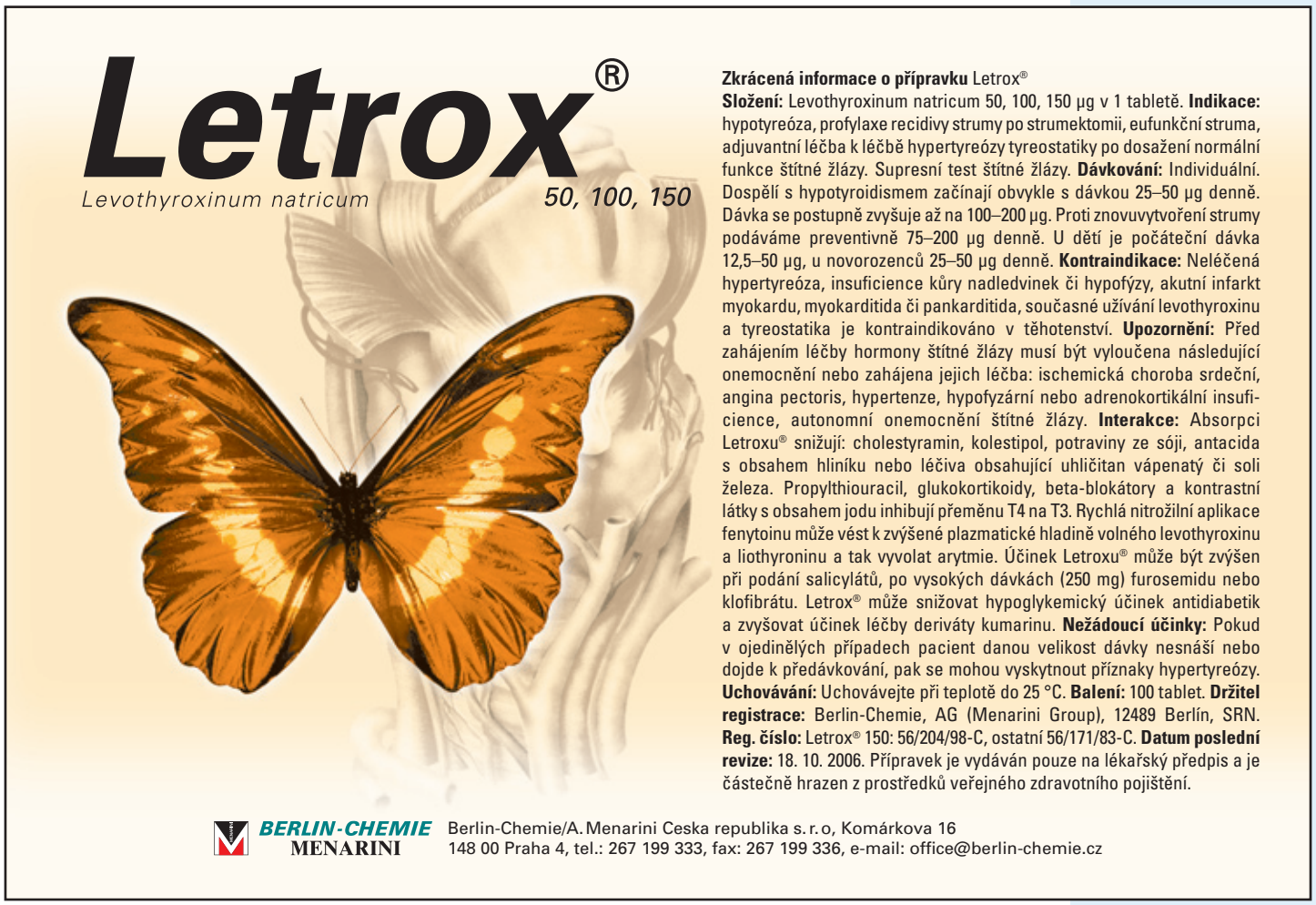
Jedním z hojně navštívených témat programu II. Jarní interaktivní konference byla problematika funkčních poruch štítné žlázy v podání doc. MUDr. Zdeňky Límanové za Endokrinologickou společnost a MUDr. Jaroslavy Laňkové za Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Podle hojné účasti ve zcela zaplněném sále a bohaté diskuse lze usuzovat, jak hodně se praktičtí lékaři o tento problém zajímají.

Funkční poruchy štítné žlázy, zejména hypotyreóza, nejsou v ordinacích praktických lékařů žádnou vzácností. Vždyť podle epidemiologických dat je hypotyreóza v populaci dokonce častější než diabetes 2. typu (10,3 % vs 7,3 %) (1,2). Pouze se o ní méně mluví. Její asociace s konvečními kardiovaskulárními rizikovými faktory totiž není tak zřejmá jako je tomu u diabetu. Přesto včasný záchyt a dostatečná substituce znamená výrazné zlepšení kvality života postižených a snižuje i rizika rozvoje nebo deteriorace jiných metabolických onemocnění, deprese a kognitivních poruch.

MUDr. Jaroslava Laňková

Hyperfunkce

Je méně častou poruchou. Vyskytuje se u 1,8 - 2% dospělé populace. Praktického lékaře může překvapit náhodný nález tyreotoxikózy třeba u mladého muže, zejména když si onemocnění



Zkrácená informace o přípravku Letrox®
Složení: Levothyroxinum natricum 50, 100, 150 µg v 1 tabletě. **Indikace:** hypotyreóza, profylaxe recidivy strumy po strumektomii, eufunkční struma, adjuvantní léčba k léčbě hypertyreózy tyreostatiky po dosažení normální funkce štítné žlázy. Supresní test štítné žlázy. **Dávkování:** Individuální. Dospělí s hypotyroidismem začínají obvykle s dávkou 25–50 µg denně. Dávka se postupně zvyšuje až na 100–200 µg. Proti znovuvytvoření strumy podáváme preventivně 75–200 µg denně. U dětí je počáteční dávka 12,5–50 µg, u novorozenců 25–50 µg denně. **Kontraindikace:** Neléčená hypertyreóza, insuficience kůry nadledvinek či hypofýzy, akutní infarkt myokardu, myokarditida či pankarditida, současné užívání levothyroxinu a tyreostatika je kontraindikováno v těhotenství. **Upozornění:** Před zahájením léčby hormony štítné žlázy musí být vyloučena následující onemocnění nebo zahájena jejich léčba: ischemická choroba srdeční, angina pectoris, hypertenze, hypofyzární nebo adrenokortikální insuficience, autonomní onemocnění štítné žlázy. **Interakce:** Absorpci Letroxu® snižují: cholestyramin, kolestipol, potraviny ze sóji, antacida s obsahem hliníku nebo léčiva obsahující uhličitan vápenatý či soli železa. Propylthiouracil, glukokortikoidy, beta-blokátory a kontrastní látky s obsahem jodu inhibují přeměnu T4 na T3. Rychlá nitrožilní aplikace fenytoinu může vést k zvýšené plazmatické hladině volného levothyroxinu a liothyroninu a tak vyvolat arytmie. Účinek Letroxu® může být zvýšen při podání salicylátů, po vysokých dávkách (250 mg) furosemidu nebo klofibrátu. Letrox® může snižovat hypoglykemický účinek antidiabetik a zvyšovat účinek léčby deriváty kumarinu. **Nežádoucí účinky:** Pokud v ojedinělých případech pacient danou velikost dávky nesnáší nebo dojde k předávkování, pak se mohou vyskytnout příznaky hypertyreózy. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. **Balení:** 100 tablet. **Držitel registrace:** Berlin-Chemie, AG (Menarini Group), 12489 Berlín, SRN. **Reg. číslo:** Letrox® 150: 56/204/98-C, ostatní 56/171/83-C. **Datum poslední revize:** 18. 10. 2006. Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

BERLIN-CHEMIE MENARINI
Berlin-Chemie/A. Menarini Ceska republika s. r. o, Komárkova 16
148 00 Praha 4, tel.: 267 199 333, fax: 267 199 336, e-mail: office@berlin-chemie.cz

jako první vyšetřujeme TSH

štítné žlázy spojuje hlavně s problémem ženského pohlaví. Na tuto poruchu je třeba aktivně myslet, zejména u mladých lidí vystavených stresu. Důležitým příznakem bývá mj. stížnost na únavu a slabost. Pacient se zjištěným syndromem hyperfunkce by měl být co nejdříve vyšetřen endokrinologem. Přestože v západních zemích některé hyperfunkční stavy řeší i praktičtí lékaři, v Česku zatím ponecháváme tuto problematiku endokrinologům, alespoň do té doby, než si praktičtí lékaři dostatečně osvojí řešení nekomplikovaných hypotyreóz.

Hypofunkce

vyšetřování celkových hormonů (TT3 a TT4) je obsolentní

Předmětem zájmu praktického lékaře je kromě včasného vyhledání funkční poruchy i péče o vlastní samotnou hypotyreózu. Předtím, než se rozhodne ponechat si pacienta ve své péči, musí vyloučit potenciálně rizikové stavy, které je třeba předat do péče specializovaným kolegům – endokrinologům. Jde zejména o stavy s nálezem nodularit ve žláze, současné těhotenství, závažné komorbidní stavy, nejistá etiologie. Nejčastějšími pacienty s hypotyreózou u praktického lékaře budou pacienti s autoimunitní tyreoiditidou (chronická lymfocytární tyreoiditis) a pacienti po tyreoidektomii.

Co vyšetřit při podezření na funkční poruchu?

vyšetření FT3 má jen málo indikací

Při klinickém podezření na poruchu funkce se doporučuje nejdříve odebrat hladinu TSH (tyreoideu stimulující hormon). Jeho normální hladina s vysokou pravděpodobností vyloučí přítomnost funkční poruchy štítné žlázy.
V naprosté většině případů (vyjma vzácných centrálních poruch) platí následující algoritmus:

Zvýšení TSH = hypofunkce
Normální TSH = eufunkce
Snížení TSH = hyperfunkce

Při nálezu patologické hodnoty TSH doplníme hladinu FT4 (volného tyroxinu), jejíž hodnota nám pomůže určit tíhu poruchy a rozlišit mezi její subklinickou a klinickou formou. Pro periferní poruchy opět téměř vždy platí jednoduchý algoritmus:

pozitivitu abTPO nebo abTG stačí prokázat jen jednou za život

zvýšení TSH + normální FT4 = subklinická hypotyreóza
+ snížení FT4 = klinická hypotyreóza

snížení TSH + normální FT4 = subklinická hypertyreóza
+ zvýšení FT4 = klinická hypertyreóza

Pokud je hladina TSH snížená, FT4 je normální a pacient má klinické projevy svědčící pro hypertyreózu, je třeba doplnit vyšetření FT3 pro případ celkem vzácné T3 toxikózy, kdy hladina FT4 zůstává normální. Tato indikace k vyšetření FT3 je asi jediná, kterou v primární péči využijeme.

Vyšetření protilátek proti štítné žláze

U **syndromu hypotyreózy** vyšetřujeme nejprve **abTPO** (protilátky proti peroxidáze). Jejich pozitivita dokazuje účast autoimunitního procesu ve štítné žláze. Protilátky **abTG** (proti tyreoglobulinu) vyšetřujeme pouze, je-li hladina abTPO normální, abychom zachytili méně častý případ, kdy jsou pozitivní pouze abTG protilátky. Pokud jsou obě protilátky negativní, autoimunitní proces s vysokou pravděpodobností není přítomen.

U **syndromu hypertyreózy** vyšetřujeme v první řadě **TRAK** (protilátky proti receptorům TSH). Pokud je jejich hladina negativní, je vhodné dovyšetřit **abTPO** (popřip. abTG) pro případ chronické lymfocytární tyreoiditidy s hyperfunkční fází.

Racionální vyšetřování tyreoidálních testů

Před indikací laboratorních vyšetření u nemocných štítné žlázy je vhodné si uvědomit cenu jednotlivých testů.

TSH	**140 bodů**
volný T4 (FT4)	**147 bodů**
volný T3 (FT3)	**149 bodů**
celkový T4 (TT4)	**97 bodů**
celkový T3 (TT3)	**97 bodů**
anti TPO	**378 bodů**
anti TG	**360 bodů**
TRAK	**552 bodů**

Pro srovnání: krevní obraz 15 bodů, celkový cholesterol 15 bodů, analýza moči chemicky a mikroskopicky 23 bodů.

Nejčastěji vystačíme s vyšetřením TSH (screening, první vyšetření při podezření na funkční poruchu, sledování léčby).
FT4 vyšetřujeme ke zjištění hloubky funkční poruchy, při sledování substituční nebo supresivní léčby do doby jeho normalizace.
FT3 vyšetříme pouze při podezření na T3 toxikózu.
Pozitivitu abTPO/ abTG stačí prokázat jednou za život, opakované vyšetřování a sledování kolísajících hladin není přínosné ani pro diagnostiku, léčbu či prognózu a je pouhým plýtváním našich limitovaných prostředků.
Opakované vyšetření protilátek TRAK se naopak indikuje ke zjištění aktivity Gravesovy Basedowovy choroby, indikuje je zpravidla endokrinolog.

Vyšetření celkových hormonů (TT4 a TT3) je při dostupnosti vyšetření volných frakcí (FT4 a FT3) naprosto obsolentní a nepřináší žádnou novou informaci. Maximálně může situaci zkomplikovat, protože hladiny celkových hormonů mohou být modifikovány různými faktory. Proč si je laboratoře ponechávají v nabídce lze snad vysvětlit jen tím, že si tak díky neinformovaným kolegům lehce navyšují příjmy (?).

Naprosto nesprávné je při podezření na poruchu štítné žlázy vyšetřovat celý „panel“ tyreoidálních testů – tj. TSH, FT4, TT4, FT3, TT3 případně pak k tomu i abTPO a abTG (= celkem 1368 bodů). To snad dělají jen ti, co mají podíl na zisku příslušné laboratoře nebo neznalci. Mnoho laboratoří dnes umí uschovat sérum a do určité doby nabízí doplňování testů z jednoho vyšetření. Lze tak z jednoho odběru postupně vyšetřit TSH, FT4, a jednotlivě i protilátky.

Závěrem

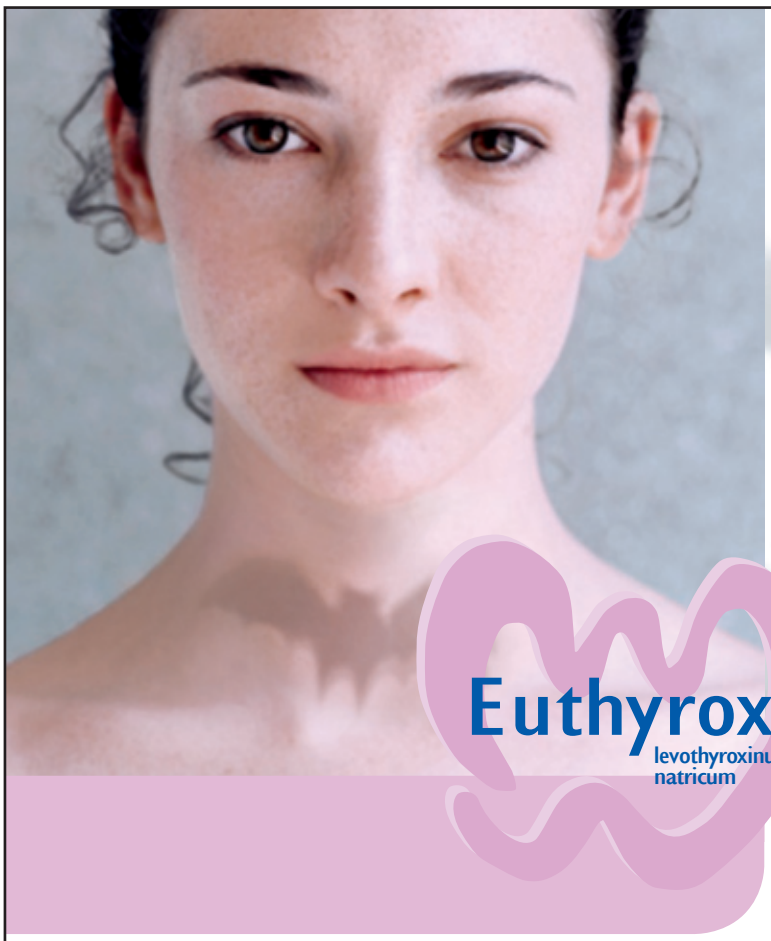
Přestože vyšetření funkčních poruch není nijak složité a platí zde ve většině případů jednoduché algoritmy, je nutno, tak jako všude v medicíně, počítat s výjimkami a nestandardními situacemi. Někdy je třeba vyšetření zopakovat a přesvědčit se, že nedošlo k laboratorní chybě. Jindy je vhodné u diskordantních nebo jinak nejasných nálezů konzultovat kolegu endokrinologa. Všechny také odkazuji na **právě vydaný doporučený postup pro praktické lékaře Funkční poruchy štítné žlázy, který je přílohou tohoto čísla.**

naprosto nesprávné je automatické vyšetřování celých panelů tyreoidálních testů

nový doporučený postup Funkční poruchy štítné žlázy

Literatura:
1. Mayer O. Jr, Šimon J., Hrbková J., 1Pikner R., 1Topolčan O., Epidemiologická studie hypotyreózy jako kardiovaskulárního rizika v populaci, Čas. Lék. čes., 2005, 144, pp. 459–464
2. Zdravotnická ročenka České republiky 2006
3. Límanová Z. a kol., Štítná žláza, Galén, 2006
4. Límanová Z., Laňková J., Funkční poruchy štítné žlázy, Doporučený postup pro praktické lékaře, SVL ČLS JEP 2008

MUDr. Jaroslava Laňková *- promovala v roce 1988 na 1. LF UK v Praze. V r. 1991 atestovala z interního lékařství a v r. 1994 ze všeobecného lékařství. V současné době má privátní praxi praktického lékaře v Kamenici nad Lipou. Od roku 2002 je předsedkyní redakční rady odborného časopisu SVL ČLS JEP Practicus, dále je členkou redakční rady časopisu JAMA. Od roku 2004 vyučuje praktické lékařství jako odborná asistentka na katedře VL 1. LF UK v Praze. Od roku 2004 pracuje jako národní zástupce v evropské akademii praktických lékařů EURACT. Odborně se blíže zajímá o problematiku psychiatrie a endokrinologie v primární péči.*



Zkrácená informace o přípravku Euthyrox® 50, 75, 100, 125, 150:
Složení: Jedna tableta obsahuje 50, 75, 100, 125, 150 µg levothyroxinum natricum. **Indikace:** Léčba všech typů hypothyreózy, thyreoiditidy, netoxické strumy, prevence recidiv strumy po strumektomii. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na jakoukoli součást přípravku, zvýšená činnost štítné žlázy. V případě neléčeného hypokortikalismu lze hormon štítné žlázy podat až po předchozím zahájení léčby glukokortikoidy. **Upozornění:** Při léčbě dlouhodobé hypothyreózy, u starších pacientů a pacientů s onemocněním srdce je potřeba postupovat opatrně s ohledem na vliv levothyroxinu na srdeční činnost a volit nižší dávky. **Nežádoucí účinky:** Jsou spojeny s příznaky hyperthyreózy (třes prstů, tachykardie, neúměrné pocení, průjem, úbytek na váze, neklid apod.) **Interakce:** Cholestyramin inhibuje vstřebávání levothyroxinu. Levothyroxin musí být užit 4–5 hodin před cholestyraminem. Levothyroxin může snižovat účinek antidiabetik. Účinek léků snižujících krevní srážlivost může být Euthyroxem zvýšen. Phenytoin, dikumarol, salicyláty, klofibráty a vysoké dávky furosemidu (nad 250 mg) zesilují účinek Euthyroxu. **Dávkování:** U hypothyreózy a jako profylaxe recidiv strumy se obvykle podává dětem 25–75 µg, dospělým 50–150 µg Euthyroxu v jedné denní dávce nalačno. **Balení:** Blistr po 100 tabletách. **Držitel registračního rozhodnutí:** Merck KGaA, Darmstadt, Německo. **Registrační číslo:** Euthyrox 50, Euthyrox 150: 56/804/92-C, Euthyrox 75: 56/230/98-C, Euthyrox 100: 56/035/80-S/C, Euthyrox 125: 56/231/98-C. **Podmínky uchovávání:** Uchovávat při teplotě do 25 °C, blistr uchovávat v krabičce, aby byl léčivý přípravek chráněn před světlem. **Datum poslední revize textu:** 4. 4. 2007. Výdej na lékařský předpis. Částečná úhrada z prostředků ZP. Úplné informace o přípravku poskytneme na adrese společnosti Merck Pharma k.s.

MERCK SERONO

END 08 EU 3

Merck Pharma k.s., Zděbradská 72, 251 01 Říčany – Jažlovice, tel.: 323619211, www.merck.cz

MUDr. Martin Fuchs
FN Bulovka, Praha

Potravinová alergie

Souhrn: Potravinová alergie (PA) je klinický projev senzibilizace (přecitlivělosti) vůči potravinovým alergenům – obvykle jde o složitější bílkoviny o molekulové hmotnosti 5-100 kDa. Tato přecitlivělost musí mít imunologický podklad, nicméně pouze za polovinu případů jsou odpovědné specifické alergické protilátky v rámci klasické cesty atopie za účasti imunoglobulinů izotypu E – IgE (I. typ reakce). Za ostatní PA jsou zodpovědné non-IgE imunologické mechanismy s fenomény oddálené přecitlivělosti za účasti imunokompetentních buněk typu T-lymfocytů či eozinofilů, nelze dokonce vyloučit ani účast imunokomplexů a antimetabolitů či autoprotilátek. Potravinové alergie se tak může účastnit prakticky všech pět imunopatologických stavů, které známe z dělení podle Coombse a Gella. Non-IgE reakce (II., III., IV. i V. typ) se podstatou své imunopatologické reakce nedají spolehlivě potvrdit žádným běžným laboratorním vyšetřením, ani kožním testováním. Diagnóza se sice opírá především o podrobnou anamnézu, kožní testy, laboratorní vyšetření včetně vyšetření hladin specifických IgE, ale u non-IgE mechanismů jsme odkázáni především na eliminačně-expoziční testy. Léčba PA se zakládá na co nejpřesnější a v určitých případech i na nejpřísnější dietě. Léky hrají s výjimkou anafylaxe pouze roli podpůrnou a tlumící. PA postihuje 2 až 4 % populace všech světadílů. U malých dětí do 3 let věku je prevalence PA mnohem vyšší, u základních potravin (mléka, vejce, mouky, ale i sóji) se vyšplhala dokonce k 8 %. Rozdíl je dán jednak křehkou a zranitelnou orální tolerancí nezralé střevní imunity malého dítěte a jednak schopností PA „vyhasínat“, nejčastěji po druhém roku života. Toto klinické, ale i laboratorní vyhasnutí se vysvětluje postupným vyzráním enzymatických a imunologických pochodů trávicího traktu batolat na úroveň dospělých. Pokud je však v pozadí atopický terén, obvykle se i přes toto vyhasnutí nakročilo k budoucí alergii respirační.

MUDr. Martin Fuchs

kofaktory alergické reakce

food associated exercise-induced anaphylaxis

orální tolerance

protein indukované enteropatie

Úvod a patofyziologie PA

Potravinová alergie je na jedné straně stále jakousi alergologickou popelkou, na druhé straně lze však směle tvrdit, že je zároveň základním kamenem celé alergologie. Mechanismy klíčové orální tolerance se spouští prakticky s prvním perorálním příjmem novorozence. Genotypů s rizikem vzplanutí alergického zánětu neustále přibývá – nebezpečí se týká bezmála 40 % populace. A disponovaný jedinec je častějším zdrojem poruchy orální tolerance, resp. cílem a nakonec i nositelem možné senzibilizace. K této senzibilizaci (přecitlivělosti) dochází po expozici antigenům vnějšího prostředí. Antigeny jsou znaky našeho prostředí glykoproteinové či proteinové povahy. A antigenní nálož potravinových bílkovin zvláště u kojence mnohonásobně převyšuje (kvalifikovaný odhad je poměr jedna ku jedné miliardě) expozici inhalačním antigenům, stejně jako převyšuje expozici mikroorganismům. A proto asi nebude žádným překvapením, že se alergický pochod startuje více PA s postižením trávicího traktu a kůže, než alergií inhalační, potažmo respirační.

Rozhodující roli v principech a základech PA hraje střevní bariéra, jejíž nedílnou součástí je lymfatická tkáň, zvaná GALT (gut-associated lymphoid tissue). Pokud dojde k potlačení reakce vůči potravinovým bílkovinám, hovoříme o **orální toleranci**. Pokud však dojde z nejrůznějších příčin k opaku a neškodné je mylně považováno za agresora, hovoříme o alergii (hypersenzitivitě). Ta může být nastartována jak vrozenými, tak i získanými patologickými mechanismy. Vrozené dobře známe – jedná se o atopii s převahou aktivity pomocných T-lymfocytů 2 - **Th2** (s produkcí prozánětlivých chemokinů a cytokinů – například interleukinů IL-4, IL-5, IL-13 aj.). Naproti tomu získané patofyziologické stavy hledejme jednak v imunologické a enzymatické nezralosti trávicího traktu, jednak v dysbalanci střevní flóry. Fyziologická střevní ekoflóra reprezentována bifidobakteriemi a laktobacily je nedílnou součástí trávicích procesů, pro něž vytváří příznivé podmínky - optimální střevní pH, výživa epitelu, vytěsňování patogenů i jejich toxinů, usnadnění proteolýzy a řada dalších funkcí. Tuto mohutnou, ale zároveň velmi křehkou bariéru snadno oslabíme dietními chybami, stravou bohatou na tuky, bílkoviny i nekvalitní cukry a nadměrným užíváním antibiotik. Naopak dodávkou prebiotické vlákniny, což jsou pro člověka nestravitelné oligosacharidy, nezbytnou probiotickou flóru posílíme. Sama příroda to takto zařídila v podobě optimálního složení mateřského mléka.

U zdravého jedince projde intaktní střevní bariérou zcela programově, a tedy fyziologicky, okolo **1-2%** potravinových bílkovin. Ty pak antigenně ovlivní imunokompetentní buňky epitelu i submukózy – zmíněnou nárazníkovou zónu GALT. Potencionální

potravinový alergen je obvykle ve vodě rozpustný, málo imunogenní antigen, na který reagují imunokompetentní buňky střevní sliznice buď tím, že nereagují vůbec, nebo se aktivně zapojí jen některé lymfocyty s aktivním programem imunosuprese - **regulační T-lymfocyty**. Pokud se však procento prošlých nezpracovaných bílkovin snižuje pod 1% a nebo se naopak neúměrně zvýší až nad 10% i více, přestane GALT plnit svou fyziologickou funkci. K tomu může dojít za stavů neopodstatněné eliminační diety, u věku nepřizpůsobené či přímo nevhodné výživy, při dysmikrobii střevní, při střevní infekci, účinkem exotoxinů i endotoxinů, nežádoucím účinkem antibiotik, eventuálně může jít jen o pouhou přechodnou nezralost systému, zvláště u nedonošených dětí.

Závěrem lze konstatovat, že střevní imunita podporuje orální toleranci při průniku 1-2 % z celkově požité nativní bílkoviny, jde jednoznačně o fyziologický proces. Na druhé straně minimalizace nabídky či naopak vyšší nálož nestrávených bílkovin má za následek opak a za určitých okolností a při splnění podmínky genetické dispozice může dojít k senzibilizaci.

Diferenciální diagnóza a prevalence PA

Pokud nositelem nežádoucí reakce na potraviny není ani buněčná, ani protilátková imunita, pátráme po farmakologických či enzymatických příčinách a při jejich úspěšném odhalení hovoříme o pravých potravinových **intolerancích** (PI, potravinová nesnášenlivost). Příkladem mohou být enzymatické defekty (laktáza deficiente), aspirinová intolerance, histaminolibrační vliv potravin bohatých na budivé aminy apod. PI postihuje asi 3 % populace.

Nejpočetnější skupina nežádoucích reakcí je ale bezkonkurenčně psychogenního původu, setkáme se pak s termínem psychogenní intolerance či psychogenní **averze**. Touto averzí trpí až neuvěřitelných 20 % populace. Pro tyto případy je typické, že nevychází žádný objektivní laboratorní korelát, rovněž zůstávají němé i alergologicko-imunologické testy a nakonec ani expoziční testy při zachování zásad důsledného zaslepení podezření z alergie nepotvrdí.

Pravá PA musí mít tedy imunologický podklad. Úlohou specialisty je tento imunopatologický vztah objektivizovat. V celé diferenciálně diagnostické rozvaze se musíme držet medicíny založené na důkazech a jedné nesmírně důležité poučky - pouhá existence imunologické senzibilizace (nález zvýšené hladiny specifických imunoglobulinů - sIgE) diagnózu v žádném případě **nedělá**. Musí být potvrzena příčinná souvislost mezi laboratorním nálezem, požitím podezřelé potraviny a příznaky pacienta, pokud není jistota, tak za nenahraditelné podpory expozičních testů. Pravá a tedy imunologická PA postihuje **2 – 4%** populace a je kupodivu shodná prakticky pro celý svět. Odlišnosti očekávejme v kvalitě, resp. v příčinných spouštěčích, které budou korelovat s kuchyňskou tradicí, jakož i s geografickými a klimatickými podmínkami jednotlivých světadílů a klimatických pásem. Pro střední Evropu je typická alergie na vajíčko, mléko, ovoce mírného pásma, stromové ořechy, mák a kořenovou zeleninu. Pro asijský kontinent není kupodivu rozhodující rýže, ale naopak vysoce alergenní sója se svým širokým sortimentem produktů – minimálně 50 % produktů asijské potravinářské výroby je založeno na basi sóji, drtivá většina ostatních potravin bývá sójou aspoň stopově kontaminována. Severoameričany ohrožuje nejvíce zmíněný arašíd, u amerických dětí do 5 let se výskyt arašídové alergie v posledních několika letech znepokojivě zdvojnásobil. Destinace s mořským rybolovem pak častěji bojují s nebezpečnou

Tab. 1: Klinické projevy potravinové alergie (ve vztahu k typu imunologické reakce)

typ	onemocnění
IgE	
kožní	urtikaria / angioedém (akutní i chronická)
	morbiliformní i jiné recidivující exantémy
GIT	orální alergický syndrom (OAS)
	akutní symptomy (zvracení, bolesti a průjem) – „břišní či gastrointestinální anafylaxe“
respirační	akutní bronchospazmus (atopické astma)
	akutní rinokonjunktivitida (možná orální i inhalační cesta)
systémové	anafylaxe včetně FAEIA- food-associated exercise-induced anaphylaxis (kofaktorem je tu námaha)
IgE i non-IgE (smíšené)	
kožní	atopická dermatitida, v dětství je potravinovými alergeny senzibilizováno okolo 70 % ekzematiků, v dospělosti je to podstatně méně - maximálně 5 %
GIT	eozinofilní ezofagitida (bolesti, imituje gastroezofageální reflux - GERD, léčba refluxu je ale neúčinná, časté poruchy polykání i spánku)
	eozinofilní gastroenteritida (zvracení, bolesti břicha, průjmy, neprospívání)
respirační	astma
výhradně non-IgE	
kožní	kontaktní dermatitida (expozice dotykem, např. příprava potravin)
	dermatitis herpetiformis (souvislost s celiakií)
	purpury, resp. alergické vaskulitidy?
GIT	protein indukované (spouštěč: bílkovina kravského mléka, mouka, vejce, sója aj.)
	- enterokolitidy (často malé děti - i kojené, zvracení, KOLIKY, průjmy, neprospívání, nebezpečí dehydratace)
	- kolitidy - alergické kolitidy (bolesti, průjmy, krev ve stolici makroskopicky i mikroskopicky, ústup obtíže až za mnoho týdnů či dokonce měsíců po eliminaci, někdy přechod v kolitidu systémovou)
	- proktitida prostá (pozitivní okultní krvácení - mizí do 3 dnů po eliminaci, postihuje to prospívající i kojené dětí do 3 měsíců věku, výjimečně již u novorozenců)
	- enteropatie (chronické průjmy, steatorea, meteorismus, neprospívání, někdy pod obrazem dráždivého tračníku)
	- celiakie (protein = lepek)
respirační	plicní hemosideróza (Heinerův syndrom)
	- rekurentní infiltráty
	- anémie
	- eozinofilie (někdy nález precipitace – obvykle s mléčnými antigeny)

Tab. 2: Nejčastější příklady zkřížené alergie

Pyly	Potraviny
bříza	**jablko, hruška, třešeň, broskev, nektarinka, meruňka, švestka a kiwi** **lískový ořech** (ale i ostatní stromové ořechy i mandle) a maliny **celer, mrkev,** petržel, koření (nejčastěji směs - např. curry), rajské j. **brambory** (syrové), sója, ale i jedlé kaštany, med – pylová kontaminace vzácně banán, mango, pomeranč a arašíd
trávy	**rajské jablíčko,** brambory, lilek a paprika (resp. vše z čeledi lilkovité) **pšenice i jiné cereálie,** rýže, hrášek a sója pažitka, cibule, arašíd, meloun, pomeranč, kiwi, vzácně i jiné ovoce, vermuty
pelyněk	**celer, mrkev, petržel,** pastinák, **koření** (především čeleď **miříkovité:** fenykl, kmín, kopr, anýz, libeček, kerblík, bedrník, koriandr, andělka, ale může jít i o jiné čeledi - estragon, bazalka, majoránka, dobromysl - oregáno, paprika a pochopitelně směsná koření - např. až 35 druhů v curry) slunečnice – semínka i olej, heřmánek – odvar k p.o. užití, ale pozor i na obklady kiwi, mango, hrášek, rajské jablíčko, stromové ořechy i arašíd méně ovoce (peckovice i malvice), vermuty, med – pylová kontaminace
ambrosia	**meloun, vodní meloun, banán,** okurka, cuketa, jablko, hruška, celer a latex
platan	lískový ořech, broskev, jablko, kiwi, meloun, lískový ořech, kukuřice, hlávkový salát, některé luštěniny (zelené fazole a hrášek) – nejspíše přes LTP tento typ zkřížené alergie je typický pro jižní státy Evropy
oliva	oliva a olivovníkovité (jasan, ptačí zob a šeřík) broskev, hruška, kiwi, meloun, stromové ořechy (Španělsko, Itálie, Řecko)
latex (kaučukovník)	**banán, kiwi, avokádo, fíky, mango, meloun,** jedlé kaštany, méně brambory, rajské j., hrozinky, stromové ořechy, pohanka, ale i meruňky a broskve
sója (luštěniny)	**arašíd** **čočka,** hrách, fazole, boby, lupina, cizrna, ricina aj. potravinářská aditiva luštěninového původu: - karubin (nosná látka u „AR-antirefluxních“ mléčných dietetik): E 410 - guar, tragant a arabi gumy: E 412, E 413, E 414
další zkřížené alergie - bez pylové asociace	
roztoči (a švábi)	korýši (krab, humr, langusta, kreveta, rak mořský i říční), měkkýši (chobotnice, sépie, škeble, mušle včetně ústřic) a suchozemští hlemýždi, pozn: jde o panalergen **tropomyozin**
ryby	veškeré ryby sladkovodní i mořské, jde o panalergen parvalbumin
kočkovité šelmy (kočka)	vepřové maso
kravské mléko	mléka **kozí, ovčí,** buvolí, bizoní a kobylí (nejméně velbloudí) pozor na hovězí a telecí maso (zkřížená alergie v 5-10%)
vajíčko	v 5-10% zkřížená alergie s drůbežím masem (přes alfa-livetin)

alergií na ryby, ale i s alergií na „mořské ovoce“ – na měkkýše a korýše. A nakonec v subtropických a tropických oblastech stoupá alergie na jižní ovoce, olivy, boby (luštěniny) a sezam.

Podstatní vliv na prevalenci, typ i kvalitu PA má také věk. U nejmenších dětí do 3 let věku PA očekáváme v 5 %, dle některých studií a v 8 % případů. V případě samotné alergie na bílkovinu kravského mléka (ABKM) jsou alarmující závěry některých nedávných studií – ABKM trpí až 5 % kojenců včetně 0,5 % kojenců plně kojených. U ABKM očekávejme minimálně stejný počet non-IgE zprostředkovaných alergií jako klasických atopických pochodů za účasti specifických IgE proti syrovátkovým i kaseinovým bílkovinám. V případě samotného vajíčka se udává prevalence pravé PA kolem 2-3 %, díky malým ekzematikům je ale výskyt vaječné senzibilizace mnohonásobně vyšší – ekzematiků v kojeneckém věku je totiž až 20 % a plná polovina z nich bývá senzibilizována bílkovinou vaječného bílku. Za příznivější zprávu můžeme naopak považovat skutečnost, že PA v prvních letech života vyhasíná, a to až z 95 % - nejspíše díky opožděnému nástupu harmonizujících mechanismů orální tolerance vůči potravinovým bílkovinám. Příčina není dostatečně vysvětlena, jistě sehrává roli vyzrávání enzymatického trávení (proteolýzy) i vyzrávání jednotlivých složek imunity (tvorba slizničních protilátek střevní bariéry – izotypu IgA) a to nejpozději do 3. roku věku. Nicméně i po vyhasnutí PA zůstává riziko vzniku jiného alergického onemocnění, u atopiků se rozhoří přecitlivělost k inhalačním alergenům až u poloviny případů předchozího vyhasnutí.

Spouštěče alergické reakce, zkřížené reakce

Potravinové alergeny jsou potravinové proteiny, resp. glykoproteiny se svou přirozeně antigenní povahou. Potravinově senzibilizovat dokáže celkem **41** bílkovinných rodin z 9318 dosud ve světě popsaných „protein families“. Na reálné alergii se podílí jak samotná sekvence aminokyselin v jednotlivých polypeptidech, tak i jejich prostorové uspořádání – lineární či konformační struktura (struktura 3D). Toto uspořádání do jisté míry ovlivňuje termostabilitu i stabilitu k proteolytickému trávení. Ukazuje se, že klíčovou roli v senzibilizaci mají pouze malé úseky polypeptického řetězce, resp. sekvence jen několika málo aminokyselin (obvykle 5-10 amk), tyto malé „oligopeptidy“ označujeme jako epitopy. A jsou to právě **epitopy**, proti kterým je namířena variabilní část sIgE. A jsou to právě epitopy, co bývají společné pro druhově rozdílné bílkoviny = **sdílené epitopy**. A proto jsou to právě epitopy, co jsou zodpovědné za fenomén **zkřížené alergie**.

Některé potravinové bílkoviny se v historicky zakonzervované podobě vyskytují napříč celosvětovou faunou i flórou a můžeme je nalézt nejen v podobných a botanicky příbuzných rostlinkách a živočiších, ale i v zcela odlišných taxonomických jednotkách. Uveďme si příklady - roztoč a ústřice, líska a mrkev, kiwi a latex, bříza a třešeň, kaučuk a ananas aj. Tento celosvětový výskyt je dán unikátní funkcí těchto bílkovin, obvykle jde o bílkoviny nezbytné pro zachování druhu. Proto půjde většinou o ochranné či zásobní proteiny - obrana proti parazitárním škůdcům i mikroorganismům, lepší přežití v nehostinných podmínkách – v chladu, suchu apod. Pokud homologie (podobnost) bílkovin především ve složení epitopů přesáhne 50-80 %, pak se hovoří o panalergenech. Známými panalergeny jsou kupříkladu rostlinné expanzity i profiliny, lepek obilovin, 2S albuminy semen, lipid transfer proteiny ovoce a zeleniny, ořechové viciliny i leguminy, dále živočišné tropomyoziny (roztoči, měkký-

ši, korýši), parvalbuminy (svalovina ryb) či kaseiny (mléka) a mnoho jiných. Podrobnosti o širokých vztazích zkřížené alergie - potažmo o homologii nejrůznějších potravin - lze načerpat z monografie „Alergie číhá v jídle a pití“ (www.adela.cz). A pro zájemce následuje uvedení nejznámější databáze všech dosud identifikovaných alergenů, pochopitelně nejen potravinových: www.allergome.org

Projevy PA

PA může postihovat prakticky jakýkoli orgán i systém. O klinických projevech IgE a non-IgE alergie se zaměřením i na možné vztahy, souvislosti a diagnostiku vypovídá tabulka 1. V dětském věku se setkáme nejčastěji s příznaky v trávicím traktu (až 2/3 všech reakcí), na kůži (minimálně 1/2 reakcí), u respirace (plná 1/3 projevů se může omezit na otok, hypersekreci a případně obstrukci v dýchacích cestách). Pokud jsou obtíže pozorovány v určité souvislosti s požitím podezřelé potraviny (zvracení, kopřivky, zhoršení ekzému apod.), nevynechává diagnostický plán ani testy, které jsou zaměřeny na IgE atopii. Pokud jsou však obtíže necharakteristické (všechny non-IgE mechanismy), příčinná souvislost není časově ba ani klinicky patrná, pak je PA přehlédnuta a děti jsou léčeny chybně například jako refluxní choroba jícnu, střevní infekce, sekundární malabsorpce, ale i neexistující imunodeficience apod. Chyby nacházíme hlavně u některých recidivujících obstrukčních bronchitid, kde sice správně hovoříme o časném astmatu, kde správně a včas nasadíme preventivní léčbu, ale pokud nepomyslíme v diferenciální diagnostice na PA, neodstraníme spouštěč - příčinný potravinový alergen.

V dospělosti se příznaky stěhují více do horních partií trávicího traktu – do dutiny ústní **(orální alergický syndrom - OAS)**. Potravinové alergeny především rostlinného původu vyvolávají v dospělosti obtíže více lokální. Jde totiž obvykle o bílkoviny velmi málo stabilní, snadno podléhající tepelnému zpracování i proteolytickému trávení. V případě inhalace (krájení, strouhání, loupání) může dojít k mírným respiračním obtížím (slzení, kýchání, vzácně i dušnost). A v případě požití dojde k obtížím z podráždění sliznice dutiny ústní – odtud název orální alergický syndrom. Bezprostředně po požití popisují pacienti svědění dásní i patra, otoky rtů i jazyka, poruchy polykání, periorální exantémy, nezřídka dochází k erupci **aft** a mapování jazyka. Nejrozšířenější příklady zkřížené alergie mezi pyly a rostlinnými potravinami viz tabulka 2. V dospělosti častěji také dochází ke kombinovaným projevům postihující systém (dyspeptická symptomatologie, podkožní otoky, urtikárie, není výjimkou ani možná alterace neurologických a kognitivních funkcí). V plných 10% můžeme pozorovat přímý vliv na kardiovaskulární systém (hypotenze či hypertenze, změna srdeční frekvence) s možných přechodem do anafylaxe (prevalence anafylaktických reakcí varovně stoupá – může jít až o 0,5 % všech alergických reakcí).

Zvláštní kategorií potravinové alergie je občasná nutnost existence kostimulačních signálů, kdy alergizující vliv samotné potraviny nestačí a ke klinické manifestaci je nutná účast jiného faktoru, resp. **kofaktoru**. Popsané je to u kofeinu i alkoholu, dále u řady léků typu nesteroidních antirevmatik, opioidů (kodein), ACE inhibitorů a beta-blokátorů. Velmi nebezpečným kofaktorem je námaha následovaná obvykle 2-4 hodiny po požití osudové potraviny, tento fenomén nese i svůj specifický název - food-associated exercise-induced anaphylaxis (FAEIA). Pokud je kofaktorem jiná choroba, hovoříme o komorbiditě – například u neobvyklých a prudkých potravinových alergií je třeba pátrat především po kožní či systémové mastocytóze (vysoký počet žírných buněk v systému).

PA a trávicí trakt

Klinika bývá zjevná, ale průkaz přímé souvislosti s potravinovými alergeny už tak jednoznačný není a bez enterobioptických metod prakticky nemožný. Někdy se hovoří o **protein indukovaných** gastroenteropatiích.

Jedná se mnohem častěji o neatopické imunologické pochody, nositeli antigenní specificity jsou imunokompetentní buňky s převahou T-lymfocytů. Agrese je obvykle namířená proti základním bílkovinám naší stravy - mléko, mouka, sója a vejce. V submukózním zánětu někdy nacházíme větší množství přilákaných eozinofilů, půjde však častěji o horní partie trávicího traktu - odtud název **eozinofilní** ezofagitidy a gastroenteritidy.

Příznaky jsou pochopitelně obvykle omezené na trávicí trakt - můžeme pozorovat nejrůznější dyspeptické příznaky (jako jsou afty v ústech, nechutenství, nevolnost, akutní i chronické zvracení, bolesti až koliky, pocity plnosti, nadýmání, akutní i chronické průjmy, makroskopické i okultní krvácení, nezřídka se vyvinou klasické příznaky malabsorpce včetně úporné a k substituci rezistentní **anémie**). Tyto příznaky je někdy velmi těžké odlišit od specifických i nespecifických střevních zánětů, ulcerací, biliárních afekcí, hepatopatií a pankreatopatií, primárních či sekundárních malabsorpcí, systémových chorob a nakonec i malignit.

Napovědět by mohla alergická rodinná či osobní anamnéza (maximálně ale jen v 1/3 případů), eozinofilie, průkaz eozinofilů v biopsii gingivy, jícnu či žaludku, **okultní krvácení** nevysvětlitelné ani fibroskopickými metodami a především efekt eliminační diety s převahou mléka. Až 50% eozinofilních a protein indukovaných gastroenteropatií má souvislost právě s kravským mlékem. Někteří zahraniční alergologové řadí mezi protein indukované enteropatie i dobře známou celiakii. Toto tvrzení oprávněně naráží na existenci dnes již dobře známých autoimunitních prvků intolerance lepku. Na definitivní rozuzlení tohoto sporu si musíme počkat, odpovědnost přebírá histoimunogenetický výzkum.

Diagnostika

Krom důkladné a znovu a znovu opakované anamnézy se IgE mechanismy prokazují

1. pomocí skin prick testů (**SPT**), jde o bodové kož-

PA může postihovat prakticky jakýkoli orgán i systém

dětství zejména projevy GIT (2/3), kožní (1/2) a respirační (1/3), v dospělosti projevy více v horním GIT

PA může postihovat prakticky jakýkoli orgán i systém

dětství zejména projevy GIT (2/3), kožní (1/2) a respirační (1/3), v dospělosti projevy více v horním GIT

orální alergický syndrom - OAS

i okultní krvácení může být projevem PA

kožní testy

ní testy obvykle na předloktí za pomocí ostrých lancet. K testování se používá standardizovaný alergen, nebo se může využít přímo nativní potravina metodou prick to prick - nejprve se lancetka vpíchne do potraviny (ovoce, zelenina) a pak se stejnou lancetkou otestuje pacient

metoda prick to prick

2. pomocí **sIgE**. Jde o vyšetření vysoce spolehlivé, je však potřeba využít služeb akreditovaných pracovišť. Vyšetření sIgE se vzhledem k vyšší ceně rezervujeme pro malé děti, starší pacienty, ekzematiky a pacienty ohrožené anafylaxí. Zjištění vyšší hladiny sIgE však nemusí mít klinický význam. Tuto skutečnost musíme mít na paměti zvláště u kožní manifestace PA – u atopického ekzému a také u nespecifických trávicích obtíží. Například u malých ekzematiků se zjišťuje senzibilizace až v 70 % případů (vejce, mléko, mouka, sója). Ale při použití expozičních testů se pravá PA potvrdí sotva v jedné třetině případů

vyšetření sIgE

3. pomocí funkčních testů – ve specializovaných laboratořích lze například provést **test aktivace bazofilů** (exprese povrchových znaků u bazofilů po stimulaci alergenem)

4. v nejasných případech (pouhá senzibilizace, multiproteinová alergie, složitá anamnéza i klinika) se přistupuje k expozičním testům

Složité a časově náročné expozice vyžadují především non-IgE mechanismy. Ty lze provádět několika způsoby

5. jednoduché otevřené testy, kdy pacient zná druh testované potraviny. Tyto testy nevyloučí riziko potravinové averze

eliminační dieta

6. dvojité testy - s použitím placeba. Tyto testy lze provádět opět otevřenou cestou, nicméně mnohem přínosnější je zaslepení pokusu, a to jak před pacientem, tak i před lékařem. Zlatým standardem je **DBPCFC** (double-blind, placebo-controlled food challenge). Jde o test náročný jak na čas, tak i na samotné provedení. Například čím či do čeho maskovat, jakou začít prahovou dávkou, o kolik postupně zvyšovat, jaké intervaly mezi jednotlivými zaslepenými porcemi zvolit, jaká bude celková dávka a délka podávání, kdy začít druhý pokus? Konečné rozhodnutí má obvykle individuální charakter zohledňující potíže pacienta i originální druh sledované potraviny

kortikosteroidy v systémovém podání se rezervují jen pro komplikované případy

7. v poslední době se k průkazu pozdní přecitlivělosti non-IgE typu začínají množit nadějné zprávy o použití náplasťových testů s nativními potravinovými alergeny (**APT** – atopy patch test). Test se odečítá za 48-72 hodin. Cenné informace APT podává zvláště u protein indukovaných gastroenteropatií a snad i u malých ekzematiků.

Léčba

adrenalin v autoinjektoru – Epipen, Anapen

Jedinou příčinou léčbou je **eliminační dieta**, pokud možno potraviny s objektivizací přímých souvislostí s příznaky, jakož i s prokázanou alergenní pozitivitou (kožní testy, sIgE, expozice). V non-IgE mechanismech a komplikovaných případech - bez přímého důkazu - jsme odkázáni na diagnostické a koneckonců i terapeutické diety. U dětí nebývá eliminace dlouhodobá ani definitivní, u starších alergiků však počítejme i s dietou celoživotní. Pokud není pochyb o přesné eliminační dietě, nastupuje obtížný a nikdy neukončený proces edukace s nezbytným pochopením i respektováním navrhovaného řešení.

Z léků se používají antihistaminika všech generací, zohledňujeme rychlost nástupu účinku, nežádoucí účinky (1. generace), ale i samotné přání pacienta, lékovou formu, počet denních dávek, dostupnost a pochopitelně v individuálních případech i cenu. Stále se používají kromony, nevýhodou je ale časté dávkování (4-5 x denně). Kortikosteroidy v systémovém podání rezervujeme jen pro komplikované případy (těžký ekzém, nebo těžké astma s multiproteinovou PA, vážné eozinofilní gastroenteropatie). Nadějné se zdá použití antileukotrienů u některých ekzematiků, astmatiků a především opět u eozinofilních ezofagitid a gastritid. Zvláštní kapitolou je použití adrenalinu u anafylaxí – každý rizikový alergik by měl vlastnit a znát záchranný adrenalinu v autoinjektoru (Epipen či Anapen 0,15 a 0,3).

Budoucnost očekáváme ve specifické imunomodulaci – za použití epitopové imunoterapie, dále v genetických protiatopických intervencích a v širokém využití četných monoklonárních protilátek proti čemukoli, co v alergickém zánětu škodí. Mluvíme někdy o antimetabolitech, o jejich využití se můžeme dočíst ze studií zdravotnicky bohatšího světa. Nadějné jsou první zahraniční zkušenosti s **anti-IgE** (omalizumab) u arašídové alergie, dále s anti-interleukiny (IL-4, IL-5), zkouší se anti-receptory pro IgE i pro jiné prozánětlivé cytokiny, anti-chemokiny aj. Limitující jsou nežádoucí účinky a především náklady.

Literatura:
1. Breiteneder H. Cross- reactive food allergens and their clinical implications, Advances in food hypersensitivity, 60th Anniversary meeting of the AAAAI in Denver, march 9, 2003
2. Fiocchi A et all. Food allergy and the introduction of solid foods to infants: a consensus dokument. Ann Allergy Asthma Immunol. 2006, 97(1): 10-20
3. Fuchs M. Alergie číhá v jídle a pití, 2. rozšířené vydání. Adéla-grafické studio, Plzeň s.r.o. 2007
4. Rona RJ et all. The prevalence of food allergy: a meta-analysis. J Allergy Clin Immunol. 2007, 120(3):638-46.
5. Rothenberg ME. Eosinophilic gastrointestinal disorders (EGID). J Allergy Clin Immunol. 2004, 113 (1) : 11-28
6. Sampson HA. Food Allergy. J Allergy Clin Immunol 2003, 111: 540-547
7. Sampson HA. Update on food allergy. J Allergy Clin Immunol 2004, 113 (5): 805-819
8. Sicherer SH. Clinical aspects of gastrointestinal food allergy in childhood.
Pediatrics 2003, 111(6 pt 3): 1609-16
9. Vandenplas Y, Koletzko S, Isolauri E, Hill D, Oranje AP, Brueton M, Staiano A, Dupont C. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. Arch Dis Child. 2007, 92 (10): 902-8
10. www.allergome.com
11. www.foodallergy.org
12. www.nlm.nih.gov/medlineplus/foodallergy.html

***MUDr. Martin Fuchs** - narozen 1958 v Praze, VŠ FDL UK, promoce 1983. Nástup na dětské odd. FN Na Bulovce 1983 - dosud. Od roku 1996 primářem tohoto odd. Vzdělání: 1. atestace 1987, 2. atestace 1995, nadstavbová atestace 1997 (alergologologie a klinická imunologie). Zájem (specializace, publikace, učebnice, přednášky, monografie): alergologie, potravinová alergie.*

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Dospělí se současnou úzkostí a depresí odpovídají hůře na léčbu

Klinická otázka: Je léčba u dospělých se současnou úzkostí a depresí obtížnější než u pacientů se samotnou depresí?

Závěr: Dospělí s kombinací úzkosti a deprese jsou významně obtížněji léčitelní než pacienti se samotnou depresí. (LOE = 1b-)

Reference: Fava M, Rush AJ, Alpert JE, et al. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: A STAR*D report. Am J Psychiatry 2008;165(3):342-351. **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá). **Financování:** Průmysl + vláda. **Prováděcí prostředí studie:** Ambulantní (jakékoliv). **Rozdělení:** Nejisté.

Synopse: Mnoho pacientů s depresí často trpí signifikantními symptomy úzkosti. Autoři zapojili 2876 dospělých s depresí nejprve do tzv. úrovně 1 projektu STAR*D a léčili je citalopramem (Celexa, do maximální dávky 60 mg za den v závislosti na klinické odpovědi). Pacienti, kteří nedosáhli remise po 14 týdnech nebo s netolerabilními nežádoucími účinky léčby (n=1292) vstoupili do úrovně 2 projektu STAR*D a v náhodném rozdělení (nejisté zaslepení rozdělení) užívali bupropion (Wellbutrin, do maximální dávky 400 mg denně), sertralin (Zoloft, do max. dávky 200 mg denně), venlafaxin (Effexor, do max. d. 375 mg denně), nebo pokračovali v léčbě citalopramem v kombinaci s bupropionem (do max. d. 400 mg denně) nebo buspironem (Buspar, do max. d. 60 mg denně). Osoby zaslepené ke způsobu léčby vyplnili schválený standardizovaný dotazník za účelem měření závažnosti deprese (Hamiltonova škála deprese [HAM-D]) a úzkosti (HAM-D úzkost/somatizace) na začátku a v pravidelných intervalech při kontrolách léčby. Na konci léčebného období úrovně 1 byly počty remisí a léčebných odpovědí významně nižší u pacientů s anxiosní depresí ve srovnání s pacienty se samotnou depresí (22.2% vs 33.4%; 41.7% vs 52.8%, podle uvedeného pořadí). Vzdor podobným dávkám citalopramu u obou skupin, pacienti s anxiosní depresí udávali také významně více nežádoucích účinků léčby. Četnost remise na konci léčebného období úrovně 2 projektu byla také významně nižší u skupiny s anxiosní depresí než ve skupině se samotnou depresí u všech léčebných modalit (bupropion, 10.2% vs 33.9%; sertralin, 8.3% vs 28.5%; venlafaxin, 12.1% vs 36.4%; citalopram plus bupropion, 17.9% vs 36.7%; a citalopram plus buspiron, 9.2% vs 39.2%).

Časná edukace o diabetu má malý efekt (DESMOND)

Klinická otázka: Vede extenzivní edukace u nově diagnostikovaných pacientů s diabetem 2. typu k lepší kontrole glykémií?

Závěr: 6-hodinové dobře strukturované edukační intervence poskytnuté pacientům s nově diagnostikovaným diabetem neměly při jednoročním sledování vliv na zlepšení kontroly glykémií v porovnání s obvyklou péčí. Nicméně intervence vedly k většímu průměrnému snížení váhy a přiměly více pacientů k ukončení kouření, i když tyto výsledky nebyly primárním cílem intervence. (LOE = 1b-)

Reference: Davies MJ, Heller S, Skinner TC, et al, for the Diabetes Education and Self-Management for Ongoing and Newly Diagnosed Collaborative. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. BMJ 2008;336(7642):491-495. **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená). **Financování:** Průmysl + vláda. **Prováděcí prostředí studie:** Ambulantní (primární péče). **Rozdělení:** Netajené.

Synopse: Studie probíhala ve 207 britských všeobecných praxích. Praxe byly náhodně rozděleny, takže všichni pacienti z každé praxe obdrželi buď edukační program nebo obvyklou péči (skupinová randomizace). Studie zapojila 824 dospělých, kteří byli nově diagnostikováni jako diabetici 2. typu. Pacienti v intervenční skupině absolvovali 6-hodinovou výuku podanou nedidaktickým způsobem dvěma lektory v jednom dni nebo ve dvou půldnech. Edukace obsahovala diskuzi o faktorech způsobu života jako je výběr potravin a fyzická aktivita a o kardiovaskulárních rizikových faktorech. Cílem edukačního programu bylo, aby účastníci rozuměli jejich vlastním rizikovým faktorům a zvolili specifickou změnu chování, na které budou pracovat. Pacienti v kontrolní skupině obdrželi edukaci o diabetu běžně prováděnou v praxi. Diabetická edukace byla kontinuální v obou praxích. Po 12 měsících se hladiny glykovaného hemoglobinu (Hb A1c) snížily u obou skupin ze vstupní hodnoty 7,9% až 8,3% o 1,21% až 1,49%. V intervenční skupině byl zaznamenán větší váhový úbytek (průměrně 2,98 kg v porovnání s průměrem úbytku 1,86 kg v kontrolní skupině, P = 0,027) a členové intervenční skupiny lehce méně kouřili. Nedostatečný účinek na Hb A1c mohl být dán tím, že nově diagnostikovaní pacienti v obou skupinách byli vysoce motivovaní, aby dosáhli dobré kontroly nezávisle na edukaci, kterou obdrželi. Studie zaměřené na efekt edukace u pacientů s ustáleným diabetem prokázaly vliv na snížení Hb A1c. Také nedostatek zaslepení jak pacientů, tak kliniků v této studii mohl vést kliniky v kontrolních praxích k větší snaze.

Program domácích návštěv nemá vliv na zdravotní stav

Klinická otázka: Má program domácích návštěv koordinovaným domácími sestrami veřejného zdravotnictví vliv na zdravotní výsledky?

Závěr: Tato studie, podobně jako jiné studie, prokazuje, že domácí návštěvy u ohrožených starších obyvatel komunity nepřinášejí lepší výsledky než běžná péče s ohledem na kvalitu života, funkčnost a další měřítka zdravotního stavu. Tato studie neudává, zda-li byla ovlivněna četnost hospitalizací nebo příjmů do ošetřovatelských domů. (LOE = 2b)

Reference: Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G, Knipschild P. Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in The Netherlands. J Am Geriatr Soc 2008;56(3):397-404. **Typ studie:** Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená). **Financování:** Vláda. **Prováděcí prostředí studie:** Populace. **Rozdělení:** Tajné.

Synopse: Holandští autoři vybrali seniory žijící doma, kteří neměli předepsánu žádnou domácí péči, nečekali na umístění v ošetřovatelském ústavu a kteří označili svůj celkový zdravotní stav jako méně než 6 na 10-bodové sebeposuzovací stupnici. Pacienti byli náhodně rozděleni do skupiny s běžnou péčí (n=170) a do skupiny s programem domácích návštěv (n=160). 18-měsíční program domácích návštěv se skládal ze strukturované návštěvy sestry (60-90min) každé 2 měsíce s telefonickými konzultacemi v mezidobí. I když výzkumný tým používal 3 zkušené sestry, každého pacienta navštěvovala vždy stejná sestra. Pacienti vyplňovali standardní dotazníky na funkci, zdravotní stav, kvalitu života atd. na začátku studie a po 12, 18 a 24 měsících po zapojení do studie.Výzkumníci používali k analýze dat záměr léčit. Skupiny na začátku byly podobné. Průměrný věk účastníků byl 76 let a přibližně polovina udávala zhoršující se zdraví v předchozích 3 měsících. Ačkoliv 78% pacientů ve skupině s domácími návštěvami dokončilo celý program, 95% přijímalo návštěvy (průměrný počet návštěv = 7). Návštěvní sestra se v průměru zabývala u každého pacienta 10 problémy. Mezi oběma skupinami nebyl zjištěn žádný rozdíl v celkové mortalitě. Navíc nebyl ani rozdíl v sebehodnocení všeobecného zdraví, kvality života, funkčnosti a tak dále. Autoři neudali, jak často byli pacienti přijati k hospitalizaci nebo do ošetřovatelských institucí, nicméně tato data odráží praxi v Nizozemí a nemusí být aplikovatelná v jiných zemích.

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

Připravila MUDr. Jaroslava Laňková

Obraz praktiků v Čechách v očích občanů i kolegů bude takový, jaký se nám podaří vytvořit...

MUDr. Michal Bábíček se narodil 13.5.1976 v Praze. 1994 absolvoval gymnázium v Chomutově.

- 1995 - VOŠ management ve zdravotnictví Most, 2001 ukončena 3. LF UK Praha
- 2001-2002 - interní oddělení Chomutov, pak nástup do oboru všeobecné lékařství při IPVZ
- 2004 atestace z VL, následně zaměstnán jako asistent PL, od 10/2004 provozuje nestátní zdravotnické zařízení v oboru praktický lékař pro dospělé.
- Od roku 2005 člen výboru SPL ČR, od 4/2008 místopředseda SPL ČR - odpovědnost za ekonomiku praxí PL, vyjednává o cenách a regulacích v dohodovacích řízeních, účastní se přípravy projektů řízené péče.
- Zájmy a koníčky: rodina, sport amatérsky (squash, jízdní kolo, inline brusle, mezinárodní házená, basket, lyže), výpočetní technika, mobilní komunikace, auta (zejména ta rychlá), dobré jídlo a pití.
- Svobodný, v domácnosti s přítelkyní a dvěma dětmi – chlapci 4 a 9 let.

Co Vás vlastně přivedlo na dráhu lékaře a kdo Vás nejvíce ovlivnil?

Volba studia medicíny byla spíše náhodná... zbyla. Absolutorium slibovalo prestižní zaměstnání, orientaci na přírodní vědy, výzvu k překonání obtížné překážky, nikdo v rodině lékařem není. Až do šestého ročníku jsem chtěl být chirurgem, volil jsem všechny semináře i workshopy chirurgické, na klinice popáleninové medicíny a klinice plastické chirurgie při FNKV Praha jsem navíc získal velmi zajímavé zkušenosti.

K všeobecné medicíně a oboru praktický lékař mě přitáhl až ke konci studia praktický lékař pro dospělé MUDr. Zdeněk Hamouz. Teprve v jeho v ordinaci jsem zjistil, co tato práce obnáší a jak je pestré spektrum činností v ordinaci. Oceňuji svobodné provozování praxe a usiluji o tomu odpovídající finanční ohodnocení praktických lékařů.

Osobně považuji za velmi důležité, aby se medik během studia dostal do všeobecné praxe. Je-li to dobrý,schopný kolega, pak se o příliv nové mladé krve do našeho oboru neobávám.

Místo sekundáře lůžkového interního oddělení v Chomutově jsem získal bez problémů s jasným cílem dále pokračovat v oboru všeobecné lékařství

Pokud má kdokoliv ze zájemců o náš obor problém získat místo na interním oddělení vřele mohu doporučit Chomutov s plně vybaveným oddělením a chronickým nedostatkem lékařů. Je tam možné zajistit i ubytování.

Co Vaše ordinace, jak jste ji získal?

Praxi jsem získal opět šťastnou náhodou. Týden před atestací z VL mi byla praxe nabídnuta praxe nemocné lékařky. Nezaváhal jsem. Ihned po atestaci jsem zažádal o registraci. Nyní provozuji praxi na poliklinice v Chomutově (město přes 50 tis. obyv.) a jedno dopoledne v týdnu ordinaci v Droužkovicích (vesnice cca 1000 obyv.), dohromady zhruba 2200 registrovaných pacientů. Dále vedu poradnu proti kouření s objednacím systémem. Mými oblíbenými obory je kardiologie, diabetologie, nefrologie, baví mne léčba dyslipidémií a rád praktikuji malou chirurgii. V tom všem mi vydatně pomáhá sestřička Eva Müllerová, která má svou vlastní sesternu. Pacientům se velmi věnuje, provádí všechny odběry a je vlastně také tím pravým filtrem pacientů. Zajišťuje také péči pacientů v domácím prostředí.

Co se Vám na práci nejvíc líbí a naopak v čem máte vy osobně rezervu.

Považuji práci soukromého PL za naprosto jedinečnou - snoubí se zde povolání lékaře, psychologa, manažera, ekonoma, účetního, právníka, údržbáře a možná i více. Každý, kdo byl zaměstnán v nemocnici, ocení pak svobodu výkonu povolání. Fascinuje mě ta rozmanitost problémů pacientů, tlak na diferenciální diagnosu, znalost souvislostí z rodinného a pracovního zázemí pacienta, v mnoha případech i kompletní znalosti osobní anamnesy. Ten těsný kontakt s životem pacientů a z toho plynoucí i nesmírná důvěra pacienta ve SVÉHO lékaře.

Na druhé straně mě zatěžuje často duplicitní administrativa pro MPSV, Policii, soudy nebo komerční pojišťovny, a to bez adekvátního finančního ohodnocení.

Co se mi nedaří je zavedení funkčního objednávkového systému pacientů v dopoledních hodinách.

Co spolupráce se specialisty v místě Vaší praxe?

Spolupráce s většinou specialistů na úrovni našeho okresu nedělá problém, je výhodou se navzájem znát, sporné otázky si na rovinu vyříkat, domluvit se na společném postupu – neschopenky, převozenky, objednací lhůty, indi-

kace statim vyšetření, kompetence preskripce atd. – v nejasných případech je možné požádat o stanovisko revizního lékaře pojišťovny či ještě lépe okresního nebo krajského zástupce.

Vaše práce ve sdružení je taky asi dost náročná...zlepšuje se vlastně něco pro praktiky?
Sdružení praktických lékařů ČR jsou k dispozici právní rozbory a hlavně zkušenosti s řešením řady stejných problémů v řadě různých míst ČR. Myslím, že se daří zatím jen velmi zvolna měnit obraz klasického „obvoďáka“ (rozuměj odesílače banality ke specialistovi, s pracovní dobou 4 hodiny denně, hrajícího golf či tenis po obědě) v očích specialistů a pojišťoven.
Posun k lepšímu ale trochu přece jen cítím.
Domnívám se, že lepšího postavení praktického lékaře dosáhneme jedině kontinuálním vzděláváním, zvyšováním své kvalifikace, posílením kompetencí a odpovídajícím ohodnocením. Část se již podařila a od roku 2008 většina zdravotních pojišťoven bonifikuje akreditovaná zařízení, školení mladých lékařů, kontinuální vzdělávání, dostupnost v ordinačních hodinách, objednávkový systém a jiné.

A žhavé novinky???
Od roku 2009 se počítá s praktickými lékaři jako základním kamenem regulace pohybu pacienta v systému, bude snaha o zavedení gatekeepingu i ze strany pojišťoven, bude podpořena péče o pacienta v ordinaci praktického lékaře (diagnostika a terapie chronicky nemocných), budou v nabídce nadstandardní produkty pro pacienty hrazené jen zčásti ze základního pojištění. Budou to nové výzvy pro všechny praktické lékaře, jsem rád, že mohu být u základu těchto změn, podílet se na jejich tvorbě a nastavení a přímo tak zatraktivnit náš obor.

Takže Vaše poselství kolegům a začínajícím praktickým lékařům?
Obraz praktiků v Čechách, v očích občanů i kolegů, bude jen takový, jaký se nám podaří vytvořit. Buďme proto jednotní, setkávejme se, alespoň na úrovni okresů, diskutujme své problémy, návrhy na změny a připomínky. Účastněme se vzdělávacích akcí SPL a SVL, které jsou na vysoké profesní úrovni, berme do svých ordinací mediky na stáž a ukažme jim krásu všeobecného lékařství. Osobně se o toto snažím, jednoho medika k našemu oboru jsem již naklonil, příští rok budu moci požádat Ministerstvo zdravotnictví o akreditaci, pak budu školit zájemce v předatestační přípravě.

Co říkáte snaze o vznik řetězců i v našem oboru?
Pokud chceme čelit vznikajícím konkurenčním řetězcům zdravotnických zařízení, budeme si muset udržet naší klientelu, investovat do svých ordinací, spojovat se s kolegy při některých činnostech a nesmíme se nechat zastrašit agresivní kampaní supermarketové medicíny, byť jsou na tom kapitálově lépe.

Váš názor na reformu zdravotnictví.
Vítám reformu zdravotnictví, socialistický systém je nutné změnit v každém případě, zapojení pacienta a regulaci jeho pohybu po systému zdravotnických zařízení považuji za nezbytnou. Načasování a obsah jednotlivých kroků reformy jsou na velmi dlouhou diskusi, zatím mám dobré zkušenosti s regulačními poplatky, výběr je bezproblémový a pacientů s banalitami ubylo, stejně tak množství vydaných receptů.

Čtete někdy Practicus?
Časopis Practicus vždy alespoň prolistuji, zajímavý nadpis mě přitáhne k přečtení celého článku, oceňuji výběr témat, které jsou šité do praxe, včetně závěru využitelného v mé ordinaci.

A co závěrem nějaká veselá nebo poučná historka z Vaší ordinace – máte?
Chcete historku? Moc veselá tedy není, spíš poučná, ale myslím, že většina praktiků podobnou někdy zažila nebo zažije. Po 4-denním volnu kvůli Svátku práce přišel pacient - štíhlý pětapadesátník, mírně úzkostný, kuřák, bez rodinné zátěže, s hyperfunkční strumou, sy KT l.utr. a VAS Cp – že měl určitě infarkt. Taky máte ráda sečtělé pacienty s diagnosou na rtech? Ale stejně člověk vždy zpozorní. Vyprávěl, jak byl před týdnem pracovně (stavební dělník) v Krkonoších, večer ho pak bolelo levé rameno. Byl taky ale unavený, trochu hůře se mu dýchalo, potil se, takže šel do místní nemocnice. Tam mu sdělili, že chirurg bude až následující den ráno aby počkal. Druhý den byl skutečně chirurgem vyšetřen a opíchnut v místech subakromiální bursy pro její údajný zánět. Levé rameno pak bolelo méně, ale o to hůře se mu dýchalo, měl palpitace a tlaky na hrudi. Čekal další čtyři dny, že to přejde.
Vyšetřil jsem tedy pacienta klinicky, bez pozoruhodného nálezu a natočil jsem EKG. A co myslíte? No měl ho tam! Šest dní starý transmurální infarkt spodní stěny. Opět se potvrdilo, že vyslechnout pacienta a odebrat anamnesu udělá 70% diagnosy.

Rozhovor vedla MUDr. Jana Vojtíšková

Jak fungují vyhledávače

Internet je plný všemožných informací, které by člověk, pokud by informace byly uloženy v knihách, nestihl prolistovat ani za 800 životů i kdyby nedělal vůbec nic jiného.
Již mnohokrát zaznělo, že papír snese všechno. To, co platí o papíru, platí o internetu mnohonásobně. Kdokoli totiž může cokoli napsat a umístit to na internet. Internet má proti papíru tu (ne)výhodu, že si takovou informaci může kdokoli najít a přečíst. Tato absolutní svoboda internetu vypadá nádherně – nicméně přináší kromě nebezpečí různých narcistů, grafomanů a psychopatů, též absolutní nepřehlednost a též „nenalezitelnost“ právě té konkrétní informace, kterou nutně potřebujeme nalézt. K usnadnění hledání, slouží na internetu speciální počítače (servery) a jejich programy – tzv. vyhledávače. Jejich hlavní a vlastně jedinou prací je neustále „pročítat“ internet, číst články tam uložené, klasifikovat je dle různých kriterií a poté je nabídnout informací lačnému uživateli internetu tak, aby našel právě to, co hledá.

Nejznámějšími internetovými vyhledávači jsou například: **Google, Yahoo**, z českých pak **Centrum** nebo **Seznam** (jestliže napíšeme „český“, neznamená to, že ty ostatní komunikují cizím jazykem – všechny tyto „velké“ vyhledávače jsou již dávno tzv. lokalizovány – tedy komunikují v češtině. České tedy znamená to, že již původně vznikly v Česku).

Jak takové vyhledávání vlastně funguje?
Každý vyhledávací server má vlastní program, kterému se říká robot. Ten prochází internet a sbírá informace. Začne např. v nějakém katalogu webových stránek (např. seznam zdravotnických zařízení, nebo prodejců zdravotnického materiálu apod.). Pokud v této základní stránce najde nějaký odkaz, použije jej a přejde tak na další stránku. Tu tzv. zaindexuje. Indexováním se rozumí rozpracování stránky a následné uložení do své databáze podle jemu „pochopitelných“ kriterií. Mezi jím hodnocená kriteria patří např.: kolikrát se na stránce vyskytuje dané slovo, jestli se vyskytuje i v nadpisu, jak blízko v textu se slova opakují apod.
Toto se děje pro nás „pod pokličkou“ – jak to ale pro nás laiky vypadá navenek – jak tedy vyhledat potřebnou informaci? Systém pracuje s klíčovými slovy – tedy s důležitými hesly, které známe např. z odborných článků a která charakterizují co nejlépe hledaný problém. Do vyhledávačů se musí zadávat klíčová slova s rozmyslem, stručně a co je důležité – dají se kombinovat s různými značkami.

Kolik takové vyhledávání stojí?
Vyhledávací servery poskytují své služby zdarma, resp. uživatel „platí“ za služby čtením reklamy, kterou platí komerční firmy za její umístění na webové stránce vyhledávače. Bohužel i sem zasahuje komerce, takže „někteří jsou si rovnější“ – dá se totiž zaplatit si lepší pořadí při vyhledávání, takže se „sponzorská“ firma dostane na přednější místo při výsledku vyhledávání.

Dnes nejznámějším vyhledávačem je bezesporu Google. Pojďme si vysvětlit, co jednotlivé příkazy dělají (text kurzívou zadáváme do Googlu):

Všímejme si užití důležitých značek:
„“ * - : a slov filetype, intitle, allintitle, inurl

obvaz => pokud hledáme konkrétní klíčové slovo (obvaz)
„sterilní obvaz“ => vyhledá stránky, které obsahují přesně zadanou frázi „sterilní obvaz“, slovní spojení je v uvozovkách
„sterilní * obvaz“ => zobrazí stránky, které obsahují zadanou frázi a jako hvězdička je libovolné slovo (např. „sterilní textilní obvaz“, „sterilní vlhký obvaz“)
obvaz – sterilní => vyhledá stránky, které obsahují slovo obvaz, ale neobsahují slovo sterilní (znaménko mínus je bez mezery u slova sterilní)
obvazy filetype:txt => vyhledá všechny textové soubory kde se vyskytuje slovo obvazy (slova filetype dvojtečka a txt jsou u sebe bez mezer)
intitle:obvazy sterilní => najde stránky, které obsahují v nadpisu stránky slovo „obvazy“ a slovo „sterilní“ kdekoliv na stránce (slova intitle dvojtečka a sterilní jsou bez mezery)
allintitle:obvazy sterilní => najde stránky, které obsahují v nadpisu stránky slovo „obvazy“ i slovo „sterilní“ (opět bez mezery)
inurl:sterilní obvazy => zobrazí stránky, které mají v webové na adrese (url) slovo „sterilní“ a slovo „obvazy“ na stránce
allinurl:obvazy sterilní => zobrazí stránky, které mají daná slova v www adrese
obvazy site:cz => vyhledá stránky, obsahující slovo „obvazy“ na stránkách s koncovkou.cz
info:www.practicus.eu => zobrazí informace o zadané stránce

Ondřej Tůma, IT konzultant

Ořechy a kardiovaskulární onemocnění

Souhrn: Pravidelná konzumace přibližně 40 až 50 g ořechů (vlašských ořechů, mandlí, lískových ořechů, burských ořechů, pistácií, kešu ořechů nebo pekanových ořechů) denně je schopna u některých pacientů normalizovat zvýšené hladiny lipoproteinů. U pacientů s mírně zvýšenými hladinami celkového cholesterolu a LDL je supplementace ořechy zcela schopna nahradit léčbu hypolipidemiky.

Lékařská praxe založena na vědeckých důkazech (evidence-based medicine)

V listopadu roku 1992 Gordon Guyatt předseda Evidence-Based Medicine Working Group v článku napsaném pro Journal of American Medical Association (JAMA) poprvé použil výrazu „lékařská praxe založena na vědeckých důkazech (evidence- based medicine)" (1). Článek popisuje situaci, kdy před dnešním moderním lékařem leží nové paradigma medicíny - medicíny založené na vědeckých důkazech, která systematicky vytlačuje intuici či náhodnou klinickou zkušenost. Je to snaha uniformně aplikovat výsledky získané vědeckým bádáním na určité aspekty lékařské praxe. Lékařská praxe založená na vědeckých důkazech nám především umožňuje racionální ohodnocení rizika a užitku některých léčebných postupů. Tento způsob praktikování medicíny vyžaduje nejen klinickou expertízu, ale také schopnost rozumět statistice, epidemiologii, meta-analýzám a všeobecně být schopen aplikovat výsledky vědeckých studií do lékařské péče. Evidence-based medicine má nesporně mnoho výhod, ale žel také své nedostatky. Nedostatek vědecké evidence neznamená automaticky, že určitý lečebný postup je bez užitku. Pravděpodobně nejpalčivějším problémem je to, že věda studuje populace, ale lékař léčí individuálního pacienta. Všichni již dnes považujeme za samozřejmé, že většina farmak prochází komplikovaným registračním procesem, při kterém musí vědecky prokázat svou hodnotu a užitečnost. Možná nás ale v ordinaci překvapí pacient dotazem, zda je prospěšné jíst více ořechů, pít více vody nebo se stát vegetariánem. Můžeme pak být zaskočeni, protože naše lékařské vzdělání nám neposkytlo odpovědi na tyto dotazy. Právě proto můžeme mít tendenci účinnost těchto prostředků zlehčovat nebo podceňovat. V tomto článku a v 5 následujících bych čtenářům poskytl informace a důkazy, jak je možné praktikovat evidence-based lifestyle medicine - preventivní medicínu založenou na vědeckých důkazech.

Epidemiologie

Když se v roce 1992 vědci z uznávané university Loma Linda v Kalifornii snažili v odborných lékařských časopisech publikovat první studii o prospěšnosti pravidelné konzumace ořechů, záhy zjistili, že jim redaktoři nevěří a obávají se to uveřejnit. Po několika měsících zamítavých odpovědí nakonec studii publikovali v Archives of Internal Medicine (2). V této průlomové studii prokázali, že konzumace ořechů je schopna zredukovat riziko nefatálního srdečního infarktu o 48% a fatálního srdečního infarktu o 38% (Tabulka 1). Navíc identické výsledky bylo možné prokázat na stratifikované analýze různých podskupin populace – žen nebo mužů, mladých nebo starých (i starších 80 let), vegetariánů či nevegetariánů, štíhlých nebo obézních (BMI > 24), fyzicky aktivných nebo fyzicky neaktivných atd. Ve všech podskupinách bylo riziko srdečních onemocnění zmenšeno o 40% až 60%.

V návaznosti na tuto první publikaci výsledků Adventist Health Study následovaly publikace z Iowa Women Health Study (3), Nurses Health Study (4) a Physicians Health Study (5), které všechny potvrdily silně protektivní efekt pravidlené konzumace ořechů vůči srdečním onemocněním.

MUDr. Peter Pribiš, Dr.P.H.

Klinické studie

V roce 1992 provedli na univerzitě v Loma Linda (USA) nutriční studii (6) na 18 mladých mužích, kteří po čtyři týdny konzumovali buď dietu doporučenou Národním Cholesterolovým Edukačním Programem nebo dietu, která obsahovala 20% energie z vlašských ořechů. Výsledky této studie byly nad očekávání autorů. V průměru byly vlašské ořechy schopny zredukovat hladinu celkového cholesterolu o 12% (na 4.13 mmol/l), hladinu LDL o 16% (na 2.4 mmol/l), hladinu HDL o 5% (na 1.16 mmol/l) a triglyceridů o 8% (na 1.16 mmol/l). Od roku 1993 bylo celkově publikováno 24 klinických studií (7) s různými druhy ořechů, které konzistentně prokázaly, že ořechy jsou velice účinně schopny snižovat celkový cholesterol, LDL a triglyceridy. Zajímavostí konzumace ořechů je, že sice snižují hladiny celkového cholestrolu, LDL a trigliceridů, ale lehce zvyšují hladiny HDL. Přispívají tak k výraznému zlepšení aterogenického indexu.

věda studuje populace, ale lékař léčí individuálního pacienta

K jedné z nejzajímavějších studií patří studie Daniela Zambona z roku 2000, ve které studovali efekt pravidelné konzumace 41 g až 51 g vlašských ořechů (8 až 11 ořechů denně) na lipoproteiny u široké populace. Účastníci nesměli změnit nic na svém životním stylu. Jediné, co měli udělat, je kdykoliv během dne zkonzumovat hrst ořechů po dobu 6 týdnů. Všichni účastníci studie (27 žen a 28 mužů) byli hypercholesterolemici. Konzumace ořechů byla schopna snížit hladiny celkového cholesterolu v průměru o 4%, LDL o 6%, VLDL o 7%, triglyceridy o 6% a zvýšit HDL o 3%. Během konzumace ořechů účastníci nepřibrali na váze, ale dokonce zhubli v průměru o 0.3 kg.

ořechy účinně snižují celkový cholesterol, LDL, triglyceridy a mírně zvyšují HDL.

Tabulka 1

Frekvence konzumace ořechů	Nefatální srdeční infarkt RR (CI)	Fatální srdeční infarkt RR (CI)
Méně než 1 x týdně	1	1
1-4 x týdně	0,74 (0.49-1.11)	0,73 (0,54-0,99)
Více než 5x týdně	0,52 (0.30-0.87) *p pro trend 0,01*	0,62 (0,44-0,90) *p pro trend 0,01*

Tabulka 2: Lipidový profil 30 g vybraných nesolených ořechů.
Mandle, pecan ořechy, lískové ořechy a vlašské ořechy se konzumují syrové.
Kešu ořechy a pistacie byly pražené za sucha.
(Zdroj: USAD National Nutrient Database for Standard Reference, 2004)

	Celkový obsah tuků (g)	Nasycené tuky (g)	Mono-nenasycené tuky (g)	Poly-nenasycené tuky (g)
Mandle (24 kusů)	14	1.1	9.1	3.5
Lískové ořechy (20 kusů)	17	1.3	12.9	2.2
Vlašské ořechy (14 půlek)	18	1.7	2.5	13
Burské ořechy (28 kusů)	14	1.9	6.9	4.4
Kešu ořechy (18 kusů)	12	2.2	6.7	2.2
Pistácie (49 kusů)	13	1.5	6.6	3.8
Pekan ořechy (20 půlek)	20	1.8	11.6	6.1

nejsilnější hypolipidemický účinek - vlašské ořechy

Meta-analýzy

V roce 2006 British Journal of Nutrition (7) vydal celý supplement s titulem Nuts: Nutrition and Health Outcomes, kde je shrnutí veškerého výzkumu s ořechy od roku 1992 až do současnosti. Publikace je plná meta-analýz a přehledných článků, které popisují kohortní studie, klinické studie a všechny další aspekty výzkumu vlivu konzumace ořechů na lidské zdraví a nemoc.

Aplikace

Pravidelná konzumace 40 až 50 g ořechů denně je schopna u některých pacientů normalizovat hladiny lipoproteinů. Z výsledků studií plyne, že konzumace ořechů je schopna snížit hladiny celkového cholesterolu, LDL, VLDL a případně i zvýšit hladiny HDL. Změna hladin lipoproteinů se pohybuje v rozmezi 3% až 16%. U pacientů s hraničními hodnotami je suplementace ořechy schopna někdy zcela nahradit farmakoterapii, u pacientů s vyššími hodnotami lipoproteinů lze někdy snížit dávky hypolipidemik. Nejsilnější účinek byl pozorován po konzumaci vlašských ořechů, pravděpodobně pro vysoký obsah nenasycených mastných kyselin (Tabulka 2). Pravidelná konzumace všech druhů ořechů (mandle, lískové ořechy, burské oříšky, kešu ořechy, pistácie nebo pekan ořechy) je schopna normalizovat lipidový profil.

Literatura:
1. JAMA 1992; 268 (17):2420-2425
2. Arch Intern Med 1992; 152:1416-1424
3. N Engl J Med 1996; 334:1156-1162
4. BMJ 1998; 317:1341-1345
5. Arch Intern Med 2002;162:1382-1387
6. N Engl J Med 1993; 328:603-607
7. BJN 2006; 96:S68-S78

MUDr. Peter Pribiš, Dr.P.H. *- assistant professor of Nutrition and Wellness-Andrews University, USA. Promoval v roce 1988 na Fakultě Všeobecného lékařství UK v Praze. V letech 1990-1996 studium na Loma Linda University v Kalifornii - School of Public Health, kde promoval jako Doctor of Public Health v oboru výživa a epidemilogie. V letech 1997-2003 pracoval jako konzultant a lékařský odborný poradce pro několik organizací propagujících zdraví v ČR a pro Německou Asociaci Zdraví (Deutscher Verein fur Gesundheitspflege). Od roku 2004 vyučuje výživu a prevenci na oddělení výživy a wellness na Andrews University ve státě Michigan v USA. Jeho výzkum se soustředí na oblast zdravého životního stylu, dlouhověkost a omega-3 nenasycené mastné kyseliny.*

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v září 2008

Srdeční selhání

Chronické srdeční selhání je závažné onemocnění s velmi špatnou prognózou již v okamžiku jeho určení. Kvalita života a do určité míry délka přežití nemocného závisí na kvalitě poskytnuté péče. Při příležitosti uvedení nového doporučeného postupu pro praktické lékaře je pořádána série vzdělávacích seminářů zaměřených na diagnostiku, moderní farmakoterapii a jiné možnostmi podpůrné léčby chronického srdečního selhání.

MUDr. Jaroslava Laňková
místopředsedkyně SVL ČLS JEP pro kontinuální vzdělávání

Čtvrtek 4.9.2008	16:00 - 20:00	Liberec, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14
Čtvrtek 4.9.2008	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Oddělení vzdělávání Masarykovy nem., výuková složka, Sociální péče 12/A/4
Čtvrtek 4.9.2008	16:00 - 20:00	Znojmo, Hotel Prestige, Pražská 100
Pondělí 8.9.2008	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Bartošova čtvrť
Úterý 9.9.2008	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127
Sobota 13.9.2008	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota 13.9.2008	9:00 - 13:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Středa 17.9.2008	17:00 - 21:00	Jihlava, presbitář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul.
Čtvrtek 18.9.2008	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek 18.9.2008	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Středa 24.9.2008	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Středa 24.9.2008	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Čtvrtek 25.9.2008	17:00 - 21:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Sobota 27.9.2008	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 27.9.2008	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Úterý 30.9.2008	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6

Dary, dárky, darování

Výrazem díků, úcty nebo našich citů je nejen mluvené slovo, psaný dopis, ale i předmět, dar. Dar jako památka, jako svědectví. Darovat k výročí, ke svatbě, k promoci nebo v závěru spolupráce na výraz díků je v našich krajích zavedená zvyklost. Jak takový dar však vybrat, jak ho předávat a hlavně – jak se nedostat do vztahu, který by přílišnou velikostí daru působil jako vizitka pro korupční jednání?

Ke slavnostním okamžikům dar patří. Například pořádáme-li hromadnou oslavu narozenin pro přátele a kdy je gratulujících celý zástup, dar přijímáme zabalený a odkládáme někde poblíž místa, kde vítáme hosty. S přebíráním darů může pomoci někdo z našich nejbližších, přičemž vybalování necháme na později. Pro takový případ by uvnitř balíčku měla zůstat stopa – dopis, krátký vzkaz nebo navštívenka, abychom lépe identifikovali dárce a mohli mu zpětně poděkovat.

Jde-li o oslavu v úzkém kruhu, dary bychom měli při přijetí rovnou rozbalit, abychom mohli ocenit pozornost, s níž k nám dárce přichází. Ojedinělý antikvární tisk, láhev vzácného alkoholu, nebo zajímavá kniha s věnováním udělají radost mužům, ženám šperk, umělecký předmět, módní doplněk nebo velkorysá vkusně svázaná kytice. Měli bychom se při výběru daru vyvarovat recese, která na veřejnosti nemusí působit vkusně. Rovněž nemusíme darovat „jenom“ čokoládovou bonboniéru, která se u nás naděluje možná až příliš často, ale můžeme uvažovat o něčem nápaditějším. Podobně i bezpohlavní anonymní dar, který může přijmout kdokoli jakéhokoli věku, může být sice výsledkem naší cílevědomé spořivosti, ale nevyjádříme jím ani zdaleka to, co v daru může být: výraz našeho vkusu, našeho vztahu, našeho očekávání nebo citů k tomu druhému. Jsou vůbec nějaké zásadní limity pro dary?

Docela jistě, a to několikeré: jednak z hlediska vkusu, o němž jsme mluvili výše. Dále nelze například druhému dávat nějaký intimní dárek na veřejnosti: schopnost oddělovat privátní, soukromé a intimní od veřejného je jedním z významných předpokladů pro dobré vystupování. A nakonec lze mluvit o omezeních i z hlediska ceny a hodnoty. Zapomeneme-li na správnou míru, můžeme zatížit vztah dárce-obdarovaný neúměrně a druhému způsobíme nekomfort. Dovolte mi uvést jeden konkrétní příklad.

Poté, co jsem odvedl práci pro jednoho partnera, dostal jsem velkou krabici a v ní - dárek. Po rozbalení jsem v soukromí zjistil, že jde o poměrně cenný fotoaparát. Cítil jsem, že jednak aparát nepotřebuji a jednak se nechci dostat do pocitu přílišné vděčnosti, který mi hrozil, pokud bych jej přijal. Nechtěl jsem mít pocit, který znamená ztrátu svobody vůči dárci a zatíží naše vztahy natolik, že je na místě dokonce mluvit o jisté formě korupce. Dárce jsem však zároveň nechtěl urazit tím, že bych mu aparát vracel. Co v podobné situaci dělat?

Řešení je více, uvedu jediné. Nabízí se podobný dar zaslat někomu, koho považujeme za potřebného (asociaci nebo dobročinnému spolku) a připojit vysvětlující dopis, proč jim takový dar zasíláme: že jsme ho dostali, sami že ho nemáme zapotřebí a že si vysoce ceníme činnosti příslušného spolku, a tak dar zasíláme s jistotou, že se pro něj nějaký užitek najde. Napíšeme však i druhý dopis, tentokrát samotnému dárci. Tomu můžeme v dopisu poděkovat, jak jsme byli poctěni jeho krokem, vysvětlit, že se nám fotoaparát sice velmi líbil, ale že ho opravdu nepotřebujeme a předáváme na pomoc jedné dobročinné organizaci k využití, s tím, že ji krátce představíme, čeho si právě na ní vážíme a uvedeme její přesné jméno a adresu.

Tímto způsobem se vlastně vymaníme ze situace, která nemá dobré řešení. Z pocitu přehnané vděčnosti, z postavení, v němž můžeme druhého snadno urazit a vypadat jako nevděčníci. Výše uvedený příklad nemusí být ojedinělý. Ve velkých firmách ostatně bývá zavedeno zvláštní pravidlo pro přijímání darů stanovící, aby například obdarovaný o podobné situaci musel informovat své nadřízené, aby se předešlo vzniku příliš silné vazby na dárce. Pro úředníky zase platí, že by se neměli vystavovat do příliš těsné blízkosti s dárcem, zejména jde-li o dary zvláštní hodnoty nebo významu. V případě mimořádných darů navíc mají ohlašovací povinnost a povinnost zaplatit darovací daň. A nyní ruku na srdce: kolik jenom zájezdů, přehnaných pozorností, nevratných milionových půjček nebo velkoryse zapůjčených limuzín jsme již kolem sebe viděli!

Je proto vskutku na místě si při přijímání daru položit několik otázek: mám pocit svobody, je-li mi nabízen podobně cenný dar? Necítím se příliš zavázaný? Dokážu druhému odmítnout v budoucnu jeho naléhavou žádost, nebo se budu cítit povinen pro něj vykonat nějakou drobnou protislužbu?

Vidíte sami: darovat druhému vyžaduje naše angažmá, naši představivost i naše přemýšlení. A o přijímání darů to platí jakbysmet. Nezapomeňte proto: dary mohou být tak rozmanité a bohaté, jako bývají vztahy mezi lidmi. Tak si příště nenechte ujít do tohoto bohatství také přispět.

Jeho Excelence 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*

dárek má potěšit – nikoli svazovat nebo dokonce zavazovat

Odpovědi na Vaše otázky...

vyúčtování příjmů a výdajů podává každý podnikatel své zdravotní pojišťovně do 8 dnů po podání daňového přiznání

Dotaz:
Jsem nově soukromý lékař – tedy OSVČ. Protože jsem začal podnikat nově (letos jsem podával poprvé daňové přiznání), nejsem si jist, co všechno mám já a má zdravotní sestra udělat po zaplacení daní vzhledem k zdravotní pojišťovně. Do kdy je třeba zdravotní pojištění zaplatit a koho se povinnost podat příslušný formulář týká, resp. koho se netýká? Existují nějaké sankce za nepodání formuláře?

M.H., Vysočina

Odpověď:
Soukromý lékař je pro VZP (a ostatní zdr. pojišťovny) osoba samostatně výdělečně činná (dále jen OSVČ). Zúčtování pojistného na zdravotní pojištění se provádí na formuláři „Přehled o příjmech a výdajích ze samostatné výdělečné činnosti a úhrnu záloh na pojistné“ (dále jen Přehled) jedenkrát ročně. Formulář slouží k výpočtu výše pojistného, které je OSVČ povinna zaplatit za kalendářní rok, za nějž se Přehled podává. Zároveň slouží k výpočtu výše záloh na pojistné, které je OSVČ povinna platit pravidelně měsíčně od měsíce, v němž Přehled podala (typicky od dubna).
Formulář je OSVČ povinna předložit příslušnému územnímu pracovišti VZP (popř. jiné pojišťovně, pokud je u ní pojištěna), zpravidla podle místa svého trvalého pobytu, **do osmi kalendářních dnů po podání Přiznání k dani z příjmů.** Připadne-li poslední den lhůty na sobotu, neděli nebo svátek, je posledním dnem lhůty nejblíže následující pracovní den.
Zároveň s Přehledem musí OSVČ předložit **doklad o dni podání daňového přiznání.** Za tento doklad se považuje potvrzení na první straně Přehledu, potvrzení na zvláštním formuláři, případně potvrzená kopie první strany daňového přiznání. Pokud bylo daňové přiznání zasláno na finanční úřad poštou, považuje se za doklad o dni podání daňového přiznání i podací lístek, potvrzený poštou.
Do Přehledu se uvádějí údaje o příjmech a výdajích OSVČ. V určitých případech (např. u OSVČ, která vede účetnictví) se při výpočtu pojistného vychází z dílčího základu daně OSVČ. Porovnáním vypočtené roční výše pojistného s úhradou záloh může mít OSVČ vyrovnanou bilanci. Případný **doplatek na pojistné je splatný do 8 dnů po podání daňového přiznání** (nikoli Přehledu!). Vychází-li přeplatek, považuje se odevzdání Přehledu za podání žádosti o vrácení přeplatku.
Ptáte se také, koho se povinnost odevzdat Přehled týká. Povinnost se **vztahuje** na všechny OSVČ, mezi které (zjednodušeně řečeno) patří všichni, kteří mají příjmy podle § 7 zákona o daních z příjmů. Vedle živnostníků či zemědělců jde také o spolupracující osoby OSVČ (u lékaře OSVČ by připadala v úvahu např. manželka – zdravotní sestra) nebo osoby, které mají příjmy podle autorského zákona. Výčet případů, na něž se povinnost **nevztahuje**, je jednodušší. Jako OSVČ nevystupuje např. druhý z manželů při společném zdanění manželů, pokud nemá vlastní příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Do Přehledu se také nepíší jiné příjmy než příjmy ze samostatné výdělečné činnosti – tj. příjmy z pronájmu, podíly na zisku, příjmy ze zaměstnání apod.
Nepředloží-li OSVČ Přehled vůbec, hrozí jí pokuta až do výše 50 000 Kč. Tiskopisy jsou k dispozici na kterémkoli územním pracovišti VZP nebo na internetových stránkách příslušné pojišťovny.

Odpovídala VZP

parkování lékařů v zonách placeného stání

Dotaz:
Od doby zavedení placených zón parkování mám obrovský problém s vozidlem, které bych chtěl mít k dispozici kvůli návštěvní službě. Bydlím totiž v Praze 3 a ordinaci mám na Praze 7. Nevím, ale jak to mám dělat: rezidentní kartu si musím platit v místě bydliště a je nad mé finanční možnosti si platit ještě podnikatelskou u ordinace. Dovolte tedy dotazy: Existuje nějaká výjimka na parkování vozidel lékaře? Mám vůbec povinnost mít vozidlo u ordinace? Je na to nějaký předpis?

R.V., Praha 7

Odpověď:
Trefil jste se opravdu do aktuálního problému, který se netýká jen Prahy. Placené parkovací zóny jsou nová skutečnost a lékaře dostávají do problémů, které jste přesně vystihl v dotazu. Existuje sice ve vyhlášce výjimka na zastavení vozidla při návštěvní službě, ale není určena na dlouhodobé stání – tedy např. 8 hodin v době ordinace. Platit si podnikatelskou kartu z příspěvků na návštěvní službu (cena začíná na 12 000 Kč) je asi opravdu nad možnosti lékaře. K povinnosti mít vozidlo u ordinace: Nepodařilo se mi zjistit žádný předpis, který by taxativně vymezoval povinnost PL mít před ordinací osobní automobil. Nicméně logika věci a resp. celková filozofie návštěvní služby to jistě vyžaduje. Jediné místo, kde je jasně jmenováno vozidlo jako součást ordinace je Doporučený postup Přednemocniční péče, kde je automobil jmenován jako jedna ze základních podmínek poskytování „první pomoci“ lékařem. Vzhledem k tom, že doporučený postup je určen všem PL a odsouhlasen nejvyššími medicínskými autoritami v daném oboru je možné je považovat za závazné. Tedy shrnutí: Bude nutné, aby obě společnosti (SVL i SPL) vstoupily do jednání se státními, resp. místními správami. Mělo by být buď umožněno PL parkování v jiném než běžném podnikatelském režimu, nebo byla zajištěna návštěvní služba, resp. dovoz lékaře k návštěvní službě z veřejných zdrojů. O výsledcích jednání budeme samozřejmě informovat běžným způsobem, včetně stránek Practicusu.

MUDr. Cyril Mucha,
krajský konzultant SVL ČLS JEP pro Prahu

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci II

Vedení dokumentace

informace připravil MUDr. Jozef Čupka, odborný redaktor časopisu

Vážené kolegyně a kolegové,
neustále se množí dotazy o správnosti vedení a obsahu zdravotnické dokumentace, která jediná nás chrání před potenciálními aktivitami advokátů. Přinášíme její aktuální znění, abychom se nedostávali do nepříjemných situací hrozících konfliktem se „zákonem“ a byli připraveni na adekvátní argumentaci s pacienty a případně i jinými subjekty či institucemi. Vybrali jsme paragrafy týkající se jen ambulantní péče.
Podržené čarou jsou informace důležité – **černě-tlustě je komentář redaktora** - barevně jsou platné novinky - **vyhlášky č. 64/2007 Sb.**, kterou se mění **vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.**

§ 1

(1) *Zdravotnická dokumentace vždy obsahuje*
a) až c) odpovídají odstavci 2) z § 67b z vyhlášky č. 111/2007 Sb. uveřejněném v předchozím čísle Practicusu,
d) jméno, popřípadě jména, příjmení, titul a podpis zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace,
e) jméno, popřípadě jména, příjmení, adresu místa trvalého pobytu osoby, jíž lze sdělit informace o zdravotním stavu pacienta, nebo jinou kontaktní adresu, je-li odlišná od adresy místa trvalého pobytu, telefonní číslo, popřípadě jiný kontakt; jde-li o cizince, adresu místa pobytu na území České republiky, a nemá-li ji, adresu bydliště v cizině; tyto údaje se uvádí, pokud je pacient sdělí,
f) datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace; v případě poskytnutí neodkladné péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta se do zdravotnické dokumentace též zaznamená časový údaj jejího poskytnutí,
g) razítko zdravotnického zařízení, jde-li o součást zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi nebo podle zvláštních právních předpisů jiné fyzické nebo právnické osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentaci převzít,
h) v případě poskytování ústavní péče datum a hodinu, ...atd – **netýká se ambulantní sféry**
i) v případě odmítnutí zdravotní péče zdravotnickým zařízením, popřípadě zdravotnickým pracovníkem nebo pacientem datum a časový údaj odmítnutí; jde-li o odmítnutí poskytnutí zdravotní péče zdravotnickým zařízením nebo zdravotnickým pracovníkem, též vždy důvod odmítnutí; jde-li o odmítnutí zdravotní péče pacientem, též jeho písemné prohlášení o tomto odmítnutí, popřípadě záznam o něm; odmítá-li pacient prohlášení podepsat, je součástí záznamu písemné prohlášení svědka o tom, že pacient odmítá poskytnutí zdravotní péče, **(může být zdravotní sestra – vhodné hlavně u konfliktních pacientů)**
j) informace o významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, a to zejména informace z rodinné, osobní, epidemiologické, sociální a pracovní anamnézy,
k) informace zjištěné o současném zdravotním stavu, pokud dále není stanoveno jinak.
(2) *Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje*
a) diagnostickou rozvahu a návrh dalšího diagnostického postupu **(velice důležité při případných soudních sporech – pacient ještě nemusel určitá vyšetření absolvovat, ale byli v plánu!!!),** jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje,
b) předpokládanou konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení,
c) záznam o rozsahu poskytnuté nebo vyžádané zdravotní péče,
d) záznam o
1. předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely **(i námi doporučené přípravky zakoupené v lékárně - např. probiotika, kloktadla, mukolytika,...)** nebo zdravotnických prostředků,
2. podání léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely pacientovi ve zdravotnickém zařízení, včetně podaného množství, v případě podání transfúzního přípravku jednoznačně identifikující kód; datum a podpis zdravotnického pracovníka, který léčivý nebo transfúzní přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely podal,
3. vybavení pacienta léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely včetně množství zdravotnickým zařízením,
4. vybavení pacienta zdravotnickými prostředky zdravotnickým zařízením,
e) záznam o vystavení příkazu ke zdravotnickému transportu,
f) záznamy o ošetřovatelské péči, popis a průběh ošetřování, doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu,
g) záznam o provedení očkování, včetně uvedení názvu očkovací látky a čísla šarže,
h) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím vyšetřovacího, léčebného nebo jiného zdravotního výkonu (dále jen „zdravotní výkon“), jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví zvláštní právní předpis **(transplantační zákon)** nebo jestliže s ohledem na charakter zdravotního výkonu byl souhlas v písemné formě zdravotnickým zařízením vyžádán – **např. chirurgické zákroky,**
i) záznam o souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu,
j) záznam o použití omezujících prostředků vůči

správné vedení dokumentace nás chrání

důležité je uvést plán dalšího postupu

nezapomínat na podpis!

odmítnutí zdravotní péče zaznamenat

záznam o nahlédnutí do dokumentace jinou osobou

pacientovi a o ohlášení této skutečnosti soudu,
k) kopie informací předávaných o pacientovi v listinné formě, popřípadě záznam o jejich předání a stejnopisy posudků,
l) záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s uvedením, kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo; záznam se neprovede v případě nahlédnutí zdravotnickým pracovníkem v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
m) záznam o uznání a ukončení dočasné pracovní neschopnosti a záznam o započetí ošetřování člena rodiny a jejich délce; záznam o ukončení dočasné pracovní neschopnosti provede zdravotnické zařízení, které pacienta vedlo v evidenci práce neschopných občanů před jejím ukončením; jestliže byl pacient v průběhu dočasné pracovní neschopnosti předán do evidence jiného zdravotnického zařízení, je součástí zdravotnické dokumentace též záznam o dni jeho předání nebo převzetí,
n) záznamy lékaře orgánu sociálního zabezpečení související s kontrolou posuzování dočasné pracovní neschopnosti,
o) záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

dokumentace se uchovává po dobu 5 let

§ 2

Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou

a) výsledky vyšetření, včetně grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření,
b) písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení jeho léčení nebo doporučení a návrhy na poskytnutí další zdravotní péče, které si předávají zdravotnická zařízení v rámci zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta,
c) v případě primární zdravotní péče písemné informace o dosavadním vývoji zdravotního stavu předané předchozím registrujícím lékařem primární zdravotní péče,
e) v případě závodní preventivní péče údaje o obsahu a podmínkách výkonu práce, k níž je zdravotní stav zaměstnance sledován, a to včetně údajů o zařazení jednotlivých faktorů pracovního prostředí do příslušné kategorie a písemné informace o dosavadním vývoji zdravotního stavu nebo jeho vývoji od doby provedení poslední lékařské preventivní prohlídky, předané registrujícím lékařem primární zdravotní péče, pokud tyto informace nejsou v dokumentaci obsaženy,
f) záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech provedených pro potřeby zvláštních právních předpisů, včetně záznamů o zdravotním stavu pacienta, a kopie zpráv, informací a údajů předaných podle těchto zvláštních právních předpisů,
g) záznam informací a údajů nezbytných pro jejich poskytování do Národního zdravotnického informačního systému.

zaznamenávat i potraviny pro zvláštní lékařské účely

§ 5

(1) Zápis do zdravotnické dokumentace provádí zdravotnický pracovník bezodkladně poté, co nastane některá ze skutečností podle § 1 nebo § 2.

§ 6

(1) Vyřazování zdravotnické dokumentace ve skartačním řízení zajišťuje zdravotnické zařízení, které ji vede, v souladu se skartačním řádem
(2) Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let a označuje se skartačním znakem „S“, pokud není zvláštním právním předpisem nebo v příloze č. 3 této vyhlášky stanoveno jinak **– (viz. příští číslo Practicusu).**
(3) Skartační lhůta pro uchovávání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním zdravotnickým zařízením počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž nastala skutečnost uvedená v příloze č. 3 k této vyhlášce nebo byl proveden poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta.
(4) Pokud zdravotnická dokumentace nebo její části vedená o pacientovi svým zařazením nebo věcným obsahem podléhá několika lhůtám, doba uchovávání a skartační znak se stanoví vždy podle nejdelší lhůty.

§ 6a

Na zdravotnickou dokumentaci vedenou podle dosavadních právních předpisů se vztahuje skartační lhůta počínající běžet dnem 1. ledna 2008.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 385/2006 Sb.
Minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace

1. INFORMACE ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE VEDENÉ LÉKAŘEM PRIMÁRNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE (VÝPIS)

Informace ze zdravotnické dokumentace obsahuje
a) základní údaje z anamnézy doplněné o údaje nezbytné k účelu, pro který je informace vydávána,
b) informace o posledně zjištěném zdravotním stavu pacienta a rozpis jím užívaných léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a používaných zdravotnických prostředků,
c) diagnostický souhrn,
d) stručné zhodnocení dosavadního vývoje zdravotního stavu pacienta, včetně reakcí na dosavadní léčbu a dynamiky vývoje výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření,
e) další podstatné informace včetně informací z posudkové péče.

2. VYŽÁDANÍ DALŠÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Informace k vyžádání další zdravotní péče (specializované, zvláštní a ústavní) obsahuje
a) požadovanou péči a její odůvodnění,
b) údaje o posledně zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření,

c) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ni,
d) diferenciálně diagnostickou rozvahu,
e) stručné zhodnocení údajů z anamnézy, pokud mají souvislost s navazující zdravotní péčí.

3. INFORMACE O PROVEDENÉM VYŠETŘENÍ (LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA)

Informace o provedeném vyšetření obsahuje
a) údaje o zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších vyšetření,
b) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ní,
c) doporučení k dalšímu poskytování zdravotní péče, včetně doporučení v posudkové péči,
d) důvod odmítnutí zdravotní péče nebo nepřijetí do ústavní péče podle zvláštního právního předpisu **(zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění § 11 odst. 1 písm. b)** - Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby. Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený lékař. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno **(vhodné uplatnit až na vyžádání)**, jestliže k tomuto odmítnutí nebo nepřijetí došlo.

důvody, kdy může lékař odmítnout přijetí pojištěnce do své péče

5. PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

A. Písemný souhlas obsahuje:
1. údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotního výkonu,
2. poučení o tom, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si jednu z alternativ, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují,
3. údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
4. údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,
5. zápis vyjádření pacienta, že údaje a poučení podle bodů 1 až 4 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
6. datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl; nemůže-li se pacient podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen projevu souhlasu, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat, a dále se uvede, jakým způsobem pacient svou vůli projevil.
B. Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše písemný souhlas. Odmítá-li zákonný zástupce písemný souhlas podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.
C. Pro odvolání písemného souhlasu se použijí části A a B této přílohy přiměřeně.

souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu

6. PROHLÁŠENÍ O ODMÍTNUTÍ ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

A. Prohlášení, popřípadě záznam podle § 1 odst. 1 písm. i), obsahuje:
1. údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebném zdravotním výkonu,
2. údaj o možných následcích odmítnutí potřebného zdravotního výkonu pro zdraví pacienta,
3. záznam vyjádření pacienta, že údaje podle bodů 1 a 2 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
4. písemné prohlášení pacienta, popřípadě záznam o tomto prohlášení, že i přes poskytnuté vysvětlení potřebný zdravotní výkon odmítá,
5. místo, datum, hodina a podpis pacienta,
6. podpis zdravotnického pracovníka, který pacientovi informace poskytl,
7. nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.
B. Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu vyplývat, že příslušné informace byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše prohlášení, popřípadě záznam o odmítnutí zdravotního výkonu. Odmítá-li zákonný zástupce prohlášení, popřípadě záznam podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.

prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu

další pokračování o SKARTAČNÍM ŘÁDU A PLÁNU v příštím čísle Practicusu

Tonutí

prim. MUDr. Jaroslava Ščamburová

skoky do neznámé vody s následnou frakturou C pateře jsou přes osvětu stále velmi časté

Téma tonutí je bohužel aktuální každé léto. I u tonutí patří rychlá a účinná první pomoc k rozhodujícím faktorům pro záchranu života.

I. skokan do vody

16:20 - Dispečink ZZS, přijata výzva mladého muže: „Můj kamarád skočil do vody, když se dlouho nevynořil, další kamarád skočil do vody za ním a povedlo se mu bezvládné tělo za chvíli vytáhnout z vody“. Na dotazy dispečera odpovídá: hloubka voda je asi do 2 m, ve vodě byl maximálně 5 minut, no střízlivý bohužel nebyl, vypil několik piv“.

16:35 - Příjezd na místo (do té doby prováděli přihlížející kardiopulmonální resuscitaci dle pokynů dispečerky ZS): 22 letý pacient leží na zádech v bezvědomí, cyanotický, GCS 3, na hlavě frontálně tržná rána cca 5 cm, která silně krvácí. Zornice izokorické, mydriatické, šíře cca 6 mm. Pulsace na velkých tepnách nehmatná. Posádka pokračuje v nepřímé srdeční masáži, lékař na místě provádí bez záklonu hlavy a bez medikace endotracheální intubaci, nasazen krční límec. Z dutiny ústní odsát sekret s příměsí písku, rovněž je zahajena ventilace Ambu Vakem napojeným na O_2. Podán Adrenalin 1 mg endotracheálně, po zajištění žilního vstupu podán Adrenalin opakovaně celkem 3 mg i.v., kape infuse Plasmalyte 1000 ml, po cca 10 min se na monitoru objevuje spontánní AS, sinusová bradykardie – podán Atropin 0.5 mg i.v. Postupně sinus s frekvencí kolem 45-50 min. Pulsace hmatná i centrálně. Hodnoty tenze nízké 70/60, nasazen Noradrenalin (lineárním dávkovačem - startovací dávka 0.2 mg/hod).

16:55 - Výjezd z místa zásahu, po cestě je pacient připojen k ventilátoru Oxylog.

17:14 - Příjezd na oddělení RES, provedeno CT mozku a C páteře s nálezem těžkého difusního edému mozku a frakturou dentu s posunem těla obratle C1 do páteřního kanálu (typické poranění skokanů do vody). Pacient byl přijat k další terapii na RES připojen k ventilátoru, nasazena antiedematózní terapie. Neurochirurg vzhledem k nepříznivému neurologickému nálezu neindikoval chirurgickou stabilizaci.

3. den Pacient pod obrazem maligního edému mozku umírá.

II. pád batolete do bazénu

11:32 - ZZS: Volá starší muž – jeho 3-letý vnouček, kterého hlídá u rodinného domu, mu utekl a spadl do bazénu. Matka slyšela šplouchnutí, běžela k oknu, viděla dítě pod hladinou, skočila do vody a okamžitě jej vytáhla. Ve vodě bylo asi 1 minutu od šplouchnutí do vytažení. Po vytažení bylo modré, špatně dýchalo, matka ho otočila

obličejem k podlaze a snažila se ho udeřit dlaní mezi lopatky. Po opakovaných pokusech dítě začíná kašlat a také slabě brečí.

11:34 - Výjezd ZZS, dispečerka až do příjezdu ve spojení s vyděšenou matkou a instruuje ji (uložit dítě na bok, kontrolovat vědomí a dýchání).

11:43 - Příjezd na místo: dítě mírně somnolentní, ale ventilačně suficientní, poslechově dýchání bilaterálně bazálně mírně oslabené, AS pravidelná, SpO_2 92-93%. Nasazena O_2 polomaska, zajištěn žilní vstup, zabalen do přikrývky.

11:54 - V doprovodu matky transport do nemocnice na dětské oddělení.

12:09 - Po příjezdu provedeno CT mozku s negativním nálezem, RTG S+P bez patologie pouze parahilosně mírně zmnožená plicní kresba.

2. den - rozvoj pravostranné bronchopneumonie, nasazena ATB terapie. Dítě po 10 dnech bez neurologického deficitu propuštěno do domácího ošetření.

Ad informandum: Dědeček dítěte pro bolesti na prsou transportován bezprostředně po zákroku taktéž do nemocnice. Naměřena hypertenze 220/130 na EKG nespecifické změny, zajištěn žilní vstup, podán Isoket 2x sublinguálně, ponechán v nemocničním zařízení 48 hodin na pozorování.

III. další skokan do vody

12:36 - ZZS: „Mladý muž po skoku do vody z mola vyplaval na hladinu a bezvládné tělo zůstalo obličejem dolů na hladině. Na pláži byl přítomen cizinec (shodou okolností plavčík), který skočil do vody za tímto mužem a vytáhl ho na břeh. Do příjezdu RLP u pacienta prováděná laická kardiopulmonální resuscitace s umělým dýcháním.

12:48 - Pacient v bezvědomí, nedýchá, pulsace centrálně nehmatná. Lékař provádí bez záklonu hlavy, bez medikace endotracheální intubaci, pacientovi nasazen krční límec. Posádka RLP pokračuje v kardiopulmonální resuscitaci cca 20 minut (postupně podán Adrenalin, celkem 4 mg, první dávka podána do ET kanyly, po zajiš-

tění žilního vstupu Adrenalin podáván i.v. Po 20 minutách hmatná pulsace na karotidách, na monitoru sinusový rytmus 60/min. Pro hypotensi 60/40, nasazeny znovu katecholaminy: kontinuálně Noradrenalin 1 mg/hod (kape infuse Plasmalyte 1000 ml). Dispečink ZZS zajišťuje transport LZS vrtulníkem.

13:15 - Přílet vrtulníku - pacient transportován na oddělení RES fakultní nemocnice.

13:32 - Ve FN CT vyšetření: diagnostikována fraktura C2 s útlakem páteřního kanálu, mozek s nálezem difusního edému.

15:10 - Na neurochirurgickém pracovišti provedena stabilizace C páteře.

2. den - 4 měsíce - resuscitační oddělení: stav komplikován těžkou oboustrannou bronchopneumonií, vědomí pacienta se po vysazení tlumivé medikace postupně zlepšuje, pacient se postupně snaží komunikovat s personálem, posléze plně lucidní. V neurologickém nálezu dominuje těžká kvadruparesa. Během hospitalizace provedena tracheostomie, epicystostomie, pacient závislý na UPV. Prognosa u tohoto pacienta velmi závažná.

4 měsíce - Překlad do rehabilitačního ústavu k další terapii. Stav i prognoza nadále jistě závažná.

Komentář intezivisty:

U tonutí je velmi důležité dostat pacienta co nejrychleji na břeh. Během jakékoli manipulace je velmi důležité myslet na možné poranění krční páteře, proto nesmíme nikdy zaklánět hlavu. Resuscitace ve vodě během transportu postiženého na břeh je, dovolím si říct, pouze pro vyškolené záchranáře. Pro ostatní platí, co nejrychleji s postiženým na břeh nebo do člunu. Bohužel, pacienti - skokani do vody - jsou již tradičně i přes osvětu pravidelným jevem každé léto. Je důležité stále upozorňovat na nebezpečnost provádět skoky do vody v mělké vodě nebo na neznámém místě, i dno nádrže nebo rybníku, který je dobře znám, se může za rok výrazně změnit. Oblíbenou zábavou, bohužel s ne vždy šťastným koncem, je také večerní koupání nebo skoky do vody a koupání s hladinou alkoholu v krvi.

Pokud je u tonutí přítomen lékař, je vždy na místě zahájit neprodleně kardiopulmonální resuscitaci. Před zahájením provádíme otevření úst s předsunutím dolní čelisti, při podezření na poranění krční páteře bez záklonu hlavy umělé dýchání a v případě nehmatné pulsace centrálně nepřímou srdeční masáž. Těžko lze očekávat, že budeme mít u sebe resuscitační pomůcky (lékařský kufřík), pokud ano, pak je na místě pokusit se o zajištění žilního vstupu (i neúspěšný pokus je důležitý), v případě asystolie podat Adrenalin a pokračovat v resuscitaci do příjezdu RLP. Velmi důležité je také při volání záchranné služby popsat přesně část nebo stranu vodní nádrže, popř. řeky, kde k příhodě došlo. Zbytečné a protrahované hledání místa při nepřesném popisu může mít rozhodující vliv na přežití i následnou kvalitu života postiženého.

postup při záchraně tonoucího:

1) dostat pacienta co nejrychleji na břeh

2) i při minimálním podezření na poranění páteře nezaklánět hlavu – pouze předsunout dolní čelist

3) volat 155 – přesně označit místo a stranu řeky, resp. vodní nádrže

4) zahájit KPR

5) v případě asystolie podat Adrenalin

SVL ČLS JEP na základě edukačního grantu společnosti Pfizer uděleného při příležitosti 10 let přípravku Viagra vyhlašuje

soutěž pro praktické lékaře o nejlepší kazuistiku na téma:

Léčba erektilní dysfunkce

Nezávislý panel zástupců odborných společností vybere 10 nejlepších kazuistik, které budou oceněny:

1. místo: mezinárodní lékařský kongres v roce 2009 dle vlastního výběru

2. – 9. místo: příspěvek 10.000 Kč na lékařský kongres dle vlastního výběru

Uzávěrka prací: 30. září 2008

Předání ceny za 1. místo se uskuteční na XXVII. výroční konferenci SVL ČLS JEP v listopadu 2008 v Karlových Varech.

Vybrané kazuistiky budou publikovány.

Kazuistiky do této soutěže posílejte elektronicky (na adresu practicus.svl@cls.cz) nebo poštou na adresu:
Redakce časopisu Practicus, SVL ČLS JEP, U Hranic 16/3221, 100 00 Praha 10
V předmětu e-mailu či na obálku uvádějte prosím heslo **„kazuistiky“**.

Stručně o celoživotním vzdělávání, registraci a kreditech zdravotních sester

Lenka Šnajdrová

posun výuky zdravotních sester na VOŠ či VŠ a nutnost registrací

Stejně tak jako profese lékařů, je i profese nelékařských zdravotnických povolání ošetřena zákonem. Nelékařská zdravotnická povolání, pod která patří všeobecná sestra, dále např. fyzioterapeut, porodní asistentka apod., reguluje zákon 96/2004 Sb. Na tento zákon navazuje mnoho prováděcích předpisů. Přestože zákon platí už 4 roky, stále se objevuje mnoho nejasností, které sestrám a dalším pracovníkům ve zdravotnictví komplikují výkon praxe. Protože tato stránka je věnována sestrám, budu se dále zmiňovat o sestrách, nicméně pro další nelékařské profese platí téměř shodná pravidla.

Zákon výrazně změnil zažitý systém vzdělávání a práce sester zejména ve třech oblastech. Tou první jsou názvy některých profesí a ustanovení odborností nových, třeba dietní sestra se nově nazývá nutriční terapeut a novým prvkem se stala profese zdravotnického asistenta.

Další změnou je posun výuky sester ze střední školy na školy vysoké nebo vyšší odborné. Střední zdravotnické školy nyní vzdělávají zdravotnické asistenty. Školní rok 2003/2004 byl posledním rokem, kdy na SZŠ zahájili studium žáci, kteří tam získali odbornost všeobecné sestry. Letos už odmaturují první zdravotničtí asistenti.

Poslední závažnou změnou zasahující do praxe každé sestry je tzv. „registrace“. To je proces, během něhož získá nelékařský zdravotnický pracovník osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Pojem odborný dohled je zákonem přesně vymezen. **Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Součástí výkonu povolání bez odborného dohledu je též kontrolní činnost podle zvláštního právního předpisu, vyhlášky 424/2004 Sb. Kontrolní činností se rozumí provádění odborného dohledu nad osobami, které osvědčení dosud nezískaly nebo mohou pracovat pouze pod dohledem, např. zdravotnický asistent.** Pro účely tohoto sdělení lze obecně říci, že pouze držitel registračního osvědčení může vykonávat stanovené činnosti samostatně. Souhrn činností je podrobně určen vyhláškou 424/2004 Sb. o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

kreditní systém stanoví vyhláška 423/2004

Pro získání osvědčení musí splnit zdravotnický pracovník podmínky dle zmíněného zákona. **Musí mít příslušné vzdělání, být zdravotně způsobilý, trestně bezúhonný, splnit určitou délku praxe a doložit, že se celoživotně vzdělává.** Celoživotní vzdělávání se dokládá 40 kredity získanými za účast na vzdělávacích akcích a dalších aktivitách dle zákona. Zákon určil nějaké výjimky v přechodném období, které skončilo 1. dubna 2006, a jiné podmínky pro vydání osvědčení platí pro čerstvé absolventy VOŠ a VŠ. Nyní se vydává osvědčení standardně na 6 let, poté je třeba požádat o obnovení, a to 120 dní před uplynutím platnosti osvědčení stávajícího. V případě, že se sestra nestihla zaregistrovat v přechodném období, kdy platily mírnější podmínky, a nyní jí chybí k registraci praxe nebo kredity celoživotního vzdělávání, může podle zákona složit zkoušku k vydání osvědčení z části teoretické, praktické nebo obou dohromady. Další možností je pracovat pod odborným dohledem, než si doplní počet kreditů nebo praxi.

nutnost získat 40 kreditů za 6 let

Zákon dále upravuje specializační vzdělávání, akreditace a akreditační řízení a výkon profese nelékařských povolání osobami z jiných zemí.

Stejně tak jako znalost zákona 96 a vyhlášky 424, je pro sestry důležitá existence **vyhlášky 423/2004**, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání. Úplně laicky, podle této vyhlášky se určuje, za jakou vzdělávací akci lze udělit příslušný počet kreditních bodů a jakým způsobem účast na akcích evidovat. **Podstatné z toho je, že počet kreditních bodů si nemůže nikdo vymyslet, musí se řídit právě touto vyhláškou.** Kredity lze získat i za pomaturitní specializační studium nebo za vědecko-výzkumnou činnost, za publikování odborného článku nebo přednesení odborné přednášky na akreditované akci. Pro většinu sester je ale nejdostupnější možností účast na konferencích, seminářích a kurzech nebo využití e-learningu.

Vzdělávací akci může pořádat akreditované zařízení nebo organizace, která získala pro pořádání akce souhlasné stanovisko profesní organizace sdružující osoby, pro něž je akce určena. Stručně řečeno, pro sestry vydává souhlasná stanoviska především Česká asociace sester, pro fyzioterapeuty Unie fyzioterapeutů apod. Seznam sdružení vydávajících souhlasná stanoviska je k dispozici na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví. Každé profesní sdružení zveřejnilo na svém webu podmínky pro vydání souhlasného stanoviska, všechna sdružení shodně požadují vyplněnou žádost o vydání souhlasu, program akce a poplatek za posouzení žádosti a administrativní úkony. Výše poplatku se u profesních sdružení mírně liší, liší se i délka trvání při posuzování žádosti. **Důležité: pokud se sestra účastní lékařské akce, ke které nebylo vydáno souhlasné stanovisko pro sestry, nebudou jí kredity uznány.** Pro lékaře platí jiný kreditní systém. Je třeba věnovat pozornost tomu, pro koho je akce určena. Sestra se může účastnit semináře pro fyzioterapeuty, ale kredity za tuto akci ji nebudou započítány.

průkaz (index) odbornosti

Vyhláška 423/2004 rovněž stanoví evidenci vzdělávacích aktivit. Pro tyto účely by měla každá sestra vlastnit průkaz (dříve index) odbornosti, kam se kromě praxe zapisuje právě účast na vzdělávacích

aktivitách. Pořadatelé akcí také vydávají potvrzení o účasti. To je platné, pokud obsahuje náležitosti dané vyhláškou.

Záznam v průkazu odbornosti obsahuje datum konání akce, téma akce a další skutečnosti důležité pro přiznání počtu kreditů podle této vyhlášky, zejména délku trvání a druh účasti. Potvrzení obsahuje kromě těchto údajů ještě jméno a příjmení účastníka akce a jeho datum narození. **Důležité: vydat potvrzení nebo zapsat akci do průkazu odbornosti může pouze pořadatel. Sestry si do průkazu nemohou zapisovat samy.** Z uvedeného je patrno, že se uvádí skutečnosti důležité pro přiznání počtu kreditů, nikoli počet kreditů samotný. Takže pokud má účastník potvrzení, že absolvoval konferenci v délce trvání 4 hodin jako pasivní posluchač, v registračním centru mu následně přiznají 3 kredity. Vzorové potvrzení doporučené kreditní komisí České asociace sester je k dispozici na www.cnna.cz. Sestra vyhlášky znalá by měla snadno poznat, zda potvrzení obsahuje předepsané náležitosti. Pokud má podezření, že potvrzení není platné nebo akce nemá souhlasné stanovisko, může si jej na pořadateli vyžádat. Nevím o žádném předpisu, který by to pořadateli nařizoval, nicméně souhlasné stanovisko není tajné a nic pořadateli nebrání jej zveřejnit. Je dobrou praxí uvádět na potvrzení číslo vydaného stanoviska od profesní organizace a pak si sestra může ověřit, že akce má skutečně platný souhlas. Většina organizací zveřejňuje seznam vydaných souhlasných stanovisek na svém webu. Když vzdělávací akce souhlasné stanovisko nemá, měl by to pořadatel uvést předem.

Vzdělávání v jakékoli profesi není žádnou novinkou, povinnost každého zaměstnance vzdělávat se je zakotvena i v Zákoníku práce. Podle reakcí z různých internetových diskusí se sestry obávají, zda budou schopny nasbírat 40 kreditů. Uvádějí obtíže s uvolňováním na školení a s vysokou cenou seminářů. Starší sestry z praxe mají pocit, že účast na vzdělávacích akcích jim nepřinese nic nového. Jestliže rozložíme kredity do 6 let, zjistíme, že se jedná o 8 – 9 kreditů ročně. Autoři přednášek a odborných článků mohou získat 15 kreditů a právě zkušené sestry jistě mají co říci a předat své poznatky dál. **Možností je třeba právě tato stránka v časopise Practicus, která je určena sestrám.** Potěšující zprávou pro sestry může rovněž být stále se rozšiřující nabídka vzdělávacích akcí, mezi kterými lze najít nejen vysoce odborné přednášky, ale i umění komunikace, prevenci syndromu vyhoření, první pomoc a jiné. Od letošního roku pracuje v České asociaci sester nově ustanovená sekce sester od praktických lékařů. V současnosti se připravuje novela kreditní vyhlášky. Měla by přinést mj. změnu v hodnocení akcí kreditními body.

Důležité informace pro sestry:

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Vyhláška č. 394/2004 Sb., kterou se upravují podrobnosti o konání atestační zkoušky, **zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu**, závěrečné zkoušky akreditovaných kvalifikačních kurzů, aprobační zkoušky a zkušební řád pro tyto zkoušky.

Veškeré přepisy lze nalézt ve Sbírce zákonů, na webu Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů www.nconzo.cz nebo na Portále veřejné správy ČR www.portal.gov.cz

Zajímavé webové adresy:

www.nconzo.cz	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Na této adrese jsou veškeré podklady k registraci – žádost o vydání či prodloužení osvědčení a postup při jejím podávání, žádost o vykonání zkoušky. NCONZO zastřešuje i specializační vzdělávání a v prodejně skript lze zakoupit průkaz odbornosti. Pracovníci registru jsou schopni odpovědět na konkrétní dotaz ohledně registrace.
www.cnna.cz	Oficiální stránky České asociace sester
www.mzcr.cz	Oficiální stránky Ministerstva zdravotnictví.

Lenka Šnajdrová, koordinátor a lektor vzdělávacích akcí pro NELZP, Josef Selichar – Setrans. Registrovaná sestra, aktivní členka České asociace sester, členka pracovní skupiny pro právní normy České asociace sester. Aktivně přednáší a publikuje. Kontakt: snajdrova@zdravotni.cz

V případě jakýchkoliv Vašich reakcí a zkušeností zdravotní sestry s výše zmíněnými aktivitami a rolemi v ordinaci PL, prosím kontaktujte odpovědného redaktora této rubriky na e-mail: svl.cz@seznam.cz

MUDr. Jozef Čupka

povinnost každého zaměstnance vzdělávat se je zakotvena v Zákoníku práce

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů www.nconzo.cz

Česká asociace sester www.cnna.cz

ČTE TUTO RUBRIKU I VAŠE ZDRAVOTNÍ SESTRA?

Tato rubrika je určena pro zlepšení informovanosti a vzdělávání Vaší zdravotní sestry.

Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 5 kreditů ČLK. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejpozději do 15. 7. 2008. Písemné odpovědi zasílejte na adresu Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10.

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

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP. Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

test 6/2008

Infekce, které si můžeme přivézt z exotické dovolené

1. Nejčastější příčinu úmrtí během pobytu v tropech představují:
a) infekce
b) úrazy
c) kardiovaskulární onemocnění

2. Z parazitárních původců importovaného průjmu je nejčastější:
a) giardióza
b) amébová dyzentérie
c) kokcidiózy

3. Monovakcínu proti hepatitidě A před cestou je možno aplikovat nejpozději:
a) minimálně 3 měsíce před plánovanou cestou
b) minimálně 6 týdnů před plánovanou cestou
c) bezprostředně před cestou

4. K vyšetření malárie užíváme:
a) vyšetření tenkého nátěru
b) vyšetření tenké kapky
c) vyšetření tlusté kapky

Solární alergie a péče o kůži v létě

5. Při fotoalergickém mechanismu postižení kůže:
a) klinické projevy postihují pouze plochy vystavené přímému slunečnímu záření
b) klinické projevy postihují i plochy, které bezprostředně slunci exponované nejsou
c) klinické projevy postihují pouze plochy, které nejsou vystaveny přímému slunečnímu záření

6. Na možnost fototoxické kožní reakce je třeba upozornit pacienta užívajícího:
a) Doxycyklin
b) Amoxycilin
c) Clarithromycin

Jak racionálně v primární péči vyšetřit funkční poruchu štítné žlázy?

7. Jako první vyšetření při podezření na poruchu funkce štítné žlázy se doporučuje vyšetřit následující:
a) skupinu TSH, FT3 a FT4
b) skupinu TSH, FT3, T3, FT4, T4
c) samotné TSH

8. U pacienta s nálezem hypotyreózy je vhodné dovyšetřit následující protilátky:
a) TRAK
b) abTPO, případně abTG
c) anti endomysium

Potravinová alergie

9. Potravinová alergie se manifestuje:
a) výhradně gastrointestinálními projevy
b) pouze gastrointestinálními nebo kožními projevy
c) může postihnout jakýkoliv orgán nebo systém

10. Termín orální alergický syndrom znamená:
a) projevy alergie mimo trávicí ústrojí vzniklé po perorálním podání alergenu
b) projevy na sliznici dutiny ústní bezprostředně po požití alergenu (svědění dásní, otoky rtů a jazyka, poruchy polykání apod.)
c) chronický zánět dutiny ústní spojený s dlouhodobou expozicí alergenu (zubní náhrady, apod.)

Správné mohou být 1–3 odpovědi.

Správné odpovědi testu č. 5/2008:
1b
2b
3b
4ab
5a
6ab
7b
8a
9a
10b

Omluva za chybu

V otázce č. 10 byl jako účinná látka přípravku Mydocalm mylně uveden telmisartan – správně měl být tolperison.
Všem, kteří z tohoto důvodu na tuto otázku odpověděli nesprávně, špatnou odpověď eliminujeme. Děkujeme za pochopení. Redakce

odpovědní lístek – test č. 6/2008

Jméno a příjmení

Adresa pracoviště

Členské číslo SVL (povinný údaj)
(bez tohoto čísla kredity nemohou být přiděleny)

Zakroužkujte 1–3 správné odpovědi:

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