



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 7/2008

ročník 7

pro
praktické
lékaře
zdarma

Přílohou tohoto čísla je

Doporučený postup

**Chronické
srdeční
selhání**

s příštím číslem
bude distribuován

**Doporučený postup
Dyspepsie
horního typu**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Ordinace nejen na kraji města

na návštěvě v ordinaci u MUDr. Vratislava Klímy v Kladně



O čem se mimo jiné můžete dočíst v tomto čísle:

- Chronické srdeční selhání
- Deprese a kardiovaskulární onemocnění
- Včasná detekce ICHDK
- Vakcinace proti pneumokokovým infekcím
- Magnetická rezonance
- Hydratace a zdraví
- Skartační řád

Servier - Tenaxum

Obsah

SVL ČLS JEP informuje	5
MOET – Projekt časně detekce ischemické choroby dolních končetin a její efektivní terapie	10
Karetová, D., Vojtíšková, J., Ingrischová, M.	
Praktický lékař a chronické srdeční selhání	15
Prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc., doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.	
Deprese u osob s kardiovaskulárním onemocněním	21
MUDr. Radkin Honzák, CSc., MUDr. Milan Vrána, DrSc.	
Možnosti vakcinace proti pneumokokovým infekcím	26
MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Šárka Hrušáková	
Cetirizin – lék volby i při virové rinitidě	29
MUDr. Jana Vojtíšková	
Kazuistika: Náhlé úmrtí v praxi praktického lékaře	32+37
MUDr. Pavel Brejník	
Magnetická rezonance	34
Mgr. Jiří Janota	
 ...POEM: Patient oriented evidence that matters	38
 ...ordinace nejen na kraji města	42
50 let praktickým lékařem	
 ...počítač a doktor	44
Jak si založit mailovou schránku	
 ...prevence v primární péči	45
Optimální hydratace (euhydratace) a zdraví	
 ...dotazy a odpovědi	48
 ...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa	49
Skartační řád a plán dle vyhlášky č. 385/2006 Sb.	
 ...přednemocniční péče v praxi	51
Popáleniny	
 ...sestra v ordinaci praktického lékaře	52
Sestra a problémoví pacienti v čekárně	
 ...znalostní test	54

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
7/2008, 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 Vojtíšková
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 Ponižil, MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Helena Štěpánková, MUDr. Milada Vinická

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo dáno do tisku **27. 8. 2008.** MK ČR E13477, ISSN 1213-8711

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. ••• Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory odborných článků. ••• Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP, 2008**



MUDr. Cyril Mucha

Kdesi jsem četl, že editorial má být kontroverzní a měl by vyvolávat diskusi. Rozhodl jsem se tedy věnovat tématu, které mně již dlouho leží na srdci a kontroverzní určité je. Navíc rozděluje nejen odbornou, ale i laickou společnost na dva nesmířitelné tábory. Jedná se o téma interrupce. Oba tábory mají argumenty velmi pádné a téměř nezpochybnitelné. Na straně jedné: právo ženy rozhodnout se o počtu dětí, čím modernější společnost – tím liberálnější zákon. Druhý tábor hlásá: vražda, právo jedince na život, povinnost společnosti chránit nejslabší, jasné znění Hippokratovy přísahy.

Ne, nebojte se, nezačnu horovat pro postavení interrupce mimo zákon ani nebudu bojovat za ještě liberálnější znění zákona – toto nechám zákonodárcům. Za co bych ale rád lobboval (strašné slovo!), je právo právě praktiků se k tomuto problému vyjadřovat. Jistě namítnete, proč právě praktici – co ti s tím? Dovolte argument: ale která jiná odbornost? Gynekologové? Ale interrupce je jejich každodenní (i když většinou nemilovaný) chlebíček – těžko budou najednou proti nim, navíc je většinu svého profesního života prováděli. Tedy embryologové? – ti jistě mají co říci, ale – ať se na mne nezlobí – zase již mnoho let neviděli skutečného pacienta s jeho šíří problémů a obtíží. Nebo snad lékaři etici – také jistě mají mnoho pádných a zřetelých hodných argumentů – ale ti „živého“ pacienta asi neviděli nikdy. Odvážuji se tedy tvrdit, že právě praktičtí lékaři, kteří vidí medicínu v celé její šíři, znají pacienty i s jejich láskami, trápy a stesky, jsou ti nejpovolnější, kteří mají k složitému problému interrupce co říci.

Co tedy s tím? V prvé řadě bychom měli připustit, že je potrat zlo. Jako lékaři jsme nicméně zvyklí pracovat v režimu menšího zla, lékař často léčbou někde (málo) uškodí, ale zároveň (výrazně více) pomůže („nihil nocere“ je dle mého názoru nereálné – spíše platí „neuškod’ moc“). Jestliže už tedy jde žena na interrupci, mělo by být jasné, že toto „zlo“ je vyváženo dostatečnými argumenty pro, resp. nějakými klady. Další důležitý bod je naučit se nazývat věci pravými jmény – slovo interrupce – i se svým překladem „UMĚLÉ PŘERUŠENÍ“ – mi připomíná typické komunistické eufemismy: když SSSR sestřelil v 80. letech jihokorejské letadlo, psaly naše noviny, že „bylo zastaveno v letu“, pokud se zvedaly ceny v obchodech – nikdy se nezdražovalo, ale „upravovaly se ceny“. Právě tak těhotenství, pokud by opravdu bylo „přerušené“, musela by též existovat možnost, aby pokračovalo. A to, ať se kdokoli z kolegů nezlobí (gynekologové, embryologové...), ale opravdu neumí... Těhotenství je tedy ukončené jednou provždy a tak by se také zákrok měl nazývat: např. umělé ukončení těhotenství.

Je ještě něco dalšího, co bychom mohli my PL dělat? Asi se pokoušet ovlivnit nejen veřejné mínění, ale též každé těhotné ženě dávat dostatečně najevo, že těhotenství je stav žádoucí, a nikoli „choroba“. Pokud začínají uvažovat o přerušení/ukončení tohoto stavu, nabízet jim i jiná možná řešení, která existují a o kterých ve své krizové situaci ani nevědí (např. adopce, azylové domy, babyboxy, nebo by jen možná stačilo se s nadhledem podívat na aktuální důvody). Podle průzkumů velká část žen, které interrupcí prošly, právě toto očekávaly – tedy to, že se jim někdo ze zdravotníků pokusí interrupci rozmluvit. A on to nikdo neudělal! Vězte, že pokud by se nám to, byť občas, povedlo, mohli bychom mít – kromě pověstného lékařského hřbitůvku – třeba též malé lékařské jesle nebo dokonce malou vesničku. Krásná představa, že ano?

Držím Vám (nám) palce.

Cyril Mucha
Krajský konzultant, Praha

PS: Pokud jsem Vás svými názory překvapil, vězte, že já sám mám 2 adoptované děti a jsem moc rád (a doufám, že i ony), že jejich těhotenství nikdo nejen nepřerušil, ale dokonce ani neukončil.

Karty POS, SL

Vážení kolegové, jak jste jistě slyšeli, pro všechny členy organizačních složek (OS) ČLS JEP se chystá tzv. kartový systém. Vzhledem k tomu, že někteří z Vás se na nás obrazejí s doplňujícími dotazy, dovolte nám stručně shrnout základní údaje o tomto projektu. Jde o **systém identifikačních a slevových karet**, které by měly sloužit zejména k jasné a průkazné identifikaci členů jednotlivých OS, především:

- při pořádání kongresů, seminářů a dalších vzdělávacích akcí pořádaných OS ČLS JEP a dalších dle potřeb výboru (např. poskytování slev na různé akce apod.) přes internetový portál;
- k zjednodušení evidence členů (přehled a kontrola placení členských příspěvků pro OS), dále za účelem dalších doprovodných služeb poskytovaných v rámci členských příspěvků (např. předplatné časopisu);
- slevový systém v síti vybraných obchodů (seznam bude včas uveřejněn na webových stránkách www.cls.cz).

Každá z identifikačních karet bude obsahovat proměnné údaje (přesně specifikované ve smlouvě se zhotovitelem), dobu platnosti, jedinečný čárový kód evidenčního čísla držitele karty a čárový kód pro slevu u obchodních partnerů, fotografii držitele karty, místo pro podpis a text společný všem iden-

tifikačním kartám. Sekretariát ČLS JEP v předchozích měsících požádal všechny členy o zaslání jejich fotografií, návratnost je však zatím nedosta-
tečná. Problém je v tom, že tam, kde nebude fotografie včas dodána, bude podle smlouvy karta vytištěna bez ní s prázdným obdélníkem. Vyzýváme Vás tedy i touto cestou, abyste co nejdříve poslali své fotografie:

1. V elektronické podobě
 - **ve formátu jpg a ve velikosti 2,5 cm (šířka) a 3,5 cm (výška),**
 - **vzrostlíšení (při výše uvedené velikosti): 300 dpi,**
 - **na e-mailovou adresu paní Kotikové: kotikova@cls.cz.**
 - **Soubor složený o fotografií nazvěte svým příjmením a jménem (bez titulů) a uveďte datum narození.**

2. Ve výjimečných případech lze zaslat fotografii poštou na adresu: P. Kotiková, sekretariát ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2.

MUDr. Jaroslava Laňková



**tuto informaci
naleznete i na
www.cls.cz**

E-learningové vzdělávání pro sestry praktických lékařů

Vážené sestřičky,

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP Vám na základě edukačního grantu od společnosti Hartmann-Rico nabízí velmi výhodnou možnost celoživotního e-learningového vzdělávání pro sestry, které pracují v ambulancích praktických lékařů – členů SVL ČLS JEP.

Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny registrované nelékařské zdravotnické pracovníky. E-learningové studium na internetu má četné výhody:

- je snadno dostupné v kteroukoliv dobu, která vyhovuje právě Vám,
- není spojeno s dalšími náklady na dopravu nebo ubytování a stravování,
- studium na internetu není náročné na uvolnění z pracovní doby,
- kurzy jsou určeny zejména pro všeobecné sestry,
- každý kurz má souhlasné stanovisko profesní organizace (ČAS) a je zde jistota přidělení kreditů.

Máte následující možnost studia:

Na stránkách www.svl.cz vstoupíte do internetové učebny pomocí ikony „E-learning pro zdravotní sestry“ a zde můžete vystudovat zdarma 14 e-learningových kurzů a získat tak 14 kreditů celoživot-

ního vzdělávání. Začít můžete vytvořením nového účtu do učebny a postupovat dále dle uvedeného návodu.

Podmínkou tohoto studia je uvedení čísla Vaší registrační karty SVL ČLS JEP (viz posl. odstavec) do příslušné kolonky. Po úspěšném vystudování 14 kurzů Vám bude vystaveno celkové potvrzení o studiu a získání 14 kreditů, které bude zasláno na Vaši e-mailovou adresu v tiskovém formátu pdf. Potvrzení je platným dokumentem pro registrační oddělení NCONZO v Brně. Vytiskněte ho a uschovejte pro příští žádost o prodloužení registrace. Po úspěšném absolvování prvního cyklu zdarma můžete pokračovat ve studiu za standardních podmínek internetové učebny na www.ucebna.net.

Návod na úpravu profilu v učebně – přihlášení do učebny:

- 1) Do profilu vstoupíte pomocí registrace do učebny kliknutím na své „Uživatelské jméno“, které je v pravém horním rohu obrazovky.
- 2) Dále zvolte záložku „Upravit profil“ a doplňte požadované informace.
- 3) Do políčka „Další podrobnosti o uživateli“ napište cokoli (je to povinné pole, které systém učebny vyžaduje).

14 kurzů = 14 kreditů

**registrační karta
SVL ČLS JEP nutná**

**první cyklus
(14 kurzů) zdarma**

- 4) Do políčka „Datum narození“ zadejte své datum narození, které je nezbytné pro potvrzení o studiu.
- 5) Vyplňte dále políčko „Číslo registrační karty“ (viz posl. odstavec).
- 6) Úpravu dokončete tlačítkem „Aktualizovat profil“.

Kontaktní informace:

Registrační kartu SVL ČLS JEP – sestry PL, člena SVL ČLS JEP a další informace můžete zdar-

ma získat u paní Andrey Vrbové, sekretariát SVL ČLS JEP, Praha, telefon: 267 184 042. Informace o studiu v učebně a potvrzení získáte rovněž na adrese info@sestra.in nebo na telefonním čísle: 602 602 067.

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

*MUDr. Jaroslava Laňková,
místopředsedkyně pro vzdělávání SVL ČLS JEP*

Moderní přístup ke kontinuálnímu vzdělávání ve zdravotnictví

EUNI přináší aktuální informace napříč obory

pro lékaře:
www.euni.cz

První portál na českém internetu – www.euni.cz, který umožňuje lékařům a lékárníkům absolvovat celoživotní akreditované vzdělávání prostřednictvím e-learningu – vstoupil do třetího roku své činnosti a „internetovým studentům“, kterých už je v současné době přes devět tisíc, nabízí k výběru téměř padesát lekcí.

Od května 2008 se tato forma studia otevřela i nelékařským zdravotnickým oborům v podobě programu EUNIO (Elektronická UNiverzita pro Ošetřovatelské profese, www.eunio.cz).

Ukazuje se, že elektronické vzdělávací systémy se postupně začínají stále více etablovat v různých oborech lidské činnosti a jejich obliba stoupá paralelně s tím, co nabízejí – nejde jen o úsporu času a financí, ale také, pokud mají skutečně odborné zázemí, i spolehlivost zdroje. V případě EUNI je proto součástí jednotlivých lekcí jejich pravidelná aktualizace, která zajišťuje, aby nedocházelo k zastarávání informací.

V sekci pro praktické lékaře je v současné době spuštěno 35 lekcí. Celkově tak obsahuje největší počet témat, která mohou současně využívat i specialisté z ostatních oborů a naopak – praktici mají rovněž otevřený přístup do jakékoli jiné medicínské specializace.

Pokud se návštěvník lekce rozhodne na portálu studovat, má tedy jednak možnost získat po úspěšném absolvování zkoušky, která je přiřazena ke každé lekci, osm kreditů v rámci svého celoživotního vzdělávání, jednak zde může kdykoli vyhledat aktuální informace a s portálem „spolupracovat“ na různých úrovních (diskusní fórum – připomínky, náměty apod.).

Až dosud navštívilo portál EUNI 1676 praktických lékařů a 461 z nich podstoupilo alespoň jeden zkušební test.

O krátký rozhovor na téma využití e-learningového vzdělávání v ambulanci praktického lékaře jsme požádali **MUDr. Bohumila Seiferta**, autora dvou lekcí: Screening kolorektálního karcinomu a Dráždivý tračník.

První otázka by měla asi směřovat k tomu, jaký postoj zaujímá Společnost všeobecného lékařství

ČLS JEP vůči vzdělávání svých členů na EUNI?

Společnost všeobecného lékařství respektuje EUNI a nemůže přehlédnout úspěchy, kterých dosáhla. EUNI za dobu svého působení urazila kus cesty, získala zkušenosti potřebné k rozvoji této formy vzdělávání a dosáhla také vysoké odborné i technické úrovně. Tím si vytvořila určitý náskok před podobnými e-learningovými programy.

Já si osobně velmi vážím až nečekaného zájmu praktických lékařů o tuto další formu vzdělávání. Nepovažuji EUNI za konkurenci tradičního kontinuálního vzdělávání naší společnosti, ale spíše za partnera, který nabízí další „volitelnou alternativu“.

Ostatně samotní praktici se na tvorbě lekcí podílejí. Mezi autory jsou tři členové výboru SVL: Jaroslava Laňková, mimo jiné autorka nejúspěšnější lekce roku 2006 – Diagnostika akutního zánětu v ambulantní praxi, dále kolega Igor Karen s tématem Chřipka a já s lekcí Screening kolorektálního karcinomu.

Jaký je váš osobní postoj k internetu a kolik praktických lékařů ho podle vás využívá?

Já se k němu obracím velice často, prakticky denně. Vyplývá to z mé práce na fakultě a i z dalších činností, kterými se zabývám. Ale i jako praktický lékař stále více a více využívám možnosti, že v ordinaci mohu získat touto cestou rychle aktuální informace. Navíc stále více studií a výzkumných úkolů se řeší na internetu, jako např. v současné době projekty MOET ICHDK a MOET DM pro praktické lékaře.

Když hledám podklady obecného rázu, používám samozřejmě ty nejznámější vyhledávače. Po specializovaných odborných informacích pátrám v databázích, které mi zprostředkovává 1. lékařská fakulta. Hledám často i v EUNI, protože tam lze nalézt množství aktuálních informací napříč medicínou, které prošly recenzí, odborným filtrem.

Na vaši otázku o využívání internetu mezi praktickými lékaři mám dnes jinou odpověď než z doby před zahájením EUNI. Před lety jsme dělali průzkum o tom, kolik praktických lékařů pracuje s internetem. Vyšlo nám, že asi 20 procent. Toto číslo už pravděpodobně dávno neplatí. Řekl bych,

**pro ošetřovatelské
profese:**
www.eunio.cz

že se to úplně obrátilo a dnes to bude 80 až 90 procent.

E-learningové vzdělávání prochází vlastně první fází vývoje. Jak vidíte jeho budoucnost?

Přichází zcela přirozeně s rozvojem počítačové techniky a kultury. Poskytuje možnost vyhledávat rychle a jednoduše odborné informace nejrůznějšího druhu. Za informací lze jít velmi cíleně a uložit si ji. Pak nemusíte mít v pracovně nebo v ordinaci tolik neorganizovatelných papírů a velkou knihovnu. Jakékoli sdělení lze také velmi rychle aktualizovat.

Čím byl motivován výběr vašich témat?

Téma kolorektálního karcinomu už sice byla na EUNI zpracováno, ovšem hlavně z perspektivy léčby a odborné péče. Smyslem mé lekce bylo obrátit pozornost na screening; poskytnout praktickým lékařům souhrnnou informaci, oporu v datech a medicínských důkazech a připomenout praktické

aspekty použití a vyhodnocení testu na okultní krvácení ve stolici.

Dráždivý tračník je námět, který si EUNI vybrala pro první lekci mezinárodní. Je to diagnóza, s níž se potýkají zejména praktičtí lékaři, a proto je logické, že byl úkol svěřen odborníkům z oblasti primární péče. Jsem rád, že jsem k tvorbě lekce mohl přizvat kolegy z Evropské společnosti pro gastroenterologii v primární péči (www.espcg.org), prof. Rubina a prof. De Wita. Oba již mimochodem vystupovali na našich konferencích. Šlo nám o to napsat tuto lekci z naší perspektivy, za použití důkazů z primární péče, ale samozřejmě i s oporou v literárních zdrojích ze specializované oblasti gastroenterologie.

Možnost připravit lekci pro mezinárodní využití a současně tak posunout hranice EUNI byla příjemná výzva.

*rozhovor připravila
MUDr. Jaroslava Laňková*

Doporučení SVL ČLS JEP

Vážené kolegyně a kolegové, po řadě let úspěšné spolupráce se společností Unilever, která je renomovaným výrobcem potravin pod obchodním označením Flora pro-activ a Flora, jakož i dalších potravin, jsme uzavřeli SMLOUVU O UMOŽNĚNÍ PREZENTACE, UDĚLENÍ DOPORUČENÍ A UŽITÍ LOGA. K tomuto kroku jsme přistoupili bez obav, protože tyto produkty odpovídají obecně uznávaným zásadám zdravé výživy a zdravého životního stylu.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP má se značkou Flora shodný cíl, kterým je osvěta v oblasti zdravého životního stylu a zdravé výživy. Spolupráce značky Flora a SVL ČLS JEP pro výrobek Flora pro-activ znamená, že členové naší odborné

společnosti by měli být o výrobku a jeho účincích podrobněji informováni a zároveň mít možnost doporučit jej dle vlastního uvážení pacientům v rámci primární i sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. Prospěšnost rostlinných sterolů se v této souvislosti stala podkladem pro rozšíření Doporučených postupů pro léčbu dyslipidemií.

Vážené kolegyně a kolegové, věřím, že nás tato spolupráce nezklamе, a jsem rád, že můžeme našim pacientům nabídnout další informace k ovlivnění rizikových faktorů aterosklerózy.

*MUDr. Otto Herber,
místopředseda SVL ČLS JEP*



Odborná společnost praktických lékařů doporučuje rostlinný tuk Flora pro-activ, protože obsahuje rostlinné steroly, o kterých bylo klinicky prokázáno, že výrazně snižují hladinu cholesterolu.

MOET ICHDK

V souvislosti s právě probíhajícím projektem MOET II se v květnu a červnu uskutečnila celkem čtyři víkendová pracovní setkání praktických lékařů a specialistů angiológů.

Zúčastnilo se celkem 196 praktických lékařů – účastníků projektu z celé České republiky.

Setkání proběhla ve skvělé pracovní atmosféře a účastníci je hodnotili kladně. Kromě odborných přednášek na téma ICHDK byla připravena řada zajímavých workshopů hodnocených účastníky jako velmi užitečné. Praktičtí lékaři si například oprášili znalosti z interní propedeutiky, učili se přístrojové vyšetření (Doppler, BOSO ABI Systém 100). Na téma kardiovaskulární prevence a ICHDK byly probírány kazuistiky z praxe a aplikace doporučených postupů. Velmi živé diskuse vyvolalo téma „omyly a pochybení v praxi“, při němž mnoho případů z praxe jednotlivých praktických lékařů demonstrovalo, že přes největší snahu občas k chybě dojde.

Část odborná byla doplněna samozřejmě i částí společenskou, která byla velmi příjemná, a jak je mezi lékaři obecným zvykem, o problémech pracovních se diskutovalo i při sklence dobrého moku.

Na závěr každého mítinku (dvakrát Mariánské Lázně, dvakrát Luhačovice) byl vždy vylosován jeden z účastníků, který dostal do ordinace bezplatně na rok zapůjčen přístroj BOSO ABI Systém 100 na měření končetinových tlaků. Na workshopech spolupracovala a přístroje bezplatně zapůjčila firma COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o., které tímto za příkladu hodnou spolupráci s praktickými lékaři děkujeme.

Závěrem mi dovolu poděkovat firmě Apotex, s jejíž laskavým přispěním byly všechny výše uvedené akce realizovány.

*MUDr. Jana Vojtišková,
koordinátorka projektu MOET ICHDK*

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v září a říjnu 2008

Září – Srdeční selhání (SS)

V léčbě SS došlo v posledních letech k významným pokrokům. Moderní léčebné postupy zmírňují potíže nemocných, zlepšují kvalitu života a dokážou také významně ovlivnit prognózu a prodloužit nemocným život. I přes tyto pokroky má však chronické SS celkově stále špatnou prognózu. Proto je důležité jeho vzniku předcházet, to znamená důsledně léčit choroby, které k němu vedou (např. dobrá kontrola hypertenze, včasná chirurgická léčba chlopenních vad apod.), a v případě jeho vzniku tento stav včas diagnostikovat a důsledně léčit.

Problematické SS je věnován nový doporučený postup pro praktické lékaře, který je právě distribuován, a jeho implementace do praxe bude podpořena vzdělávacími semináři v měsíci září.

Pondělí 1. 9. 2008	16.00 – 20.00	Znojmo, hotel Prestige, Pražská 100
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
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, Lék. dům, Sokolská 31
Středa 17. 9. 2008	17.00–21.00	Jihlava, presbytář 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, Lék. dům, Sokolská 31
Středa 24. 9. 2008	16.00–20.00	Praha, Lék. 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	Pízeň, 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

Říjen 2008 – Horní GIT

Dyspepsie je souhrnné označení souboru různorodých trávicích obtíží, které jsou většinou projevem gastrointestinálních chorob, vyskytují se však i jako průvodní jev při onemocnění jiných orgánů. Dyspepsie horního typu je charakterizovaná chronickým průběhem nebo opakujícími se epizodami obtíží. Nejčastějšími klinickými jednotkami zvažovanými v diferenciální diagnostice horní dyspepsie jsou peptický vřed, refluxní choroba jícnu a léky podmíněná gastropatie. Série těchto seminářů je uvedena v souvislosti s vydáním aktualizace doporučených postupů pro praktické lékaře v gastroenterologii z roku 2003 a přináší všechny podstatné změny, které jsou důležité pro strategie užívané v praxi praktického lékaře.

Čtvrtek 2. 10. 2008	16.00–20.00	Liberec, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14
Čtvrtek 2. 10. 2008	16.00–20.00	Ústí nad Labem, Oddělení vzdělávání Masarykovy nem., výuková složka, Sociální péče 12/A/4
Čtvrtek 2. 10. 2008	16.00–20.00	Znojmo, hotel Prestige, Pražská 100
Pondělí 6. 10. 2008	16.30–20.30	Zlín, aula SZŠ, Bartošova čtvrť
Sobota 11. 10. 2008	9.00–13.00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota 11. 10. 2008	9.00–13.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Úterý 14. 10. 2008	16.00–20.00	Litomyšl, hotel Zlatá hvězda, Smetanovo nám. 84
Středa 15. 10. 2008	17.00–21.00	Jihlava, presbytář hotelu Gustav Mahler, Křížová ulice
Čtvrtek 16. 10. 2008	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek 16. 10. 2008	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota 18. 10. 2008	9.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 18. 10. 2008	9.00–13.00	Pízeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody 31
Úterý 21. 10. 2008	16.00–20.00	Ostrava, Dům kultury Ostrava, 28. října 124
Středa 22. 10. 2008	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Středa 22. 10. 2008	16.00–20.00	České Budějovice, budova Medipont, s. r. o., Matice školské 17
Sobota 25. 10. 2008	9.00–13.00	Olomouc, aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8

MUDr. Jaroslava Laňková, místopředsedkyně SVL ČLS JEP pro kontinuální vzdělávání

Tisková zpráva z víkendového vzdělávacího semináře SVL ČLS JEP

Dvůr Králové nad Labem, 20.–22. června 2008

V pořadí již třetí víkendové setkání praktických lékařů z celé České republiky se uskutečnilo ve Dvoře Králové nad Labem. Pod hlavičkou Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP se více než 80 účastníků sjelo na vzdělávací akci zaměřenou

na legislativní změny týkající se preskripce léků, kardiovaskulární a urologické problematiky.

Jaký byl odborný program?

V pátek odpoledne přivítalo přijíždějící účast-

níky slunečné počasí. Po zaregistrování a ubytování všech účastníků začal odpolední program. V úvodní přednášce informoval Mgr. Jiří Kotlář o legislativních změnách, které se týkají preskripce léků. Přednáška byla provázena také interaktivním kvízem, v němž lékaři testovali svoje znalosti týkající se generické substituce.

Na přednášku Mgr. Kotláře navázal člen výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc., který se zaměřil na spolupráci praktického lékaře a lékárníka. Spolupráce byla dokumentována na zajímavých příkladech a v závěru si posluchači ověřili svoje znalosti s pomocí hlasovacího zařízení. Blok byl zakončen bohatou diskusí, která vyjasnila některé prezentované informace.

Součástí odborné části byla také prezentace primáře MUDr. Martina Herolda z Interní kliniky FN Královské Vinohrady, která posluchače provedla tématem „Kardiak v ambulanci praktického lékaře“. I přes poměrně frekventované téma se povedlo přednášejícímu upoutat pozornost posluchačů díky velmi zajímavému pohledu na probíranou problematiku. V další části byli posluchači seznámeni s tématem benigní hyperplazie prostaty a úlohou praktického lékaře při její léčbě. Urolog MUDr. Petr Morávek z Urologické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové seznámil přítomné účastníky mimo jiné s postupem při negativním nálezu per rektum při různých

hodnotách PSA. Po přednášce následovala diskuse zaměřená hlavně na moderní způsoby diagnostiky.

Jaké bylo hodnocení ze strany praktických lékařů?

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

Výsledky (viz graf) zcela jasně potvrdily, že již dnes se praktičtí lékaři mohou těšit na další akci, která se bude konat v Mikulově ve dnech 19.–21. září 2008.

MUDr. Dana Moravčíková,
členka výboru SVL ČLS JEP

VÝSLEDKY HODNOCENÍ SEMINÁŘE VE DVOŘE KRÁLOVÉ

Jak byste akci ve Dvoře Králové ohodnotili?

- | | | |
|-------------------|--|------|
| 1. Výborné | | 81 % |
| 2. Chvalitebné | | 17 % |
| 3. Dobré | | 0 % |
| 4. Již nikdy více | | 0 % |

Považujete víkendové semináře s paralelním programem za přínosné?

- | | | |
|--------|--|-------|
| 1. Ano | | 100 % |
| 2. Ne | | 0 % |

Zúčastnili byste se i v příštím roce?

- | | | |
|--------|--|-------|
| 1. Ano | | 100 % |
| 2. Ne | | 0 % |

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP Vás zve na víkendový vzdělávací seminář

v Mikulově 19.–21. září 2008

Všeobecné informace

Termín konání: 19.–21. září 2008.

Místo konání: Mikulov.

Ubytování: Hotel Eliška*** a hotel Réva***.

Hotel Eliška bude obsazen do vyčerpání kapacity, poté bude obsazován hotel Réva.

Stravování: Polopenze (snídaně a večeře).

Přednášková místnost: Hotel Eliška.

Doprava: Účastníci si dopravu zajišťují sami.

Parkování: Možnost zdarma využít parkovacích míst v okolí obou hotelů.

Registrace: Na recepci hotelu Eliška.

Čas registrace: Pátek 19. září od 12.00 do 17.00 hodin.

Program

Pátek 19. září 2008

17.00–17.45 – Legislativní změny

17.45–18.30 – Spolupráce praktického lékaře a lékárníka

19.00–19.30 – interaktivní kvíz, diskuse

19.00–20.00 – večeře

Sobota 20. září 2008

17.00–17.45 – Kardiak v ambulanci PL aneb kde hrozí problém

17.45–18.30 – Uplatnění doporučených postupů v racionální ATB léčbě

18.30–19.00 – interaktivní kvíz, diskuse

19.00–20.00 – večeře

Neděle 21. září 2008

7.00–10.00 – snídaně

Program má postgraduální charakter a je garantován Českou lékařskou komorou jako akce kontinuálního vzdělávání. Účastníci obdrží potvrzení o účasti s 5 kredity ČLK. Podmínkou pro získání kreditů je osobní účast na přednáškách.

Kontakty:

Sekretariát seminářů

e-mail: sekretariat@target-md.com

tel./fax: 233 321 748, www.target-md.com

Karetová, D., Vojtíšková, J.*, Ingrischová, M.

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

MOET – Projekt časné detekce ischemické choroby dolních končetin a její efektivní terapie

Souhrn: V minulém půlroce se úspěšně mezi praktickými lékaři rozběhl projekt MOET ICHDK – Monitoring Efektivní Terapie ICHDK. Cílem je zlepšení péče o nemocné s periferní aterosklerózou. Tito pacienti podle řady studií mají nedostatečnou péči ve srovnání například s pacienty s ischemickou chorobou srdeční, v podstatně menším procentu dostávají protidestičkové léky a statiny. Přitom základem léčby takového pacienta, u kterého vždy lze předpokládat aterosklerózu v generalizované podobě, je kromě režimových opatření tzv. „farmakoterapie aterosklerózy“. Symptomatická periferní stenóza nebo uzávěr tepny je důsledkem aterosklerózy v určité části tepenného řečiště, kdy trvale hrozí její další projevy nebo případné komplikace generalizované aterosklerózy v podobě infarktu myokardu nebo mozkové mrtvice a ty mohou pak být příčinou zásadního zhoršení zdravotního stavu, nebo dokonce úmrtí.



MUDr. Karetová, D.



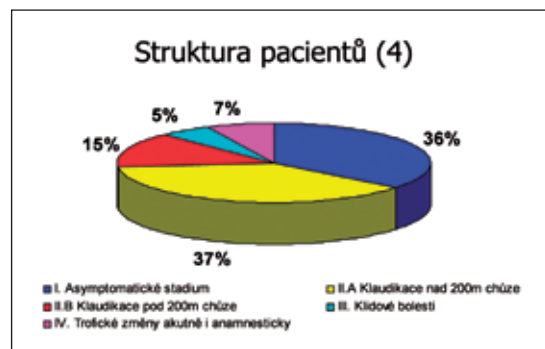
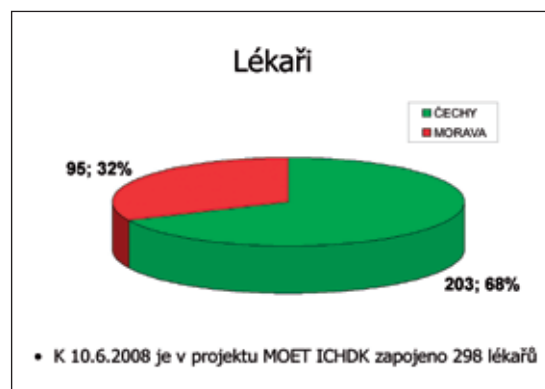
MUDr. Jana Vojtíšková



MUDr. Ingrischová, M.

Co přinesla úvodní setkání řešitelů projektu MOET ICHDK?

Na několika místech v České republice proběhla setkání praktických lékařů a specialistů, která měla za cíl prohloubení znalostí o ICHDK – její diagnostice a léčbě. Neprobíhala pouze formou seminářů, ale i výukou praktických dovedností při vyšetření cévního systému. Na seminářích bylo opakovaně zdůrazňováno, že řada pacientů s ICHDK je asymptomatických anebo i ti, kteří mají projevy nemoci v podobě kladikací, je přičítají stárnutí nebo onemocnění jiného systému a s touto obtíží se sami lékaři nesvěřují. Během setkání bylo formou praktických instrukcí na dobrovolnících (pacientech s ICHDK) demonstrováno jednak celkové vyšetření nemocného se zaměřením na postižení tepenného systému a dále cílené vyšetření končetin, jednak bylo předvedeno měření systolických tlaků na periférii dolních končetin. Změření periferního arteriálního tlaku a jeho porovnání s tlakem na zdravé horní končetině je základem pro určení hodnoty tzv. ischemického indexu. Tento index se z angličtiny označuje jako ABI, neboli Ankle-Brachial Index, a umožňuje jednak definitivní postavení diagnózy ischemické choroby a současně dává možnost dlouhodobého sledování těchto pacientů a je vodítkem ke správnému rozhodnutí, kdy nemocného odeslat ke specialistovi. Patologické jsou hodnoty ABI menší než 0,9 (vypočítáváme pomocí zlomku, kdy v čitateli je systolický tlak na periferní tepně a ve jmenovateli systolický tlak na brachiální tepně). Praktičtí lékaři si sami mohli zkusit měření periferního tlaku pomocí jednoduchého tužkového přenosného dopplerovského přístroje.



Jaká jsou prvá data získaná z projektu?

Z dat dostupných na konci května 2008 vyplývá, že do projektu se zapojilo již 298 praktických lékařů. Tři čtvrtiny z nich zahájily vyplňování protokolu v písemné podobě do tištěných protokolů, čtvrtina se přihlásila k elektronickému zadávání zjištěných dat. (Během seminářů bylo elektronické vyplňování též demonstrováno a lékaři se mohli přesvědčit o jednoduchosti tohoto postupu zadávání dat, které je pro zpracování mnohem jednodušší a výsledky jsou k dispozici dříve.)

Apotex- Apo-Simva

Tabulka 1: Neaterosklerotické příčiny bolesti v končetině při námaze

tepenné postižení neaterosklerotické etiologie

- ateroembolismus
- vaskulitis
- fibromuskulární dysplazie
- extravaskulární komprese
- entrapment popliteální tepny (zejména u mladých)
- cysta adventicie
- endofibróza ilické tepny

venózní „klaudikace“ (potrombotický syndrom)

lumbární radikulopatie

gonartróza, coxartróza, záněty kloubní

spinální stenóza

neuropatie

myalgie – myositis

Tabulka 2: Důležitá fyzikální vyšetření k detekci periferní aterosklerózy

- symetrie pulzací nad karotidami, detekce šelestu v apno
- symetrie tlaků na horních končetinách (normální rozdíl je do 10 mm Hg systol. TK)
- vyšetření břicha se zaměřením na pulsující rezistenci v epigastriu – mesogastriu
- detekce šelestů nad aortou, renálními tepnami
- vyšetření končetiny (a porovnání s kontralaterální)
 - oslabené, nebo chybějící pulzace (femorální tepny, popliteální, a. tibialis posterior za vnitřním kotníkem, a. tibialis anterior na přední straně bérce distálně resp. a. dorsalis pedis na hřbetu nohy)
 - šelest nad femorální tepnou v třísle, případně i nad pánevními tepnami nebo pod inquit. vazem v průběhu a. femoralis superficialis (zvyšující se po zacvičení – např. provedení několika dřepů)
 - vymizení ochlupení
 - špatný růst nehtů
 - suchá, atrofická kůže
 - asymetrie kožní teploty nohy a bérce
 - výbled nohy (chodidla) po 1minutové elevaci v 60 st., případně po zacvičení se vznikem bolesti podobné té při chození, přetrvávající bledost končetiny po svěšení (po 15 sekundách od svěšení)
 - ischemické ulcerace, gangrény (častěji na prstech a patě, v místech event. otlaků, vzácně na bérkách)

Tabulka 3: Dělení tíže ICHDK dle hodnot ABI

(ABI = systolický tlak na periferní tepně / systolický tlak na horní končetině, porovnáváme nejvyšší zjištěné hodnoty, jak na DK, tak na HK)

Index kotník – paže (ABI)	Interpretace
> 1,3	nekompresibilní tepny (mediokalcinóza)
1,00–1,29	normální hodnota
0,91–0,99	hraniční nález
0,61–0,90	mírná ICHDK
0,41–0,60	středně významná ICHDK
0,00–0,40	těžká ICHDK

Z dat zařazených prvých 180 pacientů vyplývá, že v 72 % se jedná o muže, nejběžněji mezi 60 a 70 lety věku (ale 24 % podchycených je již ve věku 50–60 let), normální hmotnost má pouze pětina z nich (BMI již nad 30 má třetina nemocných), z rizikových faktorů dominuje přítomnost arteriální hypertenze (u 84 %) a diabetes mellitus (u 47 %), hrozivých 42 % pacientů stále kouří a exkuráků je 22 %. Tyto rizikové faktory jsou intervenovány, ale například ze vstupního měření krevního tlaku

vyplývalo, že TK do 140/90 mm Hg má 63 % hypertoniků. Dle vstupního měření hladin krevních lipidů je patrné, že cílových hodnot (celkový cholesterol nižší 4,5 mmol/l a LDL-cholesterol nižší 2,5 mmol/l) dosahuje 11, resp. 18 % nemocných, i když většina je správně léčena hypolipidemiky (ale zřejmě v nedostatečné dávce). Po zařazení předpokládaných 15 pacientů jedním praktickým lékařem bychom mohli dosáhnout úctyhodné velikosti souboru – 4500 nemocných s ICHDK. Data z takto velkého souboru by byla poučná, ale zejména bychom zlepšili kvalitu péče o tuto kategorii nemocných obecně.

Co je záměrem 1. fáze projektu MOET ICHDK?

Dosud a i v dalších měsících je smyslem projektu nacházet nemocné s ICHDK, u nichž není dosud základní léčba (zejména intervence rizik aterosklerózy) nastolena, nebo nemocní neužívají léky v takové dávce, která by normalizovala patologické hodnoty a vedla k dosažení hodnot cílových, dle současných doporučení odborných společností.

Současně v této fázi probíhající semináře a kurzy již mají vést i ke zlepšení schopnosti diagnostiky choroby v praxích lékařů a edukovat dále o léčbě.

Terapie ICHDK v iniciační fázi nebo u málo symptomatických se opírá o vysvětlení principů intervalového tréninku (tedy o pravidelné provádění cviků zatěžujících svalstvo dolních končetin a pravidelnou chůzi, ať již pod vedením rehabilitačních pracovníků na

bicyklu či běhátku, nebo samostatně v terénu), zavedení protidestičkové léčby (u většiny nemocných přípravy s kyselinou acetylsalicylovou, při její intoleranci nebo dokonce alergii o podání tienopyridinů – tiklopidinu, s kontrolou krevního obrazu v začátku léčby, event. klopidoogrelu). V léčbě arteriální hypertenze preferujeme inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu, podáváme statiny ke korekci hladin lipidů (event. přistupujeme na základě návrhu specialisty ke kombinované hypolipidemické léčbě v případě nemocných, u nichž ani vyššími dávkami nedosahujeme cílových hodnot) a přesvědčujeme nemocného o škodlivosti nikotinu a kromě motivace se pokoušíme přesunout jeho investice z cigaret do skupiny léků, které zvyšují pravděpodobnost zdo-lání závislosti (např. vareniklin).

Jaký je obsah 2. fáze projektu MOET ICHDK?

Cílem je nacházet nemocné s ICHDK v časných

stadiích choroby, tedy zejména zatím asymptomatické jedince. U těchto potenciálních pacientů je větší naděje, že intervence rizikových faktorů povede ke stabilizaci stavu – tedy ke zmírnění (nebo dokonce regresi) aterosklerotického děje. Byly identifikovány rizikové faktory ateroskleroze, které mají nejsilnější vliv na rozvoj periferní aterosklerózy: nikotinismus a diabetes mellitus. Dalšími silnými riziky jsou dyslipidemie a arteriální hypertenze (přítomná např. u téměř 90 % nemocných v našem vyhodnoceném souboru).

Cílená anamnéza bolesti v končetině při chůzi (v pravidelném, neměnném intervalu se vyskytující sevření nebo tíha nejčastěji v lýtku, ale i ve stehnu či hýždí, s nutností zastavení a úlevou do několika minut) a důkladné fyzikální vyšetření nemocných s vyjádřenými riziky choroby nad 50 let mohou vést ve 2. fázi projektu k podchycení nemocných s již se rozvíjející ICHDK. Stejně tak je důležité věnovat pozornost nemocným, u nichž je známa nemoc koronární nebo cerebrovaskulární. Protože nemůžeme důkladně vyšetřit tepenný systém všem registrovaným pacientům, je smysluplné se zaměřit zejména na tuto kohortu. Screening aterosklerózy je stejně významný pro přežití nemocných jako např. již lépe zavedený screening onkologický (např. mammografií, vyšetřením stolice na okultní krvácení).

Závěrem nelze než opakovat, že pacienti s peri-

ferní lokalizací aterosklerózy mají vysoké riziko aterosklerotické komplikace, která se může objevit v jiné části tepenného řečiště. Proto na ně pohlížejme jako na jedince stejně vážně nemocné jako například na pacienty s ischemickou chorobou srdeční. Ischemická choroba dolních končetin je často nezjištěná, i proto, že pouze menšina pacientů má klasické klaudikace. Zejména u diabetiků je prezentace choroby pozdní a její prognóza horší. Trénink dolních končetin chůzí a speciálními cviky

je neefektivnější a nejlevnější léčbou. Současně je základem léčby agresivní modifikace rizikových faktorů, přičemž v dnešní době s účinnými anti-hypertenzivy, hypolipidemiky a antidiabetiky by neměl být problém dosáhnout cílových hodnot, ani při omezené spolupráci pacienta. Podávání účinného protidiabetického léku pacientům s aterosklerózou je v našich poměrech dobré, na rozdíl od jiných mezinárodních registrů.

Tabulka 4: Zvýšené riziko vzniku ICHDK (dle dat z epidemiologických studií)
– doporučené cévní vyšetření včetně měření ABI (ischemického – kotníkového indexu)

- diabetici pod 50 let věku, pokud mají vyjádřený další rizikový faktor aterosklerózy (kouření, dyslipidemie, arteriální hypertenze)
- pacienti ve věku 50–69 let s pozitivní anamnézou kuřáctví nebo diabetes mell.
- pacienti starší 70 let bez ohledu na přítomnost RF
- bolesti v končetině při zátěži nebo v klidu, suspektní z ischemické etiologie
- abnormální nálezy periferních pulzací (oslabení nebo chybění)
- jiná známá lokalizace aterosklerotického postižení:
- koronární, karotické nebo renální tepny, aneurysma

ČASNÁ DIAGNOSTIKA ICHDK A MĚŘENÍ INDEXU ABI

NOVINKA!



BOSO ABI systém 100

Tento přístroj přináší zcela novou, rychlou, přesnou a spolehlivou metodu měření indexu kotník/paže (ABI - Ankle Brachial Index).

- jednoduché a rychlé zjištění indexu kotník-paže (ABI index)
- současné měření TK na všech čtyřech končetinách najednou
- oscilometrická metoda měření
- přehledné zobrazení naměřených hodnot
- grafické porovnání více měření
- obslužný program a tiskové výstupy v češtině
- komunikace s programy pro vedení ambulance (GDT 2.0)
- přístroj je určen pro praktické lékaře, diabetology a angiology

PCDOKTOR®
AMICUS®



MULTI DOPPLEX II / MINI DOPPLEX

Kapesní ultrazvukové dopplery MULTI DOPPLEX II a MINI DOPPLEX jsou ve své kategorii jedny z nejmodernějších a nejspolehlivějších přístrojů na světě.

MINI DOPPLEX

- jednosměrný kapesní doppler
- vhodný pro cévní i fetální vyšetření
- měření systolického tlaku
- výměnné sondy 2 - 10MHz
- ideální pro praktické lékaře a měření kotníkových tlaků (ABI indexu)

MULTI DOPPLEX II

- bi-direkcionální kapesní doppler
- vhodný pro cévní i fetální vyšetření
- znázorněním dopředného a zpětného toku krve na LCD displeji
- měření systolického tlaku
- výměnné sondy 2 - 10MHz

COMPEK
MEDICALSERVICES
DODAVATEL KOMPLETNÍ ORDINACE

COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.
17. listopadu 861, 506 01 Jičín
tel./fax: +420 493 524 534
e-mail: info@compek.cz

www.compek.cz
www.tonometr.cz

Autorizovaný obchodní a servisní zástupce firem:

boso
BOSCH + SOHN

Huntleigh
HEALTHCARE

Tabulka 5: Algoritmus léčby ICHDK

ICHDK nelimitující (šelesty nad tepnami, oslabené periferní pulzace, snížená hodn. ABI) – symptomatictí nebo dlouhé klaudikace	ICHDK limitující nutné posouzení celkového stavu nemocného (zda jiné choroby nejsou v pohybu limitující – např. CHOPN, polyartróza apod. – nebo zda event. riziko vyšetření a intervence není přílišné – cave renální insuficience při indikaci AG) AG indikována vždy při klidových ischemických bolestech, kožních lézích, gangrénách! Vyšetření urgentní.
• modifikace rizik • svalový trénink • protidestičková medikace • event. další farmakoterapie u klaudikantů k ovlivnění symptomů, nejde o léčbu kauzální (perspektivně zejména cilostazol, pentoxyfyllin nebo naftidrofuryl – pokud mají pozitivní efekt na prodloužení klaudikační vzdálenosti – nutno zkontrolovat)	lokalizace lézí – USG, CTA nebo MRA, AG • typ vyšetření již indikuje specialista (angiolog), dle anatomických poměrů rozvaha o možnosti léčby: • perkutánní transluminální angioplastika • chirurgická léčba by-passy nebo endarterektomií • nemožnost revaskularizace – sympatektomie, parent. prostaglandiny, event. aplikace růstových faktorů či kmenových buněk

Zkratky: ABI = Ankle Brachial Index, tj. ischemický index, CHOPN = chronická obstrukční plicní nemoc, AG = angiografie, USG – ultrasonografie (duplexní), CTA = angiografie pomocí počítačové tomografie, MRA = magnetická rezonanční angiografie

Doc. MUDr. Debora KARETOVÁ, CSc.

– absolvovala Fakultu všeobecného lékařství v roce 1983, přičemž již během studií pracovala jako pomocná vědecká síla pod vedením angiologů IV. interní kliniky doc. Krčílka a doc. Puchmayera. Po absolvování fakulty nastoupila na II. interní kliniku dnešní 1. LF UK, kde pracuje dodnes. V začátcích se věnovala kardiiovaskulární epidemiologii, neinvazivním diagnostickým metodám v kardiologii, posléze od 90. let angiologii. Byla členkou řešitelského týmu zabývajícího se vrozenými poruchami metabolismu glykosfingolipidů; detekce endoteliální dysfunkce byla předmětem její disertační práce. Byla habilitována v roce 2005 prací Kardiiovaskulární projevy Fabryho nemoci u žen. Kromě toho je trvalým předmětem jejího zájmu farmakoterapie trombózy, ischemické choroby dolních končetin a srdce. Je hlavní autorkou monografie Angiologie pro praxi, která byla vydána v roce 2007 podruhé. Je autorkou nebo spoluautorkou více než 100 článků v odborném tisku, autorkou kapitol v učebnicích pro studenty medicíny. Kromě toho byla spolutřetelkou řady mezinárodních klinických studií. Na

II. interní klinice je vedoucí standardního klinického oddělení, pracuje na angiologické ambulanci kliniky, je zodpovědná za organizaci výuky kardiologie a angiologie pro studenty 1. LF UK. Je vědeckým sekretářem Angiologické společnosti ČLS JEP.

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

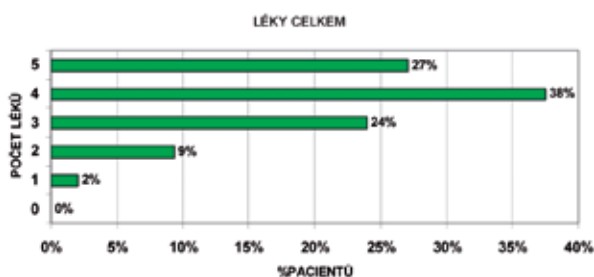
MUDr. Jana Vojtíšková – absolvovala FVL UK Praha a nastoupila jako sekundární lékařka na interní oddělení NsP Frýdlant v Čechách (OÚNZ Liberec); 1983 atestace z vnitřního lékařství I. st.; 1986 atestace všeobecné lékařství I. st.; od roku 1993 soukromá praxe praktického lékaře pro dospělé v Praze 4. V posledních několika letech (od roku 2003) pracuje jako odborná asistentka Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK Praha, externí učitelka 2. lékařské fakulty UK, dále je školitelkou Katedry všeobecného lékařství IPVZ. Podílí se na pregraduální výuce studentů 4. a 6. ročníku lékařské fakulty. Spoluautorka skript a učebnice primární péče pro studenty všeobecného lékařství. Dlouholetá členka SVL ČLS JEP, podílí se na tvorbě doporučených postupů pro PL, zejména z oblasti gastroenterologie. Členka redakční rady časopisu Practicus. Z oblasti praktického lékařství přednáší a publikuje. Podílí se na mnoha projektech zejména v oblasti zvyšování kvality v primární péči. Po získání certifikátu GCP-ICH Standards se účastní řady klinických studií.

Literatura:

1. Konsensus o intermitentní klaudikaci, redakce Andreozzi GM, Arosio E, Martini R. et al. za Central European Vascular Forum, Adis International 2005
2. Gey DC, Lesho EP, Mangold J: Management of Peripheral Arterial Disease. Am Family Physician 2004; 69: 525-532
3. Ouriel K. detection of peripheral arterial disease in primary care. JAMA 2001; 286: 1380-1381
4. Sontheimer DL: Peripheral Cascular Disease: Diagnosis and Treatment. Am Family Physician 2006; 73: 1971-1976
5. Mehler PS, Coll JR, Estacio R, et al. Intensive blood pressure control reduces the risk of cardiovascular events in patients with peripheral arterial disease and type 2 diabetes. Circulation 2003; 107: 753-756
6. Mondillo S, Ballo P, Barbat R, et al: Effects of simvastatin on walking performance and symptom of intermittent

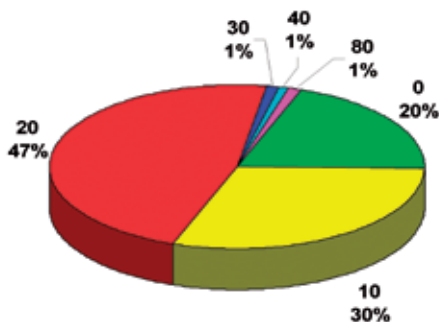
claudication in hypercholesterolemic patients with peripheral vascular disease. Am J Med 2003; 114: 359-364
7. O'Keefe, Wetzel M, Moe RR: Měly by inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu patřit ke standardní léčbě nemocných s aterosklerózou? JAMA-CZ 2001; 3: 165-172

Počet léků na pacienta



• 65% pacientů užívá 4-5 léků

Počet mg STATINU/den a na pacienta (N=96)



Prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.

III. interní klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK Praha

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Ústav sociálního lékařství, oddělení praktického lékařství LF UK Hradec Králové

Praktický lékař a chronické srdeční selhání

Souhrn: Chronické srdeční selhání (SS) je klinický syndrom, který představuje stadium přirozeného vývoje řady kardiovaskulárních chorob, jako jsou např. hypertenze, ischemická choroba srdeční, chlopenní srdeční vady, kardiomyopatie a další. Prevalence i incidence chronického SS v populaci se v posledních desetiletích zvyšuje. Je to způsobeno stárnutím populace a snížením úmrtnosti na akutní kardiovaskulární příhody. Přezívající nemocní, kteří mají poškozený myokard, jsou kandidáty pozdějšího rozvoje chronického SS. V ČR podle odhadů je 100 000–150 000 nemocných s chronickým SS a každý rok se SS u nás nově manifestuje u dalších 40 000 nemocných.

Úvod

V léčbě SS došlo v posledních letech k významným pokrokům. Moderní léčebné postupy zmírňují potíže nemocných, zlepšují kvalitu života a dokážou také významně ovlivnit prognózu a prodloužit nemocným život. Přes tyto pokroky ale má chronické SS celkově stále špatnou prognózu. Proto je důležité jeho vzniku předcházet, to znamená důsledně léčit choroby, které k němu vedou (např. dobrá kontrola hypertenze, včasná chirurgická léčba chlopenních vad apod.). U naprosté většiny nemocných s chronickým SS je nezbytně nutná úzká spolupráce mezi praktickým lékařem a kardiologem, event. internistou či jinými specialisty. Většina nemocných přijde se svými potížemi, např. dušností, únavností nebo periferními otoky, ke svému praktickému lékaři. On by měl potíže a příznaky nemocného zhodnotit, a získá-li podezření, že by mohly být způsobeny SS, měl by nemocného poslat ke kardiologickému vyšetření. Kardiolog má k dispozici vyšetřovací metody, které jsou nezbytné ke stanovení nebo potvrzení diagnózy. Měl by indikovat a zařídit i potřebná další vysoce specializovaná vyšetření, navrhnout optimální léčbu

a měl by nemocného kontrolovat pokaždé, když dojde k destabilizaci jeho klinického stavu.

Nemocný s akutním SS nebo s akutně zhoršeným chronickým SS musí být hospitalizován na příslušném interním nebo kardiologickém oddělení, event. na koronární jednotce (např. při plicním edému).

Definice a klinická klasifikace

Existuje mnoho definic SS, ale žádná z nich není všeobecně a bezvýhradně přijímána. Praktická je definice Evropské kardiologické společnosti, kterou převzala i doporučení ČKS. Podle této definice je ke stanovení definitivní diagnózy SS nutné, aby:

- 1) Nemocný měl subjektivní potíže (např. dušnost, únavnost) a objektivní známky (např. periferní otoky, tachykardii, cvalový rytmus, venostatické chrůpky na plicích apod.) srdečního selhání v klidu nebo při zátěži.
- 2) Byla objektivně prokázána srdeční dysfunkce v klidu (systolická nebo diastolická).
- 3) Ve sporných případech může pomoci ke stanovení správné diagnózy odpověď na léčbu (např. zlepšení nebo ústup dušnosti po diureticích).



Prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.



Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

KOMPLEXNÍ PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ PRO ORDINACE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

**EKG nebo ABPM
se slevou 10 000 Kč!**



BTL-08 Win

- ◇ přímopíšící a počítačové EKG v jednom
- ◇ ideální přístroj do ordinace praktického lékaře
- ◇ komunikace s programy pro vedení ambulance

~~45.000 Kč~~ **35.000 Kč**



Ceny jsou uvedeny bez 9% DPH. Akce je omezena do 30.9.2008.



BTL-08 ABPM

- ◇ 24-hod ambulantní monitor TK
- ◇ standard BHS (třída A/A a AAMI)
- ◇ kompletně v ČJ

~~45.000 Kč~~ **35.000 Kč**

BTL zdravotnická technika, a.s.
Šantrochova 16, 162 00 Praha 6
TEL/FAX 235 363 606
GSM 777 920 272-4
E-MAIL obchod@btl.cz
www.btl.cz

Tabulka 1: Funkční klasifikace srdečního selhání podle klasifikace NYHA (New York Heart Association); modifikace z roku 1994

NYHA	Definice	Činnost
Třída I	Bez omezení tělesné aktivity. Běžná námaha nepůsobí pocit vyčerpání, dušnost, palpitace nebo anginu pectoris.	Nemocní zvládnou běžnou tělesnou aktivitu včetně rychlé chůze nebo běhu rychlostí 8 km/hod.
Třída II	Menší omezení tělesné aktivity. Běžná námaha vede k vyčerpání, dušnosti, palpitacím nebo angině pectoris.	Nemocní zvládnou lehkou tělesnou aktivitu, ale běžná aktivita již vyvolá potíže.
Třída III	Značné omezení tělesné aktivity. Již nevelká námaha vede k vyčerpání, dušnosti, palpitacím nebo angině pectoris.	Nemocní mají potíže při základních činnostech, jako je oblékání, mytí apod.
Třída IV	Obtíže se objevují při jakékoliv tělesné aktivitě, nemocného invalidizují. Dušnost, palpitace nebo angina pectoris se objevují i v klidu.	Nemocní mají klidové potíže.

Tabulka 2: Význam symptomů, příznaků a některých vyšetření pro diagnózu srdečního selhání (1)

	Nezbytné pro dg. SS	Podporuje dg. SS	Svědčí proti dg. SS
Odpovídající potíže	+++		+++ (chybí-li)
Odpovídající známky		+++	+ (chybí-li)
Odpověď na léčbu	++ (chybí-li potíže či průkaz dysfunkce)	+++	++ (chybí-li)
EKG		+	++ (je-li normální)
RTG hrudníku		+++	+ (je-li normální)
Objektivní průkaz dysfunkce LK (např. ECHO)	+++		+++ (chybí-li)
Natriuretické peptidy		++	+++ (je-li normální)

Tabulka 3: Doporučené denní dávky inhibitorů ACE při léčbě chronického srdečního selhání

Přípravek	Úvodní denní dávka (mg)	Cílová denní dávka (mg)
Captopril	3 × 6,25	3 × 25–50
Enalapril	1–2 × 2,5	2 × 10–20
Lisinopril	1 × 2,5	1 × 20–40
Perindopril	1 × 2	1 × 4–8
Ramipril	1 × 1,25–2,5	1 × 10
Trandolapril	1 × 0,5–1,0	1 × 4

Tabulka 4: Doporučené denní dávky blokátorů receptorů AT1 pro angiotenzin II (ARB) při léčbě chronického srdečního selhání (1)

Přípravek	Úvodní denní dávka (mg)	Cílová denní dávka (mg)
Candesartan	1 × 4	1 × 8–16
Losartan	1 × 25	1 × 50–100
Valsartan	2 × 40	2 × 80–160

4) Ve sporných případech také může pomoci stanovení plazmatické koncentrace natriuretických peptidů, kdy jejich normální hodnoty prakticky vylučují srdeční selhání.

Klasifikace SS

1) Podle selhávající srdeční komory a z toho vyplývající klinické symptomatologie se SS klasifikuje jako **levostranné** (s dominujícími příznaky plicní venostázy), **pravostranné** (s dominujícími příznaky systémové venostázy) a **oboustranné** (s kombinací příznaků plicní a systémové venostázy). Pojem **městnavé** SS označuje stav SS s příznaky žilní kongesce, ať již v plicním nebo systémovém řečišti. Není to tedy synonymum k pravostrannému SS nebo k SS s periferními otoky. Podle charakteru srdeční dysfunkce se SS klasifikuje jako systolické, kdy klesá stažlivost myokardu, srdeční výdej a ejekční frakce, a dia-

stolické, kdy je ztíženo plnění srdečních komor při poklesu poddajnosti (zvýšení tuhosti) myokardu.

2) Klinickou závažnost (tíži) SS vyjadřujeme stupni klasifikace NYHA – viz tab. 1. Srdeční selhání ve funkční třídě NYHA I znamená stav, kdy vlivem kompenzačních mechanismů nebo léčby došlo k vymizení symptomů a klinických příznaků a nemocný je asymptomatický. Tento stav se také nazývá **kompenzované SS. Asymptomatickou dysfunkcí levé komory** (systolickou nebo diastolickou) nazýváme stav, kdy je objektivně prokázána porušená funkce levé komory, ale nemocný je asymptomatický i bez adekvátní léčby.

Prognóza

Prognóza je závislá na klinické závažnosti srdečního selhání vyjádřené třídou klasifikace NYHA. Jednoletá mortalita kolísá od 5 % u asymptomatických nemocných (NYHA I) až ke 40 % u nemocných s klidovou dušností (NYHA IV). Symptomatické SS tak má horší prognózu než většina zhoubných nádorů s výjimkou bronchogenního karcinomu

Diagnostika

Stanovení správné diagnózy SS může být na jedné straně u plně rozvinutých pokročilých stavů poměrně jednoduché, ale na druhé straně u lehčích forem může být velmi obtížné. Platí to zejména pro nemocné se SS na podkladě diastolické dysfunkce levé komory. Nízká specifita symptomů (dušnosti a periferních otoků), nedostatečné využívání diagnostických testů a asymptomatické formy choroby (asymptomatická systolická nebo diastolická dysfunkce levé komory) činí spolehlivou diagnostiku problematickou, zejména u žen, starších a obézních nemocných. To se odráží v každodenní praxi. Tak

hladina natriuretických peptidů může pomoci při diagnostice SS

například, průzkum ve Velké Británii ukázal, že až u 70 % nemocných, kterým byla jejich praktickými lékaři stanovena diagnóza SS, nebyla tato diagnóza po specializovaném kardiologickém vyšetření potvrzena.

Jak tedy v primární péči v diagnostice chronického SS správně postupovat? Nejprve je nutné zdůraznit, že diagnóza SS nesmí být nikdy diagnózou konečnou. Musí následovat diagnóza etiologická, tedy zjištění choroby (příčiny), která k rozvoji SS vedla. Ke stanovení správné diagnózy je nutné vždy splnit dvě podmínky: 1) nemocný musí mít symptomy srdečního selhání, typicky dušnost nebo únavnost v klidu nebo při námaze, popřípadě i otoky dolních končetin; 2) musí být objektivně prokázána systolická nebo diastolická dysfunkce levé srdeční komory. V případě, že diagnóza není jistá, musí být splněna ještě třetí podmínka: 3) nemocný má mít příznivou odpověď na léčbu zaměřenou na srdeční selhání (Tab 2).

Typickými symptomy srdečního selhání jsou dušnost a únavnost, typickými klinickými známkami tachykardie, 3. ozva srdeční, cvalový rytmus, venostatické chrůpky na plicích a při pravostranném SS také zvýšená náplň krčních žil, jejich event. systolické pulzace, městnavá hepatomegalie a otoky dolních končetin. Symptomy a klinické známky srdečního selhání jsou důležité, protože vzbudí podezření lékaře, že by se mohlo jednat o srdeční selhání. K diagnóze však nestačí. Nejdostupnější a nejlevnější diagnostickou metodou, kterou lze zhodnotit funkci levé komory, je **echokardiografie**. V případě dysfunkce levé komory zároveň umožňuje rozhodnout, zda se jedná o dysfunkci systolickou, či diastolickou, stanovit její tíži a ve většině případů i určit etiologii srdečního selhání. Praktický lékař by proto měl každého nemocného, u kterého pojme důvodné podezření na SS, buď poslat přímo k echokardiografickému vyšetření, nebo lépe ke konziliárnímu kardiologickému vyšetření. Kardiolog echokardiografii provede, potvrdí či vyloučí diagnózu SS, stanoví jeho tíži, klasifikuje ho jako systolické nebo diastolické, stanoví etiologickou diagnózu a navrhne léčbu. Chronickou péči o stabilizované nemocné může opět převzít praktický lékař. Pouze nemocní s těžkým srdečním selháním, hemodynamicky nestabilní a ti, u kterých je potřeba provést specializovaná vyšetření a specializované léčebné postupy, by měli zůstat v trvalé péči kardiologa.

Dále by každý nemocný s podezřením na srdeční selhání měl mít vyšetřen elektrokardiogram a RTG snímek srdce a plic. EKG křivka je u nemocného s chronickým SS obvykle patologická. K diagnóze SS jako takového však nepřispěje. Fyziologická křivka činí diagnózu SS velmi nepravděpodobnou. Význam **EKG** je hlavně v tom, že pomáhá určit etiologii SS (např. obraz prodělaného IM, hypertrofie levé komory apod.). **Skiagram hrudníku** může přinést cenné informace podporující diagnózu SS. Při pokročilém SS na podkladě systolické dysfunkce levé komory bývá na RTG stín srdeční rozšířen doleva nebo oběma směry a mohou být zřetelné známky plicní venostázy až intersticiálního plicního edému. Nicméně normální skiagram hrudníku v žádném případě SS nevylučuje.

Z laboratorních vyšetření je třeba kontrolovat renální funkce (kreatinin, urea), iontogram (Na, K, Cl). Biochemické monitorování je nezbytné při intenzivnější diuretické léčbě a po nasazení léků, které mohou vést ke zhoršení renálních funkcí (inhibitory ACE a sartany) a k hyperkalemii (inhibitory ACE, sartany, antagonisté aldosteronu, kalium šetřící diuretika). Pokročilé SS může být doprovázeno normocytární, normochromní anémií, proto by měl mít každý nemocný s chronickým SS vyšetřen také krevní obraz. Užitečným pomocníkem v diagnostice srdečního selhání se v poslední době stalo **stanovení plazmatické koncentrace natriuretického peptidu typu B (BNP)** nebo N-terminálního konce molekuly jeho prekurzoru (NT-proBNP). Normální plazmatické koncentrace u neléčeného nemocného prakticky vylučují srdeční selhání. Natriuretické peptidy mají také významnou prognostickou hodnotu. V současnosti však může toto vyšetření indikovat pouze kardiolog.

U nemocného v hemodynamicky stabilizovaném stavu stačí klinické kontroly ošetřujícím lékařem jednou za 3 měsíce, laboratorní kontroly pak jednou za 6 měsíců. Při jakékoliv změně klinického stavu a při změně medikace musí být kontroly častější.

Léčba

Léčba chronického srdečního selhání musí být komplexní. Zahrnuje řadu režimových nefarmakologických opatření, farmakoterapii a v indikovaných případech nejrušnější chirurgické léčebné výkony (od revaskularizačních výkonů až po transplantaci srdce) a sofistikované přístrojové léčebné postupy (např. biventrikulární kardiostimulaci – srdeční resynchronizační léčbu, implantabilní kardiostimulátory/kardiovertery a podpůrné levokomorové pumpy). Léčba musí být primárně zaměřena na prevenci kardiovaskulárních chorob, které vedou k dysfunkci levé komory a vzniku srdečního selhání, a na prevenci progresu srdečního selhání u nemocných, u kterých se již srdeční selhání rozvinulo. Dalšími cíli léčby jsou zlepšení kvality života a zlepšení prognózy.

Léčebné možnosti

při chronickém srdečním selhání

Nefarmakologická opatření

- Omezení příjmu NaCl na < 4 g denně u nemocných s retencí tekutin
- Snížení tělesné hmotnosti u nemocných s nadváhou a obézních
- Abstinence kouření
- Abstinence (omezení příjmu) alkoholu
- Přiměřená tělesná aktivita, klidový režim jen při akutním SS

Farmakologická léčba

- Inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACE)
- Blokátory receptorů AT1 pro angiotenzin II (ARB)
- Betablokátory
- Blokátory receptorů pro aldosteron (BRA)
- Diuretika
- Digoxin
- Ostatní (antiagregancia, antikoagulancia, hypolipidemia, antiarytmika a další)

podmínky dg.:

- 1) **symptomy SS**
- 2) **objektivní průkaz syst. nebo diastol. dysfunkce**

etiologická dg. SS je nutností!

symptomy:

**dušnost
únavnost
tachykardie, 3. ozva,
cval venostatické
chrůpky
zvýš. náplň krč. žil
městnavá
hepatomegalie
otoky DK**

diagnostická vyšetření:

**kardioecho
EKG
skiagram hrudníku**

Tabulka 5: Doporučené denní dávky betablokátorů při léčbě chronického srdečního selhání (1)

Přípravek	Úvodní denní dávka (mg)	Cílová denní dávka (mg)
Bisoprolol	1× 1,25	1× 10
Carvedilol	2× 3,125	2× 25
Metoprolol ZOK	1× 25	1× 200
Nebivolol	1× 1,25	1× 10

Tabulka 6: Doporučené denní dávky diuretik při léčbě chronického srdečního selhání (1)

Přípravek	Úvodní denní dávka (mg)	Cílová denní dávka (mg)
Furosemid	20–40	250–500
Hydrochlorothiazid	12,5–25	50–75
Chlorthalidon	12,5–25	50
Indapamid	1,25–2,5	5
Amilorid	2,5 v kombinaci s IACE nebo ARB, 5 bez nich	20 v kombinaci s IACE nebo ARB, 40 bez nich

IACE = inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu;
ARB = blokátor receptorů AT1 pro angiotenzin II.

Tabulka 7: Doporučené denní dávky blokátorů receptorů pro aldosteron při léčbě chronického srdečního selhání (1)

Přípravek	Úvodní denní dávka (mg)	Cílová denní dávka (mg)
Spironolacton	12,5–25	50
Eplerenon	25	50

ACEI nebo AT1 jsou léky 1. volby u systolické dysfunkce

účinek betablokátorů u SS není skupinový

prospěšný účinek prokázán u: bisoprolol metoprolol sukcinát v úpravě ZOK karvedilol nebivolol

Chirurgická a přístrojová léčba

- Chirurgická (CABG) nebo katetrizační (PCI) revaskularizace myokardu
- Srdeční transplantace (OTS)
- Resynchronizační léčba (biventrikulární kardiostimulace)
- Implantabilní kardioverter/defibrilátor

Nefarmakologická opatření

Nesmírně důležitá je informovanost a edukace nemocného a jeho rodinných příslušníků, která zlepší jeho spolupráci a zvýší adheenci k léčbě. Nemocný musí být instruován, že by si měl pravidelně monitorovat svoji tělesnou hmotnost a při jejím náhlém vzestupu ($0 > 2$ kg za 3 dny) vyhledat neprodleně svého ošetřujícího lékaře. Z dietních opatření je třeba při pokročilém srdečním selhání omezovat příjem sodíkových iontů, tedy kuchyňské soli a minerálních vod, a event. i tekutin (1,5–2,0 litru/den). Umírněné požívání alkoholu (1 pivo nebo 2 dl vína denně) je povolené vyjma nemocných s etylickou dilatační kardiomyopatií. Obézní nemocní by měli být všemožně motivováni k redukci váhy, zákaz kouření u kuřáků je samozřejmostí. Při cestování by měli nemocní preferovat krátké lety před dlouhými cestami autem nebo autobusem a měli by se vyhýbat pobytům v horkých krajinách s vysokou vlhkostí vzduchu. Přestože neexistují žádné důkazy o prospěšnosti imunizace, obecně se považuje vakcinace proti chřipce za prospěšnou. Častá je otázka na možné sexuální aktivity. Obavy mají spíše partneři nemocných než nemocní sami. Pokud nemocný není příliš symptomatický (funkční třída NYHA I–II), měl by být on i jeho partner ujištěni, že umírněná sexuální aktivita neškodí. Chronické SS představu-

je jeden z rizikových faktorů pro vznik hluboké žilní trombózy. V kombinaci s dalšími rizikovými faktory (např. imobilizace při hospitalizaci, delší let apod.) je proto vhodná prevence vzniku žilní trombózy nízkými (preventivními) dávkami nízkomolekulárního heparinu.

Farmakologická léčba

K farmakologické léčbě chronického srdečního selhání se používají léky, jejichž účinnost a bezpečnost byla přesvědčivě prokázána v mnoha klinických studiích. Jsou to inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE), betablokátory, diuretika, blokátory receptorů pro aldosteron, blokátory receptorů AT1 pro angiotenzin II (tzv. sartany), digoxin a řada dalších léků ve specifických situacích. U všech léků je potřebné respektovat jejich kontraindikace.

Inhibitory ACE jsou u nemocných se srdečním selháním na podkladě systolické dysfunkce a u nemocných s asymptomatickou systolickou dysfunkcí levé komory léky první volby. Měly by být podávány v denních dávkách vyzkoušených v klinických studiích. Inhibitory ACE u symptomatických nemocných prodlužují přežívání, snižují počet nutných hospitalizací, zlepšují kvalitu života a zlepšují toleranci zátěže. U nemocných s asymptomatickou systolickou dysfunkcí zabráňují vzniku srdečního selhání nebo ho oddalují, snižují riziko infarktu myokardu a náhlé srdeční smrti. Jsou indikovány i u diastolického srdečního selhání. Obvyklé dávkování je uvedeno v tab. 3

Blokátory receptorů AT1 pro angiotenzin II (tzv. sartany) mají u nemocných s chronickým SS na podkladě systolické dysfunkce levé komory podobný účinek na mortalitu a morbiditu jako inhibitory ACE. Indikace pro antagonisty receptorů pro angiotenzin II jsou shodné s indikacemi pro inhibitory ACE. Kombinace obou léků blokujících systém renin-angiotenzin-aldosteron proti monoterapii inhibitorem ACE snižuje počet hospitalizací pro srdeční selhání, ale neovlivňuje ani mortalitu ani výskyt infarktů myokardu a cévních mozkových příhod. Obvyklé dávkování je uvedeno v tab. 4.

Betablokátory jsou podobně jako inhibitory ACE léky první volby u nemocných se srdečním selháním na podkladě systolické dysfunkce a u nemocných s asymptomatickou systolickou dysfunkcí levé komory po prodělaném infarktu myokardu. Stávající praxe, kdy se betablokátor začíná titrovat u nemocného až poté, kdy již užívá inhibitor ACE, vznikla historicky. Klinické studie, které prokázaly prospěšnost inhibitorů ACE, totiž byly provedeny o 10 let dříve než klinické studie s betablokátory. Proto byly betablokátory zkoušeny až na pozadí léčby inhibitory ACE. Betablokátory snižují mortalitu, zejména riziko náhlé smrti, prodlužují přežívání nemocných, snižují nutnost hospitalizací, zlepšují funkční třídu NYHA. Zdá se však, že účinek betablokátorů u srdečního selhání není skupinový, proto jsou doporučeny pouze ty přípravky, u kterých byl jejich prospěšný účinek prokázán v klinických studiích. Jsou to bisoprolol, metoprolol sukcinát v úpravě ZOK, karvedilol a nebivolol. Léčba musí být zahájena velmi nízkou denní dávkou, která je pak opatrně titrována až do dávky

cílové (tab. 5). Jinak hrozí hemodynamické zhoršení nemocného. Titrace obvykle probíhá tak, že se dávka betablokátoru zdvojnásobuje po 2 týdnech. Toto schéma ale musí být individuálně modifikováno podle klinické reakce nemocného.

Diuretika jsou nezbytná u nemocných se známkami retence tekutin, ať již se manifestuje jako plicní venostáza nebo periferní otoky. Měla by být používána vždy v kombinaci s inhibitory ACE a betablokátoru, pokud jsou tyto léky tolerovány. Podání diuretik má obvykle za následek rychlou a výraznou úlevu od dušnosti, zlepšení tolerance zátěže a ústup periferních otoků. Diuretika sice účinně snižují nebo odstraňují symptomy, zlepšují kvalitu života a snižují četnost hospitalizací, ale neovlivňují příznivě mortalitu. Obvyklé dávkování je uvedeno v tab. 6.

Blokátory receptorů pro aldosteron představují v současnosti dva přípravky – starší spironolakton a nový eplerenon. Spironolakton je indikován v malé dávce (25–50 mg denně) u nemocných s pokročilým srdečním selháním (funkční třída NYHA III–IV) na podkladě systolické dysfunkce, u kterých snižuje mortalitu i morbiditu. Asi 10 procent mužů spironolakton netoleruje pro výskyt hormonálních nežádoucích účinků, jako je gynekomastie, mastodynie a impotence. Nový specifický blokátor aldosteronových receptorů eplerenon má nižší výskyt nežádoucích účinků. Obvyklé dávkování je uvedeno v tab. 7.

Digoxin je jednoznačně indikovaný k chronickému podávání u nemocných s chronickým SS při systo-

lické dysfunkci levé srdeční komory a fibrilací síní s rychlou komorovou odpovědí. Zpomaluje komorovou frekvenci, což vede ke zlepšení systolické i diastolické funkce komory i symptomů. Kombinace digoxinu a betablokátoru je u nemocných s chronickým SS a fibrilací síní s rychlou odpovědí komor účinnější než monoterapie kterýmkoliv z těchto dvou léků. U nemocných se sinusovým rytmem je digoxin indikován u těch, kteří mají systolickou dysfunkci levé komory a jsou symptomatictí i při léčbě kombinací inhibitoru ACE, betablokátoru, diuretika a event. i spironolaktonu. Digoxin sice neovlivňuje mortalitu nemocných se srdečním selháním, ale může snížit potřebu hospitalizací, zejména pro zhoršení srdečního selhání.

Antitrombotická léčba kyselinou acetylsalicylovou je u SS sporná. V klinické praxi se obvykle podává u nemocných se SS ischemické etiologie, stejně jako v sekundární prevenci u nemocných s jinými klinickými manifestacemi ICHS.

Antikoagulační léčba warfarinem je indikována u nemocných se SS a fibrilací síní, anamnézou systémové nebo plicní embolizace, prokázaným intrakardiálním trombem, po rozsáhlém Q-IM přední stěny s pohnatkovou výdutí, výraznou dilatací levé komory neischemické etiologie a EF nižší než 0,20.

Hypolipidemická léčba je podobně jako antiagregační léčba u nemocných se SS rozporuplná. Nedávno ukončená studie CORONA prokázala u nemocných se systolickým SS při léčbě rosuvastatinem jen nevýznamný pokles kardiovaskulárních

diuretika podávat u nemocných s retencí

kombinace digoxinu a betablokátoru u FS účinnější než monoterapie

antiagregační léčba je sporná

v indikovaných případech léčba warfarinem

indikace hypolipidemik u SS je rozporuplná

KLIDOVÉ EKG PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

FLASHLIGHT - klidové EKG v nejvyšší kvalitě

klidový elektrokardiograf FLASHLIGHT byl vyvinut pro každodenní použití v privátních ambulancích, klinikách i nemocnicích. Díky jednoduchosti a přesnosti v detailech poskytuje svému uživateli během záznamu a analýzy maximální přehled o EKG vyšetření.

- 12-ti svodové PC EKG nebo termopapírové EKG
- detekce kardiostimulačních impulsů
- délka EKG záznamu 10, 20, 30, 60, 120 nebo 180s

- komunikace s programy pro vedení ambulance
- rozměření a interpretace dle HES

PCDOKTOR®
AMICUS®



COMPEK
MEDICAL SERVICES
DODAVATEL KOMPLETNÍ ORDINACE

COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.
17. listopadu 861, 506 01 Jičín
tel./fax: +420 493 524 534
e-mail: info@compek.cz

Pobočka Hradec Králové:
Vážná 899, 500 03 Hradec Králové
tel./fax: +420 495 514 105

Pobočka Plzeň:
Staniční 59, 312 00 Plzeň
tel./fax: +420 377 472 760

www.compek.cz, www.tonometr.cz

příhod. Není tedy důvod nemocnému s chronickým SS statin či jiné hypolipidemikum nasazovat. Na druhou stranu, pokud nemocný již statin užívá, např. po prodělaném infarktu myokardu, není důvod mu ho vysazovat. Výše zmíněná klinická studie přesvědčivě prokázala, že léčba statinem je při chronickém SS bezpečná.

Literatura:

1. Špinar J, Hradec J, Meluzín J, et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání ČKS 2006. *Cor Vasa* 2007;47:K5-K34.
2. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005). *Eur Heart J* 2005;26:1115-1140.
3. Kannel WB, Belanger AJ. Epidemiology of heart failure. *Am Heart J*, 1991; 121: 951-957.
4. Cleland JG, Swedberg K, Follath F, et al. The Euro Heart Failure Survey Programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part I: patients characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 2003;24:442-463.
5. Zdravotnická ročenka 2002. ÚZIS, Praha, 2003.
6. Schaefelberger M, Swedberg K, Köster M, et al. Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden. Data from Swedish Hospital Discharge Registry 1988 to 2000. *Eur Heart J*, 2004; 25: 300-307.
7. Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, et al. Incidence and aetiology of heart failure: a population-based study. *Eur Heart J* 1999; 20: 421-428.
8. Hradec J. Srdeční selhání – epidemie 21. století. *Vnitř Lék* 2004; 50 (Suppl. 1): S23-S31.
9. Býma S., Hradec J., Herber O., Karen I.: Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Centrum doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře, SVL 2004:1-9.
10. Kjekshus J, Apetrei E, Barrios V, et al. for the CORONA Group. Rosuvastatin in older patients with systolic heart failure. *N Engl J Med* 2007;357: 2248-61.

prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc. – narodil se v r. 1947 v Čestíně, okr. Kutná Hora. Promoval na Fakultě všeobecného lékařství v Praze v r. 1971. Po promoci pracoval na II. ústavu lékařské chemie a biochemie VFL v Praze, kde také v r. 1977 obhájil kandidátskou disertační práci na téma „Melanocyty stimulující hormony. Klinická a laboratorní studie“. Od r. 1976 pracuje na III. interní klinice 1. LF UK a VFN v Praze, v současné době jako zástupce přednosty a vedoucí kardiologické skupiny. Složil atestace 1. a 2. stupně z vnitřního lékařství a z kardiologie. V letech 1986–87 absolvoval šestiměsíční studijní pobyt v USA a v roce 1992 čtyřměsíční studijní pobyt v Londýně ve Velké Británii. Patří k průkopníkům echokardiografie u nás a je také spoluautorem první české učebnice o echokardiografii. Výzkumně se věnoval prolapsu mitrální chlopně, hormonálně podmíněným specifickým onemocněním myokardu a v posledních letech také chronickému srdečnímu selhání a obecně kardiovaskulární farmakoterapii. Je autorem nebo spoluautorem více než 200 odborných článků v českých i zahraničních odborných časopisech a řady kapitol v odborných monografiích a učebnicích. Pravidelně přednáší na českých i zahraničních kardiologických kongresech. Je autorem učebnice pro studenty lékařských fakult „Kardiovaskulární onemocnění“. Od r. 1995 je členem výboru České kardiologické společnosti, v letech 1999–2005 byl jejím předsedou, v současnosti je místopředsedou. V letech 2000–2002 byl členem výboru Evropské kardiologické společnosti (ESC). Za svoji práci pro ESC byl odměněn stříbrnou medailí ESC. Je také členem několika dalších zahraničních a mezinárodních odborných společností.

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 asistentem 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.

MaxiCor®

“Každý druhý člověk v České republice umírá na nemoci srdce a cév.”

Nezdravá a tučná strava, sedavý způsob života, málo pohybu a kouření...

...výsledkem je usazování tuků (cholesterolu) v cévách, které může vést až k infarktu nebo mrtvici.

Žádejte u Vašeho distributora!

Výrobce: SVUS Pharma a.s., Smetanovo nábřeží 1238/20a, 500 02 Hradec Králové
Zelená linka: 800 159 482, Po a Čt, 8 - 16.00 hod. www.maxicor.cz

FARMAX

Jedině čisté omega-3

Pozitivní vliv na srdce a cévy

Žijte naplno, žijte déle!



www.farmax.cz

MUDr. Radkin Honzák, CSc., MUDr. Milan Vrána, DrSc.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha, Psychiatrická katedra IPVZ, Praha

Deprese u osob s kardiovaskulárním onemocněním

Souhrn: Podle výsledků zahraničních studií snížila léčba deprese antidepresivem morbiditu a mortalitu pacientů po prodělaném infarktu myokardu. Provedli jsme ve spolupráci s praktickými lékaři otevřenou neintervenční studii zaměřenou na léčbu depresivní/úzkostné poruchy paroxetinem u nemocných s vysokým kardiovaskulárním rizikem. Výsledky studie PrevenPar ukázaly, že jednoroční léčba paroxetinem potlačila příznaky těžké a středně těžké deprese, které by mohly zvyšovat kardiovaskulární riziko. Ve vysokém procentu případů zbavila léčba pacienty příznaků deprese/úzkosti. Závažné kardiovaskulární komplikace se vyskytly jen ve 2,5 % případů. Článek upozorňuje praktické lékaře na možnost a vhodnost léčby deprese/úzkosti také u pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem.

Úvod

Při depresivních a úzkostných poruchách (dále jen deprese/úzkost) stoupá u osob s vysokým desetiletým kardiovaskulárním rizikem podle systému SCORE významně četnost závažných kardiovaskulárních komplikací. Nejvíce ohroženy jsou osoby po prodělaném infarktu myokardu, se srdečním selháním, po cévní mozkové příhodě, při atakách život ohrožujících komorových arytmiích a diabetici. Jde o jedince s nejvyšší prioritou prevence kardiovaskulárních onemocnění. Klinicky prokázané poznatky o negativním vlivu deprese/úzkosti na vznik a průběh kardiovaskulárních onemocnění vedly k tomu, že paleta klasických rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění byla rozšířena o depresi a úzkost. Stalo se tak mimo jiné na základě výsledků rozsáhlé metaanalýzy shrnující výsledky 64 klinických studií (1). Jejich výsledky se shodují v tom, že deprese/úzkost bývá průvodní komplikací kardiovaskulárních onemocnění, zejména těch, která pacienta výrazně obtěžují (angína pectoris, dušnost, snížení hybnosti, zhoršení pracovních možností). A naopak. Pokud dojde k depresi/úzkosti z psychických příčin, projeví se to zvýšením kardiovaskulárních komplikací.

Proč zvyšuje deprese/úzkost kardiovaskulární riziko?

Jde v podstatě o dva patogenetické mechanismy, trombogenezi a arytmogenezi (2).

Trombogeneze

Průnik serotoninu do mozkových neuronů a do trombocytů je řízen serotoninovým transportérem lokalizovaným na povrchu buněk. Při depresi/úzkosti stoupá činnost serotoninového transportéru a do trombocytů proniká ve zvýšené míře serotonin. Trombocyty se „aktivují“, shlukují se na místech s poškozeným endotelem cév a vylučují

betatromboglobulin. Zvyšuje se riziko trombotických uzávěrů na aterosklerotických plátech.

Arytmogeneze

Deprese, ale ještě více úzkost a psychický stres zvýší aktivitu hypotalamického sympatického adrenergního nervového systému (SANS). Noradrenalin vyplavený ze sympatických nervových zakončení v srdci zvýší riziko komorových arytmií převahou sympatické nad parasympatickou aktivací srdce. Záznamy z implantabilních defibrilátorů-kardiostimulátorů ukázaly, že u vysoce rizikových pacientů stoupá četnost tachyarytmických epizod při depresi lehké až středně těžké dvakrát a při depresi těžké čtyřikrát.

Kardiovaskulární riziko a antidepresiva inhibující selektivně zpětné vstřebávání serotoninu

Při depresivně-úzkostné poruše je serotonin vylučovaný mozkovým neuronem rychle vstřebán zpět a snížený obsah serotoninu v synaptických štěrbinách mozkových neuronů zhorší přenos podráždění v mozku. Antidepresiva ze skupiny SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) inhibují zvýšenou aktivitu serotoninového transportéru, normalizují koncentraci serotoninu v mozku a zmírňují klinické příznaky deprese/úzkosti (4). Léčebný účinek antidepresiv ze skupiny SSRI je „trojjediný“. Odstraní příznaky deprese/úzkosti, sníží riziko trombogeneze a arytmogeneze. Nabízí se logicky oprávněná úvaha: Pokud je deprese/úzkost skutečně kardiovaskulárním rizikovým faktorem, měla by se preventivně léčit u všech osob se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, tak jako u nich léčíme hypertenzi nebo hypercholesterolemii. Farmakoterapie hypertenze a hypercholesterolemie snižuje významně kardiovaskulární riziko. Bude tomu také tak při farmakoterapii deprese/úzkosti antidepresivy?



MUDr. Radkin Honzák, CSc.

deprese
a trombogeneze

deprese
a arytmogeneze

**léčba deprese
po infarktu snižuje riziko
těžkých KV komplikací**

Tabulka 1: Charakteristika souboru pacientů léčených paroxetinem

Celkem	409 pacientů
Ženy	258 (63,1)
Muži	151 (37,0)
Průměrný věk	65 let
Ischemická choroba srdeční	267 (65,3)
Cévní mozková příhoda	80 (19,5)
Stav po infarktu myokardu	158 (38,6)
Diabetes mellitus (1 a 2)	161 (39,3)
Angina pectoris (CCS I a II)	253 (61,8)
Hypertenze TKs > 140 mm Hg	97 (23,7)
Srdeční selhání (NYHA I a II)	219 (53,5)
Komorové arytmie (KE, KT)	96 (23,4)
Kuřáctví	123 (30,0)

Vysvětlivky: počty pacientů s uvedeným onemocněním, čísla v závorce vyjadřují procentuální zastoupení v souboru. NYHA I a II: funkční klasifikace podle New York Heart Academy CCS I a II: klasifikace obtíží podle Canadian Cardiovascular Society. KE: komorové extrasystoly, KT: komorová tachykardie. TKs: systolický tlak.

Tabulka 2: Ústup příznaků deprese/úzkosti během léčby paroxetinem

CGI	SDS	Začátek	3 měsíce	6 měsíců	12 měsíců
Těžká	70 – > 70	99 (25)	21 ()	4 ()	1 ()
Středně těžká	60 – 69	206 (52)	121 ()	69 ()	14 ()
Celkem	305 (77)	141 ()	73 ()	15 ()	
Bez příznaků deprese/úzkosti	< 50 – 50	4 (1)	73 ()	132 ()	198 ()

Vysvětlivky: Počty pacientů v souboru a jejich procentuální zastoupení (v závorce). CGI – celkový klinický dojem, SDS – index podle sebeposuzovací Zungovy stupnice. Ústup příznaků těžké a středně těžké deprese/úzkosti snižuje kardiovaskulární riziko. Eliminace příznaků deprese/úzkosti zlepšuje kvalitu života nemocného.

Výsledky klinických studií

Do konce roku 2007 byly ukončeny a vyhodnoceny tři velké klinické studie věnované prevenci kardiovaskulárních komplikací antidepressiv po proběhlém infarktu myokardu.

Do první studie (5) byli zařazeni pacienti s depresí časně po prvním infarktu myokardu. Po třech letech došlo k největšímu poklesu rizika reinfarktu u osob léčených antidepressiv s vysokou afinitou (vazbou) k serotoninovému transportéru. Poměr rizik (OR) byl u těchto antidepressiv významně menší (OR 0,59, P = 0,02) ve srovnání se skupinou antidepressiv neléčenou (OR 1,0). Při léčbě paroxetinem, který nejvíce inhibuje serotoninový transportér, byl poměr rizik nejmenší (OR 0,2). U pacientů léčených tricyklickými a atypickými antidepressivy se naopak riziko reinfarktu zvýšilo (OR 1,63).

Do druhé studie (6) zařadili její autoři pacienty po prodělaném akutním infarktu myokardu s depresí. K úmrtí nebo k recidivě infarktu myokardu došlo ve skupině léčené antidepressiv SSRI v 19,5 % případů, ve skupině antidepressiv neléčené ve 26 % případů. Mortalita a morbidita ve skupinách léčených „non SSRI antidepressivy“ a „jakýmkoliv antidepressivy“ byly vyšší než ve skupině léčené antidepressiv SSRI.

Do třetí studie (7) zařadili její autoři pacienty s poinfarktovou depresí. Léčba antidepressiv (mirtazapin, citalopram) začala za 3 měsíce po proběhlém infarktu myokardu a trvala 24 týdnů. Během léčby sledovali průběh depresivní symptomatologie podle Beckovy škály pro depresí (BDI). Za „nonrespondenty“ označili ty nemocné, u kterých se při léčbě antidepressiv snížila hodnota BDI škály méně než o 50 %. Po šesti měsících léčby došlo u „nonrespondentů“ k úmrtí nebo k rehospitalizaci ve 25,6 % případů, u „respondentů“ v 7,1 % případů a v kontrolní skupině v 11,2 % případů. Autoři považují výsledek studie za výzvu k hledání účinnější antidepressivní léčby u pacientů s poinfarktovou depresí.

Souhrn

Tři velké klinické studie uspořádané podle zásad medicíny založené na důkazech (Evidence Based Medicine) prokázaly, že léčba pacientů s poinfarktovou depresí snižuje riziko těžkých kardiovaskulárních komplikací. Lepších výsledků bylo dosaženo antidepressiv ze skupiny SSRI (5, 6).

Projekt PrevenPar

S ohledem na příznivé výsledky zahraničních kli-

**lepších výsledků
dosaženo u SSRI**

nických studií jsme se rozhodli, že ověříme **přínos léčby deprese/úzkosti u osob s vysokým kardiovaskulárním rizikem. Na rozdíl od citovaných studií jsme do projektu zařadili pacienty léčené v ordinacích praktických lékařů.** Důvodů k tomuto uspořádání studie bylo několik. S depresivním pacientem se nejčastěji setkává praktický lékař, ne psychiatr. Léčba deprese/úzkosti se v současné době přenáší z psychiatra na praktického lékaře (8,9). **Praktický lékař se stará o pacienty se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem,** kteří mu byli svěřeni do péče ambulantními kardiologi a internisty. A právě u těchto pacientů by mohla včasná diagnostika a následně **léčba deprese/úzkosti vhodným antidepresivem** vést nejen ke zlepšení kvality života nemocného, ale i ke zmenšení četnosti závažných kardiovaskulárních komplikací.

Cíle projektu PrevenPar

Prvním cílem projektu byla úspěšnost léčby depresivně-úzkostné poruchy paroxetinem u pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem. Druhým četnost a charakter závažných kardiovaskulárních komplikací, ke kterým dojde v průběhu léčby a během celé, dvouleté sledovací doby. A třetím cílem sledování průběhu léčby kardiovaskulárního onemocnění při léčbě deprese/úzkosti.

Pacienti, diagnostika a léčba

Projekt PrevenPar jsme zahájili v polovině roku 2006 a zařadili do něho 424 pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem a depresivně-úzkostnou poruchou. Projektu se účastnilo 42 praktických lékařů v celé ČR. Koncem roku 2007 jsme měli k dispozici roční výsledky od 395 pacientů léčených paroxetinem. Jejich vstupní charakteristika do souboru je uvedena v tabulce č. 1.

Volba antidepresiva

Pro volbu paroxetinu svědčily příznivé výsledky řady klinických studií. Paroxetin blokuje ze všech známých antidepresiv nejvíce aktivitu serotoninového transportéru, a tím i trombogenezi (5) a elektricky stabilizuje srdce (2). Léčí nejen depresi, ale současně i poruchu úzkostnou, panickou a obsesivně kompulzivní (10). Léčba paroxetinem, na rozdíl od psychoterapie, zlepšila během jednoho roku kvalitu života sedmdesátiletých a starších depresivních osob (11). Paroxetin snížil ve srovnání s placebem po dvanácti týdnech léčby příznaky deprese a zlepšil kvalitu života u starších osob (62 let) se symptomatickým selháním

REMOOD®

Vyvede z úzkosti i depresi

JE INDIKOVÁN K LÉČBĚ VŠECH ÚZKOSTNÝCH PORUCH A DEPRESÍ

Největší afinita k serotoninovým receptorům z SSRI a současně největší afinita k noradrenalinovým receptorům z SSRI^{2,3}

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

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU REMOOD® 20 MG

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

www.remood.cz

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

Richter Gedeon

Na Strži 65 • Praha 4 • 140 00
tel: +420 261 141 200
fax: +420 261 141 201
www.richtergedeon.cz
richtergedeon@richtergedeon.cz



RICHTER GEDEON

Reference:

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

srdce (12). Prvá rekurence deprese po dvouleté léčbě paroxetinem u starších osob (70 a více let) je nižší (27 %) než při léčbě psychoterapií (56 %) (13). Po zařazení do projektu jsme proto léčili pacienty paroxetinem (REMOOD RG) v dávce 20 nebo 10 mg denně.

Diagnostika příznaků deprese/úzkosti

Tíži deprese/úzkosti jsme hodnotili podle Zungovy metody doporučené Společností všeobecného lékařství ČLS JEP (9). Výsledky vyjadřujeme hodnotami SDS indexu (Self-rating Depression Score index) odečteného z pacientem vyplněné Zungovy sebesposuzovací stupnice a celkovým klinickým dojmem (CGI – Clinical Global Impression).

Sledování pacientů

Lékaři vyšetřovali pacienty na přítomnost příznaků deprese/úzkosti za 1, 3, 6, 9 a 12 měsíců od zahájení léčby paroxetinem. Zaznamenávali průběžně výskyt závažných kardiovaskulárních komplikací vyžadujících hospitalizaci pacienta a nežádoucí účinky paroxetinu. Nemocní byli během celé pozorovací doby léčeni lege artis kardiologicky ACE-inhibitory (70 %), betablokátory (57 %), blokátory kalciových kanálů (35 %), nitráty (30 %), statiny/fibráty (73 %), antidiabetiky/insulinem (24 %) a kyselinou acetylsalicylovou (55 %).

Výsledky

Potlačení příznaků deprese/úzkosti paroxetinem. Průměrné hodnoty SDS indexu klesaly povlnně během celé jednorokní léčby paroxetinem (Graf 1). Po šesti měsících léčby klesl průměr hodnot SDS na hranici, pod kterou jsou pacienti bez příznaků deprese/úzkosti (SDS 50 a nižší). Průměrné hodnoty SDS indexu se pak snižovaly dále až do konce 12. měsíce.

Percentuální rozložení pacientů podle tíže deprese/úzkosti se mění během celého roku léčby (Tabulka č 2). S těžkou až středně těžkou depresí/úzkostí se setkáváme na začátku léčby u 77 % pacientů. Po třech měsících léčby se výrazně sníží procento pacientů s příznaky těžké deprese. Za 6 měsíců léčby zůstává v souboru jen malé procento pacientů („nonrespondentů“) s depresí středně těžkou a dále se snižuje do konce 12. měsíce. Na začátku léčby je v souboru jen mizivé procento pacientů bez příznaků deprese/úzkosti. Jejich počet se během léčby postupně zvyšuje tak, že ve dvanáctém měsíci převažují v souboru nemocní bez psychických obtíží. Celoroční léčba paroxetinem eliminuje příznaky těžkých a středně těžkých projevů deprese/úzkosti, které zvyšují kardiovaskulární riziko. A naopak. Významnému procentu pacientů zlepšila léčba kvalitu života tím, že je zbaví příznaků deprese/úzkosti.

Závažné kardiovaskulární komplikace

Během roku zemřelo šest pacientů (1,52 %) v rozmezí od 2 do 9 měsíců (průměr 5,6 měsí-

ce) od zahájení léčby paroxetinem. Příčinou úmrtí bylo ve čtyřech případech srdeční selhání, ve dvou případech zemřeli pacienti náhle doma. Šlo o vysoce rizikové pacienty před započítím léčby paroxetinem. Jejich průměrný věk byl 82 let. Dva prodělali infarkt myokardu a jeden cévní mozkovou příhodu. Tři se léčili dlouhodobě pro diabetes mellitus a čtyři trpěli zjevným srdečním selháním. Během léčby paroxetinem se u těchto pacientů snížila průměrná hodnota SDS indexu ze 70 na 62. U čtyř pacientů (1,1 %) došlo k závažným nefatálním komplikacím v rozmezí od 8 do 12 měsíců (průměr 10 měsíců) po začátku léčby paroxetinem. Ve dvou případech šlo o reinfarkt myokardu, v jednom případě o cévní mozkovou příhodu a v jednom o atrioventrikulární blokádu. Šlo opět o vysoce rizikové pacienty již před započítím léčby paroxetinem. Jejich průměrný věk byl 65 let, dva prodělali infarkt myokardu, dva se léčili dlouhodobě pro diabetes mellitus. Během léčby se snížila průměrná hodnota jejich SDS indexu ze 64 na 47. Celkem došlo k závažným kardiovaskulárním komplikacím u deseti pacientů z 395 (2,53 %). U šesti z nich byl před započítím léčby v anamnéze diabetes mellitus, ve 4 případech stav po prodělaném infarktu myokardu a ve třech případech cévní mozková příhoda.

Nežádoucí účinky paroxetinu

U čtyř pacientů došlo k přerušení léčby paroxetinem pro psychické obtíže. Ve dvou případech to byla únavnost a spavost, v jednom případě třes rukou a v jednom případě zaměnil psychiatr paroxetin za escitalopram. Při zavádění léčby paroxetinem došlo u deseti pacientů k obtížím gastrointestinálního původu, které ale nebyly důvodem k přerušení léčby.

K přerušení léčby došlo v dalších případech nezávisle na léčbě paroxetinem. Lékař přerušil léčbu proto, že ji považoval za ukončenou, nebo na vyžádání pacientů, kteří se cítili bez obtíží. K přerušení léčby došlo také po přerazení pacientů do domova důchodců nebo pro neukázněnost pacienta. Po přerušení léčby nedošlo v žádném případě k relapsu deprese/úzkosti.

Vliv paroxetinu na průběh léčby kardiovaskulárního onemocnění

Někteří lékaři uvádějí v hlášení, že pozorovali stabilizaci hodnot krevního tlaku a zlepšení kontroly diabetu. Současně popisují zlepšení kvality života pacientů po psychické stránce (11,12), dále zlepšení compliance a adherence k léčbě. Výsledky systematicky shromažďujeme a budeme je publikovat později formou kazuistik.

Limitace výsledků projektu

Projekt PrevenPar je otevřenou observační neinterventivní studií bez kontrolní skupiny. Vlastní antidepressivní a anxiolytické účinky paroxetinu proto nemůžeme odlišit od placebo efektu dané-

ho zvýšenou péčí o pacienta. Také hodnocení příznaků deprese je závislé na subjektivně ovlivnitelné hodnotě SDS indexu. Výskyt závažných kardiovaskulárních komplikací není srovnatelný s citovanými klinickými studiemi (5, 6, 7). Do nich byli zařazeni pacienti podle vybraných limitujících kritérií, a proto se jejich vstupní charakteristika podstatně liší od pacientů zařazených v projektu PrevenPar. Naproti tomu výsledky projektu PrevenPar představují, na rozdíl od citovaných studií, reálný pohled na léčbu deprese/úzkosti u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním v ordinaci praktického lékaře.

Shrnutí pro praxi

Praktický lékař má diagnostikovat a léčit depresi u pacientů v souladu s doporučením Společnosti všeobecného lékařství (8, 9). Výsledky projektu PrevenPar jsou podnětem pro praktické lékaře k diagnostice a léčbě deprese/úzkosti také u osob s vysokým kardiovaskulárním rizikem. Podmínkou je volba vhodného antidepresiva ze skupiny SSRI, které samo o sobě nezvyšuje kardiovaskulární komplikace. Nevhodná jsou antidepresiva tricyklická a atypická. V projektu PrevenPar se nám osvědčila dlouhodobá léčba paroxetinem. Léčba byla psychiatricky úspěšná a nebyla provázána nežádoucími kardiovaskulárními komplikacemi.

Literatura:

1. Frazure – Smith N, Lespérance F: Reflexions on depression as a cardiac risk factor. *Psychosom Med* 2005, 67: S19 – S 25
2. Vrána M, Honzák R: Lze snížit kardiovaskulární riziko při ischemické chorobě srdeční léčbou deprese? *Farmakoterapie* 3/2006, 318-321
3. Whang W, Albert CHM, Sears SF et al: Depression as a predictor for appropriate shocks among patients with implantable cardioverter – defibrillators. *J Am Coll Cardiol* 2005, 45: 1090-5
4. Honzák R: Postmenopauzální deprese. *Klimakt Med*, 2007;12(2):14-17
5. Sauer WH, Berlin JA, Kimmel SE: Effect of antidepressants and their relative affinity for the serotonin transporter on the risk of myocardial infarction. *Circulation* 2003, 108: 32-36
6. Taylor CB, Youngblood ME, Catellier D et al: Účinky antidepresivní léčby na morbiditu a mortalitu u pacientů po infarktu myokardu trpících depresí. *Arch Gen Psychiatry* (České a slovenské vydání), 2005: 3 (4), 228-233. (*Arch Gen Psychiatry* 2005, 62: 792-8)
7. de Jonge P, Honig A, van Melle JP et al: Nonresponse to treatment for depression following myocardial infarction: association with subsequent cardiac events. *Am J Psychiatry* 2007, 164: 1371-8.
8. Kromholz R, Deprese u seniorů, *Practicus* 9/2006, 431-3
9. Laňková J, Sibilíková J. DEPRESE, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře (2004). Centra doporučených postupů všeobecného lékařství. (<http://www.zdravcentra.cz>)
10. Pae CU, Patkar AA: Paroxetine: current status. *Expert Rev Neurother* 2007;7: 107-20
11. Dombrowski AY, Lenze EJ, Dew MA et al: Maintenance treatment for old age depression preserves health-related quality of life: a randomized, controlled trial of paroxetine and interpersonal therapy. *Am J Geriatr Soc* 2007, 55: 1325-32
12. Gottlieb SS, Kop WJ, Thomas SA et al: A double blind placebo - controlled pilot study of controlled - release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure. *Am Heart J* 2007;153: 868-73
13. Reynolds CH, Dew MA, Pollock BG et al: Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 354: 2006, 1130-8

MUDr. Radkín Honzák, CSc. – promoval v r. 1962 na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze. Po čtyřleté praxi v Psychiatrické léčebně v Kosmonosích nastoupil jako psychiatrický konziliář v dnešním IKEM, kde na částečný úvazek pracuje dosud. V letech 1990–1999 byl vedoucím Oddělení lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatiky 1. LF UK, od 1999 dosud je odborným asistentem Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK Praha, dále je odborným asistentem Psychiatrické katedry IPVZ. Léta byl vedoucím redaktorem prezidiálního časopisu ČLS JEP Praktický lékař. Je autorem mnoha prací publikovaných u nás i v zahraničí.

APO-PAROX

paroxetini hydrochloridum

30 a 100 potahovaných tablet



Odhodte i úzkost!

Zkrácená informace o přípravku Apo-Parox

Paroxetin je antidepresivum ze skupiny selektivních inhibitorů vychytávání serotoninu. **Složení:** Paroxetin hydrochlorid 22 mg, což odpovídá 20 mg paroxetinu v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Epizody deprese, obsedantně-úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha (PTSD). **Dávkování a způsob podání:** Paroxetin se doporučuje užívat jednou denně, ráno společně s jídlem. Tabletů je nutné spolknout vcelku, nemá se rozkousat. U deprese, sociální fobie/sociální úzkosti, generalizované úzkostné poruchy a PTSD je doporučená denní dávka 20 mg. U pacientů, kteří nereagují na tuto dávku, se může podle reakce pacienta postupně zvyšovat dávka o 10 mg denně. Denní dávku je možno zvyšovat až do maximální dávky 50 mg/den. U OCD a panické poruchy je doporučená denní dávka 40 mg, denní dávku lze zvyšovat až na 60 mg/den. **Kontraindikace:** Známa přecitlivělost na paroxetin nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Paroxetin se nesmí užívat společně s inhibitory MAO nebo 24 hodinách po přerušení podávání reverzibilního IMAO. Léčbu inhibitory MAO je možno zahájit až po 1 týdnu od přerušení terapie paroxetinem. Paroxetin se nesmí užívat současně s thioridazinem. **Upozornění:** APO-PAROX by neměl být použit k terapii dětí a dospívajících do 18 let. Ještěže je rozhodnutí o léčbě založeno na klinické potřebě, pak by pacient měl být pečlivě sledován pro výskyt sebevražedných symptomů. Po náhlém přerušení podávání paroxetinu byly pozorovány abstinenční symptomy. Proto se náhlým přerušením užívání musí zabránit, doporučuje se snižování denní dávky o 10 mg v týdenních intervalech. Paroxetin se má užívat v průběhu těhotenství jen v případě nutnosti. U starších pacientů by neměla maximální dávka přesáhnout 40 mg denně. **Interakce:** Současné podávání se serotonergními léky (zahrnujícími IMAO, L-tryptofan, triptany, tramadol, linezolid, SSRI, lithium a přípravky obsahující fenzolam, tečkovou) může vést k výskytu účinků souvisejících s 5-HT (serotoninový syndrom). Pokud jsou tyto léky kombinovány s paroxetinem, doporučuje se opatrnost a pozornější klinické sledování pacienta. Při podávání paroxetinu společně se známými enzymatickými inhibitory je nutné pečlivě uvážit velikost dávky a podávat dávku co nejníž. Paroxetin inhibuje specifický isoenzym CYP2D6 jaterního enzymatického systému cytochrom P₄₅₀, což může vést ke zvýšení plasmatických hladin těch látek, které se metabolizují prostřednictvím zmíněného isoenzymu. Další možné interakce se mohou vyskytnout s procyklidem, perorálními antikoagulanty, NSAID a kyselinou acetylsalicylovou. Současné užívání a alkoholu se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Nežádoucí účinky paroxetinu jsou většinou mírného charakteru a narušují pacientův běžný režim. S pokračující léčbou se může intenzita a frekvence nežádoucích účinků snižovat a většinou není nutno léčbu přerušovat. Mezi nejčastěji pozorované nežádoucí účinky patří: nauzea, somnolence, pocení, tremor, astenie, suchá v ústech, insomnie, poruchy sexuálních funkcí, závrata, zácpa, průjem, neostře vidění, zívání, přírůstek tělesné hmotnosti a snížená chuť k jídlu. Náhlé vysazení paroxetinu může vést, stejně jako u jiných psychoaktivních látek, ke vzniku různých symptomů. **Druh obalu:** Lahvička z bílého neprůhledného HDPE. **Velikost balení:** 30 a 100 potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Apotex Europe BV, Leiden, Nizozemsko. **Registrační číslo:** 30/144/03-C. **Datum poslední revize textu:** 11. 6. 2008. **Přípravek je na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek předepíšete, pročtete si úplnou informaci o léku v Souhrnu údajů o přípravku.**



Apotex (ČR), spol. s r. o., Palladium, Na Poříčí 1079/3a, 110 00, Praha 1
Tel.: +420 234 705 721, Fax: 222 323 861, info.sluzba@apotex.cz

MUDr. Cyril Mucha

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK

MUDr. Šárka Hrušáková

Praktická lékařka, Praha 6

Možnosti vakcinace proti pneumokokovým infekcím

Souhrn: *Streptococcus pneumoniae* (pneumokok) je významnou příčinou morbidit a mortality na celém světě. Každoročně zemře na pneumokokové infekce kolem 1,5 milionu lidí, z toho polovina dětí. Z těchto úmrtí je celosvětově nejčastější pneumonie (u dětí i u dospělých). Ve vyspělých zemích je pneumokok obávanou příčinou purulentní meningitidy. Globální nárůst rezistence pneumokoků výrazně limituje možnosti antibiotické terapie, a proto se do popředí zájmu dostává vakcinace.



MUDr. Cyril Mucha



MUDr. Šárka Hrušáková

**každoročně zemře na
pneumokokové infekce
kolem 1,5 milionu lidí,
z toho polovina dětí**

**St. p. splenectomií je
vysoce rizikový faktor**

**Invaze *S. pneumoniae*
se prokazuje nálezem
v krvi či likvoru**

Charakteristika pneumokokových infekcí

Streptococcus pneumoniae je grampozitivní nesporulující fakultativně anaerobní diplokok tvaru kávového zrna. Sérotyp určuje polysacharidové pouzdro, v současnosti je popsáno více než 90 sérotypů zařazených do 46 séro skupin. *Streptococcus pneumoniae* je součástí běžné flóry nosohltanu, větší procento nosičství je u malých dětí, kde dosahuje až 60 %.

Při porušení fyziologické bariéry dýchacích cest (např. současná virová koinfekce, diabetes, onkologické onemocnění apod.) může dojít k invazi pneumokoků:

- 1) na vnímavé epitelové buňky, a tedy ke vzniku lokalizované infekce – např. otitida, sinusitida;
- 2) pokud pneumokok překoná povrchovou bariéru, dochází ke vzniku invazivního onemocnění (IPO):

a) průnikem do krevního řečiště, tedy k bakteriemi a rozvoji invazivní infekce – pneumonie, meningitidy, primární pneumokokové peritonitidy a další. Pneumokoky jsou z krevního řečiště vychytávány a neutralizovány ve slezině. Hyposplenismus (tedy nejčastěji stav po splenectomii) je vysoce rizikovým faktorem, neboť predisponuje k fulminantnímu průběhu infekce,

b) lokálním přestupem, tedy zejm. při sinusitidách, otitidách, resp. mastoiditidách (zejména recidivujících) a vzniku purulentní meningitidy, velmi často s rychlým fulminantním průběhem.

Invazivní pneumokokové onemocnění (IPO)

Diagnóza invazivního pneumokokového onemocnění (IPO) je stanovena na základě laboratorního průkazu *Streptococcus pneumoniae* z krve, likvoru nebo jiného materiálu, který je za fyziologických okolností sterilní. Laboratorní

průkaz je prováděn kultivací, latexovou aglutinací nebo PCR. Odběr těchto materiálů na stanovení ATB citlivosti by měl proběhnout před započítím ATB terapie. Lokální kultivace (výtěr krk, nos) nemají pro diagnózu zásadnější přínos, neboť se většinou nálezy liší sérotypově a též ATB citlivostí. Incidence IPO se v ČR pohybuje v rozmezí 2,3–4,3/100 000 obyvatel. Nejvyšší hodnoty jsou ve věkové skupině 0–11 měsíců (16/100 000) a 1–4 roky (8,2/100 000). Věková skupina nad 65 let je na 3. místě (7,3/100 000) – údaje Národní referenční laboratoře (Motlová, 2008). Celková smrtnost IPO v období 1997 až 2006 byla 14 %. Nejvyšší věkově specifická smrtnost byla zaznamenána u pacientů nad 65 let (24 %).

Terapie

Lékem volby u pneumokokových infekcí jsou peniciliny, které vazbou na bílkoviny buněčné stěny inhibují její syntézu. Rezistence pneumokoků vůči penicilinu narůstá od 60. let dvacátého století, v současnosti je v některých evropských zemích až 50 %. V České republice byla rezistence invazivních sérotypů v roce 2005 asi 5 %, většinou se jednalo o intermediárně citlivé kmeny. V krátké době se však i u nás může rezistence významně zvýšit, proto nabývá na významu prevence.

Alternativní léčebnou možnost představují cefalosporiny, v některých případech makrolidy, při léčbě pneumokokové meningitidy se používají cefalosporiny III. generace v kombinaci s vankomycinem, eventuálně i další ATB při přecitlivělosti a u rezistentních kmenů.

Možnosti vakcinace

Kvůli celosvětově se zvyšující rezistenci pneumokoků na ATB se stává vakcinace klíčovým léčebně preventivním opatřením s největ-

ším léčebným efektem a též nejvýhodnějším poměrem cost/benefit. V současné době jsou v České republice k dispozici dvě vakcíny proti pneumokoku. Starší polysacharidová vakcína Pneumo 23 a novější konjugovaná vakcína Prevenar. Oba typy vakcín jsou určeny především k prevenci IPO.

Polysacharidová pneumokoková vakcína (Pneumo 23, Pasteur-Merieux)

Vakcína je připravená z purifikovaných kapsulárních polysacharidových antigenů, získaných ze 23 sérotypů *Str. pneumoniae*, které jsou zodpovědné zhruba za 90 % všech IPO. Vakcína je určena zejména pro osoby starší 65 let a chronicky nemocné (kardiální selhání, chronické postižení jater včetně alkoholismu, chronická plicní onemocnění, diabetes, hyposplenismus, imunosuprese, únik mozkomíšního moku, HIV infekce, osoby s kochleárními implantáty). Očkování by měli být i klienti domovů důchodců a LDN. Vakcínu lze použít k imunizaci dětí starších 2 let se zvýšeným rizikem IPO. Není však vhodná pro děti mladší 2 let vzhledem k nedostatečné imunitní odpovědi v této věkové skupině. Vakcína signifikantně snižuje riziko úmrtí starších a chronicky nemocných osob na IPO,

ale nechrání před otitidami a sinusitidami. Pokrytí sérotypů v jednotlivých věkových skupinách v ČR zobrazuje tab. 2.

Doporučené schéma očkování: 1 dávka 0,5 ml a následné přeočkování po 3–5 letech u osob s vysokým rizikem IPO. Některé prameny doporučují očkování jednou dávkou bez následného přeočkování.

Nežádoucí účinky: běžné jako u jiných očkovacích látek, např. asi u poloviny očkováných pacientů dochází k lehké lokální reakci, zhruba u 2 % očkováných se může vyskytnout zvýšená teplota, vzácně i horečka. Zcela výjimečně byly hlášeny těžší alergické reakce.

Cena jednotlivé dávky je zhruba 220 Kč. Bezplatné očkování je určeno pacientům umístěným v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech pro seniory a v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Konjugovaná pneumokoková vakcína (Prevenar, Wyeth)

Prevenar je zatím jediná konjugovaná vakcína na našem trhu. Jedná se o 7valentní vakcínu proti sérotypům 6, 4, 9V, 14, 18C, 19F, 23F. Jednotlivé kapsulární antigeny jsou konjugovány (navázány) na vysoce imunogenní proteinový nosič. U Prevenaru je tímto nosičem geneticky

IPO invazivní pneumokokové onemocnění

JE ČAS SPOJIT SÍLY V BOJI PROTI CHŘÍPCE A PNEUMOKOKŮM

současné očkování* snižuje¹⁾

- o 63% počet hospitalizací na pneumonii
- o 81% riziko úmrtí



ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU: **Název přípravku:** VAXIGRIP, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti chřipce (inaktivovaná, štěpený virion). **Léčivá látka:** Štěpený virus chřipky*, inaktivovaný, obsahující antigeny odpovídající následujícím kmenům: A/Brisbane/59/2007 (H1N1)–varianta (A/Brisbane/59/2007 (IVR-148)), 15 mikrogramů HA** A/Brisbane/10/2007 (H3N2)–varianta (A/Uruguay/716/2007 (NYMC X-175C)), 15 mikrogramů HA** B/Florida/4/2006–varianta (B/Florida/4/2006), 15 mikrogramů HA** v dávce 0,5 ml* připravený v oploďných slepičích vejích ze zdravých drůbežích chovů hemagglutinin. Tato vakcína vyvoluje doporučení WHO (pro severní polokouli) a rozhodnutí EU pro sezónu 2008/2009. **Terapeutické indikace:** Prevence chřipky zvláště u osob, u kterých je vysoké riziko přidružených komplikací. Použití vakcíny VAXIGRIP má být v souladu s oficiálním doporučením. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a děti od 36 měsíců: 0,5 ml. Děti od 6 měsíců do 35 měsíců: 0,25 ml nebo 0,5 ml. Neočkovaným dětem by měla být podána druhá dávka v intervalu nejméně 4 týdnů. Intramuskulární nebo hlubokou subkutánní injekcí. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivé látky, na jakoukoliv pomocnou látku, na vejce, na kůřecí bílkoviny, na neomycin, na formaldehyd a octoxinol 9. VAXIGRIP neobsahuje více než 0,05 mikrogramů ovalbuminu na dávku. Očkování má být odloženo u pacientů s horečnatým onemocněním nebo akutní infekcí. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pro případ anafylaktické reakce po podání vakcíny musí být okamžitě k dispozici odpovídající léčba a zajištěn lékařský dohled. Neaplikovat intravaskulárně. Protilátková odpověď může být nedostatečná u pacientů s endogenní nebo iatrogení imunosupresí. **Interakce s jinými léčivými přípravky nebo jiné formy interakce:** VAXIGRIP může být aplikován současně s jinými vakcínami do odlišných končetin. Nežádoucí účinky mohou být intenzivnější. Imunitní odpověď může být snížena u pacientů s probíhající imunosupresivní terapií. Po očkování proti chřipce byly pozorovány falešné pozitivní výsledky sérologických testů používajících metodu ELISA k detekci protilátek proti HIV1, hepatitidě C a zvláště proti HTLV1. Předchozí falešné pozitivní výsledky metody ELISA mohou být způsobeny IgM odpovědí na vakcinaci a je možno je vyloučit technikou Western Blot. **Těhotenství a kojení:** Očkovat lze od druhého trimestru těhotenství. Pro těhotné ženy se zvýšeným rizikem vzniku komplikací chřipky, je podání vakcíny doporučováno, bez ohledu na stadium jejich těhotenství. VAXIGRIP může být použit v průběhu kojení. **Nežádoucí účinky:** Během klinických studií byly zjištěny následující nežádoucí účinky s frekvencí výskytu časté ($\geq 1/100$, $< 1/10$): bolesti hlavy*, pocení*, myalgie, artralgie*, horečka, nevolnost, svalový třes, únava. Místní reakce: zarudnutí, otok, bolest, ekchymóza, indurace*. *** Tyto nežádoucí účinky obvykle odezní samovolně během 1 – 2 dnů. V průběhu post-marketingového sledování byly dále hlášeny následující nežádoucí účinky:** Poruchy krve a lymfatického systému: Předchozí trombocytopenie, předchozí lymfadenopatie. Poruchy imunitního systému: Alergické reakce, vedoucí ve vzácných případech k šoku, angioedém. Poruchy nervového systému: Neuralgie, parestesie, febrilní křeče, neurologické poruchy, jako je encefalomyelitida, neuritida a syndrom Guillain-Barré. Čevní poruchy: Vaskulitida, vedoucí ve velmi vzácných případech k předchozímu postižení ledvin. Poruchy kůže a podkoží: Generalizované kožní reakce, zahrnující svědění, kopřivku a nespecifickou vyrážku. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2°C až 8°C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční stříkačku v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SANOFI PASTEUR S.A., 2, Avenue Pont Pasteur 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** 59/1035/94-C **Datum poslední revize textu:** z návrhu textu předloženého na SUKL.

ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU: **Název přípravku:** PNEUMO 23. **Léčivá látka:** 1 dávka - 0,5 ml obsahuje: Polysacharidum Streptococci pneumoniae typus: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F.....25 µg z každého sérotypu. **Léková forma:** Injekční roztok. **Terapeutické indikace:** Ochrana před pneumokokovými infekcemi, zejména před záněty plic, způsobenými sérotypy obsaženými ve vakcíně pro osoby od 2 let, ve vysokém riziku onemocnění pneumokokovou infekcí. Cílovými skupinami jsou především: - osoby ve věku 65 let a starší, zvláště starší osoby žijící v ústavech, - imunokompetentní, ale oslabené osoby nebo osoby, jejichž zdravotní stav vede k časté hospitalizaci (diabetes, chronická bronchitida, respirační selhání, srdeční selhání, závislost na alkoholu a kouření v anamnéze, atd.), - imunosuprimované osoby jako jsou pacienti po splenektomii, se srpkovitou anémií, nefrotickým syndromem - osoby s únikem cerebrospinálního moku. Opakované infekce horního dýchacího traktu, zejména zánět středního ucha a sinusitida, nejsou indikací k vakcinaci proti pneumokokovým nákazám. **Kontraindikace:** Alergie na jakoukoliv ze složek vakcíny. První tři měsíce těhotenství. Očkování během předchozích třech let. Potvrzená pneumokoková infekce nebo podezření na tuto infekci není kontraindikací. V případě bývají mírně a přechodně. Vzácně byly hlášeny reakce podobné Arthusovu fenoménu (závažné lokální zánětlivé reakce s otokem a zarudnutím, které mohou vést až k nekróze), které odezní bez dalších následků. Tyto reakce se mohou objevit hlavně u osob s již přítomnými vysokými hladinami pneumokokových protilátek. Systémové reakce: u přibližně 2% osob se může vyskytnout zvýšená a přechodná teplota. Vzácně může být pozorována i horečka vyšší než 39°C. Tato horečka se obvykle objeví krátce po očkování a do 24 hodin odezní. Jiné systémové reakce: výjimečně byly hlášeny záněty lymfatických žláz, vyrážky, bolesti v kloubech a alergické reakce (kopřivka, Quinckeův edém, anafylaktoidní reakce), bolesti hlavy, bolesti ve svalích, nevolnost, tělesná slabost a únava. **Zvláštní opatření pro uchování:** Vakcína musí být uchovávána v chladničce (2°C - 8°C). Vnitřní obal uchovávejte v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Chraňte před mrazem. V případě zmrznutí, se vakcína nemůže použít. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SANOFI PASTEUR S.A., 2, avenue Pont Pasteur 69007 Lyon, Francie **Registrační číslo:** 59/773/95-C **Datum revize textu:** 19.4.2006.

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. O výši příspěvku je nutné se informovat u jednotlivých zdravotních pojišťoven. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku.

¹⁾ Nichol KL. The additive benefits of influenza and pneumococcal vaccination during influenza seasons among elderly persons with chronic lung disease, vaccine.199 Jul 30;17 Suppl 1:591-3.

* do odlišného místa vpichu

sanofi pasteur. odd. vakcín sanofi aventis s.r.o., Evropská 2590/33c, 160 00 Praha 6
tel.: +420 233 086 111, fax: +420 233 086 222, www.sanofipasteur.cz

sanofi pasteur
The vaccines division of sanofi-aventis Group

P23ADVIL0.5A40008

Tabulka 1: Bezplatné očkování proti pneumokokům (vyhláška č. 537/2006)
Indikace očkování konjugovanou pneumokokovou vakcínou u dětí

1. Primární defekty imunity s klinickým projevem: poruchy tvorby imunoglobulinů, T lymfocytů, fagocytózy a komplementu.
2. Závažné sekundární imunodeficity, zejména hemato-onkologická a onkologická onemocnění po chemoterapii, transplantace orgánů, HIV.
3. Asplenie funkční i anatomické u dětí před dovršením druhého roku věku.
4. Transplantace kmenových hemopoetických buněk.
5. Chronická plicní onemocnění, zejména vrozené vady a poruchy respiračního traktu, bronchopulmonální dysplázie.
6. Recidivující otitidy v rozsahu 4 ataky a více za rok.
7. Pacienti s kochleárními implantáty a likvoreou.
8. Pacienti po prodělaných bakteriálních meningitidách a septikémiích.

Tabulka 2: Pokrytí sérotypů pneumokokovými vakcínami (Mottlová, 2008)

	0–11 měsíců	1–4 roky	40–64 let	Od 65 let
7valentní konjugovaná vakcína	66 %	65 %	34 %	39 %
23valentní polysacharidová vakcína	(92 %)*	(95 %)*	89 %	90 %

* vakcína není účinná do 2 let věku, pokrytí sérotypů je tedy v této věkové skupině jen teoretické

mutovaný difterický toxin. Hlavní význam konjugované vakcíny spočívá v její schopnosti indukovat imunitní odpověď i u dětí do 2 let, jejichž imunitní systém ještě nereaguje adekvátně na samotné polysacharidové antigeny.

Vakcína je určena především dětem do 5 let věku a imunokompromitovaným osobám.

Rutinní očkování kojenců bylo zavedeno v USA v roce 2001. Již během prvních let významně poklesla IPO, a to nejen v očkované skupině (o 59 %), ale v celé populaci (cca 30 %) – pravděpodobně díky kolektivní imunitě při sníženém nasofaryngeálním nosičství u očkováných dětí.

Negativním jevem je fenomén tzv. replacementu, kdy jsou vakcinační typy *Str. pneumoniae* nahrazeny nevakcinačními typy či jinými patogeny.

Dosud přistoupilo k plošné vakcinaci dětí zhruba 25 zemí. V České republice je bezplatné očkování Prevenarem určeno pouze dětem s definovanými zdravotními indikacemi – viz tab. 1.

V současné době se pracuje na vývoji konjugovaných vakcín s rozšířeným spektrem vakcinačních sérotypů. Ve stadiu klinického hodnocení na zvířatech jsou i univerzální pneumokokové vakcíny.

Pokrytí sérotypů v jednotlivých věkových skupinách v ČR zobrazuje tab. 2.

Doporučené schéma očkování: liší se dle věku očkování dítěte, u dětí starších 2–6 měsíců 3 dávky po 0,5 ml s odstupem nejméně 1 měsíce, 1. dávka kolem 2. měsíce, 4. dávka ve 2. roce věku. Děti 2–5 let a dospělí imunokompromitovaní: 1 dávka bez nutnosti přeočkování.

Nežádoucí účinky: ve více než 10 % hlášeny lokální reakce, horečka, podráždění, ospalost, zvracení.

Cena: jednotlivá dávka cca 2500 Kč. Většina českých pojišťoven přispívá na vakcínu ze svých preventivních fondů částkou 500–1500 Kč/rok.

Závěr

Obě pneumokokové vakcíny registrované v ČR vykazují významnou účinnost při snižování incidence IPO, účinnost prevence lokálních infekcí je sporná. Polysacharidová vakcína (Pneumo 23) je určena především osobám starším 65 let a chronicky nemocným pacientům. Konjugovaná vakcína (Prevenar) je vhodná zejména pro děti do 5 let a imunokompromitované osoby. Celosvětový nárůst rezistentních kmenů je možné ovlivnit nejen vakcinací, ale i uvážlivou preskripcí antibiotik.

Literatura:

1. Vakcinologie 2007; 1(2): 25-33. Pneumokokové infekce dětí v éře vakcinace. Blechová Z.
2. Epidemiol Mikrobiol Imunol. 1008; 57:14-21. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000–2006. Motlová J, Beneš Č, Křížová P.
3. Euro Surveill. 2005;10(9):174-8. Pneumococcal vaccination policy in Europe. Pebody RG, Leino T, Nohynek H, Hellenbrand W, Salmaso S, Ruutu P.
4. Lancet Infect Dis. 2007;7(9):597-606. Combined schedules of pneumococcal conjugate and polysaccharide vaccines: is hyporesponsiveness an issue? O'Brien KL, Hochman M, Goldblatt D.

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

MUDr. Šárka Hrušáková – promoce na 2. LF UK v roce 1997. V současné době je v předatestační přípravě oboru praktické lékařství pro dospělé.

**očkování významně
snižuje riziko infekcí
s fulminantním
průběhem**

MUDr. Jana Vojtíšková

Praktická lékařka, Praha 4

Cetirizin

– lék volby i při virové rinitidě

Souhrn: Rýma je zánět nosní sliznice, pro který je charakteristická řada příznaků. O rýmě mluvíme vždy, je-li přítomen alespoň jeden z uvedených příznaků:

- překrvení a zduření nosní sliznice,
- sekrece z nosu,
- svědění a dráždění v nose (obvykle spojené s kýcháním),
- nosní obstrukce (ucpaný nos).

Rýma vzniká alergickými (na podkladě i bez atopického podkladu), ale také nealergickými mechanismy (tj. v důsledku virové infekce, uvolněním histaminu, působením některých složek bakterií, podrážděním senzorických nervových zakončení např. dráždivými látkami, změnou teploty v okolním prostředí).

Podle mezinárodní klasifikace se rýmy rozdělují na alergické, infekční a ostatní.

Alergická rýma se dále dělí na sezonní a celoroční, její průběh je ovlivněn alergeny zevního prostředí. **Rýma infekční** se odlišuje nejen původem, ale i průběhem. V první fázi se dostavuje překrvení nosní sliznice spojené s pálením až bolestivostí v nose. Ve fázi druhé nastává zvýšená nosní sekrece. U **rýmy virové** je sekrece vodnatá. V případě přidružené komplikace bakteriální je sekrece hnisavá. Virová rýma (běžné nachlazení) je velmi rozšířeným a z hlediska socioekonomického závažným onemocněním. Rýma provází většinu viróz včetně chřipky (influenza). Z ostatních rým je častá **idiopatická (vasomotorická) rýma**, pro kterou je charakteristická výrazná nosní sekrece vyvolaná různými látkami (kouř z cigaret, změny teploty apod.).

Antihistaminikum cetirizin je indikováno k léčbě alergické rýmy a konjunktivitidy. V časně fázi tlumí účinek uvolněného histaminu, dosud uváděné výsledky klinických studií potvrzují účinek cetirizinu i na pozdní zánětlivou fázi alergické reakce. Jiné studie dokládají vzestup účinku cetirizinu s dobou, po kterou je podáván. Léčba kontinuální se jeví výhodnější pro útlum alergické zánětlivé reakce než léčba „on demand“, tj. podle potřeby.

S indikací podávání cetirizinu u virových rinitid vzniká řada otázek, nejčastěji typu:

Co má zánětlivá alergická reakce společného se zánětlivou reakcí na virus při nachlazení

nebo chřipce? Může cetirizin pomoci i u virové rinitidy? Je jeho podání vhodné jenom na alergickou reakci vyvolanou interakcí antigenu s protilátkou, anebo je schopen ovlivnit i zánět provázející virovou infekci?

Tyto otázky byly velmi intenzivně zkoumány v letech 1997–2001, kdy byl sledován účinek cetirizinu na jednotlivé mediátory. Ukázalo se, že mediátory účastníci se obou zánětlivých reakcí jsou shodné, včetně mechanismu účinku na nosní sliznici. Ve shodě jsou i příznaky klinické, jako otok sliznice, vodnatý výtok, dráždění slizničních nervových zakončení. Tzv. intracelulární adhesivní molekuly způsobující infiltraci nosní sliznice jsou současně receptory pro virus. Eosinofily infiltrují nosní sliznici nejen při alergické, ale i při virové rýmě. Cetirizin prokazatelně tlumí aktivaci prozánětlivých buněk a potlačuje chemotaxi eosinofilů.

Při pozdní alergické reakci stejně jako při virové zánětlivé reakci dochází k uvolňování kininů, které hrají významnou úlohu při podráždění nociceptivních zakončení nervů (bradykinin). To se projeví svěděním, kýcháním a otokem nosní sliznice. Cetirizin dokáže příznivě zasáhnout do zánětlivých reakcí bez ohledu na jejich patogenezi (antigen – protilátka, virová infekce).

Základní terapií akutních rinitid, sinusitid, tubotympanálních katarů a středoušních zánětů je stále nosní anemizace, tj. aplikace lokálních sympatomimetik (nafazolin, oxymetazolin nebo přípravky kombinované). Cetirizin při kongesci zduřelé nosní sliznice zatím hraje vedlejší roli, přestože dlouhodobé podávání sympatomimetik může nosní sliznici i poškodit.

Již v roce 1997 byla publikována práce Koenig Koenigová věnovaná vlivu cetirizinu na mikrobiální a virovou infekci. Autoři se zaměřili na protizánětlivé účinky cetirizinu, tedy na účinky, které nemají vztah k jeho antihistaminové akti-



MUDr. Jana Vojtíšková

co je společné zánětlivým reakcím alergické a virové při nachlazení či chřipce?

**příznaky rýmy jsou
obtěžující a omezující
pacienta**

cetirizin

vitě. Prokázali, že cetirizin produkci mediátorů zánětlivé reakce pouze „moduluje“, aniž by tlumil ochranu buněk proti infekci. Autoři uvedené publikace považují cetirizin za perspektivní látku, která v sobě spojuje účinek antialergický, protizánětlivý i protinfekční. Tento názor nebyl podložen žádnou významnější klinickou studií (dosud) a v oficiálních indikacích cetirizinu není virová ani chřipková rýma.

Rýma může být v některých případech banální onemocnění a léčba má být zaměřena na příčinu obtíží u konkrétního pacienta. Vidíme však velmi často, že příznaky rýmy jsou natolik obtěžující a omezující pacienta v běžné činnosti, že zkoušíme celou paletu léků, abychom je zmírnili. Jednou z možností je zkusit podat cetirizin.

Literatura:

1. White M. Pathophysiology and pharmacotherapy of allergic rhinitis. Mediators of inflammation and the inflammatory process. *J.Allergy Clin Immunol.*1999,103: 378–399



2. Ciprandi G, et al. Continuous versus on demand treatment with cetirizine for allergic rhinitis. *Ann Allergy Astma Immunol.*1997,79: 507–511

3. Winter B, et al. Viral induced rhinitis. *Ann J.Rhinol.* 1998,12: 17–20.

4. REMEDIA Kompendium, 3. vyd. Praha: Panax, 1999, str. 587

5. Kleniv W, Kleniv B. The impact cetirizin on microbial and viral infection. *Clin Exp Allergy.* 1997, 27: suppl 2: 33–37

6. Volně prodejná léčiva, Suchopár a kol. Edukafarm 2002

MUDr. Jana Vojtíšková – profesní informace na straně 14

Lékařské semináře...



Nabídka lékařských seminářů v Salcburku na rok 2009

Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové je za Českou republiku koordinátorem seminářů pro lékaře s atestací ve věku 30–45 let. Odborné semináře, které jsou na vysoké odborné úrovni, jsou určeny pro lékaře po atestaci, kteří jsou ochotni předávat získané informace dále. Podmínkou účasti je dobrá znalost angličtiny.

Semináře i Internships financuje nadace American Austrian Foundation (AAF), která se ve spolupráci s americkými univerzitami a odbornými pracovišti zaměřuje na postgraduální vzdělávání lékařů. Její program Open Medical Institute (OMI) je nejrozsáhlejším programem ve střední a východní Evropě.

Nabídka seminářů a přihlašování on-line na rok 2009 vyhlášeno na stránkách

<http://platform.aaf-online.org>

Na těchto stránkách je také elektronická knihovna OMI – Salzburg Medical Seminars International, kde jsou k dispozici materiály ze seminářů z let 2005–2008.

Pozor! Semináře OB/GYN; Trauma and Emergency Surgery; Urology; Behavioral Pediatrics and Child Development a Otolaryngology mají uzávěrku 30. 9. 2008.

Koordinátorka projektu:

Pavla Kovářová, kovarova@vdv.cz.

Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové

www.vdv.cz

Zentiva - Zodac

MUDr. Pavel Brejník

praktický lékař a soudní znalec z oboru zdravotnictví, specializace všeobecné lékařství

Kazuistika: Náhlé úmrtí v praxi praktického lékaře

Souhrn: Praktičtí lékaři pečují o své pacienty po mnoho let, často desítek let a většinou dokážou předpokládat vývoj jejich zdravotního stavu. Někdy se však stane, že dojde k situaci, že svého pacienta neočekávaně ztratí. Většinou poté vzniká šoková situace pro rodinu a okolí a pátrá se po příčinách odchodu pacienta.


MUDr. Pavel Brejník

Anamnéza

Pacientka E. H. se narodila v roce 1949 a lze říci, že celoživotně často navštěvovala různá zdravotnická zařízení.

Urologické obtíže

Měla urolithiasu od roku 1970, byla sledována na urologické ambulanci. V letech 1991 a 2001 jí byly extrahovány kameny z pánviček ledviny, v roce 1991 z pravé, v roce 2001 z levé, později došlo k recidivě urolithiasy, takže byla sledována pro kalikolithiasu středního kalichu vlevo 5 × 3 mm. V roce 2002 měla ureterolithiasu, stav byl řešen relokací, stentem a lithotrypsi rázovou vlnou. Poté byl stav stabilizovaný, pacientka měla pravidelné sonografické kontroly ledvin, močových cest a močového měchýře.

Varixy

V roce 1975 prodělala radikální operaci varixů, k recidivě nedošlo.

Gynekologická problematika

Byla pod pravidelnou kontrolou gynekologické ambulance. Menarche od 14 let, 1 spontánní porod, potraty žádné. V roce 1987 byla provedena supravaginální hysterectomie pro myom, bez adnexetomie, v roce 1998 měla metrorrhagii, následně byla provedena probatorní kyretáž hrdla, stav hodnocen jako cystis endometrialis ovarií bilat, cervicitis chronica, proto přistoupeno k laparoskopické bilaterální adnexetomii a exstirpaci krčku děložního. Pravidelné sledování gynekologem a urogynologem pokračovalo, neboť pacientka trpěla stresovou inkontinencí.

Kloubní a vertebrogenní obtíže

Pacientka měla letité artralgie a bolesti páteře. Opakovaně byla vyšetřena na neurologické a ortopedické ambulanci s normálním objektivním nálezem. V roce 2004 měla provedenu scintigrafii skeletu na Klinice nukleární medicíny ve FN Motol s normálním nálezem. Rentgenologický náález na kyčelních kloubech a bederní páteři v roce 2006 byl v normě.

Záněty HCD

Pacientka trpěla na záněty horních dýchacích cest, někdy spojené s dušností. V minulosti, to znamená před vznikem nynějšího onemocnění, měla provedeno RTG P+S a spirometrii v roce 2002 a 29. 3. 2005, kde konstatovány normální nálezy na nitrohrudních orgánech a normální plicní ventilace. V 4/2005, kdy po KHCD pacientka udávala dušnost, bylo provedeno echokardiografické vyšetření s normálním nálezem.

Hypertenze

Od 7/2005 měla pacientka hypertenzi, plně kompenzovanou Rhefluinem 1x1 tbl. V průběhu let měla dys-

peptické potíže ve smyslu bolestí v epigastriu, pyrosy, pocitu plnosti. Po léčbě (antagonistech H2 receptorů a později inhibitory protonové pumpy, enzymech a spasmolyticích) se stav přechodně upravil. Fibroskopické vyšetření 2004 bylo v normě, sonografické vyšetření 2004 zjistilo známou nefrolithiasu, jiná etiologie nebyla popisována.

Psychické obtíže

Pacientka mívala i pocity neklidu, nespavosti, návalů. Stav byl vždy zvládnut krátkodobou léčbou anxiolytiky a hypnotiky.

Pracovní a sociální anamnéza

Pracovně anamnesticky pacientka působila celoživotně v různých dělnických profesích, od roku 2002 do roku 2006 jako ošetřovatelka v sociálním ústavu pro postiženou mládež, od roku 2006 měla starobní důchod. Bydlela s manželem v rodinném domku, manželství bylo harmonické. Po přiznání starobního důchodu se starala o vnouče.

Nynější onemocnění

Potíže, které nakonec vedly k letálnímu konci, začaly 1. 12. 2006. U praktika udala teplotu 38,6, bolesti zad oboustranně. V ordinaci teplota 37,5, v moči bílkovina 2+, erytrocyty 3+. Tlak krevní byl 120/80. Klinicky tapottement vlevo pozitivní, citlivost v levém mesogastriu, bez peritoneálních příznaků. Stav byl hodnocen jako infekce močových cest vlevo, byl předepsán Amoclen 500 3 × 2 tablety a Algifen 3 × 30 kapek.

8. 12. 2006 byla provedena kontrola u praktika, pacientka se cítila lépe, udávala občasné dysurické potíže, byla vyšetřena na urogynologii, kde bylo doporučeno cvičit pánevní dno. Byla provedena kontrola moče chemicky s negativním nálezem, pacientka byla afebrilní.

21. 12. 2006 návštěva u praktika s dysurií a polakisurií. Moč chemicky byla negativní, teplota 36,6. Břicho bylo měkké, nebolestivé, lehce citlivé v levém mesogastriu, tapottement byl negativní. Stav byl hodnocen jako IMC recidivující, byl předepsán Furantoin 3 × 1 drg a byly doporučeny algifenové kapky dle potřeby.

5. 1. 2007 opět návštěva pacientky pro přetrvávající subfebrilie, dysurii a polakisurii. Dále udala pokašlávání. U praktika v ordinaci moč negativní, TK 130/80, T 36,2 °C. Dýchání bylo sklípkové čisté. Pacientka byla odeslána na RTG S+P, proveden rozbor moči chemicky + sediment, kultivace moči a biochemický screening. Dle výsledků byl na RTG S+P popsán při srdečním hrotu jemný stín, jiné ložiskové změny

nebyly patrné, kresba byla přiměřená, srdeční stín nezvětšen, popsán lehce napřímený kostofrenický úhel vlevo a drobné adheze v levém kostofrenickém a kardiofrenickém úhlu.

V séru zjištěny hladiny Na 141, K 4,9, Cl 100, urea 5,8, kreatinin 65, bilirubin 12, ALT 0,34, GMT 0,40, ALP 1,1, glukosa 5,4. V krevním obraze zjištěn Hb 130, Hct 0,39, leu 9,4, trombocyty 444 (v r. 2006 459, v r. 2005 469). V diferenciálním obraze byly zvýšeny neutrofily na 76 % a sníženy lymfocyty na 19 %. V moči byly chemicky pozitivní erytrocyty a leukocyty, v sedimentu erytrocyty 1, leukocyty 0, epitele ploché 1. Rozbor provedla akreditovaná biochemická laboratoř krajské nemocnice.

Bylo zjištěno zvýšené CRP na 57 mg/l (pacientka tyto hodnoty měla i v minulosti – 7/2005 52 mg/l). Moč na kultivaci byla negativní.

10.1. 2007 byla opět u praktika, udala, že teploty nemá, dysurii nemá, ale kašel trvá. Dále udala pocit zadýchávání v posledních asi 2 měsících, asi před 3 dny měla bolest na hrudi bez propagace, bolesti na hrudi se od té doby neopakovaly. Při klinickém vyšetření byl zjištěn TK 150/100, při přeměření po 10 min. 150/90, TF 84, dýchání čisté, ozvy zvukové, nebyla opocená. Bylo provedeno EKG vyšetření, kde nespecifické deprese ST ve V2-V5, ale křivka ve srovnání s minulými vyšetřeními nevykazovala žádný vývoj. Stav hodnocen jako oprese na hrudi a diferenciálně diagnosticky byla zvažována latentní ICHS (?), dekompenzovaná hypertenze (?), vertebrogenní algický syndrom Th páteře (?). Pacientce byl ordinován Ramil 2,5 l tbl. denně. Pacientka byla odeslána na kardiologické vyšetření se žádostí o provedení ergometrie. Poučena o tom, že v případě bolesti na hrudi je ihned nutná kontrola lékařem.

Asi za 20 minut po ošetření přišla pacientka zpět do ordinace s manželem. Pacientka zůstala u sestry, bavila se s ní, že se necítí dobře a že nemůže hlídat vnuka. Manžel sdělil lékaři, že je na kardiologii nevzali a objednali je až za 14 dnů. Lékař slibuje intervenci časnějšího kardiologického vyšetření na odpoledne téhož dne a pacientku na cílenou kontrolu nezve.

Dne 21. 1. 2007 volá praktickému lékaři zděšený a depresivní kardiolog, že syn pacientky na něj podal trestní oznámení za odmítnutí péče. Pacientka zemřela 10.1. 2007, objednání zařídila sestra v ordinaci a odpoledne již pacientka nepřišla. Krátce poté volá praktikovi policejní komisařka se žádostí o svědeckou výpověď a poskytnutí zdravotní dokumentace.

Praktik začal pátrat po osudu pacientky. Na záchraně službě se dozvídá, že 10.1. 2007 byl výjezd k pacientce ve 12.25, příjezd 12.27 (ordinace praktika je 200 m od sídla ZS a nemocnice). Byla provedena KPR, OTI č. 7,5, zavedení extrémně obtížné pro přítomnost žaludečního obsahu, obtížná i kanylace periferní žíly, aplikován opakovaně Adrenalin, Mesocain a další medikamenty. Pro přechod do asystolie resuscitace ukončena po 40 minutách.

Kdo byl zodpovědný?

Praktický lékař v tu chvíli musel řešit zásadní etický problém. Při svědecké výpovědi musel sdělit, zda žádal akutní vyšetření a zodpovědnost byla na kardiologovi, nebo zda si myslel, že se nejedná o stav, který vyžadoval akutní vyšetření či hospitalizaci. V tom případě veškerá zodpovědnost spadá na něj, a tím i důsledky. Pochybení s následnou příčinnou souvislostí s úmrtím znamená trestní odpovědnost a podle

současných zákonů konec kariéry praktického lékaře, nebo lékaře vůbec.

Praktický lékař při svědecké výpovědi sděluje policejní komisaře, že akutní vyšetření nežádal. Do protokolu sděluje anamnestické údaje o pacientce, o léčbě. Též sděluje, že si příčinu smrti pacientky nedovede vysvětlit. Do protokolu jako možné příčiny uvádí embolii plicní, centrální příhodu mozkovou, rupturu šlašinky při skryté endokarditidě. Policejní komisařka dle dojmu praktického lékaře nedokáže skrýt zklamání ze sdělení, že kardiolog nepochybil. Praktikovi slibuje, že objasní příčinu úmrtí a zjistí, zda byla péče poskytována lege artis a zda nedošlo k pochybení s následkem smrti.

Záchranná služba je povinná hlásit náhlá neobjasněná úmrtí na policii a policie po kauze „Stodolových“ nyní nařizuje u nejasných úmrtí soudně znalecké pitvy. Pitva byla provedena na vysoce erudovaném pracovišti v Praze. Policejní vyšetřovatelka postupně žádá 4 soudní znalce o posudek, zda v případě pacientky bylo postupováno lege artis a zda smrt nenastala v důsledku případného pochybení zdravotního zařízení.

Praktický lékař dostává 22.1. 2007 zprávu z urologické ambulance, kde byla pacientka 9.1. 2007 ošetřena. Udala subfebrilie. Bylo provedeno sonografické vyšetření bez známek městnání. Urolog pacientku odeslal na vylučovací urografii se žádostí o porovnání s vylučovací urografií z 3/06. Vylučovací urografie byla provedena 10.1. 2007 se závěrem: nefrolithiasis I sin, dolní kalich 16 mm, v průběhu levého ureteru nad levým příčným výběžkem L5 stín 8 mm – ureterolithiasis I sin v.s. Urolog dostává výsledek 16.1. 2007, a protože se pacientka nedostavila na kontrolu, posílá zprávu praktikovi. Praktický lékař nevěděl, že pacientka byla ještě vyšetřována 9.1. 2007 na urologii a 10.1. 2007, v den své smrti, měla provedeno rentgenologické vyšetření – nativní nefrogram a poté vylučovací urografii.

Praktický lékař pátral po výsledku pitvy, protože však šlo o pitvu nařízenou Policií ČR, nemůže v průběhu vyšetřování pitvající oddělení sdělovat výsledek bez souhlasu policie a policejní vyšetřovatelka nedala souhlas k tomu, aby se lékař dozvěděl výsledek pitvy, neboť tuto informaci hodnotila jako ovlivňování svědka.

Co bylo příčinou úmrtí pacientky?

Bližší informace se čtenáři Practicusu dozvědí na straně 37.

MUDr. Pavel Brejník – narozen 1956. Po absolvování FVL UK Praha v roce 1981 nastoupil do OÚNZ Kladno. Do roku 1984 se připravoval k profesi všeobecného lékaře. Od roku 1984 do roku 2002 pracoval jako závodní obvodní lékař, později jako praktický lékař pro dospělé na Dole Kladno. Od roku 1995 otevřel druhou ordinaci v městě Kladně, kde působí dosud jako všeobecný praktický lékař. Má atestace ze všeobecného lékařství I. st. (1984) a II. st. (1988). Členem výboru společnosti SVL ČLS JEP je od roku 1994, předtím pracoval v revizní komisi. Třetí volební období zastává funkci pokladníka společnosti. Je krajským konzultantem SVL pro Středočeský kraj. Je soudním znalcem z oboru zdravotnictví, specializace všeobecné lékařství. Za obor všeobecné lékařství působí ve znaleckých komisích.

Mgr. Jiří Janota

Vedoucí RTG asistent, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje

Magnetická rezonance

Článek pojednává o pohledu radiologického asistenta na magnetickou rezonanci, blíže rozebírá princip zobrazování, indikace a kontraindikace a slouží k bližšímu seznámení s touto vyšetřovací modalitou.


Mgr. Jiří Janota

**větší přesnost
zobrazení bez
škodlivého
ionizujícího záření**

Magnetická rezonance

V posledních letech došlo v oboru radiologie k obrovskému rozvoji v technické oblasti, a to nejen u přístrojů využívajících ionizující záření, ale i v oblasti využívající silné magnetické pole – magnetická rezonance.

Blíže se seznámíme s principem, výhodami a nevýhodami, indikacemi, kontraindikacemi a dalšími důležitými informacemi.

Fyzikální princip

Fyzikální princip magnetické rezonance (MRI) využívá skutečnosti, že protony stejně jako neutrony mají určitý vlastní moment, tzv. spin, díky němuž získává celé atomové jádro určitý magnetický moment.

Pokud je takovéto rotující jádro umístěno v konstantním magnetickém poli B_0 , dochází k tomu, že se nasměruje podle působení tohoto pole a osa jádra bude lehce rotovat kolem směru působícího pole B_0 . Tento pohyb vzniká při každé změně působícího magnetického pole, dokud se jádro v dané poloze neustálí. Pokud vnější pole přestane působit, vrací se jádro do své původní klidové polohy. Pokud se přidá druhé, kolmo působící (transverzální) pole B_1 , začne jádro opět rotovat. Aby byla jádra udržena ve stálém pohybu, používá se vysokofrekvenční magnetické pole, které současně rotuje v rovině XY. Dříve používaná pole o velikosti 0,2–0,5 Tes-

la nejsou dnes již obvyklá a nahrazují je přístroje s poli o velikostech kolem 1–3 Tesla (magnetické pole Země je v ČR zhruba 20 μ T).

Pro vyvolání rotačního pohybu kolem osy má každé jádro určitou rezonanční frekvenci, obvykle nazývanou jako vlastní frekvence. Ta závisí na působícím magnetickém poli a na vnitřní struktuře jádra. Vlastní frekvence pro vodík je při 1 Tesla 42,58 MHz, a protože ze všech prvků je vodík v lidském těle nejpočetněji zastoupen, používá se právě frekvencí podobných této. Volbou velikosti prvního statického magnetického pole B_0 a volby velikosti pro transverzální magnetické pole B_1 se dá velice přesně určit, která jádra budou v rezonanci. Rezonancí je magnetický moment m jádra překllopen o 90° do roviny XY a osa pak rotuje podle transverzálního pole. Pokud je transverzální pole odpojeno, rotuje jádro stále v rovině XY. Přiblížením cívky do blízkosti rotujícího magnetického momentu se v ní indukuje napětí, které je následně měřeno. Zjednodušeně je velikost naměřeného napětí závislá na poloze a typu tkáně.

Výhody magnetické rezonance

Výhodou MRI vůči ostatním zobrazovacím metodám v diagnostické radiologii je větší přesnost při zobrazení většiny orgánů, jež je důsledkem rozdílné intenzity signálu u odlišných měkkých tkání. Navíc toto zobrazení probíhá bez mož-

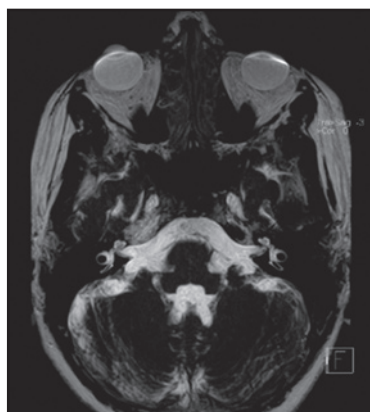

Obr. 1: gantry MR přístroje

ného škodlivého ionizujícího záření. Některé orgány, jako nervy či mozkovou tkáň, bylo možné neinvazivně zobrazovat až právě pomocí MRI. Díky rozsahu nastavení vyšetření je možné dosáhnout rozlišení, které dalece přesahuje možnosti rentgenu či CT. Dalšího zlepšení může být ještě dosaženo podáním speciální kontrastní látky, která pomůže odhalit přítomnost zánětů či nádorových tkání.

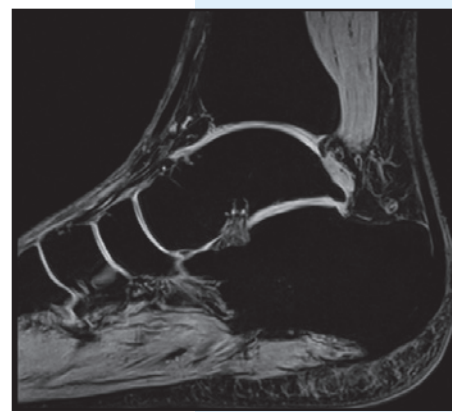
Nový vývoj umožnil zkrátit časový interval získání jednoho snímku řádově v milisekundách. To umožnilo tzv. MRI-fluoroskopii, při které jsou pohybující se orgány zobrazovány v reálném čase, což nachází široké uplatnění v intervenční radiologii.

Nevýhody vyšetření MR

- Relativně dlouhá doba vyšetření (cca 20–40 minut, někdy i 60 minut).
- Hluk – přístroj při generování impulsů generuje celkem výrazný hluk!
- Klaustrofobie – někteří pacienti citliví na stísněný prostor mohou pobyt v gantry přístroje vnímat velmi negativně.
- Dlouhá objednávací lhůta.
- Cena – jedná se o velmi drahé vyšetření (vyšetření 1 oblasti stojí pojišťovny cca 6000 až 8000 Kč).



Obr. 2: mozek v axiální rovině



Obr. 3: hlezenní kloub

Délka vyšetření

Trvání jednoho MRI vyšetření se odvíjí od vyšetřované části těla, požadavků indikujícího lékaře a používaného přístroje. Nejčastěji prováděná vyšetření trvají 20–30 minut. Čím větší je požadované rozlišení a vyšší kvalita, tím se doba prodlužuje. Na tento podstatný faktor musí být brán zřetel vzhledem ke schopnostem pacienta vydržet danou dobu v klidu (starší lidé, úrazy). U kojenců, dětí a klaustrofobiků je obvykle nutná narkóza.

Mají se pacienti vyšetření obávat?

Tohoto vyšetření se opravdu nemusí obávat. Je

**vysoká cena
(6-8000 za vyš.
jedné oblasti)**

DIAGNOSTIKA

RESPIRACÍ DO 15 MINUT !

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

CerTest RSV-Adenovirus Resp. Test	od 114,- Kč / test
CerTest RSV Test	od 78,- Kč / test
CerTest Adenovirus Resp. Test	od 78,- Kč / test
CerTest Strep A Test	od 58,- Kč / test
CerTest Influenza A+B Test	od 87,- Kč / test

GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU DO 15 MINUT!

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

CerTest Rota-Adeno Test	od 70,- Kč / test
CerTest H. pylori Test	od 70,-Kč / test
CerTest E. coli Test O 157:H7	od 57,-Kč / test

OKULT-VIDITEST RAPID

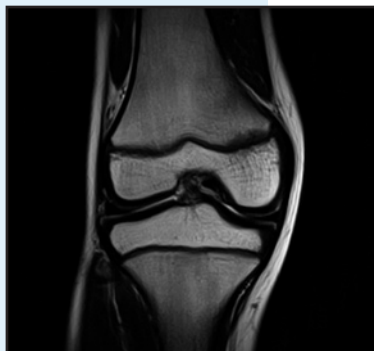
od 25,- Kč / 1 trojkarta



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

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

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



Obr. 4: kolenní kloub



Obr. 5: zobrazení cév

a kosti. Vzhledem k vynikajícímu zobrazení měkkých tkání může vyšetření magnetickou rezonancí odhalovat i drobné léze v kloubech (poranění menisků, chrupavek, vazů), zlomeniny, které nejsou diagnostikovatelné na klasických rtg. snímcích, zobrazí degenerativní onemocnění kloubů, infekce i nádory.

Vyšetření ostatních struktur je prováděno dle typů přístroje – horní břicho (játra, žlučový strom, slinivka břišní) a také oblast malé pánve při nádorovém onemocnění dělohy, mužské pohlavní orgány, ledviny, střeva. Na přístrojích 1,5 T a více lze zobrazovat hrudník a srdce.



Obr. 6: krční páteř v sagitální rovině

absolutně nebolestivé. Velmi pomáhá lékařům v rozhodování o dalším nejvhodnějším postupu léčby. Velké plus této metody je, že nedochází k zátěži pacienta škodlivým rentgenovým zářením.

Jak vypadá vlastní vyšetření?

Po odložení kovových předmětů se pacient položí na lehátko, které pomalu vjede do uzavřeného prostoru válcového tvaru, v němž za silného magnetického pole probíhá vlastní vyšetření. Vyšetření je doprovázeno poměrně silným hlukem. Od personálu dostane „špunty“ do uší nebo sluchátka, která pomohou hluk lépe snášet, a navíc mohou vyšetřovaní pacienti poslouchat vybranou hudbu.

Je nějaké omezení po vyšetření?

Toto vyšetření je zcela bez dalších omezení. Pokud si pacient bral před vyšetřením lék na zklidnění, nesmí několik hodin řídit motorové vozidlo.

Kdy bude výsledek?

Informace získané pomocí magnetické rezonance jsou v podobě snímků požadované oblasti k dispozici ihned po vyšetření (pro terénní lékaře se vypalují data na CD). Výsledek je znám od jednoho do tří pracovních dnů nebo dle zvyklostí jednotlivých pracovišť.

Indikace k vyšetření MR

Hlavní vyšetřovací oblastí MR je **neuroradiologie**, tzn. **vyšetření mozku a páteře**.

MR mozku je nejcitlivější metodou pro posouzení morfologie a event. patologie mozku. Indikací jsou především zánětlivá onemocnění mozku (zvláště demyelinizační – roztroušená skleróza mozkomíšního), záchvatovitá onemocnění – epilepsie, nádorová onemocnění, onemocnění cév, vrozené vady, hydrocefalus, bolesti hlavy, onemocnění podvěsku mozkového (hypofýzy), následky úrazů hlavy a podobně.

MR vyšetření páteře je jako jediné ze zobrazovacích metod schopno zobrazit morfologii míchy a zcela bezkonkurenčně zobrazí i měklotkáňové komponenty páteře – ploténky, vazy, míšní nervy – proto se využívá k vyšetření prakticky všech patologií v obl. páteřního kanálu – degenerativních onemocnění páteře, výhřezů plotének, traumatických změn páteře, nádorů v páteřním kanálu i metastatického onemocnění obratlů, zánětlivých, nádorových i degenerativních onemocnění míchy.

Další, neméně důležitou oblastí je **vyšetřování muskuloskeletálního systému** – svaly, klouby

Kontraindikace

Absolutní kontraindikací, vzhledem k silnému magnetickému poli, je:

- implantovaný kardiostimulátor,
- kochleární (sluchový) implantát.

Relativními kontraindikacemi jsou:

- kovové cévní svorky,
- kovový materiál v těle v blízkosti vyšetřované oblasti
 - kovové implantáty,
 - náhrady kloubů,
 - kovové špony a střepliny,
- tetování,
- permanentní make-up,
- gravidita (první trimestr).

Literatura:

- 1) Seidl, Z., Vaněčková, M.: *Magnetická rezonance hlavy, mozku a páteře* 2006; ISBN 978-80-247-1106-5

Mgr. Jiří Janota – Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích – Zdravotně sociální fakulta. Bakalářský studijní obor radiologický asistent ukončený v roce 2001. Magisterský studijní obor biofyzika ukončený v roce 2006. Současné zaměstnání: Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s., nemocnice Středočeského kraje. Funkce: vedoucí RTG asistent.

**bezkonkurenční
zobrazení měkkých
tkání**

Co bylo příčinou úmrtí pacientky?

Pokračování kazuistiky Náhlé úmrtí v praxi praktického lékaře ze strany 33

Výsledky makroskopické pitvy

Dutina lební: mozek o váze 1590 g, omozečnice jemné, závitý oploštělé, kora šedohnědá, bílá hmota přiměřeně krevnatá, přiměřené konzistence, postranní komory souměrné, komorový mok čirý, basální ganglia, mozeček, most a prodloužená mícha bez patologického nálezu.

Hrudník: pravá plíce 560 g, vel. 28 × 18 × 4 cm, poplicnice lesklá jemná, na řezu tkáň hnědočervená, vzdušná, prosáklá zpěněnou tekutinou. Průdušky s povlakem hlenu, plicní tepna jemná volná, levá plíce 400 g, tkáň i průdušky nálezu téhož jako vpravo. Srdce 15 × 11 × 5 cm, osrdec lesklý jemný, chlopně všude jemné, sval pravé komory 0,3 cm a levé komory 1,5 cm silný, věnčité tepny s roztroušenými drobnými žlutavými pláty, na řezu sval červenohnědý, přiměřeně tuhý. Srdečnice ve vzestupné části šíře 6,2 cm s drobnými žlutavými pláty, hmotnost srdce 290 g.

Dutina břišní: v játrech na spodině pravého laloku je pod povrchem **temně fialové ložisko 7 × 5 cm, vedle podobné 4 × 3 cm**. Pravá ledvina 160 g, pouzdro lehce slučitelné, tkáň červenofialová, značně krevnatá, kresby dobře patrné, hranice dřené a kory ostrá, sliznice kalichů a pánevčky bledá. Levá ledvina 200 g, 13 × 6 × 3 cm, nálezu téhož jako vpravo, v dolním pólu je **ohraňčené ložisko vyplněné šedožlutým obsahem podobným hnisu**. V pánevce v místě odpovídajícím tomuto ložisku je vklíněn kámen.

Z výsledků makroskopické pitvy je zřejmé, že základní příčina úmrtí pacientky byla dále nejasná, pracovně uvažováno o selhání srdce a otoku mozku při chronické pyelonefritidě.

Výsledky mikroskopické pitvy

Bylo provedeno mikroskopické vyšetření jater, srdce a levé ledviny. Histologicky na srdci zjištěno výrazné překrvení s tečkovitými ložisky krvácení, místy undulace svalových vláken. Na jednom preparátu patrně větší vazivové ložisko, na dalších preparátech také drobná vazivová ložiska a v jejich okolí skupiny eosinofilnějších svalových vláken bez patrné struktury. Některé arterioly s nepravidelně výrazně ztlustělou stěnou. Nález uzavřen jako **roztroušená fibróza srdečního svalu, sklerosa věnčitých tepen**.

Na játrech popsáno ložisko složené z různě velikých nepravidelných dutin vystlaných endotelem a krví – uzavřeno jako **kavernom**.

Na levé ledvině v oblasti makroskopického ložiska ve tkáni je dutina dobře ohraničená nekrotickou tkání a smíšenou celulizací, v intersticiu výrazné zmnožení vaziva s ložisky kulatobuněčné celulizace a hyalinizace arteriol. Nález uzavřen jako **chronický zánět ledviny, absces levé ledviny**.

Příčina smrti

Jako příčina smrti bylo určeno **srdeční selhání při roztroušené fibróze srdečního svalu a skleróze věnčitých tepen srdce**. Základní onemocnění: obě tyto diagnózy + kámen v levé ledvině pánevce a chronický zánět ledviny. Komplikace – absces levé ledviny a vedlejší nález kavernomu jater.

Komentář

Zpětně proto bylo znalcem konstatováno, že kardiopulmonální resuscitace, byť byla zahájena do 3 minut, byla neúspěšná proto, že probíhalo skryté onemocnění srdce, běžnými postupy nezjistitelné. Patrně únavou z návštěv po zdravotnických zařízeních při probíhajícím zánětu ledvin došlo k iontové dysbalanci, následně maligní arytmií, která vedla k srdečnímu selhání. Chudý močový nález byl způsoben patrně zaklíněním konkrementu. Zajímavé je, že na sonografii ledvin 24 hodin před letální příhodou nebyl absces popisován, též nebyl popsán na vylučovací urografii 4 hodiny před smrtí.

Praktický lékař nemohl příčinu roztroušené fibrózy odhalit, navíc provedená vyšetření RTG P+S 5.1. 07 a EKG 10.1. 07 byla v normě, a též kardioechografické vyšetření v nedávné době před příhodou bylo též v normě. Fibrózu srdce lze zjistit magnetickou rezonancí či pozitronovou emisní tomografií, tato vyšetření ale nebyla akutně indikována. Případná ergometrie mohla zjistit ischemii, při ní však také mohlo dojít k selhání srdce a úmrtí pacientky. Selektivní koronarografie by patrně neodhalila kritické stenózy, neboť makroskopický pitevní nález popisoval roztroušené drobné pláty, až histologie popisovala některé arterioly s nepravidelně výrazně ztlustělou stěnou.

Pacientka zemřela, aniž bylo prokázáno pochybení v poskytování zdravotní péče praktickým lékařem. V tom se v posudcích shodli 4 znalci z oboru zdravotnictví.

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

léčba DM 2. typu:

1. korekce TK
2. metformin
3. antiagregancia
4. statiny

*mění se přístup
k cílové hladině
glykémie ve prospěch
tolerance vyšších
glykemií*

Doporučení NICE pro diabetes mellitus 2. typu

Klinická otázka: Co nového doporučuje Národní institut pro klinickou efektivitu NICE (the National Institute of Clinical Effectiveness) v léčbě pacientů s diabetem 2. typu?

Závěr: Britská doporučení NICE navrhuje **dobrou korekci krevního tlaku, metformin jako úvodní léčbu, denní užívání aspirinu a léčbu statiny u většiny pacientů s diabetem 2. typu (bez ohledu na počáteční hladinu cholesterolu). Tato doporučení se liší od doporučení Americké společnosti pro diabetes tím, že jsou více orientována na pacienta a jsou méně agresivní ve smyslu udržování trvale nižších hladin glukózy. (LOE = 5)**

Reference: Home, P., Mant, J., Diaz, J., Turner, C., on behalf of the Guideline Development Group. Management of type 2 diabetes: updated NICE guidance. BMJ 2008; 336: 1306–8.

Typ studie: Doporučený postup.

Financování: Vláda.

Prováděcí prostředí studie: Různé (doporučený postup).

Synopse: Doporučené postupy tvořené NICE jsou odvozovány ze systematických přehledů a doplněny v případech, kde je nedostatek vědeckých důkazů, o doporučení založená na názoru expertů. Organizace NICE se snaží o přístup více orientovaný na pacienta, což není zatím rozšířeno v USA, a doporučuje zapojení pacientů do rozhodování o určení jejich individuálních cílových A1c hladin, hodnot krevního tlaku a hladin lipidů.

Na základě vědeckých důkazů a názorů expertů doporučují strukturované vzdělávání vycházející z potřeb individua, které je prováděno vyškolenými osobami. Přitom by měly být nabídnuty i rady o výživě. Domácí samovyšetřování hladin cukru je doporučováno jenom jako pomoc při edukaci a potřeba samovyšetřování u jednotlivých osob je kontinuálně přehodnocována.

Další doporučení:

1) Korekce krevního tlaku by měla být prováděna u pacientů s potvrzeným tlakem >140/80 mm Hg nebo >130/80 mm Hg v případě přítomných orgánových změn (vysoká až střední úroveň důkazů).

2) Metformin by měl být lékem první volby u většiny pacientů a následovat po pokusu o změnu životního stylu a po edukaci pacienta (vysoká úroveň důkazů).

3) Všichni pacienti s diabetem starší než 50 let a dále i mladší pacienti s vysokým rizikem kardiovaskulárního onemocnění by měli každý

den užívat kyselinu acetylsalicylovou (střední úroveň důkazů).

4) Léčba statiny by měla být započata u většiny pacientů od 40 let věku a u mladších osob s kardiovaskulárním rizikem. Podle potřeby zvýšit dávku statinu, aby byla udržována hladina celkového cholesterolu nižší než 4,0 mmol/l nebo LDL cholesterolu nižší než 2,0 mmol/l (vysoká úroveň důkazů).

5) Monitorovat albuminurii, zrakovou ostrost a neuropatické symptomy (názor expertů až vysoká úroveň důkazů).

Doporučení NICE pro léčbu hyperlipidemie

Klinická otázka: Co nového doporučuje Národní institut pro klinickou efektivitu NICE (the National Institute of Clinical Effectiveness) s ohledem na léčbu pacientů se zvýšeným rizikem kardiovaskulárního onemocnění a se zvýšenou hladinou lipidů?

Závěr: Podle NICE je důležitým parametrem při rozhodování o hypolipidemické léčbě základní riziko, ne zjištěná hladina lipidů. U pacientů se zvýšenou hladinou lipidů bez srdečního onemocnění je doporučováno začít léčbou pouze u pacientů, kteří mají 10leté riziko alespoň 20%. K výpočtu rizika je k dispozici nástroj v Essential Evidence Plus. U těchto pacientů v primární prevenci je doporučeno podávání simvastatinu 40 mg denně bez potřeby kontrol hladin cholesterolu. U pacientů se srdečním onemocněním je doporučeno začít léčbu stejnou dávkou, ale kontrolovat terapeutickou odpověď a dále podle potřeby zvýšit dávku. Tato doporučení jsou určena pro muže i ženy, ačkoliv u žen nebylo u hypolipidemické léčby prokázáno snížení mortality. (LOE = 5)

Reference: Cooper, A., O'Flynn, N. Risk assessment and lipid modification for primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of NICE guidance. BMJ 2008; 336: 1246–1248.

Typ studie: Doporučený postup.

Financování: Vláda.

Prováděcí prostředí studie: Různé (doporučený postup).

Synopse: Doporučené postupy tvořené NICE jsou odvozeny ze systematických přehledů a doplněny v případech, kde je nedostatek vědeckých důkazů, o doporučení založená na názoru expertů. Tato doporučení se vzdalují od tvrzení: „Je-li cholesterol vysoký, sniž ho.“ a vedou k mírnějšímu přístupu zaměřenému na riziko kardiovaskulárního onemocnění u pacienta.

*o léčbě hyperlipidemie
rozhoduje zjištěné
riziko, ne hladina lipidů*

*v primární prevenci
je indikací k léčbě
riziko ≥ 20 %*

Tento přístup dává smysl při udání, že většina osob zařazených do studií o hypolipidemické léčbě není pro tuto léčbu vhodná (Arch Intern Med 2001; 161: 949–54). U pacientů bez preexistujícího srdečního onemocnění doporučené postupy zdůrazňují určení 10letého rizika při použití nástroje vycházejícího z framinghamských dat (viz Essential Evidence Plus) a doporučují léčbu pouze u pacientů s vypočteným rizikem minimálně 20 %. Doporučení přidávají svůj vlastní doplněk k výpočtu rizika a navrhuji zvýšit riziko o 1,5, jestliže pacient má mezi příbuznými prvního stupně případ předčasného srdečního onemocnění, a zdvojnásobení rizika, jestliže jsou mezi příbuznými prvního stupně přítomny 2 případy předčasného srdečního onemocnění. Doporučené postupy navrhuji začít léčbu u pacientů, kteří splňují kritéria, dávkou 40 mg simvastatinu denně a – ! – nekontrolovat jejich odpověď na léčbu a nezvyšovat dávky (přístup nevměšování). Přijmout tento přístup v USA bude asi vyžadovat značnou změnu v myšlení. V sekundární prevenci u pacientů s preexistujícím srdečním onemocněním je doporučeno začít léčbu simvastatinem 40 mg denně a zvýšit dávku, jestliže pacientův celkový cholesterol nepoklesne pod 4,0 ml/l nebo LDL cholesterol pod 2,0 mmol/l.

Doporučené postupy navrhuji stejný přístup u žen i u mužů, ačkoliv u žen nebylo prokázáno, že snižování hladin cholesterolu snižuje jejich mortalitu (JAMA. 2004; 291: 2243–2252, Lancet 2007; 369: 168–169).

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

Intenzivní kompenzace glykemií (HbA1c < 7,0 %) u DM2 může být škodlivá (ACCORD)

Klinická otázka: Zlepšuje intenzivní kompenzace glykemií (HbA1c < 7,0 %) zdravotní výsledky u dospělých s diabetem 2. typu?

Závěr: Intenzivní kompenzace glykemií u diabetiků 2. typu (glykovaný hemoglobin < 7,0 %) může snižovat výskyt důsledků s ohledem na nemoc, ale mnoha studiím se nepodařilo prokázat jakýkoliv signifikantní pokles výskytu nežádoucích důsledků s ohledem na pacienta. Intenzivní kompenzace v této studii dokonce zvýšila incidenci všeobecné mortality. Metformin významně snižuje riziko jak velkých makrovaskulárních příhod, tak všeobecnou mortalitu a měl by zůstat lékem první volby pro snižování hladiny cukru u diabetiků 2. typu. U žádných jiných skupin antidiabetik, včetně insulínu, neexistují důkazy, které by prokazovaly zlepšení výsledků z ohledem na pacienta. (LOE = 1b)

Reference: Gerstein, H. C., Miller, M. E., Byington, R. P., for the Action to Control Cardiovas-

cular Risk in Diabetes (ACCORD) Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008; 358: 2545–59.

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě zaslepená).

Financování: Nadace.

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (specializace).

Rozdělení: Nejisté.

Synopse: Předchozí studie zaměřené na diabetes 2. typu neudaly žádné významné výhody intenzivní kompenzace hladin glukózy pro samotného pacienta, a to bez ohledu na použití léčebné modality (Shaughnessy, A. F., Slawson DC. BMJ 2003; 327: 1–7). Výzkumníci do této studie vybrali 10 251 dospělých ve věku 40–79 let s diabetem 2. typu a průměrnou hladinou glykovaného hemoglobinu (HbA1c) 8,1 %. Vhodné osoby byly náhodně rozděleny (nejisté tajné rozdělení) a dostávaly buď intenzivní léčbu (s cílem HbA1c < 6,0 %), nebo standardní léčbu (s udržováním HbA1c 7,0–7,9 %). Léčebné režimy byly individualizovány při použití standardních antidiabetik s možností výběru podle pacienta a jeho lékaře. Celková návratnost pacientů při sledování byla 99 % při průměrné době sledování 3,5 roku. Osoby, které měřily veškeré léčebné výstupy, byly zaslepené ke způsobu léčby. Při analýze léčebných výsledků byly hladiny HbA1c v prvním roce významně nižší ve skupině s intenzivnější léčbou ve srovnání se standardní léčbou (6,4 % vs. 7,5 %). Nižší HbA1c ve skupině s intenzivní léčbou byl spojen s vyššími dávkami užívaných léků ze všech skupin antidiabetik. Nicméně studie byla ukončena z důvodu zvýšení všeobecné mortality ve skupině s intenzivní léčbou ve srovnání se standardní léčbou (257 vs. 203 úmrtí). Pacienti zařazení do skupiny s intenzivní léčbou měli také významně vyšší výskyt hypoglykemií, nárůstu váhy a retence tekutin.

Jiná studie publikovaná ve stejném čísle časopisu (The ADVANCE Collaborative Group. N Engl J Med 2008; 358: 2560–72) také hodnotila užitek intenzivní kompenzace diabetu (HbA1c 6,5 % nebo méně) ve srovnání se standardní léčbou (HbA1c 7,0–7,9 %) u 11 140 dospělých s diabetem 2. typu. Ačkoliv intenzivní kompenzace významně snížila vývoj mikrovaskulárních komplikací (hlavně nefropatie), intenzivní kompenzace nijak signifikantně nesnížila velké makrovaskulární příhody u pacientů (včetně úmrtí z kardiovaskulárních příčin nebo všeobecné mortality). Těžká hypoglykemie byla opět významně častější ve skupině s intenzivní léčbou.

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

Připravila MUDr. Jaroslava Laňková

Intenzivní kompenzace glykemií u diabetiků 2. typu je spojena s vyšší všeobecnou mortalitou

ze všech skupin antidiabetik má u DM 2. typu nejlepší výsledky metformin

Teva inzerce

Teva - Triglyx

50 let praktickým lékařem



MUDr. Vratislav Klíma se narodil v roce 1929 v Praze. Lékařskou fakultu Karlovy univerzity absolvoval v listopadu 1953. Do roku 1956 pracoval v nemocnici v Martině. V letech 1956–1958 absolvoval vojenskou základní službu. 28. 10. 1958 nastoupil jako závodní lékař na Důl Nosek v Tuchlovicích u Kladna, kde působil až do skončení těžby v roce 2002. Od roku 2002 působí jako praktický lékař v Kladně. Atestoval z interny a ze všeobecného lékařství.

*po promoci jsem byl
povolán distributorskou
komisí na Slovensko*

*během praxe
na chirurgii jsem
provedl asi
150 operací*

S MUDr. Klímou jsem se poprvé setkal v roce 1983, kdy jsem s ním sloužil lékařské služby první pomoci. Již tehdy mě zaujal rozsáhlými medicínskými znalostmi, které významně převyšovaly obvyklý nemocniční průměr, na který jsem byl do té doby zvyklý ze své praxe. To umožnilo rychlou a přesnou diagnostiku bez použití služeb komplementu a většinou časnější uzdravení pacienta. Od té doby jsme se při společné práci s MUDr. Klímou setkali mnohokrát. Pro jeho příkladnou celoživotní práci jsem ho požádal o rozhovor, aby se s některými zkušenostmi a postřehy seznámili i jiní praktičtí lékaři nebo čtenáři časopisu Practicus.

Jaké byly tvé začátky medicínských kariér?

Lékařskou fakultu jsem studoval v letech 1948 až listopad 1953. Poslední ročník byl zkrácen, takže celková doba studia byla 5,5 roku. Po promoci jsem byl poslán distribuční komisí při lékařské fakultě na další práci na Slovensko do Martina, kde tehdy byla okresní nemocnice s internou, chirurgií a gynekologií. Nastoupil jsem na chirurgii, kde byl primářem Pavol Steiner, zkušený a výborný chirurg, který měl v té době atest FRCS anglické chirurgické společnosti. Byl to progresivní lékař a již v té době, koncem 50. let, prováděl složité operace, např. operaci srdečních chlopní v podchlazení. Na oddělení byla i tzv. reanimační izba, dnešní JIP. Z titulu jeho členství v anglické chirurgické společnosti dostával moderní časopisy, takže jsme měli k dispozici chirurgické novinky té doby. Na oddělení pracovalo celkem 5 lékařů. Během praxe jsem provedl asi 150 operací včetně například appendektomií.

O stanici na oddělení se staral de facto i neatestovaný lékař. Za několik let byla v Martině založena lékařská fakulta a nemocnice se stala fakultní nemocnicí. O stejné pacienty se na stanici poté staral docent medicíny se sekundář. V stejnou dobu na interním oddělení těžce nemocnice bylo pouze jedno jednovodové EKG. Zpětně mohu konstatovat, že na toto období mám velmi dobré vzpomínky. Chtěl jsem se však vrátit do Čech, což bylo organizačně téměř nemožné. Jedinou cestou bylo pro mě přejít do závodní péče. Za pomoci manželky jsem sehnal místo závodního lékaře na Dole Nosek v Tuchlovicích u Kladna.

Jaká byla práce závodního lékaře?

Po celé období musela závodní péče pokrýt všechny tři směny, takže po celé období v letech 1958 až 2002 jsem měl pracovní dobu od 5.15 hodin do 14.15 hodin, v průměru jsem se staral o 1500 pacientů, zaměstnanců dolu, někdy zčásti hornických učňů. Denně jsem ošetřoval 45–60 pacientů, v případě potřeby se fáralo k úrazům. Též jsme fárali v rámci tzv. hygienických kontrol na pracovištích. Léta jsem se angažoval jako důlní záchranář.

Jak se měnila medicína v průběhu dlouholeté praxe?

Lékařská věda samozřejmě udělala ohromný pokrok, zejména se zrychlila a zpřesnila diagnostika. Je velice dobré, že pacientovi během jednoho dne jsou provedena všechna potřebná vyšetření a je ihned zahájena léčba, což má zásadní vztah k rychlosti léčení a včasnějšímu uzdravení pacienta. Líbí se mi zejména jednodenní hospitalizace s lékařskými zákroky. Někdy mám však dojem, po sdělení pacientů, že by nemocnice potřebovaly více místa i personálu. V obvodní praxi bych vyzdvihl zavedení podtlakových odběrových zkumavek, kdy na jedno píchnutí lze odebrat krev pro několik druhů vyšetření. Zároveň se zvýšila i bezpečnost zdravotníků při odběrech.

Co pacienti? Prošlo chování pacientů nějakým vývojem?

Vyskytují se konflikty s pacienty?

Domnívám se, že pacienti mají více informací a jsou o 50 % vzdělanější. Při příchodu do ordinace v dnešní době vědí, co chtějí a co by mohli dostat. Tím, že znám většinu svých pacientů po desetiletí, konflikty téměř nemám. Nikdy na mě nikdo do ordinace s mačetou nepřišel. Někdy je cítit tlak na vystavení pracovní neschopnosti, na převedení do invalidity, ale vždy je důležité, aby praktický lékař obhájil své stanovisko. Edukaci pro pacienty nepopulárních věcí, jako je například redukce váhy, omezení kouření, berou jinak než v minulosti, zájem pacientů o své zdraví se rozhodně v posledních letech zvýšil.

S vyslovenou simulací pacientů se často nesečká, avšak pacienti se v každé době snažili řešit svoje sociální a osobní problémy přes zdravotnictví. Významný nárůst necítím. Lze říci, že v současné době je získání invalidity mnohem obtížnější než v minulosti. Za každé doby a u každého pacienta je nutné provést rozbor situace, probrat pacientovy ambice a záměry a rozhodnout se pro správné řešení. Osobně se mi nelíbilo, když pacient potřeboval a vyžadoval lázeňské léčení na křížek, v dnešní terminologii komplexní lázeňskou léčbu. Pokud to nevyšlo,



příspěvkovou lázeňskou léčbu někteří pacienti najednou nepotřebovali a nechťeli.

Jaký je význam preventivní péče a jaký má efekt?

Preventivní prohlídky efekt mají, zejména vyšetření moče, krevního tlaku, vyšetření stolice na OK, zjištění diabetu. Ale péče praktického lékaře není jen preventivní, je třeba soustavné vyšetřování a sledování a poté i preventivní záchyty vedou k úspěšnému léčení a profitu pro pacienta.

Jaká byla a je spolupráce se specialisty a s nemocnicí?

Spolupráci s kliniky jsem měl vždy dobrou, nemohu si stěžovat. V průběhu let vidím enormní nárůst kvality péče v ambulancích i v nemocnici, zrychlení a zpřesnění diagnostiky. Problémem jsou dlouhé objednací doby například na urologii a neurologii.

Jsou lékové kompetence a možnosti vyšetřování praktických lékařů dostatečné? Vztah k regulacím...

Před lety byl lékový breviř rozsahem útlý sešitek, dnes mnohasetstránková kniha. V zásadě vystačím s tím, co mohu psát. Problémem jsou kortikoidní masti a antiagregační látky, např. Ibustrin, které pacienti běžně užívají a my je nemůžeme předepisovat. Dostupnost komplementu se v průběhu let nezměnila, vždy jsem mohl žádat biochemická a rentgenologická vyšetření. S regulací nemám zásadní problémy. Pouze mi vadí, že dříve jsem mohl dělat malou chirurgii, punkce kloubů apod. V současnosti, když nemám vlastní chirurgický sálek, tak k provádění těchto výkonů nemám od zdravotních pojišťoven povolení.

Jaká by měla být role praktického lékaře?

Lékař musí vycházet z vlastních znalostí a vyšetření. Praktický lékař by měl zapracovat výsledky a sdělení specialistů, sloučit je a přitom využít dlouholetých zkušeností a vědomostí o pacientovi, včetně znalostí o jeho okolí.

Jak hodnotíš roli lékařské komory a odborné společnosti?

Pokud lékařská komora bude dbát o odbornou erudici lékařů, je její role namísto a nezastupitelná, měla by mít však stejný vztah ke všem lékařům. Nabídka vzdělávacích programů prodělala velký pokrok a v současnosti dává všem praktickým možnost se dostatečně vzdělávat. V minulosti tyto možnosti nebyly, a to i včetně dostupnosti odborné literatury.

Jak se měnila role a postavení lékaře ve společnosti?

Prestiž a postavení lékaře se proti socialistickému období výrazně zlepšily. Závodní lékař za socialismu byl pro vedení závodu, pro odborové instituce na posledních místech. Od horníků jsem někdy slyšel názory o vystudování za dělnické peníze, o tom, že havíř může doktora dělat stejně. Na to jsem reagoval vždy sdělením, ať to zkusí, že já bych havíře mohl dělat rovnou, ale on lékaře nikoli. Převědno do financí, nastupoval jsem za 1050 Kčs, a to závodní lékaři patřili k lépe placeným lékařům, horníci brali v té době 4–5 tisíc Kč. K této mzdě jsem se propracoval v 80. letech, to však plat horníků činil 12 tisíc Kč. K narovnání došlo až v posledních 15 letech. Lze říci, že v současné době je prestiž lékaře společensky i finančně vyšší než v minulosti.

Jaké sdělení bys měl pro začínající lékaře?

Každý lékař by měl jít s dobou, stále studovat. Celoživotně by měl nalézt dostatek pokory v sobě, že to, čeho dosáhl, není vrchol, je možné jít stále nahoru, zajímat se o vše nové.

Jaká byla role rodiny? Máš následovníky?

Moje první manželka byla obvodní lékařka. Rozdělila nás však její předčasná smrt v roce 1979. Obě naše děti se staly lékaři. Dcera původně pracovala jako otolaryngoložka, posledních 20 let však pracuje jako praktická lékařka. Syn je privátní alergolog. Mezi vnuky následovníky nemám. Moje druhá manželka je zdravotní sestra a po mnoho let je mojí nejbližší spolupracovnicí i v ordinaci.

MUDr. Vratislav Klíma je člověk stále aktivní a činorodý. V roce 2002, kdy skončila těžba na dole a areál závodu byl postupně srovnán se zemí, nepověsil, řečeno sportovní terminologií, kopačky na hřebík a otevřel novou ordinaci v 10 km vzdáleném Kladně. Stále slouží lékařskou pohotovostní službu, a to včetně sobot a nedělí. Neztratil nic z vitality, zdobí ho moudrost. Rychlá diagnostika je nedílnou součástí jeho lékařského repertoáru. I nyní dokáže se vši rozhodností usměrnit nepřizpůsobivého pacienta do slušných mezí, stejně tak vstřícností vyřešit problém zdánlivě neřešitelný.

Před léty dvaceti pět jsem měl přání, abych jednou měl stejný medicínský rozhled, to se mi splnilo. Nyní mám touhu, abych za dvacet pět let byl ve stejné fyzické i psychické kondici jako MUDr. Vratislav Klíma.

MUDr. Pavel Brejník



každý lékař by měl jít s dobou, stále studovat, nalézt v sobě dostatek pokory

rychlá dg. je nedílnou součástí jeho lékařského repertoáru

Jak si založit mailovou schránku

**komunikace
prostřednictvím e-mailů
patří k samozřejmostem
naší doby**

Elektronická pošta, tedy komunikace prostřednictvím e-mailů, patří k samozřejmostem dnešní doby. Na adresu rubriky „PC a doktor“ přišlo několik dotazů, jak e-mail získat, resp. jej správně a plně využívat. Rozhodli jsme se v tomto čísle ukázat, jak si „založit mailový účet“, tedy to, jak si založit mailovou adresu (neboli schránku) = synonyma. Příště bychom popsali, jak mail správně a plně využívat. První otázkou by mohlo být, kde si tento účet založit. Existuje mnoho firem, které za úhradu spravují a pronajímají prostor na počítači (či ser-

veru), kde se zákazníkovi maily shromažďují a kde si je může též přečíst či vytvořit. Existuje též mnoho firem, které toto umožňují „zdarma“, resp. za reklamy, které se při spuštění objevují (podobně jako např. soukromé televize). Postup bychom ukázali na jednom z našich nejrozšířenějších „bezplatných“ portálů, kde je možno si mail zřídit zdarma. Existuje jich však velké množství (jen namátkou: Atlas, Mail, Seznam, Post, ze zahraničních např. Yahoo).

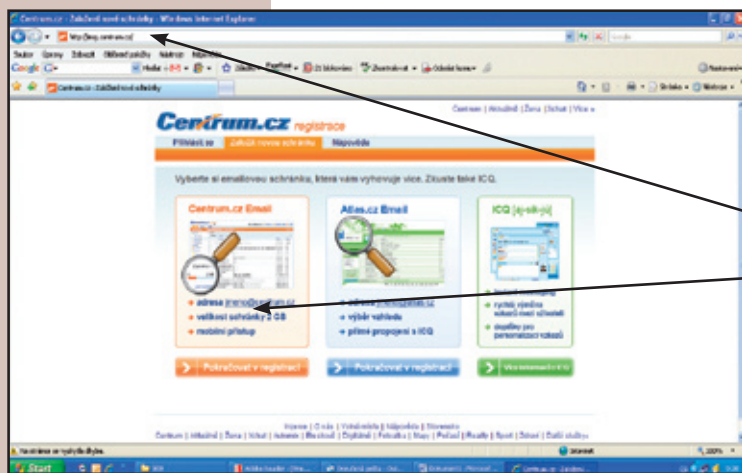
Jak tedy postupovat?

1)

Spusťte webový prohlížeč, do řádku napište www.centrum.cz a zadejte enter. Vpravo uprostřed klikněte na „založit nový mail“.

V řádku musí být <http://reg.centrum.cz>.

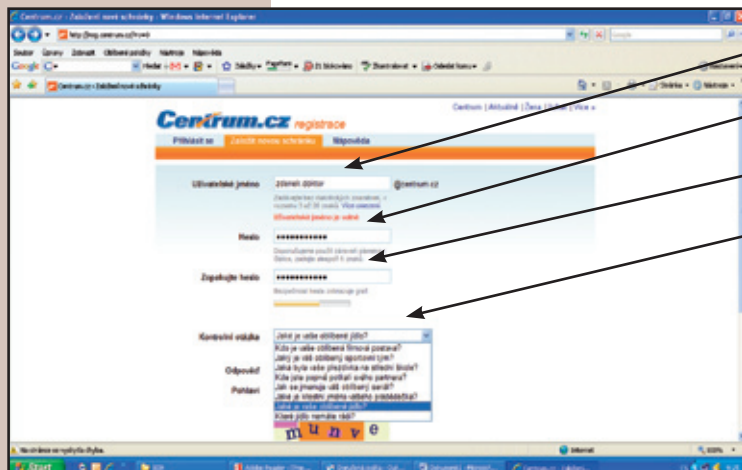
Myší najedte na tabulku Centrum a opět enter.



2)

Do řádku zadejte to, co chcete, aby bylo ve vaší mailové adrese před @ (zavináč), zde zadejte heslo, kterým se budete identifikovat při přihlašování (alespoň 5 písmen), a pro kontrolu jej zopakujte.

Nyní budete dotázáni na kontrolní otázku, která bude užita v případě, že zapomenete heslo.



3)

Zvolte možnost muž × žena. Zde z obrázku pečlivě opište text, který je „zašifrovaný“ pro počítačové roboty, ale pro člověka by měl být dobře čitelný. Nezapomeňte zaškrtnout, že souhlasíte s podmínkami, a poté klikněte na Založit schránku.

Pokud jste vše dobře vyplnili, jste majitelem nové mailové schránky s vámi vybranými identifikačními prvky (gratulujeme!). Dovoluji si podotknout, že nikdo nemůže nikoho nutit, aby kritéria vyplňoval podle pravdy. Je tedy možné mít několik mailových adres s různými údaji a používat je např. v různých situacích. Jen je nutné nezapomenout přístupová hesla, resp. odpovědi na kontrolní otázky, aby šlo do budoucna schránku „vybírat“.

Příště si povíme něco o racionálním využívání mailu.

MUDr. Cyril Mucha



Optimální hydratace (euhydratace) a zdraví

Souhrn: Správná hydratace (euhydratace) organismu je efektivní preventivní prostředek proti řadě akutních i chronických onemocnění. Pravidelnou konzumaci 1200 ml vody denně je možné u mužů zredukovat riziko náhlého srdečního úmrtí o 61 % ($p = 0,0003$). Pokud pacient nemusí být na omezeném příjmu tekutin, euhydratace je jednoduché a levné preventivní opatření proti srdečním onemocněním.

Fyziologie příjmu tekutin

Voda spolu se sacharidy, tuky, proteiny, vitaminy a minerály patří mezi šest základních živin. Různé orgány našeho organismu obsahují vodu v různém podílu. Krev obsahuje z 90 % vodu, svaly přibližně 75 %, kosti 25 %, ale např. adipocyty obsahují pouze 10 % vody. U dospělého člověka tvoří voda přibližně 60 % tělesné hmotnosti, přičemž toto číslo je významně ovlivňováno mnoha faktory, jako např. věkem (tělo novorozence obsahuje přibližně 80 % vody, kdežto u 60letého seniora je to pouze 50 %) nebo stupněm hydratace (1).

Voda plní mnoho esenciálních funkcí v lidském organismu. V první řadě je voda univerzální rozpouštědlo, které umožňuje nejen transport kyslíku a živin do buněk, ale také umožňuje přenos elektrických signálů pomocí elektrolytů. Krev distribuuje hormony a další regulační substráty

Bez pravidelného příjmu vody člověk umírá v průběhu několika málo dní. Akutní dehydratace (anebo hypohydratace), ale také hyperhydratace (intoxikace vodou, hyponatremie) jsou bezesporu spojeny se zvýšenou mortalitou. Lékaři většinou řeší problémy metabolismu vody pouze u kriticky nemocných pacientů a u některých akutních onemocnění. Výzkum publikovaný v posledních letech poukazuje také na velkou důležitost každodenní optimální hydratace pro udržení dobrého zdraví a k předejití některých chronických onemocnění (3).

Hydratace a chronická onemocnění

Mezi léty 1998 a 2004 byly zorganizovány 3 mezinárodní konference zabývající se fyziologickými aspekty žízně, hydratací při sportu a u seniorů, zdravotními aspekty mírné dehydratace, způsoby měření hydratace a revizí oficiálních doporu-

čení pro příjem vody a tekutin. Výsledkem těchto konferencí byly souhrnné články publikované v *Nutrition Review* a *Journal of the American College of Nutrition*. Jedním z nejzajímavějších článků z poslední konference je recenze Friedricha Manze. Autor rozdělil ve své recenzi studie do šesti kategorií podle stupně



MUDr. Peter Pribiš, Dr.P.H.

Jedinečná funkce vody v organismu

nové výzkumy o metabolismu vody a jejich hodnocení

voda jako rozpouštědlo, distributor a regulátor teploty či lubrikant

Tabulka 1: Kategorizace publikovaných studií založená na stupni vědeckého důkazu (4)

Kategorie	Popis vědeckého důkazu
I a	Důkaz založen na metaanalýzách několika randomizovaných zcela kontrolovaných studií (randomized controlled trial)
I b	Důkaz založen na alespoň jedné randomizované zcela kontrolované studii
II a	Důkaz založen na alespoň jedné zcela kontrolované studii bez randomizace
II b	Důkaz založen alespoň na jedné quasi-experimentální studii (quasi-experimentální studijní design znamená, že účastníci studie nebyli náhodně rozděleni do studijních podskupin)
III	Důkaz pocházející z popisných studií jako kohortní studie, korelační studie a studie typu případ-kontrola (case control studies)
IV	Důkaz založen na názorech odborníků nebo klinické zkušenosti u respektovaných autorit

v organismu a zároveň pomáhá organismu zbavovat se oxidu uhličitého a dalších odpadních produktů metabolismu. Voda plní významnou funkci jako lubrikant (synoviální tekutina kloubu, sliny), absorbent nárazu (nadlehčuje mozek a míchu, amniotická tekutina) a čisticí prostředek (slzy). Voda reguluje teplotu organismu, podílí se na velkém množství chemických reakcí (metabolismus vyprodukuje každých 24 hodin jako vedlejší produkt mnoha chemických reakcí přibližně 300 ml vody) a reguluje pH krve a dalších tělesných tekutin (2).

vědeckých důkazů (Tabulka 1). Ve všech studiích použitých v jeho recenzi byl jako marker pro stupeň hydratace použit buď (a) příjem vody nebo tekutin, nebo (b) objem nebo osmolalita produkované moči (5).

Studie rozdělil do čtyř kategorií (Tabulka 2): [a] hyperhydratace, [b] mírná systémová dehydratace nebo hypohydratace, [c] chronická systémová mírná hypohydratace nebo dehydratace a [d] lokální mírná hypohydratace nebo dehydratace.

Tabulka 2: Vztah mezi akutní, chronickou a lokalizovanou mírnou dehydratací a nemocemi, rozděleno podle stupně vědeckých důkazů

	Kategorie vědeckého důkazu					
	I a	I b	II a	II b	III	IV
Akutní systémová mírná dehydratace						
Oligohydrarnios			X			
Prodoužený porod			X			
Hypertonická dehydratace u novorozence				X		
Cystická fibrosa				X		
Nefropatie vyprovokovaná kontrastní látkou		X				
Chronická systémová mírná dehydratace						
Urolitiáza		X				
Zánět močových cest				X		
Zácpa					X	
Hypertenze					X	
Žilní tromboembolismus					X	
Srdeční onemocnění (infarkt myokardu, náhlá srdeční smrt)					X	
Iktus					X	
Onemocnění zubů						X
Hyperosmolární hyperglykemická diabetická ketoacidóza				X		
Žlučňkové kameny					X	
Prolaps mitrální chlopně				X		
Glaukom					X	
Lokalizovaná mírná dehydratace						
Astma vyprovokované fyzickou námahou				X		
Cystická fibrosa		X				

Tabulka 3: Vztah mezi konzumací vody a náhlým srdečním úmrtím (model byl upraven s ohledem na kouření, hypertenzi, BMI, stupeň vzdělání, příjem energie a estrogenovou hormonální terapii u žen)

	Konzumace vody denně	Relativní riziko (95% CI)
Muži (n = 8280)	≤ 480 ml	1,00
p pro trend 0,0003	481–1199 ml	0,67 (0,40–1,13)
	≥ 1200 ml	0,39 (0,22–0,67)
Ženy (n = 12 017)	≤ 480 ml	1,00
p pro trend 0,17	481–1199 ml	0,41 (0,20–0,85)
	≥ 1200 ml	0,52 (0,27–1,03)

**urolitiáza – přímý
důsledek chronické
hypohydratace**

Hyperhydratace

Poločas vylučování vody je přibližně 100 minut, což je většinou dostatečná ochrana u zdravých jedinců před hyperhydratací. Polydipsie popsaná u horníků, požárníků, atletů (maratonců) nebo dětí, které se topily, a která byla spojena s vysokou konzumací vody s nízkým obsahem sodíku a vysokými ztrátami sodíku (např. potem), může vést k hyponatremii, a eventuálně i k smrti.

Mírná systémová dehydratace nebo hypohydratace

V literatuře lze najít odkazy pouze na pět různých onemocnění, která mohou být ovlivněna (nebo v některých případech způsobena) mírnou systémovou hypohydratací: 3 oligohydrarnios, prodoužený porod, cystická fibrosa, hypertonická dehydratace u dítěte a nefropatie indukovaná kontrastní látkou u pacientů s mírnou dehydratací.

Chronická systémová mírná hypohydratace nebo dehydratace

Dlouhodobá chronická systémová mírná dehydratace se může spolupodílet na etiologii přibližně patnácti onemocnění: urolitiázy, zánětu močových cest, rakoviny tlustého střeva, rakoviny močového měchýře, zácpy, hypertenze, žilního tromboembolismu, infarktu myokardu a náhlé srdeční smrti, iktu, hyperosmolární hyperglykemické diabetické ketoacidózy, žlučňkových kamenů, prolapsu mitrální chlopně a glaukomu. Stupeň vědeckého důkazu u těchto onemocnění je různý, povětšinou v kategorii III (kohortní studie, korelační studie, case-control studie) s několika onemocněními v kategorii II. Nejsilnější důkazy existují pro urolitiázu, kde existují dvě kontrolované studie, které zdokumentovaly, že vyšší příjem tekutin je spojen s nižší incidencí urolitiázy a také s nižší recidivou.

Lokální mírná hypohydratace nebo dehydratace

Existuje velice málo studií, které se zabývají hydratací a onemocněním plic a dýchacích cest. Dostatečná hydratace hraje kritickou roli při produkci hlenu a rozhoduje o jeho viskozitě. Několik studií bylo schopno demonstrovat, že inhalace vlhkého nebo zvlhčeného vzduchu významně zlepšila kvalitu života u pacientů s astmatem a cystickou fibrózou.



Tabulka 4: Vztah mezi konzumací „tekutin jiných než voda“ a náhlým srdečním úmrtím (model byl upraven s ohledem na kouření, hypertenzi, BMI, stupeň vzdělání, příjem energie a estrogenovou hormonální terapii u žen)

	Konzumace vody denně	Relativní riziko (95% CI)
Muži (n = 8280) p pro trend 0,7	≤ 480 ml	1,00
	481–1199 ml	1,46 (0,73–2,92)
	≥ 1200 ml	1,34 (0,59–3,04)
Ženy (n = 12 017) p pro trend 0,02	≤ 480 ml	1,00
	481–1199 ml	2,25 (0,87–5,80)
	≥ 1200 ml	3,32 (1,18–9,30)

Hydratace a srdeční onemocnění

Je nad rámec tohoto článku se podrobně seznámit se všemi 18 onemocněními, u kterých byl popsán vztah k hydrataci. Proto se v druhé polovině tohoto článku chci soustředit pouze na roli hydratace u srdečních onemocnění. Přibližně padesát procent české populace umírá na srdeční onemocnění a prevence v této oblasti má široký dopad. Existují pouze dvě publikace, které studovaly vztah mezi hydratací a srdečními nemocemi (6, 7). Zaměřuji se zde pouze na studii z „Adventist Health Study“, protože se jedná o kohortu 20 000 lidí a výsledky této studie mají proto patřičnou váhu. Druhá studie byla provedena pouze na malé skupině japonských taxikářů. Vědecký důkaz je na úrovni kategorie III. Bylo popsáno, že viskozita krve, viskozita plazmy, zvýšené hladiny fibrinogenu a hematokritu pozitivně korelují s incidencí srdečních onemocnění. Zvýšené hodnoty těchto parametrů mohou být způsobeny hypohydratací nebo dehydratací.

V této studii vědci studovali 8280 mužů a 12 017 žen (6). Kohorta byla sledována po šest let. Během těchto šesti let bylo zaznamenáno 246 náhlých srdečních úmrtí (128 u mužů a 118 u žen). Průměrný věk mužů byl 57,6 roku, průměrný věk žen byl 59,2 roku. Hydratace populace byla měřena pomocí frekvenčního dotazníku. Muži pili průměrně 1128 ml vody a 936 ml jiných tekutin (nealkoholických) denně, ženy konzumovaly 1056 ml vody a 864 ml jiných tekutin denně. Tabulka 3 popisuje vztah mezi hydratací vodou a náhlou srdeční smrtí. U mužů pravidelná konzumace více než 1200 ml vody denně byla schopna zredukovat riziko náhlé srdeční smrti o 61 % ($p = 0,0003$). Výsledky u žen žel nebyly signifikantní ($p = 0,17$).

Protože jednotlivé kategorie tekutin (voda, káva, kakao, černý čaj, jiné horké nápoje, mléko, džus, nápoje typu coca-cola s kofeinem a bez kofeinu) byly velice rozdílné, vědci rozdělili tekutiny do dvou kategorií: voda a všechny ostatní nápoje. Výsledky vztahu mezi příjmem „tekutin jiných než voda“ a náhlou srdeční smrtí jsou v tabulce č. 4. Bohužel výsledky u mužů byly nesignifikantní ($p = 0,7$), ale u žen konzumace 481 až 1199 ml „tekutin jiných než voda“ ved-

la ke 125% nárůstu rizika náhlé srdeční smrti a konzumace více než 1200 ml „tekutin jiných než voda“ vedla k 232% nárůstu rizika náhlé srdeční smrti ($p = 0,02$). Tyto výsledky naznačují, že pro hydrataci se nejlépe hodí obyčejná voda nebo minerální voda.

Aplikace a doporučení

Upozorňovat pacienty na potřebu správné hydratace (euhydratace) a doporučovat pravidelnou konzumaci 1200 ml až 2000 ml vody denně je pravděpodobně nejlevnější preventivní opatření v primární péči. Přitom efektivnost tohoto doporučení je až zarážející (u mužů možnost 61% redukce náhlé srdeční smrti), nemluvě o etiologii a recidivě mnoha dalších onemocnění, která lze pravděpodobně euhydratací ovlivnit. Pokud pacient nemusí být na omezeném příjmu tekutin, euhydratace je jednoduché a levné preventivní opatření proti srdečním onemocněním.

Literatura:

1. Wardlaw G.M. & Smith A.M (2006) *Contemporary nutrition*. New York: McGraw-Hill
2. Smolin L.A. & Grosvenor M.B. (2008) *Nutrition: Science & Applications*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
3. *Nutrition Reviews* 2005; 63(6):1S
4. *BMJ* 1998; 316:1232-1235
5. *J Am Coll Nutr* 2007; 26(5):535S-541S
6. *Am J Epidemiol* 2002;155:827-833
7. *J Hum Ergol* 2001; 30:321-326

MUDr. Peter Pribiš, Ph.D. – Asistent na oddělení Nutrition and Wellness, Andrews University, USA. Promoval v roce 1988 na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze. V letech 1990–1996 studoval na Loma Linda University v Kalifornii – School of Public Health, kde promoval jako Doctor of Public Health v oboru výživa a epidemiologie. 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 für Gesundheitspflege). Od roku 2004 vyučuje výživu a prevenci na oddělení Nutrition and Wellness na Andrews University ve státě Michigan v USA. Jeho výzkum se soustřeďuje na oblast zdravého životního stylu, dlouhověkost a omega-3 nenasycené mastné kyseliny.

pravidelná konzumace více než 1200 ml vody denně redukuje riziko náhlé srdeční smrti

konzumace 1200 ml až 2000 ml vody denně je nejlevnější preventivní opatření v primární péči

Těšíme se na vyjádření Vašeho názoru, zkušeností či postoje k tomuto tématu na e-mail odpovědného redaktora rubriky: svl.cz@seznam.cz nebo na adresu redakce: practicus.svl@cls.cz

Odpovědi na Vaše otázky...

na co se nevíce
soustřeďují
hygienické kontroly?

příslušný předpis
195/2005 Sb.
dostatečně nerozlišuje
mezi malou ordinací
PL a velkým
zdravotnickým
zařízením

Těšíme se na Vaše
další dotazy
a podněty na e-mail
odpovědného redaktora
cyril.mucha@centrum.cz

DOTAZ:

Slyšela jsem, že hygienická služba pořádá doslova „nájezdy“ na ordinace praktických lékařů. Nevím, zdali se jedná o nutnost, či šikanu, ale vzhledem k tomu, co jsem slyšela od kolegů a kolegyní, mně připadá pravděpodobnější druhá varianta. Myslím si, že by si státní správa měla uvědomit, jaké jsou finanční zdroje ordinací a za jakých podmínek některé ordinace fungují. Jestliže jim bude „házet další klacky pod nohy“, těžko přiláká nové lékaře do tohoto oboru. Mohli byste prosím sdělit (nejlépe na základě zkušeností mezi kolegy), na co se hygienické kontroly nejvíce soustřeďují?

K. M., Plzeň

ODPOVĚĎ:

Hygienické kontroly se opravdu množí a jistě nikdo nepochybuje nutnost vysokého hygienického standardu ordinací praktických lékařů. Hranice mezi Vámi citovanou šikanou a nutností je většinou dána osobností a nadhledem kontrolora. Problémem je též, že příslušný předpis (195/2005 Sb.), který dostatečně nerozlišuje mezi malou ordinací praktického lékaře a „velkým“ zdravotnickým zařízením. Z toho vyplývají některé absurdity.

Čemu kontroly věnují největší pozornost, resp. co kontrolují – heslovitě:

- 1) K dispozici **provozní řád** ordinace.
- 2) **Odběry** (krve a biol. materiálu) smějí probíhat



pouze v odběrové místnosti, musí být použity pouze jednorázové pomůcky nové pro každého pacienta (včetně rukavic).

- 3) **Prádlo:** povinná smlouva s prádelnou, která má osvědčení k praní infekčního prádla – zákaz praní s běžným občanským prádlem. Povinnost používat čisté osobní ochranné prostředky vyčleněné pouze pro jednotlivou ordinaci. Při kontaminaci biol. materiálem – nejdříve dekontaminace virucidním prostředkem, poté teprve zvyklé praní. Špinavé prádlo ukládat do obalů, které zabraňují styku s okolím (jednorázové nebo vhodné k praní), povinné třídění a značení: infekční, operační, ostatní. Skladování čistého prádla: čistá pravidelně dezinfikovaná skříň.
- 4) **Pokrytí ploch:** (zejm. vyšetřovacích lehátek): jednorázový materiál měněný po každém pacientovi („v místě styku s obnaženou částí těla“).
- 5) **Utírání rukou:** na všech místech papírové ručníky.
- 6) **Odpad:** povinná smlouva s certifikovanou firmou. Běžný odpad odstraňovat denně. Nebezpečný odpad: oddělené kryté nádoby, nejlépe spalitelné.
- 7) **Jednorázové jehly:** ukládat do pevnostních, uzavíratelných, spalitelných nádob. Maximální doba skladování: zima 72 hodin, léto 48 hodin. V případě delšího období povinnost skladovat při nízkých teplotách (3–8 °C). Jehly a stříkačky se likvidují bez oddělování (jedině v případě pomůcky na oddělování). Vracení krytů na jehly po použití je nepřipustné.
- 8) **Úklid:** denně na vlhko (nutná přiměřená podlahová krytina). Běžné místnosti: možno užívat běžné detergenty (saponáty). Laboratoř, odběrová místnost, záchody, koupelny: nutno použít dezinfekční přípravky s virucidním účinkem. V případě kontaminace podlahy: překrytí mulem navlhčeným dezinfekčním roztokem – teprve poté běžný úklid.

Redakce Practicusu přeje pouze moudré kontroly.

Rubrika řádkové inzerce

NEMOCNICE PŘIJME PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Vítkovická nemocnice Ostrava přijme praktického lékaře na hlavní či zkrácený úvazek. Specializace, samostatnost, flexibilita a iniciativa vítány. Nástup ihned.
Kontakt: Lenka Švihelová, tel.: 595 633 051, mobil: 606 677 955, e-mail: lenka.svihelova@nemvitkovice.cz

NZZ PŘIJME PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Nestátní zdravotnické zařízení Praha přijme praktického lékaře/lékařku.
Požadujeme: specializaci v oboru všeobecné lékařství prvního stupně, minimální praxe 6 let.
Nabízíme dobré platové i sociální podmínky.
Informace: pí Koubková, tel.: 296 192 402
MUDr. Tymich, tel.: 222 672 886

v tomto prostoru můžete inzerovat i Vy...

Skartační řád a plán dle vyhlášky č. 385/2006 Sb.

Informace podtržené čarou anebo **černě tlustě** jsou důležité, barevně jsou platné novinky od 1. 4. 2007.

Čl. 1

Zásady vyřazování dokumentů

(1) Vyřazováním zdravotnické dokumentace se rozumí posuzování a plánovitý výběr zdravotnické dokumentace, která je nadále pro poskytování zdravotní péče nepotřebná. Při tomto výběru se rozhoduje o tom, zda zdravotnická dokumentace bude po uplynutí skartační lhůty vyřazena z evidence a navržena ke zničení.

(2) Vyřazování se provádí ve **skartačním řízení**, které se provádí **jedenkrát za rok** komplexně za celé zdravotnické zařízení.

(3) Bez skartačního řízení nelze zdravotnickou dokumentaci ničit.

(4) Předmětem skartačního řízení je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula skartační lhůta.

(6) V případě zdravotnického zařízení, které má méně než 5 zdravotnických pracovníků nebo jiných odborných pracovníků, se skartační komise nezřizuje a za řádné provedení skartačního řízení odpovídá provozovatel zdravotnického zařízení. !!!

Čl. 2

Skartační lhůty

Skartační lhůta určuje dobu, po kterou je nutné uchovat zdravotnickou dokumentaci u jejího původce pro účely poskytování zdravotní péče. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zařazena do skartačního řízení.

Čl. 3

Skartační znaky

(1) Skartační znaky (S, V) vyjadřují hodnotu zdravotnické dokumentace a označují, jak se zdravotnickou dokumentaci po uplynutí skartační lhůty ve skartačním řízení naloží. Skartační znak

- a) „S“ označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí skartační lhůty navrhne ke zničení,
- b) „V“ označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit; takto označenou zdravotnickou dokumentaci lze po uplynutí skartačních lhůt uvedených níže zařadit do skartačního řízení.

(2) Skartační lhůta zdravotnické dokumentace může být prodloužena vždy nejméně o 5 let, pokud je zdravotnická dokumentace nebo její část nadále potřebná k zajištění zdravotní péče.

Čl. 4

Průběh skartačního řízení

(1) Skartační řízení se zahajuje u zdravotnické dokumentace, jejíž skartační lhůta uplynula.

(2) Zdravotnická dokumentace se podle označení skartačními znaky rozděluje do skupiny „V“ a do skupiny „S“.

(3) U zdravotnické dokumentace skupiny „V“ posoudí vedoucí zdravotnický pracovník zdravotnického zařízení nebo vedoucí zdravotnický pracovník oddělení zdravotnického zařízení, které zdravotnickou dokumentaci vede, nebo jimi určený zdravotnický pracovník (dále jen „pověřený zdravotnický pracovník“), která část bude navržena k **posouzení ve skartačním řízení** a které části bude prodloužena skartační lhůta. Jde-li o zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem, posouzení provede tento zdravotnický pracovník.

Čl. 5

(1) Pověřený zdravotnický pracovník vypracuje skartační návrh.

(2) Ke skartačnímu návrhu se připojí seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení. V závěru seznamu se uvede zdravotnická dokumentace se skartačním znakem „V“ s návrhem na její rozdělení na část navrženou k vyřazení a na část, již se prodlouží skartační lhůta.

(3) Skartační návrh podepisuje pověřený zdravotnický pracovník.

Čl. 6

(2) Zdravotnická dokumentace vyřazená ve skupině „S“ musí být zničena. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu.

SKARTAČNÍ PLÁN

Skartační lhůty zdravotnické dokumentace **nebo jejích částí** se stanoví takto:

1. primární zdravotní péče – S

10 let od změny lékaře primární péče a předání písemné informace v rozsahu potřebném k zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta nově zvolenému lékaři primární péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta.

2. specializovaná ambulantní zdravotní péče a zvláštní ambulantní péče – S

5 let po posledním vyšetření pacienta a předání informace o průběhu a výsledku tohoto vyšetření příslušnému lékaři primární zdravotní péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta, pokud není dále stanoveno jinak.

3. dispenzární péče – V

a) 10 let od vyřazení pacienta z dispenzární péče nebo ukončení dispenzární péče a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění příslušnému lékaři primární péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta,

b) 100 let od data narození dialyzovaného pacienta, nebo 10 let od jeho úmrtí,

c) 100 let od data narození pacienta, který je podle zvláštního právního předpisu¹⁴⁾ nosičem infekčního onemocnění, nebo 10 let od jeho úmrtí.

4. zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování, včetně zdravotní péče poskytnuté v souvislosti s protialkoholní nebo protitoxikomanickou léčbou – S

100 let od data narození pacienta, nebo 10 let od jeho úmrtí.

5. ústavní péče – hospitalizace – S

40 let od poslední hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení poskytujícím ústavní péči, nebo 10 let od úmrtí pacienta.

6. lázeňská péče – S

10 let od ukončení lázeňské péče o pacienta a předání informace obsahující veškerá podstatná data o průběhu lázeňské péče.

7. závodní preventivní péče

a) – S – 100 let od data narození pacienta s uznanou nemocí z povolání, nebo 10 let od jeho úmrtí, pokud dále není stanoveno jinak,

b) – V – 5 let od data uznání ohrožení nemocí z povolání



informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu

**Za provedení
skartace u praktiků
odpovídá provozovatel
zdravotnického zařízení**

**skartace u praktiků
až po 10 letech**

**rozdílné lhůty pro
skartaci u specialistů
či závodní preventivní
péče**

**závodní preventivní
péče: skartace nejdřív
5 let od ukončení
zaměstnání či úmrtí
dle kategorizace prací
nebo 10 let od data
uznání pracovních úrazů**

**skartace výsledků
laboratorních
a dalších pomocných
vyšetření nejdřív
po 5 letech**

**Těšíme se na vyjádření
Vašeho názoru,
zkušeností či postoje
k tomuto tématu na
e-mail odpovědného
redaktora rubriky:
svl.cz@seznam.cz
nebo na adresu redakce:
practicus.svl@cls.cz**

lání, nebo 5 let od úmrtí osoby ohrožené nemocí z povolání, pokud dále není stanoveno jinak,

c) – V – 5 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající práci zařazenou podle zvláštního právního předpisu do kategorie první nebo druhé a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristiky zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému zdravotnickému zařízení závodní preventivní péče, nebo 5 let od úmrtí této osoby,

d) – V – 10 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci ve smyslu zvláštního právního předpisu, pokud dále není stanoveno jinak, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristiku zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému zdravotnickému zařízení závodní preventivní péče, nebo 10 let po úmrtí této osoby,

e) – V – 40 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci ve smyslu zvláštního právního předpisu – § 40 písm. b) zákona č. 258/2000 Sb., pokud to zvláštní předpis požaduje, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému zdravotnickému zařízení závodní preventivní péče, nebo 10 let po úmrtí této osoby,

f) – S – u zaměstnance kategorie A15) alespoň do dosažení věku 75 let, vždy však po dobu nejméně 30 let po ukončení pracovní činnosti v kategorii A,

g) – V – 30 let od data uznání těžkého pracovního úrazu, 10 let od data uznání ostatních pracovních úrazů.

Písmena a) a b) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou zdravotnickým zařízením primární zdravotní péče, závodní preventivní péče a zdravotnickým zařízením příslušným podle zvláštního právního předpisu 16) k posuzování a uznávání nemocí z povolání; písmeno c) až g) vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou zdravotnickým zařízením závodní preventivní péče.

8. záchranná služba a lékařská služba první pomoci – S

a) záznam operátora nebo deník operačního střediska nejméně 10 let od posledního záznamu,

b) záznam o výjezdu 10 let od výjezdu zdravotnické záchranné služby,

c) záznam o zdravotní péči poskytnuté lékařskou službou první pomoci nejméně 10 let od ošetření pacienta,

d) zvukový záznam o výzvě (žádosti) k výjezdu záchranné služby nebo lékařské služby první pomoci 24 měsíců od obdržení výzvy.

9. vyšetření dárce krve a zdravotní péče poskytovaná transfúzní službou – V

a) výkony spojené s poskytováním zdravotní péče 5 let po posledním vyšetření pacienta a předání informace o průběhu a výsledku tohoto vyšetření příslušnému lékaři primární zdravotní péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta,

b) odběr krve pro transfúzní účely podle zvláštního právního předpisu^{16a)}.

10. – V – pitevni protokol včetně listu o prohlídce zemřelého, informace o provedení a výsledku biop-

tického vyšetření, popřípadě dalšího souvisejícího vyšetření, 150 let.

11. zobrazovací metody – S

a) grafický nebo audiovizuální záznam nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 5 let od ukončení posledního vyšetření pacienta souvisejícího s poskytnutím zdravotní péče a ověřováním podmínek vzniku nemoci z povolání (ohrožení nemocí z povolání) podle zvláštního právního předpisu, pro jejíž potřeby byl záznam vyhotoven, pokud se nejedná o pacienta v dispenzární nebo jiné péči pro onemocnění sledované zobrazovací metodou,

b) informace o průběhu a výsledku vyšetření pacienta zobrazovací metodou 10 let po předání informace lékaři, který vyšetření zobrazovací metodou vyžádal.

12. ověřování nových poznatků na živém člověku použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi, klinické zkoušky zdravotnických prostředků a klinické hodnocení humánních léčiv – V

a) nejméně 15 let od ukončení ověřování nových poznatků a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění pacienta příslušnému lékaři primární péče, jestliže byla nová metoda na základě výsledků ověřování nových poznatků zavedena do klinické praxe; 10 let od úmrtí pacienta, jestliže ověřovaná metoda nebyla z odborných důvodů do klinické praxe zavedena,

b) nejméně 30 let od ukončení ozařování, jestliže byly při ověřování nových poznatků použity metody, které jsou spojeny s ozářením, včetně metod dosud nezavedených v klinické praxi a těch ozáření, kde není přímý zdravotní přínos pro fyzické osoby podstupující ozáření,

c) nejméně 15 let od ukončení klinické zkoušky zdravotnického prostředku a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění pacienta příslušnému lékaři primární péče; 10 let od úmrtí pacienta, jestliže zdravotnický prostředek nebyl z odborných důvodů zaveden do praxe,

d) nejméně 15 let od ukončení klinického hodnocení humánního léčiva a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění pacienta příslušnému lékaři primární péče; 10 let od úmrtí pacienta, jestliže humánní léčivo nebylo z odborných důvodů zavedeno do praxe.

13. záznamy spojené s nežádoucími příhodami v souvislosti s použitím zdravotnického prostředku – V

Nejméně 15 let od vzniku nežádoucí příhody; v případě nežádoucí příhody spojené s újmou na zdraví nejméně 30 let od vzniku nežádoucí příhody, pokud je tato újma spojena s úmrtím pacienta 10 let od jeho úmrtí.

14. lékařské předpisy označené modrým pruhem a jejich průpisy – S

Nejméně doba uchování lékařského předpisu stanovená zvláštním právním předpisem – § 33 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách – uchovávána po dobu 5 let

15. výsledky laboratorních a dalších pomocných vyšetření – V – 5 let.



Popáleniny

Popáleniny patří bohužel mezi velmi častá a velmi nebezpečná poranění. Kromě akutního nebezpečí života, tedy ohrožení „quod vitam“, je velkým problémem též dlouhodobá léčba a prognóza „quod sanationem“. Správná první pomoc a též zajištění transportu do příslušného nemocničního zařízení mají výrazný vliv na celkovou prognózu popáleného pacienta.

Případ 1

11.34: Na dispečink ZZS volá matka 5letého dítěte: Moje dceruška si na sebe převrhla hrnec polévky, polila si zejména bradičku, hrudník a břicho. Silně pláče.

11.34: Výjezd vozu RLP, dispečerka zůstává ve spojení s matkou a doporučuje jí okamžitě dítě vysvléknout.

11.42: Příjezd RLP na místo. Dítě nařiká, třese se. Lékař RLP ihned zajišťuje žilní vstup, postižené plochy jsou okamžitě kryté sterilními rouškami. Dítě je sledované: podáno Dormicum 5 mg i.v., Fentanyl frakcionovaně 1 ml i.v. – kape infuze H1/1 250 ml.

12.11: Výjezd v doprovodu matky, dítě spavé, občas sténající, spontánně dýchající.

12.27: Předání na spádovém oddělení dětské chirurgie.

13.45: Po primárním ošetření transport do popáleninového centra.

Případ 2

8.55: Dispečink přijímá výzvu: 42letý muž se při zabíjačce opařil vroucí vodou. Na dotaz dispečerky volající uvádí, že byly zasaženy oba bérce.

9.09: Příjezd RLP na místo: muž již bez oblečení hlasitě sténá a nadává. První prohlídkou zjištěna hloubka popálenin obou bérců, ale i nohou (vařící voda natekla do holínek) 2., částečně 3. stupně. Zdravotníci kryjí postižená místa sterilními rouškami, zajištěn žilní vstup kanylou širokého průsvitu. Podáno Dormicum 5 mg i.v., analgezie Fentanylem frakcionovaně celkem 4 ml i.v. Tachykardie 110/min., TK 155/95.

9.28: Transportován přímo do spádového popáleninového centra. Po cestě kape infuze H1/1 500 ml, monitorováno EKG na monitoru sinus, SF kolem 80–90 min. Pacient spontánně ventiluje. Nasazena O₂ polomaska hodnoty SpO₂ setrvale kolem 96 %.

9.49: Předán v popáleninovém centru, po 6 týdnech propuštěn do domácího ošetření.

První pomoc

V případě požáru, resp. hoření osoby, je první pomocí, kromě hašení pacienta, zabránit mu



v dalším pohybu, uložit jej do horizontální roviny, a zabránit tak vzhůru šlehajícím plamenům, aby nezasáhly obličej, krk a dýchací cesty. Velmi důležité je samozřejmě pacienta odstranit z dosahu plamenů a kouře.

Při úrazu opařením je nutné oděv nasáklý vařící tekutinou z postiženého odstranit a postižené plochy chladit studenými obklady. Obklady nesmí být ledové (hrozí rozvoj místní ischemie). Chlazení je vhodné u postižení obličeje, krku a nevelkých ploch. U rozsáhlých postižení lze předpokládat rozvoj popáleninového šoku, a tedy naopak chráníme pacienta před prochlazením. Hypotermie může být příčinou bradykardie s poruchou rytmu (komorovou fibrilací) až zástavou oběhu.

Platí jasná zásada: Popáleninové trauma je vždy lepší přecenit než podcenit.

Závažnost popáleninového traumatu závisí na:

- mechanismu úrazu,
- rozsahu postižení,
- věku postiženého,
- hloubce a lokalizaci postižení,
- osobní anamnéze pacienta (zejména přidružená onemocnění).

Pro praktického lékaře platí, tak jako pro ostatní zdravotníky, následující:

- Při poskytování první pomoci zejm. sebezáchra (zejména při požárech a dalším hoření ochrana sebe sama).
- Imobilizace pacienta.
- Důkladné zhodnocení závažnosti traumatu.
- Zajištění žilního přístupu.
- Podání analgezie a sedace.
- Podání O₂.
- Chlazení (při menších plochách – viz výše).
- Zabránit celkovému prochlazení pacienta.

U dospělého platí, že každá popálenina větší než dlaň patří k ošetření do rukou odborníka. Známé je též „pravidlo devíti“: hlava a krk 9 %, horní končetina 9 %, dolní končetina 18 %, přední plocha trupu 18 %, zadní plocha trupu 18 %, genitál 1 % plochy těla.



prim. MUDr. Jaroslava
Ščamburová

**popáleninové trauma
je vždy lepší přecenit
než podcenit**

% povrchu:
hlava a krk 9%
horní končetina 9%
dolní končetina 18%
přední plocha trupu 18%
zadní plocha trupu 18%
genitál 1%

Sestra a problémoví pacienti v čekárně



MUDr. Radkin Honzák, CSc.

v čekárně se mnohdy dozvíme víc než v ordinaci



Čekárna představuje specifický fenomén a člověk se tam mnohdy dozví víc než v ordinaci, počínaje rodinnými zkazkami, které mohou být z hlediska zdravotního stavu docela významné, až po svérázné léčebné postupy, které v tomto ohledu mohou být ještě významnější. Z hlediska hodnocení celkového stavu může být totiž podstatné, jestli se pacient s evidentně stresovými obtížemi právě rozvádí, nebo zda žije pohodově a stresové situace si vytrvale vyvolává sám. Ve zdánlivě nezávazném prostředí čekárny se pacient spíše „prokecne“, že léky užívá nepravidelně, protože mu dělají potíže, než tváří v tvář svému ošetřujícímu lékaři, kterému se předvádí jen v tom nejlepším světle. Podstatné informace by se pak měl od sestry, která je zachytila a vyhodnotila, dozvědět také lékař.

sestra by měla vystupovat v roli vlídné hostitelky

agrese se může projevat v různé podobě

Sestra, která se pohybuje na „svém území“, by měla vystupovat v roli vlídné hostitelky, která spravedlivě rozděluje svou přízeň, trpělivě vyslechne a umí zvládnout i náročnější mezilidské situace. Samozřejmostí je opakované pozdravení nových příchozích, bez ohledu na to, že je známo, že někteří z nich na pozdrav pouze cosi zabručí. Nikdo není tak chudý, aby nemohl podarovat své okolí úsměvem, a nikdo není tak bohatý, aby ho úsměv neobohatilo, říká jedno přísloví. Usmívající se sestra je pro pacienty dobrodiním, protože se instinktivně naladují podle ní. Lidé se totiž nevědomky „opičí“ po sociálně významnějších osobnostech. Je-li tato osobnost

zamračená a spěchající, nevyzařuje z ní pracovní úsilí, ale nakažlivá nevrlost.

Za lékařem chodí lidé se svou bolestí, která je vesměs zároveň somatická i psychická, protože dnes již víme, že mezi oběma kvalitami není zásadní rozdíl. Algeziologové, odborníci na bolest, zjistili, že příliš konejšivý a příliš utěšující přístup k pacientům trpícím bolestí je stejně neproduktivní jako přístup bagatelizující. V prvním případě si pacient zvykne a vyžaduje další hýčkání, ve druhém „přitlačí na pilu“, aby na sebe upozornil. Sestra má umět přiměřeně pohladit a pofoukat, ale nerozplývat se soucitem a také nesnižovat míru předkládaných obtíží. Pacienti tak pochopí, že jsou přijímáni autenticky a že se nacházejí v prostředí, které jim zaručuje bezpečí a jistotu.

Nicméně, není na světě člověk ten, co by se zavděčil lidem všem, říkála již babička Božena Němcová, takže ani sebekvalitnější profesionální přístup nezajišťuje, že odpověď z druhé strany bude stejně vstřícná. V běžném životě se setkáváme často s lidmi, s nimiž bychom se raději nesetkali. Jsou-li postiženi nemocí, může se jejich sociální handicap (jak se vznešeně nazývá jejich protivné chování) ještě umocnit. Zvládání kritických situací nejenže nezbytně patří k profesionálním dovednostem, ale je také prevencí osobních frustrací, zklamání, které ve svých důsledcích vedou k syndromu vyhoření.

Nejneoblíbenější sortou problémových pacientů jsou pacienti **agresivní**, kteří nás atakují hned ve dvou rovinách: jednak v rovině mezilidské, ale současně také v rovině profesionální. Sestra šla vykonávat své povolání jako poslání především z motivů altruistických, tedy z potřeby a ochoty nabídnout pomoc druhým; pokud některá doufala, že ve svém řemesle zbohatne nebo bude posmrtně blahoslavena, nabízím jí hned volné lůžko na psychiatrii. A tak agresor atakuje jednak naši osobnost, jednak tuto ochotu. Narušuje tak nepsanou smlouvu o vztahu mezi zástupci pomáhajících profesí a jejich klienty. Nečekáme, že nám bude každý pacient blahorečit, stejně tak ale nečekáme, že po nás agresivně vyjede.

Agrese se může projevat v různé podobě: od ledově chladné zdvořilosti přes výhrůžky až po napadení. Daleko významnější než slovní projevy jsou nonverbální signály, které dovolují přesnější odhad stupně agresivity. Mezi ně patří ztuhnutí, zblednutí či zčervenání, hluboké oddechování, semknutí rtů, zubů, zatínání pěstí, podupávání, poklepávání prsty, upřený výhrůžný pohled, vzrušená gestikulace, vstávání, naklánění se nad



stolem, gesta připomínající bití, údery, vstup do osobní zóny druhé osoby. Verbální projevy spočívají v tom, že řeč se stává stručnější, úsečnější, hlasitější, obsahuje výhrůžky, výčitky, požadavky. Typická jsou prohlášení typu: „jak dlouho mám ještě čekat?! to je mi ale péče! já si na vás budu stěžovat! co si o sobě myslíte?!“ a podobná.

Důvodem agrese může být osobnost útočníka, intoxikace, psychická porucha, akutní či dlouhodobý stres, pocity nemohoucnosti, pocity ohrožení, provokace z okolí (včetně nevhodného chování zdravotníků); cílem pak je vynutit si něco, reakce na zevní podnět, vybití afektu, obrana proti pocíťovanému ohrožení v psychotickém stavu.

Při hodnocení stupně agrese je nutné vzít v úvahu předchozí osobní zkušenost s agresivitou, momentální psychický stav útočníka (opilost, droga, psychotický stav), situace a prostředí („hecování“ z okolí, blízkost možné zbraně, v místnosti není třetí osoba), možnost vlastní chyby (nevhodné zvýšení hlasu, ironie, útočné postoje), minulé interakce mezi útočníkem a mnou (došlo již dříve ke konfliktu?).

Agrese v nás automaticky nabudí poplachovou stresovou reakci, jejímž smyslem je připravit organismus na boj nebo útěk; organismus se dostává do „předstartovní pohotovosti“ s vyšší reaktivitou a lepší připraveností k akci. Reagovat na agresora agresí je však největší chybou, která nikdy pražádnou čest nepřináší. Tuto automatickou reakci je potřeba zastavit a dostat pod kontrolu. Namísto bleskové akce musí následovat blesková úvaha: proč vystupuje tento člověk agresivně?

Většinou totiž agrese nebývá záměrně zacílena vůči naší osobě, nejčastěji je to vzteklá reakce na zlý osud. Zlý osud však není po ruce, zatímco sestra ano. Mnoho lidí se útočným postojem snaží překonat svou úzkost, pacient může být ve stresu a mít dojem, že se musí bránit. Není vyloučeno, že pacient se domnívá, že reaguje přiměřeně, protože má oprávněný pocit, že s ním bylo jednáno nespravedlivě, a nyní někde poslední kapkou přetekl pohár jeho trpělivosti. Nebo je to vzteklík, který takto reaguje standardně doma, v práci a nyní také v čekárně.

Nejúčinnějším způsobem, jak zklidnit rozjitřenou atmosféru, je klidné a slušné vystupování. S agresivním jedincem jednáme stejně, jako bychom jednali se slušným člověkem, nezvyšujeme hlas, nekáráme ho, neironizujeme! Otázky jako:



Co pro vás mohu udělat? nebo Co byste potřeboval? nám pomohou objasnit důvody pacientova rozčilení. Navíc klidné vystupování bere agresorovi vítr z plachet (asertivní techniky to označují jako vyrazení otevřených dveří, protože pacient je náhle zaskočen tím, že se nesetkává s odporem ani se strachem).

Pro ilustraci bych zde popsal situaci, která mi po nástupu na nové pracoviště vynesla pověst šamana. Po první atestaci jsem vyhrál konkurs na místo psychiatrického konzultanta v jednom z výzkumných ústavů v Krči. Jednou ráno jsem při vstupu do velké haly spatřil dost neobvyklý úkaz: pacienti, kteří zde čekali na vyšetření, vytvořili doslova kruh čumilů a se zájmem sledovali, jak v jeho středu se potýkají dvě ženy. Jedna byla cizí pacientka a druhá bohužel naše hlavní sestra, která sice neoplývala sociální inteligencí, ale zato byla kádrově prověřená. Vstoupil jsem do kruhu, pozdravil, vyzval pacientku, aby se laskavě posadila a řekla mi, co pro ni mohu udělat. Bylo zajímavé sledovat, jak po tomto zásahu se běsnící fúrie měnila v rozčilenou a posléze naříkající ženu. Šlo o schizofreničku, která mi nakonec s pláčem vysvětlila, že se chtěla nechat vyšetřit, protože má obavy z jakési nemoci. Zašla tedy ráno do krčského areálu a postupně obešla sedm ústavů, kde ji všude vyhodili; náš ústav byl poslední a hrozilo jí totéž, tak se začala bránit, zejména když se jí způsob naší hlavní sestry zdál nepřiměřený (mně také – tak se vyhazují opilci z hospody, ne však pacienti ze zdravotnického zařízení). Po dobrém jsme se domluvili na objednání vyšetření a rozešli se jako lidé, kteří si navzájem umí vyjít vstříc.

MUDr. Radkín Honzák, CSc. – profesní informace na straně 25

důvody agrese
– osobnost útočníka,
intoxikace, psychická
porucha, akutní či
dlouhodobý stres,
pocity nemohoucnosti,
pocity ohrožení,
provokace z okolí

**agrese v nás
automaticky nabudí
poplachovou
stresovou reakci**

**reagovat na agresora
agresí je však
největší chybou**

**Těšíme se na vyjádření
Vašeho názoru,
zkušeností či postoje
k tomuto tématu na
e-mail odpovědného
redaktora rubriky:
svl.cz@seznam.cz
nebo na adresu redakce:
practicus.svl@cls.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 odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejpozději do 10. 10. 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
7/2008**

**Správné
odpovědi
testu
č. 6/2008:**

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

MOET – projekt časné detekce ischemické choroby dolních končetin a její efektivní terapie

1. Ischemický index:

- a) je poměr periferního krevního tlaku na dolní končetině a tlaku na zdravé horní končetině
- b) je poměr tlaku na zdravé horní končetině a periferního krevního tlaku na dolní končetině
- c) porovnání perif. krevních tlaků na dolních končetinách

2. Periferní tlak na dolních končetinách se zjišťuje měřením:

- a) v horní třetině stehna
- b) nad kolenem
- c) nad kotníkem

Praktický lékař a chronické srdeční selhání

3. Hladina natriuretických peptidů v plazmě se vyšetřuje v případě:

- a) nejistoty při diagnostice srdečního selhání
- b) podezření na onemocnění ledvin
- c) podezření na plicní hypertenzi

4. Městnavé srdeční selhání je:

- a) synonymem pravostranného srdečního selhání
- b) srdeční selhání s periferními otoky
- c) srdeční selhání s příznaky žilní kongesce, ať v plicním nebo systémovém řečišti

5. Stadium NYHA I:

- a) je stav kompenzovaného srdečního selhání
- b) je stav asymptomatické dysfunkce levé komory (systolické nebo diastolické)
- c) je stav s menším omezením tělesné aktivity, kdy nemocní zvládnou lehkou tělesnou aktivitu, ale běžná aktivita již vyvolá obtíže

6. Léky první volby u srdečního selhání na podkladě systolické dysfunkce jsou:

- a) diuretika
- b) inhibitory ACE nebo sartany
- c) betablokátory

7. Betablokátory u srdečního selhání:

- a) účinek betablokátorů u srdečního selhání je srovnatelný ve všech podskupinách betablokátorů
- b) prospěšný účinek betablokátorů u srdečního selhání není skupinový, tj. nevztahuje se na všechny betablokátory stejně

- c) v klinických studiích byl prokázán prospěšný účinek u srdečního selhání pouze u bisoprololu, metoprolol sukcinátu v úpravě ZOK, karvedilolu a nebivololu

Deprese u osob s kardiovaskulárním onemocněním

8. Ve studiích zaměřených na léčbu deprese u pacientů s KV onemocněním byly zjištěny nejlepší výsledky u:

- a) SSRI
- b) tricyklických antidepresiv
- c) antidepresiv s duálním působením

Magnetická rezonance

9. Absolutní kontraindikací k provedení magnetické rezonance je:

- a) implantovaný kardiostimulátor
- b) kochleární (sluchový) implantát
- c) gravidita

10. Relativní kontraindikací k provedení magnetické rezonance je:

- a) kovový materiál kdekoli v těle
- b) tetování
- c) alergie na kontrastní látku

Správné mohou být 1–3 odpovědi.

odpovědní lístek – test č. 7/2008

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 |

Odborná společnost praktických lékařů ČLS JEP doporučuje rostlinný tuk Flora pro-activ

Nesprávné životní a stravovací návyky naší populace výrazně zvyšují riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, na něž v roce 2006 zemřelo v České republice 23 810 mužů (46,6% všech úmrtí) a 28 750 žen (51,9% všech úmrtí). Prevence a osvěta v oblasti zdravého životního stylu, který může riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění výrazně ovlivnit, nejsou pouze cílem lékařů a odborných společností, ale také značky Flora.

Zvýšená hladina cholesterolu, kterou má téměř 70% dospělé české populace, je jedním z významných rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. **Pro pacienty se zvýšenou hladinou cholesterolu je určen rostlinný tuk Flora pro-activ, který obsahuje rostlinné steroly, u nichž bylo klinicky prokázáno, že při každodenním používání v množství 2–2,5 g výrazně snižují hladinu LDL cholesterolu v krvi, a to v průměru o 10% během 3 týdnů (v kombinaci s úpravou životosprávy dokonce až o 15%).**

Proto se rozhodla Odborná společnost praktických lékařů rostlinnému tuku Flora pro-activ udělit své doporučení.

Odborní zástupci ČLS JEP objektivně posuzovali přínos rostlinného tuku Flora pro-activ na základě předložených podkladů, studií i analýz složení rostlinného tuku. Rozhodnutí poskytnout doporučení potvrdil i nezávislý posudek, který si Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP nechala vypracovat. Ze všech materiálů přitom vyplynulo, že výrobek Flora pro-activ je skutečně vhodnou součástí zdravého jídelníčku. Pravidelná konzumace v doporučeném množství (30 g denně – tj. 3

lehce namazané krajíce chleba) má pozitivní vliv na snížení hladiny cholesterolu v krvi, a tím i na snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění.

Flora pro-activ je nízkotučný rostlinný tuk (35% tuku), obohacený o rostlinné steroly, které při konzumaci 2–2,5 g denně výrazně snižují hladinu „zlého“ LDL cholesterolu, a to v průměru o 10% během 3 týdnů. Navíc obsahuje vícenenasycené, srdci prospěšné, mastné kyseliny omega 6 a omega 3 a je zdrojem vitaminů A, D, E, B6, B12 a kyseliny listové. Vzhledem k tomu, že se jedná o nízkotučný rostlinný tuk, je vhodný i při redukční dietě, která je často součástí opatření přijímaných s cílem snížit hladinu cholesterolu.

Flora pro-activ je vhodnou součástí pestré vyvážené stravy a zdravého životního stylu. Výrobky určené ke snižování hladiny cholesterolu nejsou vhodné pro lidi se zvláštními dietními nároky (jako např. těhotné a kojící ženy, děti do pěti let) a osoby trpící onemocněním fytoosterolemie.



Jansen Cilag - Jurnista