



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 9/2008

ročník 7

pro
praktické
lékaře
zdarma

Přílohou tohoto čísla je
**Doporučený postup
Laboratorní
metody**

v tomto čísle
NOVINKA
**Suplementum
pro sestry**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Ordinace nejen na kraji města

Jak se dělá dobrá závodní péče



O čem se mimo jiné můžete dočíst v tomto čísle:

- Imunomodulační terapie u respiračních infekcí
- Laboratorní vyšetření v praxi
- Kazuistika na téma Generalizovaná úzkostná porucha
- Diagnostika a léčba diabetu – jaká je situace v primární péči?
- Vegetariánství - prevence civilizačních onemocnění?
- Co vše má obsahovat správný popis EKG křivky

Obsah

SVL ČLS JEP informuje	5
Společné doporučení: Laboratorní biochemické metody prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA	14
Laboratorní metody a jejich použití ve všeobecné praxi MUDr. Jana Vojtíšková	16
Imunomodulační terapie v praxi MUDr. Lenka Pennigrová	19
Diagnostika a léčba diabetu v primární péči MUDr. Zdeněk Hamouz	22
10 let Viagry v klinické praxi – 10 důvodů, proč jí věřit MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., FEBU	25
Kazuistika: Generalizovaná úzkostná porucha MUDr. Jaroslava Laňková	26
 ...ordinace nejen na kraji města ...dnes poprvé na návštěvě závodní preventivní péče	30
 ...prevence v primární péči Vegetariánství = prevence civilizačních onemocnění?	34
 ...EKG pro praxi Co vše má obsahovat správný popis křivky EKG	36
 ...POEM: Patient oriented evidence that matters	38
 ...počítač a doktor Jak komunikovat pomocí Outlook Expressu	40
 ...dotazy a odpovědi	41
 ...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek...	42
 ...přednemocniční péče v praxi Případ suicidiální otravy	45
 ...znalostní test	46

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
9/2008, 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 Brejtník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. Jana Hajnová, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Zuzana Miškovská, MUDr. Anna Nejedlá, MUDr. Miloš Ponižil, MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Helena Štěpánková, MUDr. Milada Vinická

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo dáno do tisku **22. 10. 2008.** MK ČR E13477, ISSN 1213-8711

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



MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Pozvánka na konferenci

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

tento úvodník je pozvánkou na blížící se **27. výroční konferenci Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP**, která se koná ve dnech **12.–16. listopadu v Karlových Varech**. Konference je po odborné i společenské stránce připravena jako vrcholná akce roku 2008 pro praktické lékaře v České republice. Měla by být zrcadlem toho, čeho naše odbornost dosáhla a jaké další výzvy před sebe postavila. Zároveň je místem setkávání, poznávání a výměny odborných i profesních zkušeností lékařů z celé republiky. Zda-li konference všechny tyto náměty splní, odpoví až účastníci sami. Doufám, že jich bude nejméně tolik jako loni v Brně.

Důkazem emancipace SVL ČLS JEP jsou doporučené postupy, vytvářené ve spolupráci s odbornými společnostmi, v režii praktických lékařů. Představení nových a aktualizovaných doporučených postupů bude také letos osou odborného programu. Tentokrát budou v popředí témata (v závorce koordinátoři): Paliativní léčba (Bohumil Skála), Diabetes mellitus (Igor Karen), CHOPN a léčba ATB (Stanislav Konštacký), Dyslipidemie (Otto Herber), Prevence kardiovaskulárních onemocnění, Obezita (Svatopluk Býma), Očkování (Igor Karen) a Anxiózní poruchy (Jaroslava Laňková).

Záběr odborného programu v lékařské sekci je rozsáhlý; nebude chybět blok gastroenterologie, problematika antitrombotické prevence, spánkových poruch, aktuality z oblasti ICHS, žilní onemocnění, plicní hypertenze atd. Ze čtvrtletního programu Vám dám tip na blok spánkových poruch, řízený dr. Skálou a obsazený prof. Illnerovou a docentem Praškem. Stejný den vystoupí dále, kromě praktických lékařů, prof. Češka, doc. Kolbel, doc. Kvapil, doc. Trč, doc. Marenčák a další. V pátek se mimo jiné od doc. Cífkové a prof. Hradce dozvíme, jak ovlivní studie ONTARGET naši praxi.

V sobotu kromě představení doporučených postupů vyslechneme profesory J. Widimského jr. a Teplana na téma ledviny a hypertenze. Hostem bude doc. Vetchý, který vysvětlí, jak je to s generikami a originály. Program konference uzavírají kolegové Jozef Čupka a Rudolf Červený, kteří sdělí zkušenosti o tom, jak lze v rámci ordinace zvládnout obezitologickou a protikuřáckou poradnu.

Odpoledne budou o Váš zájem soutěžit satelitní sympozia a paralelní sekce. Raději se dopředu zaregistrujte na již třetí z řady interaktivních workshopů z dílny Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK, tentokrát na téma Chyby a omyly v praxi.

V ošetrovatelské sekci bude na programu např. paliativní péče, chronické rány a kardiologie. V pátečním programu láká blok Žena a muž v ordinaci praktického lékaře, kde se bude hovořit o hormonální antikoncepci, menopauze, ale taky o hypertrofii prostaty a inkontinenci.

Jsem zvědavý, co ze světa informační techniky letos pro praktické lékaře a sestry připraví kolega Cyril Mucha.

Konferenci uvádí již tradičně ve středu od 17 hodin předkonferenční sympozium. Tentokrát bude hledat odpověď na otázku, zda poskytujeme péči dostatečné kvality a zda jsou pacienti v našich ordinacích bezpeční. Na toto téma sdělí své zkušenosti získané od občanů také mluvčí MZ ČR Mgr. Tomáš Cikrt.

Pro čtvrtletní i páteční večer jsou připraveny volby pro společenský program, a to Grandhotel Pupp, nebo divadlo, resp. Poštovní dvůr, nebo hrad Loket.

Vše je připraveno a proběhne k Vaší spokojenosti.

Editorial by měl být pozitivní, a tak si kritické podněty ke konferenci nechám až na příští číslo. Practicus je dobré prostředí pro názory a připomínky ke konferenci, využijte to!

Určitě do Karlových Varů přijďte a pomozte udělat z konference svátek praktického lékařství.

Bohumil Seifert
Vědecký sekretář SVL ČLS JEP

*Program konference
najdete v tomto čísle
na straně 11 - 13*

Zpráva mladých lékařů z prekonference a konference WONCA Istanbul, 3.–7. září 2008

Ve dnech 3. a 4. září jsme se zúčastnily prekonference WONCA v Istanbulu. Tradičně se konala v rámci organizace Vasco da Gama Movement před samotnou „velkou“ konferencí a hlavními organizátory byli letos turečtí mladí praktičtí lékaři spolu s holandskými.

Každý stát měl vyslat alespoň dva zástupce, letos díky podpoře SVL, která pokryla část nákladů na cestu, mohly MUDr. Jana Pánková a MUDr. Kateřina Sklářová reprezentovat naši republiku.

Program byl opět velice nabitý, zasedal Evropský koncil Vasco da Gama Movement, diskutovalo se o organizačních záležitostech včetně financování aktivit pro příští rok, přivítali se noví členové Evropského koncilu, volili se zástupci do výkonné rady, tzv. Executive Group.

V malých skupinách složených z mezinárodních zástupců se diskutovalo o otázkách různorodosti vzdělávacích programů v evropských zemích a možnostech jejich bližšího poznání díky výměnným programům, které jsou jednou z aktivit organizace Vasco da Gama Movement. Jednotliví účastníci vyzdvihli pozitivní specializační přípravy ve své zemi a poukázali na její negativní či nevyhovující aspekty v porovnání s ostatními evropskými zeměmi. Následovala široká diskuse ohledně pilotního projektu Education and Training Group Vasco da Gama Movement, který je zaměřen právě na získávání a porovnávání informací o vzdělávacích programech v Evropě. Od minulé konference v Paříži byl postupně vypracován elektronický dotazník, který zahrnuje otázky týkající se motivace a spokojenosti mladých lékařů v přípravě v praktickém lékařství v evropských zemích. Autory pilotního projektu byli zástupci Německa, Itálie a České republiky. V České republice pilotní verzi dotazníku vyplnilo potřebných 20 kandidátů v přípravě v praktickém lékařství a jejich odpovědi byly porovnávány na mezinárodní úrovni spolu s výsledky dalších 13 států. Zatím se nedá mluvit o nějakých relevantních výsledcích, pilotní studie měla být spíše zaměřená na zjištění možnosti získání těchto výsledků a měla vzbudit zájem o pokračování tohoto projektu na národní úrovni.

Pokud bude Česká republika chtít pokračovat v tomto projektu, bude muset zapojit národní tým do spolupráce, bude potřeba přeložit dotazník do češtiny, získat co největší počet respondentů a o způsobu evaluace na národní i mezinárodní úrovni bude ještě vedena širší diskuse. V současné době hledáme

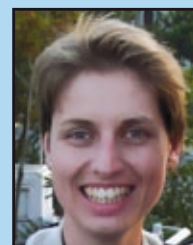
vhodný tým pro prohloubení této studie a jsme otevření návrhům odborné veřejnosti, jakým směrem by se měla tahle aktivita ubírat.

Skupina Education and Training Group Vasco da Gama Movement měla na hlavní konferenci svůj vlastní workshop, který i přesto, že byl časově omezen, byl nabitý dalšími poznatky, vedla se plodná diskuse ohledně budoucnosti a směřování dalšího výzkumu. Účastnili se ho jednak mladí lékaři z organizace Vasco da Gama Movement, ale také zástupci EURACT. Bohužel jsme na workshopu nezaznamenaly přítomnost ani jednoho českého zástupce ze SVL, přestože byla opakovaně předem avizována aktivní účast českých mladých lékařů na hlavní konferenci WONCA 2008.

Během konference další z pěti sekcí budoucích praktických lékařů Exchange Group Vasco da Gama Movement přijala mezi sebe nové členy, a rozšířila tak počet zemí z původních pěti participujících na deset, Česká republika je mezi nimi. Diskutovalo se o tom, jak motivovat co nejvíce mladých lékařů, aby se zapojili do programu, a jak konkrétně v jednotlivých zemích při organizaci výměnných pobytů postupovat. I tato skupina představila své aktivity v průběhu svého workshopu na hlavní konferenci, hlavně se hovořilo o oživení výměnného programu Hippokrates. V průběhu diskuse s ostatními evropskými kolegy jsme se shodly na tom, že každá ze zemí naráží na jisté specifické problémy při organizování výměnných programů a aktivit na mezinárodní úrovni, v České republice jsou hlavní překážkou finance. Pro spolupráci s kolegy ze zahraničí je



**MUDr. Kateřina
Sklářová**



MUDr. Jana Pánková

**konečné
společné foto
z prekonference
WONCA 2008
na Marmarské
univerzitě
v Istanbulu**



motivována velká část mladých praktiků, jazyková bariéra už dnes není takový problém jako před lety. Bohužel ale podpora není taková, jakou bychom si představovali, a snažíme se získávat prostředky pro financování podobných aktivit i z jiných zdrojů, než je SVL. Jako klíčovou vidíme otázku poznávání a porovnávání jednotlivých vzdělávacích systémů, setkávání s mladými kolegy z evropských zemí, abychom mohli i náš vzdělávací systém obohatit a také zásadním způsobem rozšířit znalosti z oboru praktického lékařství jako takového.

Celkově byla výměna zkušeností a poznatků velmi přínosná, opět jsme zjistili, že naše příprava má dlouholetou tradici a že se v mezinárodní konkurenci jako mladí praktici neztratíme. Bohužel se konference WONCA 2008 mohli zúčastnit pouze dva zástupci, porovnání s Nizozemskem, které vyslalo svých zástupců 75, vyvolává úsměv. Jedině pohled z mezinárodní úrovně na naši situaci

v primární medicíně poskytuje potřebný nadhled, konfrontace znalostí a zkušeností se zástupci jiných států dodává tomuto pohledu potřebný širší rozměr.

Mladí lékaři v přípravě k atestaci v praktickém lékařství se v současné době potýkají s jinými, zásadnějšími, dalo by se říct vitálními starostmi ohledně jejich budoucí existence, takže většině z nich na aktivity na mezinárodní úrovni mnohdy nezbyvá více potřebného času, energie ani peněz. Což je velká škoda.

MUDr. Kateřina Sklářová,
mladipraktici@centrum.cz

MUDr. Jana Pánková
lékařka v přípravě k atestaci v praktickém
lékařství

17. kongres paliativní péče Montreal, 23.–26. 9. 2008



MUDr. Zuzana
Miškovská, Ph.D.

Ve dnech 23.–26. září se konal v Montrealu 17. kongres paliativní péče. Každý den začínal plenárním zasedáním – hlavní sdělení byla zaměřena na etiku, morálku, filozofické a spirituální stránky paliativní péče. Poté byla na pořadu „Clinical Master Class“ – sdělení a workshopy na klasická klinická témata, ale z neobvyklých úhlů: Nádor jako chronický zánětlivý stav, Nádorová únava, Kachexie a astenie, Rozruch kolem kanabinoidů, Delirium – jak naučit starého psa novým kouskům, Dušnost a její management.

Velký zájem byl i o „organizační projekty“ – Paliativní péče jako základní lidské právo, Rovnost přístupu k paliativní péči, Sociální marketing paliativní péče.

Velká část workshopů byla zaměřena na diskusi ohledně výcviku dobrovolníků zapojených do paliativní péče jak v nemocnicích, tak hospicích, v rodinách i dobrovolníků pomáhajících pozůstalým – oblast, která si v ČR teprve pozvolna buduje své pozice.

Z české výpravy prezentovala MUDr. Marie Macková (MU) výzkum potřeby podpůrné péče pro pozůstalé, MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D. (SVL), prezentovala výzkum dostupnosti paliativní péče v ČR, za SVL se zúčastnil též MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

ETIKA, MORÁLKA, PRÁVO, KVALITA PÉČE

Inspirace pro nás:

Zapojujeme dostatečně do procesu paliativní péče i rodiny našich nemocných? – vhodné jsou konzultace, edukace, pohovory.

Respektujeme přání umírajících ve všech sociálních, psychologických a spirituálních kontextech?

Nenuťme umírající přijímat „agresivní a heroickou“ medicínu.

Umírání a smrt je součástí normálního života, může se udát v normálním prostředí – tam, kde se umírající cítí doma.

Sledujeme, známe a respektujeme potřeby terminálně nemocných v ČR?

Platí „paliativní paradox“: čím méně hovoříme s laiky o bolesti, smrti a utrpení, tím více jsou nakloněni vyslechnout informace o možnosti paliativní péče.

Understanding Palliative Care as a Basic Human Right

BRENDA LEIGH CAMERON, ANNA SANTOS SALAS, University of Alberta, Edmonton, DONNA DE MOISSAC, Edmonton Grey Nun's Hospital, Edmonton, AB, Canada

Během workshopu účastníci řešili problém, jak zajistit dostatečnou kvantitu i kvalitu paliativní péče, která je vnímána ve vyspělých zemích jako součást základních lidských práv, stejně jako zdravotní péče preventivní a léčebná. Diskutoválo se o možnostech: „Prohlášení odborných společností“, nátlak na moc zákonodárnou i soudní i osvětu laické veřejnosti.

V diskusi zaznělo, že generická záměna léčiv, prováděná pouze z ekonomických důvodů, je porušením práva na rovný přístup k léčbě.

DOBROVOLNÍCI

The Role of Hospice Volunteers in Providing End-of-Life Care to Rural Seniors

MARGARET MCKEE, MARY LOU KELLEY, SHEVAUN NADIN, Lakehead University, Thunder Bay,

**právo na paliativní péči
je základní lidské právo**

ON, Canada; MANAL GUIRGUIS-YOUNGER, St Paul University, Ottawa, ON, Canada; MICHAEL MACLEAN, University of Regina, Regina, SK, Canada

Autoři posteru shrnuli zkušenosti a pozorování paliativců – dobrovolníků z venkovských oblastí u nemocných z menšinových populací. Popsali rozdíl poskytované paliativní péče ze strany příslušníků menšinových populací a ze strany profesionálů. Profesionálům chybí spontaneita a empatie.

Bereaved and Their Need for Support

MARIE MACKOVÁ, Masaryk University, Faculty of Medicine, Brno, Czech Republic

Česká zástupkyně prezentovala výzkum mezi pozůstalými – doložila, že se v ČR o pozůstalé se symptomy velkého smutku až deprese většinou starají PL, případně psychiatři, ale na rozdíl od vyspělých zemí se nestarají odborníci vytrénovaní v této problematice, neexistuje téměř žádná dobrovolnická hnutí. Toto sdělení vyvolalo velkou diskusi, řešila se i problematika nedostupnosti spirituální péče v ČR.

VZDĚLÁVÁNÍ

An Interprofessional Educational Intervention on Delirium at the End of Life: Providing Opportunities to Enhance Collaboration

SUSAN BRAJTMAN, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; PIPPA HALL, LYNDIA WEAVER, SCO Health Services, Ottawa, ON, Canada; KATHRYN HIGUCHI, University of Ottawa, Ottawa, DAWN MULLINS, SCO Health Services, Ottawa, ON, Canada

V tomto workshopu byl na účastnících, jako na modelech, vyzkoušen vzdělávací modul na téma deliria. Zaměřen byl hlavně na získání dovedností při vyhodnocení psychoneurologického stavu terminálně nemocných, zdůrazněna záležitost hypoaktivní formy, jako často podceňovaného markeru nástupu závažných komplikací.

Inspirace pro nás: Rozpoznáme včas a známe dobře burcující význam hypoaktivního deliria?

Palliative Care Education – Learning Together in Clinical Practice

ELAINE STEVENS, Ayrshire Hospice / University of the West of Scotland, Ayr, United Kingdom; LINDA KERR, Ayr Hospital, Ayr, United Kingdom; MARY HOLLAND, Cumbria Primary Care Trust, Kendall, Cumbria, United Kingdom

Paliativní péče je lege artis péče týmová – poskytovaná od lékařů různých specializací přes zdravotní sestry, ošetřovatele, psychology až po kaplany. Protože cíl léčby je pro všechny odbornosti stejný – zajistit kvalitu života, organizují univerzity i společné vzdělávací aktivity a velmi se to osvědčilo.

Inspirace pro nás: V této oblasti výuky jsme na tom obdobně: SVL zajišťuje společné workshopy pro lékaře a nelékaře na svých konferencích.

KLINIKA

Effective Use of Lidocaine Infusion in the Home Hospice Setting

NEDA PAKDAMAN, DENIS BOUVIER, ELLEN BROWN, BARBARA EGAN, VICKY FERRARESI, Pathways Home Health and Hospice, Sunnyvale, CA, United States

Vedoucí workshopu předvedli několik interaktivních kazuistik – posluchači měli mimo jiné doporučit lékaři další postup v uvedené situaci. Nejvíce mne zaujala tato: centrální příjem, večer, víkendová služba, vyčerpaný lékař, v ordinaci početná hlasitá rodina, která přivezla nemocného v deliriu. Padaly nejrůznější návrhy – například poslat rodinu domů a věnovat se jen pacientovi, poslat rodinu na chodbu, odvézt nemocného na chodbu a probrat s rodinou sociální anamnézu, poslat rodinu lékaři pro kávu. Nakonec nejsprávnější postup byl – stejně jako u většiny ostatních – podat Lidocain i.v. Inspirace pro nás: Kolik českých PL podává infuze v ambulantním/domácím prostředí? (Lidocain v této indikaci není v ČR registrován.)

Cancer Related Fatigue: From Bedside to Bench
MELLAR DAVIS, DILARA SEYIDOVA KHOSHKNABI, GUANG YUE, DECLAN WALSH, KATHERINE HAUSER, RUTH LAGMAN, The Harry R. Horvitz Center for Palliative Medicine, Cleveland Clinic Taussig Cancer Center, Cleveland, OH, United States

Únava, slabost, kachexie a astenie u onkologicky nemocných jsou podloženy chronickým zánětlivým stavem. Přidatné symptomy jako deprese, nespavost, anémie jsou dány základní charakteristikou konkrétního onemocnění. Pokud chceme těmto nemocným ulevit od obtíží, měli bychom vybírat analgetika a cytostatika, která zasahují do zánětlivých procesů. Neexistují důkazy pro rutinní užívání psychostimulancií, extraktů z ginkga, kofeinu, L-carnitinu apod.

Inspirace pro nás: Negativním prognostickým faktorem je vysoké CRP.

Natural Health Products and Cancer Care: The Good, the Bad, and the Ugly

DOREEN ONESCHUK, Edmonton Regional Palliative Medicine Program, Edmonton, AB

Inspirace pro nás: Sledujeme a zapisujeme potravní doplňky a přírodní léčiva užívaná našimi nemocnými, známe jejich interakce?

PRIMÁRNÍ PÉČE

Physician Hospice Home Visits

SIK KIM ANG, DECLAN WALSH, SUSAN LE GRAND, MITCHELL RUSSELL, ERIN NEWTON, The Cleveland Clinic, Cleveland, OH, United States

INTRODUCTION:

Autoři si dali za cíl objasnit návštěvy lékařů u terminálně nemocných, kteří žijí mimo nemocnice. Do doby jejich sledování nebyly žádné systematické informace, kdo, proč, jak často a kvůli jakým konkrétním problémům tyto nemocné navštěvuje. 58 % návštěv u terminálně nemocných bylo na výzvu nemocného nebo ošetřovatele. Většinou

V Česku máme málo dobrovolníků. Profesionálům ve světě mnohdy chybí empatie.

vědomí, že se nemoc dá léčit, je dobrá motivace k účasti ve screeningových programech

se jednalo o starší ženy, bílé rasy, základní diagnóza byla nádorová. Čas cesty za nemocnými byl v průměru 24 min. a 18 mil na jednu cestu. V 88 % součástí návštěvy byla především edukace nemocného a rodiny o nemoci, 99 % nemocných žádalo objasnění managementu symptomů, především bolesti. Téměř všichni pacienti s takto poskytovanou návštěvnou službou zemřeli doma ve svém prostředí.

Inspirace pro nás: Kolik českých PL pečuje o terminálně nemocné v různých formách „domovů“? Navštěvují je pravidelně? S jakými pravomocemi či omezeními? Jsou známa tato data? Je znám cost/benefit takové péče?

Dostupnost paliativní péče

v České republice – Pozorování z praxe

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS J. E. Purkyně.

Cílem uvedeného sledování bylo zjistit, zda nové reformní snahy státu a nové vzdělávací počiny odborné společnosti přispívají ke zlepšení dostupnosti paliativní péče.

Autorka prostudovala zdravotní dokumentaci svých registrovaných pacientů zemřelých od 1.1. 1999 do 25.5. 2008. Úmrtí, která nastala v době delší než sedm dní od stanovení letální diagnózy, rozdělila dle místa úmrtí nemocného na podrobnější kategorie. Z výsledků je patrné, že využívání a dostupnost paliativní péče se jen nepatrně zvyšuje. Příznivým faktem je, že umírající již nejsou tak často léčeni na akutních kauzálních lůžkách. Významné místo v péči o terminálně nemocné má tým všeobecného praktického lékaře a home care. Diskuse, návrhy a opatření: Základem je dokončení sociální a zdravotní reformy tak, aby vzrostla morální i finanční motivace k zakládání hospiců, ať stabilních nebo mobilních.

Druhým krokem je pokračování v edukaci praktických lékařů a jejich sester.

Souběžně by měla probíhat informace o vzniklých hospicích pro laickou veřejnost.

VEŘEJNOST

Canadian Newspaper

Representations of Cancer

MELISSA HENRY, BRENDAN TRICKEY, LINA NUOXIN HUANG, McGill University, S. ROBIN COHEN, McGill University and Jewish General Hospital, Montréal, QC, Canada

Zajímavý poster představil výzkumný tým z McGill University: vědci vyhodnotili obraz nádorových onemocnění tak, jak ho předkládala média, a sice v období 1986–87 a poté po 20 letech v období 2006–2007. Zajímalo je poměr pozitivních a negativních informací o léčbě a prognóze nádorových onemocnění. Vědci vycházeli z předpokladu, že společenské vnímání choroby jako „lehké“ nebo „závažné“ významně ovlivňuje konstruktivní přijetí nádorové diagnózy, a to nejen nemocným, ale i jeho rodinou a okolím. Vědomí, že se nemoc dá léčit, usnadňuje spolupráci nemocných v diagnostických a screeningových programech. Tento předpoklad se také vyhodnocením dat potvrdil. Dobře vedené mediální kampaně, ale i „každodenní žurnalistika“ mají významný vliv na edukaci celé populace.

Inspirace pro nás: Bude mít česká primární péče – SVL ČLS JEP – svého tiskového mluvčího?

Kanadská praxe na závěr

Speciálním workshopem byla pro mne i cesta vlakem z Toronta do Montrealu. Při nástupu do vlaku (turistická třída) každý palubní průvodčí ve svém vagonu obešel cestující sedící u nouzových východů, vysvětlil nouzové signály, použití záchranných pomůcek a zřetelně označil, v které řeči – anglicky či francouzsky – mají záchranáři s těmito cestujícími hovořit.

Před každou stanicí palubní průvodčí informoval dispečink o potřebách cestujících, kteří budou vystupovat z jeho vozu – zda potřebují asistenci a jakou – odnést zavazadla, přistavit invalidní vozík nebo doprovod pro nevidomé apod.

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

TISKOVÁ ZPRÁVA z víkendového vzdělávacího semináře SVL ČLS JEP

Mikulov, 19.–21. září 2008

Praktičtí lékaři z celé České republiky se setkali na posledním víkendovém vzdělávacím semináři v letošním roce. Tentokrát se setkání konalo na jižní Moravě ve městě Mikulov. Stejně jako na ostatních akcích (Karlova Studánka, Srní, Dvůr Králové), jsme zaznamenali vysoký zájem ze strany praktických lékařů. Dokonce jsme nemohli značnou část lékařů zaregistrovat z důvodů omezené kapacity přednáškové místnosti. V Mikulově bylo přítomno více než 160 účastníků, kteří zcela zaplnili kapacitu dvou hotelů a několika penzionů.

Pátek 19. září

V pátek odpoledne přivítalo přijíždějící účastníky podmrčené počasí. Po zaregistrování a ubytování všech účastníků začal odpolední program. V úvodní přednášce informoval prezident České lékařnické komory Mgr. Stanislav Havlíček 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. Havlíčka navázal místopředs-



vání kódu ZP 01443 (POCT). Shodli jsme se na tom, že se jedná o paradoxní požadavek, vzhledem k tomu, že při každodenní praxi vyhodnocujeme a upravujeme terapii INR podle výsledků z laboratoře, ke kterým žádných kurzů ani zkoušek zapotřebí není. Blok byl zakončen diskusí, která vyjasnila některé prezentované informace.

Sobota 20. září

Před sobotním blokem přednášek se účastníci věnovali fyzickým aktivitám, které si sami hradili. Někteří využili místo konání k návštěvě pamětihodností. Aktivnější pozorovali jihomoravskou přírodu ze sedel kol nebo při procházkách pálavskou oblastí. Úvodní přednáškou sobotního bloku byla prezentace MUDr. Martina Herolda z Interní kliniky FN Královské Vinohrady, která posluchače provedla tématem „Kardiak v ambulanci praktického lékaře“. I přesto, že téma by se mohlo zdát vyčerpané, podařil se přednášejícímu velmi zajímavý pohled na tuto problematiku. V přednášce zaznělo mnoho zajímavých informací a prezentace byla doprovázena i bohatou obrazovou částí. Lékaři tak mohli spatřit výsledky echokardiografického vyšetření či



da SVL ČLS JEP MUDr. Otto Herber, který se zaměřil na spolupráci praktického lékaře a lékárníka. Spolupráce byla dokumentována na zajímavých kazuistikách, kdy posluchači odhadovali s pomocí hlasovacího zařízení například doplatek pacienta za preskripci léků na 3 měsíce. Dalším odborným sdělením byl příspěvek docenta Bráta (PTZ Nela-hozeves), který svoji pozornost zaměřil na problematiku tuků v přednášce „Čím se liší tuky“. Lékaři se dozvěděli některé informace o tucích v potravě, na které se v běžné denní praxi nemyslí. Přednáška byla doplněna o interaktivní část, v které bylo možno si některé znalosti ověřit. Poslední přednáškou byla prezentace prof. Kvasničky, který seznámil posluchače s problematikou antikoagulační léčby a jejími výhledy. Co se týká praktických lékařů, byla zmíněna prodloužená profylaxe nízkomolekulárními hepariny po náročných ortopedických výkonech (náhrada kolenního a kyčelního kloubu). V další části byly nastíněny nové možnosti prevence žilní tromboembolie pomocí nových perorálních léků (dabigatran, rivaroxaban). V neposlední řadě je nutné zmínit, že prof. Kvasnička podpořil návrh SVL ČLS JEP ke změně metodiky pro nasmlou-

prehledně graficky zpracovaná schémata.

V další části byli posluchači seznámeni s tématem benigní hyperplazie prostaty a úlohou praktického lékaře při její léčbě. I přesto, že problematika by se mohla zdát vzdálená praktickým lékařům, povedlo se urologovi MUDr. Jiřímu Kladenskému přitáhnout pozornost celého sálu. V neposlední řadě byla pozornost zaměřena také na některé moderní způsoby léčby, které byly následně středem zájmu dotazů praktických lékařů.

Hodnocení semináře v Mikulově z pohledu zúčastněných lékařů

Přestože jsme v průběhu akce získali mnoho pozitivních referencí a reakcí z řad zúčastněných praktických lékařů, snažili jsme se o objektivní pohled. Lékaři byli vyzváni k anonymnímu hlasování, při kterém hodnotili jak myšlenku víkendových seminářů, tak také akci samotnou.

MUDr. Dana Moravčíková
členka výboru SVL ČLS JEP
MUDr. Otto Herber
místopředseda SVL ČLS JEP

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v prosinci 2008

Hlavní téma: Vertigo

V běžné populaci trpí závratěmi až 10 % nemocných, v nejvyšší věkové kategorii udává závrať každý druhý senior. V studiích založených na analýze populačních vzorků se závratě vyskytují zhruba v 16-35% a jsou výrazně závislé na věku. Závrať není žádné samostatné onemocnění, je to symptom choroby. Pod pojem závratí jsou řazeny i příznaky, které nejsou vestibulárního původu (ortostatická hypotenze, pocity při hypoglykémii, aura před migrénou, poruchy rovnováhy při abúzu alkoholu nebo drog, pocity nejistoty při nevhodných brýlích apod.). V péči o nemocného se závratěmi má nenahraditelnou úlohu praktický lékař, který zná pacienta včetně jeho kompletní anamnézy, je informován o přestálých nemocech, má k dispozici výsledky předchozích vyšetření a je informován o medikaci nemocného.

Hlavní téma seminářů SVL pořádaných v prosinci bude věnováno právě vertigu. Současně bude přestaven i nový doporučený postup na toto téma.

MUDr. Bohumil Skála, PhD., koordinátor doporučeného postupu

Středa 3. 12. 2008	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Čtvrtek 4. 12. 2008	16.00–20.00	Liberec, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14
Čtvrtek 4. 12. 2008	16.00–20.00	Ústí nad Labem, Oddělení vzdělávání Masarykovy nemocnice, výuková složka, Sociální péče 12/A/4
Čtvrtek 4. 12. 2008	16.00–20.00	Znojmo, hotel Prestige, Pražská 100
Sobota 6. 12. 2008	9.00–13.00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota 6. 12. 2008	9.00–13.00	Plzeň, Šafránkův pavilon, alej Svobody 31
Pondělí 8. 12. 2008	16.30–20.30	Zlín, aula SZŠ, Bartošova čtvrť
Úterý 9. 12. 2008	16.00–20.00	Ostrava, hotel Imperial, Tyršova 6
Úterý 9. 12. 2008	16.00–20.00	Pardubice, hotel Zlatá štika, Štросova 127
Středa 10. 12. 2008	17.00–21.00	Jihlava, presbytář hotelu Gustav Mahler, Křížová ulice
Čtvrtek 11. 12. 2008	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota 13. 12. 2008	9.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 13. 12. 2008	9.00–13.00	Olomouc, aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Sobota 13. 12. 2008	9.00–13.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2 31
Středa 17. 12. 2008	16.00–20.00	České Budějovice, budova Medipont, s. r. o., Matice školské 17
Čtvrtek 18. 12. 2008	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31



Rezidenční místa

VÝZVA

Vzhledem k tomu, že se plánuje zřízení rezidenčních míst financovaných státem pro lékaře ve specializační přípravě, vyzýváme všechny lékaře, kteří se již připravují nebo plánují specializační přípravu do oboru všeobecného praktického lékařství, aby se neprodleně přihlásili na Centrum primární péče.

Důvodem je potřeba určení počtu aktuálně potřebných rezidenčních míst v jednotlivých regionech.

TERMÍN PŘIHLÁŠENÍ NEJPOZDĚJI DO 25. LISTOPADU 2008

Přihlásit se můžete vyplněním formuláře na www.svl.cz nebo www.splcr.cz

Odkaz na formulář najdete hned na úvodní webové stránce.

V případě nejasností nebo technických překážek se můžete obrátit přímo na:

Centrum primární péče

U Hranic 322 /16

100 00 Praha 10

telefon: 267 184 042 nebo 267 184 053



27. výroční konference SVL ČLS JEP

12.-15. listopadu 2008, Karlovy Vary

Program – lékaři

12. 11. 2008 - středa

17.00-18.00

Předkonfereční sympózium

Kvalita péče a bezpečí pacientů v ordinacích praktických lékařů

MUDr. Pavel Brejník: Poučení ze soudních případů

MUDr. Bohumil Seifert, PhD.: Kvalita péče a bezpečí pacientů

MUDr. František Vlček (SAK ČR): Bezpečí pacientů v ČR

18.35-21.00

Uvítací večer

13. 11. 2008 - čtvrtek

8.15-8.30

Slavnostní zahájení

8.30-9.30

Gastroenterologie

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.: Krvácení do trávicího traktu. Diagnostika, léčba a prevence.

MUDr. Jana Vojtíšková: Možnosti a limity empirické terapie v gastroenterologii

MUDr. Bohumil Seifert, PhD.: Screening kolorektálního karcinomu - jak dál?

9.35-10.15

Riziko pádů u pacientů s osteoporózou

MUDr. Jiří Jenšovský, CSc.: Postavení alfa-kalcidolu v komplexní léčbě osteoporózy

10.15-10.30

Coffee break

10.30-11.40

Argumenty pro včasnou léčbu aterosklerózy (studie Atlet)

MUDr. Otto Herber: Zhodnocení studie

prof. MUDr. Richard Češka, CSc.

MUDr. Igor Karen

MUDr. Zdeněk Hamouz

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

11.45-12.45

Antikoagulační léčba a její nové výhledy

doc. MUDr. Tomáš Trč, CSc.: Náhrady velkých kloubů - od indikace po rekonvalescenci

prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.: Prevence žilní trombózy v ortopedii - nové možnosti

12.45-13.30

Polední občerstvení

13.30-14.30

Novinky pro praktické lékaře

doc. MUDr. Jozef Marenčák: Hyperaktivní močový měchýř

doc. MUDr. Štefan Farský: Validita merania krvného tlaku elektronickými prístrojmi u pacientov s fibriláciou predsiení

MUDr. Igor Karen: Trendy v používání gelových přípravků v ordinaci PL

14.35-15.35

Poruchy spánku

prof. RNDr. Helena Illnerová, DrSc.: Role melatoninu v časovém systému lidského organismu

doc. MUDr. Ján Praško, Ph.D.: Možnosti léčby nespavosti v ordinaci praktického lékaře

15.35-15.45

Coffee Break

15.45-16.45

ICHS

doc. MUDr. František Kölbel, DrSc.: Angina pectoris v ordinaci praktického lékaře

doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.: Odlišnosti ICHS u diabetiků. Postupujeme správně?

16.50-17.50

DP - Paliativní léčba

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Ondřej Sláma, MUDr. Zuzana Miškovská, PhD.: Aktualizace DP - Paliativní léčba

Satelitní sympózia - Kinosál (16:00-17:00)

Astellas Pharma

20.00

Společenský večer

Jakub a jeho pán: Městské divadlo - Karlovy Vary

21.30-23.00

Raut: Grandhotel Pupp

14. 11. 2008 - pátek

8.00-8.45

DP - CHOPN a AB

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc., doc. MUDr. Jaromír Musil

8.45-9.45	Oxidační stres a záněty dolních cest dýchacích prim. MUDr. Norbert Pauk, Ph.D.: Chronický zánět dolních dýchacích cest a CHOPN - vzájemná souvislost? MUDr. Vladimír Koblížek: Oxidační stres u pacientů s CHOPN MUDr. Stanislav Konštický, CSc.: Role moderních mukolytik
9.45-9.55	Coffee Break
9.55-10.55	Vliv pravidelného užívání doporučené léčby na prognózu pacienta s vysokým KV rizikem prof. MUDr. Richard Češka, CSc.: Revaskularizace a/nebo farmakologická léčba u nemocných s koronární aterosklerózou MUDr. Igor Karen: Adherence k léčbě - základ úspěšné farmakoterapie
11.00-12.00	Studie ONTARGET doc. MUDr. Renata Cífková, CSc.: Léčba a prognóza pacientů s vyšším kardiovaskulárním rizikem prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.: Jak ovlivní výsledky ONTARGET klinickou praxi?
12.00-12.45	Polední přestávka
12.45-13.30	DP - Prevence kardiovaskulárních onemocnění DP - Obezita doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc./prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.: DP - Prevence kardiovaskulárních onemocnění doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc./doc. MUDr. Pavol Hlúbik, CSc.: DP - Obezita MUDr. Rudolf Červený: Mikroalbuminurie jako rizikový faktor i u obezity doc. Ing. Jiří Brát, CSc.: Je důležité sledovat složení tuků?
13.35-14.25	Aktualizace DP pro léčbu dyslipidemií MUDr. Otto Herber: Apolipoprotein B; Kombinovaná hypolipidemická léčba; Fytosteroly prof. MUDr. Richard Češka, CSc.: Apolipoprotein B nově v praxi doc. Ing. Jiří Brát, CSc.: Je důležité sledovat složení tuků?
14.30-14.45	DP - Očkování doc. MUDr. Roman Chlíbek, PhD./prof. MUDr. Roman Prymula, PhD.
14.45-15.00	Coffee Break
15.00-16.00	Farmakoterapie chronického žilního onemocnění - nová doporučení léčby (CVD) MUDr. Alena Broulíková, CSc.: Nová doporučení léčby chronického žilního onemocnění MUDr. Sabina Švestková: Jak správně léčit komplikace chronického žilního onemocnění
Paralelní bloky	
16.15-17.15	Velký sál: Satelitní sympóziu Abbott Laboratories Kinosál (Červený salonek): Workshop - Chyby a omyly v praxi: MUDr. Bohumil Seifert, PhD., MUDr. Jana Vojtíšková
20.00	Společenský večer , hrad Loket
20.30	Společenský večer , Poštovní dvůr
23.00	Ukončení

Sobota 15. 11. 2008

8.00-9.00	DP - Anxiosní poruchy doc. MUDr. Jiří Horáček, PhD.: Generalizovaná úzkostná porucha, její diagnostika a léčba MUDr. Jaroslava Laňková: Problematika úzkostných poruch v ordinaci praktického lékaře
9.05-9.25	Plicní hypertenze MUDr. Al-Hiti: Plicní hypertenze
9.30-10.30	DP - Diabetes mellitus MUDr. Igor Karen: Aktualizace DP prof. MUDr. Milan Kvapil, DrSc.: Těsná kompenzace glykémie a vaskulární komplikace diabetu mellitu 2. typu prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc.: Diabetické neuropatie
10.30-10.40	Coffee Break
10.40-11.25	Metabolismus, ledviny a hypertenze Prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.: Autonomní nervový systém a hypertenze Prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.: Možnosti ovlivnění cílových orgánů antihypertenziv
11.30-11.50	Originál a generika: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. PharmDr. et Mgr. David Vetchý, PhD.: Originál a generika
11.55-12.30	Intervenční preventivní medicína (IPM) MUDr. Rudolf Červený: Nové přístupy v preventivní obezitologii MUDr. Josef Čupka: Diagnostika a výběr nejdůležitějších preventivních intervencí pro pacienta, Aktuality z odvykání kouření a poraden intervenční preventivní medicíny v ČR
12:30	Zakončení konference, Předání certifikátů

Program – sestry

13. 11. 2008 - čtvrtek

- 8.30-8.45 **Slavnostní zahájení**
- 8.45-9.15 **Legislativní změny**
Mgr. Alice Strnadová, MBA (Sekce primárních sester ČAS): Legislativní změny v oblasti kontinuálního vzdělávání
- 9:15:00-10:00 **Sestra a paliativní péče v ordinaci PL (I)**
MUDr. Alena Šimurdová, Mgr. Hana Ulčová (FN Plzeň): Krácení utrpení pacienta z etického a právního pohledu
Mgr. Hana Ulčová (FN Plzeň): Způsobilost k právním úkonům z lékařského a právního pohledu
- 10.00-10.15 **Coffee break**
- 10.15-11.45 **Sestra a paliativní péče v ordinaci PL (II)**
MUDr. Bohumil Skála, PhD., MUDr. Zuzana Miškovská: Neonkologická onemocnění v paliativní péči
MUDr. Bohumil Skála, PhD., MUDr. Zuzana Miškovská: Následná ošetrovatelská péče v geriiatrii a syndrom demence
MUDr. Zuzana Miškovská: Dostupnost paliativní péče v ČR
- 11.45-12.45 **Polední občerstvení**
- 12:45-13:45 **Workshop - problematika inkontinence**
Diskuse
- 13:55-14:25 **Dermatologie v ordinaci PL**
MUDr. Blanka Žuffová-Kunčová: Erysipel - dg. stále aktuální; Larvální terapie
- 14.25-14:40 **Coffee break**
- 14:35-15:35 **Software v ordinaci PL:** MUDr. Cyril Mucha

14. 11. 2008 - pátek

- 9:00-11:00 **Žena v ordinaci praktického lékaře**
MUDr. Zlatko Pastor: Hormonální antikoncepce
MUDr. Ivan Řiháček, PhD.: Terapie hypertenze žen po menopauze v ČR
MUDr. Libor Zámečník, FEBU: Inkontinence
- Muž v ordinaci praktického lékaře**
MUDr. Libor Zámečník, FEBU: Benigní hyperplazie prostaty
MUDr. Libor Zámečník, FEBU: Inkontinence
- 11:00-11:20 **Coffee Break**
- 11:20-13:20 **Sestra a kardiologický pacient v ordinaci PL**
MUDr. Jan Malecha (Chomutov): Kardiologické vyšetřovací metod v ambulantní praxi (indikace, limitace, interpretace)
MUDr. Libor Staněk (Chomutov): Jícnová echokardiografie; Kazuistika pacientky s AIM; Přednemocniční péče o pacienta s AIM
doc. MUDr. Štefan Farský: Čo treba vedieť pri meraní TK digitálnym tlakomerom?
- 13:20-14:20 **Polední přestávka**
- 14:20-14:50 **Péče o ránu v ordinaci praktického lékaře**
- 15:00-16:00 **Software v ordinaci PL**
MUDr. Cyril Mucha: Porovnání používaných softwarů v ordinaci PL

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA

ÚKBLD 1. LF UK a VFN, Praha, předseda České společnosti klinické biochemie ČLS JEP

Společné doporučení SVL ČLS JEP a České společnosti klinické biochemie ČLS JEP:

Laboratorní biochemické metody

Laboratorní vyšetřovací postupy patří k základním přístupům, které každý lékař, a zejména praktický lékař, provádí nejen ke zjištění nemoci, jejího průběhu či určení prognózy, ale významnou měrou se podílejí při preventivních prohlídkách a screeningových programech.



prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA

**společný dokument
je příkladem spolupráce
české společnosti
klinické biochemie
a SVL ČLS JEP**

**LM se podílejí
na určení až 75% dg.
u hospitalizovaných
pacientů (studie USA)**

**nezbytná
komunikace lékaře
s laboratoří**

Úhel zájmu a znalostí o laboratorních metodách bude jistě odlišný ze strany praktického lékaře, který od laboratorních odborníků bude očekávat časově dostupný, kvalitní a správný výsledek použitelný v každodenní praxi. Zaměření laboratorních odborníků bude soustředěno na otázku srovnatelnosti výsledků, analytických charakteristik, otázku kalibrátorů a systémy kontroly. Jedno však mají společné – zajištění kvalitní péče o pacienty. Je nutné hledat společnou řeč, sjednocovat a tříbit názory v této oblasti a doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře – Laboratorní metody – část 1., biochemické metody, který vznikl jako společný dokument České společnosti klinické biochemie ČLS JEP a Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, je příkladem vzájemné spolupráce v této oblasti.

Laboratorní metody se dle studie z USA podílejí na určení až 75% diagnóz u hospitalizovaných pacientů. Může se to zdát jako příliš vysoký podíl, ale diagnostika diabetu mellitu, hyperlipidemie a jejich monitorace, určení poškození funkce ledvin, jater, pankreatu, monitorace zánětu, diagnostika infekčních onemocnění, endokrinologická diagnostika a řada dalších se opírají o laboratorní vyšetření.

Není možné ve stručném rozsahu doporučení popsat celou oblast vyšetřovacích metod. V obecné části jsme se zaměřili na problematiku preanalytické části vyšetřování, kde klíčovou roli má lékař indikující vyšetření. Tato část začíná úvahou lékaře o provedení daného vyšetření a končí zahájením analýzy. Je to nejdelší část celého vyšetřovacího procesu, ale také oblast, kde vznikají až 2/3 veškerých chyb. Klíčová je příprava a poučení pacienta, správné provedení odběru, uchování a transport vzorku. Pro každého lékaře je nutná komunikace s laboratoří a znalost či dostupnost tzv. laboratorní či preanalytické příručky dané laboratoře. Stručně jsou nastíněny systémy vnitřní a vnější kontroly, vlastního analytického postupu a postanalytická fáze.

Z oblasti laboratorní diagnostiky jsme zvolili oblasti s nejčastěji používanou laboratorní diagnostikou: nejčastěji jsou indikována vyšetření pro diagnostiku poruch jater a slinivky břišní, poruch funkce ledvin, kostního metabolismu, parametrů zánětu, nádorových markerů či poškození myokardu. Část jsme věnovali diagnostice infekčních onemocnění, kde se v poslední době laboratorní diagnostika významně změnila. Pozornost jsme zaměřili též na oblasti s určitými problémy či nejasnostmi, jaké parametry indikovat jako rozhodující pro diagnostiku – jedná se o infekce EBV, sexuálně přenosné choroby, diagnostiku lymeské borreliózy či hepatitid.

Ve stručných kapitolách jsme naznačili základní diagnostické algoritmy a využití jednotlivých analytů pro rozhodovací procesy v ambulancích praktických lékařů, které mají sloužit pro rychlou orientaci v dané problematice a nemohou nahradit monografie, které do detailů a principů seznámí lékaře s podstatou biochemických či fyziologických poruch v průběhu onemocnění.

Věřím, že uvedené doporučení povede k lepšímu vzájemnému porozumění mezi praktickými lékaři a laboratorními pracovníky, k zlepšení znalostí o biochemických metodách a využití nových parametrů při diagnostickém procesu v ambulancích.

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA – promován v r. 1990 na Fakultě všeobecného lékařství UK. Ještě za studia od r. 1989 začal pracovat v Ústavu klinické biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN (dříve I. ústav lékařské chemie a biochemie 1. LF UK), kde zůstal dodnes, od r. 1999 jako přednosta ústavu a vedoucí referenční laboratoře MZ ČR pro klinickou biochemii.

V r. 2001 byl jmenován profesorem pro obor lékařská chemie a biochemie. Od r. 2005 je děkanem 1. LF UK v Praze.

MUDr. Jana Vojtíšková

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

Laboratorní metody a jejich použití ve všeobecné praxi

Souhrn: Laboratorní vyšetření jsou nedílnou součástí diagnostického a terapeutického procesu. Je to velmi dynamicky se rozvíjející oblast. Uvádí se, že přibližně 70 % medicínských rozhodnutí je učiněno na základě laboratorního vyšetření (např. diagnostika AIM, porucha metabolismu lipidů, diabetes mellitus). Jsou to právě laboratorní vyšetření, která nám pomáhají vyloučit nebo potvrdit diagnostickou úvahu, s jejich pomocí upravujeme další vyšetřovací a léčebný postup.

Přesto je použití laboratorních metod ve všeobecné praxi spojeno s řadou úskalí a rozpaků. Proto vznikla myšlenka vytvořit aktuální informaci o dostupných laboratorních metodách a pokusit se vysvětlit správnou interpretaci výsledků, s cílem vytvořit užitečnou pomůcku praktických lékařů v běžné denní praxi. Rozsah DP neumožnil zahrnout všechny oblasti laboratorních metod; materiál je věnován především metodám klinické biochemie. Text vznikl ve spolupráci praktických lékařů a klinických biochemiků.

Pro praktického lékaře je znalost laboratorních metod nezbytná při vyhledávání rizikových skupin pacientů, diagnostice i sledování účinků terapie. Vedle anamnézy a fyzikálního vyšetření jsou laboratorní metody nejvýznamnějším diagnostickým nástrojem praktického lékaře.

Klíčová je pro nás, praktické lékaře, otázka indikace. Měli bychom se ptát, zda výsledek laboratorního vyšetření ovlivní náš následný klinický postup.



MUDr. Jana Vojtíšková

V malé studii, která vzešla ze spolupráce se spádovou laboratoří, jež provádí vyšetření pro 90 ordinací praktických lékařů a 51 ordinací ambulantních specialistů, jsme si ověřili, že deset nejčastěji indikovaných laboratorních vyšetření, jsou:

- 1) krevní obraz,
- 2) glykemie,
- 3) ALT,
- 4) AST,
- 5) moč a sediment,
- 6) cholesterol celkový,
- 7) kreatinin,
- 8) triglyceridy,
- 9) HDL-cholesterol,
- 10) urea.

Následují vyšetření glykovaného hemoglobinu, TSH, Quick, CRP.

V období od 1. ledna do 30. září 2007 provedla tato laboratoř cca 96 tisíc laboratorních vyšetření.

Zjistili jsme, že většině všeobecných praxí (85 %) zajišťuje odběry sestra ve své ambulanci a je využíván centrální svaz materiálu do laboratoře.

Zajímalo nás, jaká existuje variabilita mezi jednotlivými lékaři. Provedli jsme proto vlastní průzkum mezi kolegy praktickými lékaři. Zjistili jsme, že průměrná praxe (cca 2000 registrovaných pacientů) provádí laboratorní vyšetření v přibližné shodě. Krevních odběrů bývá přibližně 100 měsíčně. Průzkumem v 8 praxích PL jsme zjistili následující průměrný počet vyšetření prováděných za 1 měsíc přímo v ordinaci:

CRP 30, FW 30, INR 20, glykemie 10, moč papírkem cca 100.

V klinické praxi je mnohem snazší osvojit si nové přístupy než se zbavit starých. Může to vést k odškrtnutí žádanek shora dolů – tj. indikace ze zvyku. Pokud indikujeme laboratorní vyšetření, měli bychom mít představu, kam míříme, jinak nás může zahltnout velké množství falešně pozitivních výsledků.

Laboratorní metody nás navigují na diagnostické cesty, potvrzují pracovní diagnózu. Aktuální diagnóza je určitá rovnováha pravděpodobností. Neexistuje vyšetření, které by mělo 100% senzitivitu a specifitu. (Senzitivita = % správně pozitivních nálezů u osob trpících danou chorobou. Specifita = % správně negativních nálezů – u osob, které danou nemoc nemají.) Absolutní diagnózu obvykle v praxi nezjistíme, ale při rozhodování má zásadní význam hranice, od které považujeme příznak (změna koncentrace analytu) za pozitivní nález. V praxi vždy dochází k překrývání zdravých a nemocných, tj. správně pozitivních a falešně pozitivních výsledků.

Efektivita testu = účinnost je podíl správně určených osob u všech vyšetřených.

Na výsledek biochemického testu je nutno se dívat jako na hodnotu, která závisí na více faktorech.

Je to právě preanalytická fáze vyšetření, která může významně ovlivnit výsledek a následně interpretaci výsledků laboratorní analýzy. Je známým faktem, že k nejčastějším chybám dochází právě zde. Řádné poučení pacienta před odběrem je zcela nezbytné (lačnění, klid, kouření, alkohol,

**průměrná praxe
(cca 2000 pacientů)
provádí laboratorní
vyšetření v přibližné
shodě, cca 100
odběrů za měsíc**

nejčastější laboratorní vyšetření v rutinní praxi praktických lékařů

**interpretace je
komplikovaným
procesem a veškeré
hodnocení musí být
velmi zodpovědné**

léky apod.). Působí i vlivy zevního prostředí (tepota, nadmořská výška) a vlivy mechanické (vlastní odběr, technika odběru, poloha).

V přehledu, který podává speciální část, jsou zpracována nejčastější laboratorní vyšetření rutinní praxe praktického lékaře formou tabulek včetně indikace, hodnocení výsledků a možných chyb při interpretaci.

Probrány zde jsou:

- poruchy jater a slinivky břišní,
- porucha funkce ledvin,
- tyreopatie,
- celiakie,
- laboratorní ukazatele zánětu,
- poškození myokardu,
- vnitřní prostředí a výživa,
- lipidový metabolismus,
- infekce EBV,
- sexuálně přenosné choroby,
- lymeská borrelióza,
- porucha kostního metabolismu,
- základní imunologické vyšetření,
- nádorové markery,
- vyšetření lékových hladin,
- metody POCT.

Interpretace laboratorních vyšetření je komplikovaný proces a veškerá vyšetření musí být hodnocena velmi zodpovědně a vždy ve vztahu k danému pacientovi v jeho aktuálním zdravotním a tělesném stavu.

Shodli jsme se tom, že dobrá laboratoř má být schopna poskytovat poradenskou službu nejen svých vyšetření, ale i při méně častých analýzách. Základním požadavkem na kvalitu laboratoře je komplexnost služeb, spolehlivost a správnost výsledků a samozřejmě dostupnost základních vyšetření.

Dobrá spolupráce s laboratoří znamená oboustranně efektivní komunikaci, včetně využívání moderní informační technologie.

V praxi je třeba se vyvarovat záměny výsledků u pacientů a nekritického přecenění nečekané hodnoty.

Autoři věří, že předkládaný doporučený postup podpoří standard dobré praxe.

Za spolupráci při přípravě sdělení vřele děkuji ing. Janě Bernauerové a kolektivu laboratoře Hebilab Praha 4, která dokonale naplňuje výše uvedené kritéria.

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.

Vzdělávání lékařů s atestací...

Nabídka mezinárodních seminářů a postgraduálního vzdělávání pro lékaře s atestací na rok 2009

Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové je za Českou republiku koordinátorem programu **Salzburg Medical Seminars International** (předávání znalostí) a programu postgraduálního vzdělávání – **Medical Internship** (výměna zkušeností), určených pro lékaře s atestací. Semináře a vzdělávání pořádá nadace **American Austrian Foundation** (AAF), jejíž program Open Medical Institute (OMI) je nejrozsáhlejším programem ve střední a východní Evropě. Semináře a postgraduální vzdělávání vedou renomovaní odborníci z různých oborů z USA a Rakouska. Od srpna 2008 jsou vyhlášeny týdenní semináře na rok 2009. Seznam seminářů a uzávěrky přihlášek viz níže.

Podmínky účasti na seminářích / postgraduálním vzdělávání:

- Lékařské vzdělání s atestací
- Věk 30–45 let
- Dobrá znalost angličtiny
- Ochota šířit dále získané vědomosti

Další informace:

- Místo konání seminářů (Salzburg Medical Seminars International) – Rakousko.
- Místo konání Medical Internships – Rakousko a USA.
- Délka seminářů – 1 týden, Medical Internships dle individuálního plánu.
- Náklady – organizátoři hradí účastníkům veškeré náklady, účastník si sám hradí jen cestu.
- Každý lékař se v jednom roce může zúčastnit pouze jednoho semináře / postgraduálního vzdělávání.

Více informací o seminářích a podmínky účasti najdete na webových stránkách Výboru dobré vůle – Nadace Olgy Havlové:

www.vdv.cz

Kontakt:

Pavla Kovářová, Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové
Senovážné nám. 2, Praha 1
Tel.: 224 217 083, kovarova@vdv.cz

MUDr. Lenka Pennigrová

Soukromá ambulance klinické imunologie a alergologie, Praha

Imunomodulační terapie v praxi

Podzimní a zimní měsíce plní ordinace praktických lékařů pacienty s recidivujícími respiračními infekty. Opakující se virové a bakteriální zánětlivé procesy dýchacích cest jsou nepříjemné pro životní komfort pacientů. Těž ale mohou vést k chronickým změnám na sliznici – devastaci řasinkového epitelu, obstrukci nosních průduchů, tvorbě polypů a konečně vývoji průduškového astmatu.

Základní imunologické vyšetření

Jestliže chceme léčit svého pacienta s recidivujícími respiračními infekty v ordinaci praktického lékaře, je vhodné provést imunologické laboratorní vyšetření. Praktický lékař může sám indikovat základní laboratorní vyšetření. Nabídka imunologických laboratoří je velmi široká a lákavá. Pokud budeme rozhodovat racionálně a volit kompromis mezi náklady na vyšetření a laboratorními možnostmi, budeme indikovat vyšetření, které zhodnotí tři základní funkce imunitního systému: (1) **specifickou humorální imunitu – imunoglobuliny**, (2) **specifickou buněčnou imunitu – stanovení subpopulací lymfocytů** a (3) **nespecifickou imunitu – granulocyty a monocyty v krevním obraze**. Provedeme tedy minimálně vyšetření imunoglobulinů G, A, M, dále je vhodné stanovení imunoglobulinu E a případně lymfocytární subpopulace, označené jako CD3.

Co můžeme očekávat od základního laboratorního imunologického vyšetření

Hodnotíme jak snížené, tak i zvýšené hodnoty. Zvý-

šené hodnoty imunoglobulinů G, A, M a subpopulace CD3 svědčí pro zánětlivou stimulaci. Pokud je **zvýšení ve třídě Ig M a Ig A**, jedná se spíše o akutní aktivitu infekce, při **zvýšení Ig G a CD3** zvažujeme spíše chronický proces. Pokud jsou hodnoty zvýšené významně, je lepší konzultovat to s imunologem, aby zvážil riziko vývoje autoimunitního procesu.

U opakovaně nemocných pacientů nacházíme poměrně často **snížení či totální deficit Ig A**. Je to nejčastěji se vyskytující porucha imunity. Pro pacienty je hladina Ig A velmi důležitá, neboť tento imunoglobulin chrání především sliznice, a je proto důležitý pro první kontakt se zevním prostředím. Poruchy v oblasti tvorby Ig G a Ig M jsou pro reakce obranyschopnosti též důležité, ale nejsou tak časté.

Důležitou informaci nám může poskytnout **hodnota Ig E**. Ig E je imunoglobulin, který našim pacientům velmi škodí. Proč se jeho tvorba, která má být zcela minimální, u některých pacientů vymkne z dozoru regulačních faktorů a pacient se vyvine v atopika, není dosud jasné. Všichni víme, že atopiků v naší populaci neustále přibývá. Imunoglobulin E na sebe



MUDr. Lenka
Pennigrová

Záchranná brzda při chřipce a nachlazení

- ▼ Rychlý nástup účinku
- ▼ Účinně působí při prvních příznacích chřipky a nachlazení
- ▼ Povzbuzuje organismus při pocitech „malátnosti“ a únavy

Žádejte u Vašeho
distributora!


**Preventan[®]
Akut**

www.preventan.cz www.farmax.cz



**IgE je imunoglobulin,
který našim pacientům
velmi škodí**

**histamin navodí
vazodilaci, edém,
hypersekreci hlenu,
svědivost**

**výsledek počtu
granulocytů a monocytů
tvoří tzv. nespecifickou
imunitu**

**imunomodulační
léky napodobují
fyziologický proces**

umí vázat alergeny, které přemostí molekuly Ig E navázané na žírnou buňku, ta je destruována a uvolní se řada mediátorů atopické reakce. Nejznámější z těchto působků je histamin, který navodí vazodilaci, edém, hypersekreci hlenu, svědivost, obstrukci dýchacích cest. Současně se ze žírné buňky uvolní i lymfokiny, tj. látky, které napomáhají vzájemné komunikaci buněk. Lymfokiny atrahují do místa poškození další zánětlivé buňky, vzniká dlouhodobý neužitečný zánět, který může být podkladem následných viróz a bakteriálních superinfekcí. Pacienti se zvýšenou hladinou Ig E někdy nemusí mít jasné atopické klinické potíže a spíše trpí protrahovanými respiračními infekty, často na počátku jarní pylové sezony. A naopak bývá někdy překvapující, jak vysokých hodnot umí imunoglobulin E dosáhnout i bez klinického korelátu.

Dále je možno v rámci základního imunologického vyšetření zhodnotit i některé subpopulace lymfocytů. V imunologických laboratořích jsou tyto lymfocyty označeny značkou CD – cluster of differentiation, tzn. shluk molekul, které jsou pro určitou subpopulaci typické. Největší skupinu lymfocytů tvoří T lymfocyty s označením **CD 3**. Tyto buňky prošly zráním v thymu, proto se nazývají T lymfocyty. V thymu se naučily řadu dovedností. Naučily se, že nebudou tvořit imunoglobuliny a naopak budou prohlížet povrchy buněk a ty, které jsou poškozené (např. virovou infekcí), vzápětí zničí.

V rámci vyšetření **krevního obrazu** dostaneme i výsledek počtu granulocytů a monocytů, které tvoří tzv. nespecifickou složku imunity. Nepotřebují totiž znát předem charakter cizorodé partikule, která pronikla do organismu. Rozpoznají, že se jedná o cizorodou částici, pohltní ji a destruují. Při tomto procesu se znalost o složení částice a jejích antigenech dostane na povrch ničitelské buňky. Zde se s touto strukturou seznámí buňky specifické imunity a začnou fungovat již podle antigenní struktury. Antigenní složení si buňky uloží do paměti a při dalším kontaktu s touto strukturou probíhá reakce již rychleji.

Zvýšené hodnoty granulocytů a monocytů nacházíme spíše u akutních bakteriálních infekcí.

CD3 subpopulace lymfocytů se zvyšuje u virových infekcí a hyperreaktivních imunopatologických stavů. Naopak snížení počtu granulocytů vede k recidivám bakteriálních zánětů. Snížení CD3 má za následek vysokou nemocnost pacienta, zejména virové infekční zánětlivé procesy.

Imunomodulační léky

Vzájemná spolupráce a komunikace buněk imunitního systému je i základem dobré obrany proti infekčně zánětlivým procesům. Tento fyziologický proces napodobují imunomodulační léky. Jedná se o tzv. bakteriální imunomodulátory, velmi dobře využitelné v naší běžné práci u opakovaně nemocných pacientů.

Jaká je historie vývoje bakteriálních imunomodulátorů?

Zpočátku jsme používali **vakcíny a autovakcíny**. To byly pouze usmrcené mikroorganismy, podávané v malých dávkách většinou perorálně. Povrchové struktury bakterií stimulovaly specifickou imunitu

a urychlovaly reaktivitu opakovaně nemocných na bakteriální infekce.

Dalším logickým krokem výrobců byly **lyzáty**. V současné době jsou na trhu preparáty Luivac, Broncho-vaxom a Uro-vaxom. Jedná se o bakteriální mikroorganismy, které jsou lyzovány, tzn. jsou obnaženy antigenní a stimulační struktury jak na povrchu, tak uvnitř buněk. Stimulace imunity těmito přípravky je významnější.

Posledním vývojovým stupněm jsou tzv. **proteoglykany**. Zástupcem této řady je Ribomunyl. Obsahuje složky membrány Klebsiella pneumoniae, která nespecificky stimuluje imunitu, a dále ribozomy některých patogenů dýchacích cest, které stimulují imunitu specifickou.

Co požadujeme od bakteriálních imunomodulátorů?

Požadujeme, aby připravily imunitní systém na kontakt s patogeny ohrožujícími sliznice dýchacích cest. Aby reakce byla rychlá a natolik intenzivní, aby sliznice ochránila.

Jakým mechanismem fungují bakteriální imunomodulátory v lidském organismu?

Poté, co pacient užije perorálně např. Luivac, tento preparát se nevstřebává do krve. Přejde do kontaktu s buňkami imunitního systému na sliznici tenkého střeva, předá jim informaci o antigenní struktuře preparátu a nastimuluje buňky k větší aktivitě. Tyto poučené buňky tenkého střeva teprve vytvoří správnou imunitní reakci. Většina z nich totiž projde lymfatickým systémem na ostatní sliznice a tam získanou informaci předloží dalším buňkám. Aplikací bakteriálních imunomodulátorů tak vytváříme informační síť mezi buňkami, která způsobí včasnou reakci na proniknuvší infekci.

Námítky proti imunomodulátorům

V průběhu vývoje terapie bakteriálními imunomodulátory se objevily námítky proti jejich aplikaci. Hlavní námítkou, zejména při aplikaci nejnižší úrovně bakteriálních imunomodulátorů (vakcín), je nedostatečná definovatelnost účinné látky. V tomto srovnání vychází nejlépe Ribomunyl, který je složen z poměrně přesně určených extrahovaných složek. Další námítkou je úvaha o nebezpečí aktivace latentních procesů autoimunity. Během téměř několika desítek let, kdy jsou používány imunomodulátory, zatím nebyla publikována práce, která by toto podezření potvrdila. Dobré klinické zkušenosti praktiků vedou spíše ke kladnému přístupu k aplikaci. Potenciální nebezpečí autoimunitních reakcí omezíme vstupním imunologickým vyšetřením a dobrou anamnézou. Aplikaci imunomodulátorů při vysokých hladinách imunoglobulinů, při tyreopatii a u viróz spojených s podezřelými bolestmi kloubů a svalů je vhodné předem konzultovat s imunologem. Ostatně všechny vyšší hladiny Ig významně mimo normu by stejně měly být vždy konzultovány s imunologem.

Velmi krátce vznikla obava z azoospermie u chlapců při terapii Broncho-vaxomem. Nikdy však nebyla prokázána a další údaj se již neobjevil.

Podávání imunomodulátorů během akutní infekce

Další otázkou je možnost podávání imunomodulátorů během infekce. Jestliže je známo, že pacient

na tuto terapii reaguje dobře, doporučuje se spíše při bakteriálním infektu imunomodulátory nevysazovat. Některé práce dokonce prokazují lepší účinnost při podávání spolu s antibiotiky. Pokud však zahájíme terapii bakteriálními imunomodulátory a nevíme, jak bude pacient reagovat, je lepší vyčkat se zahájením léčby na období relativního zdraví.

Očkování a imunomodulace

Podobně nejasný je vztah očkování a bakteriální imunomodulace. Vzájemná patologická reakce nebyla sice prokázána, ale je lepší očkování vložit do období pauzy mezi jednotlivými cykly léčby imunomodulátory.

Může imunomodulace vyvolat imunosupresi?

V počátcích aplikace imunomodulační terapie, kdy nebylo dost zkušeností s klinicko-laboratorním efektem terapie, vznikla nejistota, zda tato terapie nevyvolává imunosupresi, neboť po aplikaci byl pozorován pokles některých hodnot v laboratorním imunologickém vyšetření. Postupně však bylo zjištěno, že pokles hodnot, často až k velmi nízkým hladinám, je vlastně příznivým efektem terapie. Zanikne totiž opakovaná a dlouhodobá stimulace imunity virovými a bakteriálními záněty a imunitní systém vykazuje klidové hodnoty. Častým překvapením bývá nález výrazného defektu imunity, který na počátku celé epizody opakovaných infekcí vedl k vysoké nemocnosti.

Antihistaminika

Významnou pomocí v terapii a prevenci recidiv-

jících bakteriálních infekcí jsou antihistaminika II. a III. generace. Molekuly loratadinu a cetirizinu a jejich deriváty se ukazují jako další regulační faktory v prevenci infekčně zánětlivých procesů. Tato antihistaminika kompetitivně blokují receptory pro histamin. To je velmi užitečné pro atopické pacienty, neboť omezují atopický zánět a mění kvalitu sliznic. Tyto molekuly mají však další užitečné vlastnosti pro pacienty. Umí totiž blokovat vstup zánětlivých buněk do místa zánětu a tlumí nepřiměřené, dlouhotrvající reakce, především u atopiků. Podobně blokují i vazbu některých virů na receptory slizničních buněk, a snižují tak frekvenci katarů horních dýchacích cest.

Závěr

Očekávaným příznivým výsledkem terapie imunomodulátory je snížení frekvence nemocnosti a významná úleva a zlepšení kvality života našich pacientů. Domnívám se, že i výsledný finanční efekt v nákladech ošetřujícího lékaře bude při této léčbě příznivý.

MUDr. Lenka Penningrová – narozena v roce 1953 v Praze. Po absolvování gymnázia vystudovala fakultu dětského lékařství v Praze. Od roku 1977 pracovala jako klinický imunolog a alergolog se zaměřením na dětský věk ve Fakultní nemocnici v Praze 5 v Motole. V roce 1994 začala pracovat v soukromé ambulanci klinické imunologie a alergologie v Praze 4, kde pracuje dosud.

nejasný vztah je očkování a bakteriální imunomodulace

očkování je lépe vložit do pauzy mezi jednotlivými cykly léčby imunomodulátory

Mucosolvan®

VYLÉČÍ KAŠEL

2 Dvojitý účinek

uvolňuje zahlenění
usnadňuje vykašlávání

komplexní mechanismus účinku

- mukolytický, mukoregulační a expektorační^{1,7}
- stimulace tvorby surfaktantu¹
- antioxidační a protizánětlivý²⁻⁶
- snižování bronchiální hyperreaktivita^{2,6}
- zvyšování koncentrace ATB v plicní tkáni¹

léčba akutních i chronických bronchopulmonálních onemocnění

1. SPC a příbalová informace Mucosolvan® (tablety, roztok, junior), datum revize textu 30.8.2006, 2. Winsel K Review. Pneumologie 1992; 46:461-475, 3. Felix K et al. Life Sciences 1996;59(14):1141-1147, 4. Gillissen A et al. Lung 1997; 175:235-242, 5. Aihara M et al. Respiration 2000; 67:662-67, 6. Marel M. Praktický lékař 1997; 97(10):506-507, 7. Weiss T et al. Prax Pneumol 1981; 35:359-362

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

Zkrácená informace o přípravku

Složení: Ambroxoli hydrochlorid. **Léková forma:** Mucosolvan tbl 30 mg, Mucosolvan roztok k perorálnímu podání a inhalaci 15 mg/2 ml, Mucosolvan pro dospělé sir 30 mg/5 ml, Mucosolvan junior sir 15 mg/5 ml, Mucosolvan Retard tobolky s prodlouženým uvolňováním. **Indikace:** Mukolytická léčba akutních a chronických bronchopulmonálních onemocnění s abnormální sekrecí hlenu a poruchou jeho transportu. **Dávkování a způsob podání:** Tbl: dospělí: 3×1–2×2, tobolky: dospělí 1×1, po jídle a zapít. Sir 15 mg/5 ml (5 ml=1 čaj. lžička): dospělí a děti nad 12 r. 3×10 ml, 6–12 r. 2–3×5 ml, 2–6 r. 3×2,5 ml, do 2 r. 2×2,5 ml, při jídle. Sir 30 mg/5 ml (5 ml=1 čaj. lžička): dospělí a děti nad 12 r. 2×10 ml, 6–12 r. 2–3×5 ml, 2–6 r. 3×2,5 ml, od 1–2 r. 2×2,5 ml, při jídle. Roztok: p.o. podání – dospělí a děti nad 12 r. 3×4 ml, 6–12 r. 2–3×2 ml, do 2 r. 2×1 ml, při jídle a zředění. Inhalace: dospělí a děti nad 6 r. 1–2 inhalace 2–3 ml, do 6 r. 1–2 inhalace 2–3 ml. Pacienti s astmatem užijí před inhalací sva bronchodilataci. Roztok k inhalaci se nesmí mísit s kyselinou chromoglykanovou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na ambroxol, jiné látky v přípravku, vrozená intolerance galaktosy a fruktosy. **Zvláštní upozornění:** U roztoku možnost bronchokonstrikce po benzalkoniumchloridu (konzervans). Sirup vhodný pro diabetiky, pro obsah sorbitolu možnost výskytu laxativního účinku, v těhotenství užívat po poradě s lékařem, není doporučeno užívání při kojení. **Interakce:** Podávání s atb (amoxicilin, cefuroxim, erythromycin) zvyšuje jejich koncentraci v bronchopulmonálním sekretu a sputu. Závažné nežádoucí interakce s jinými léky nehlášeny. **Nežádoucí účinky:** Obvykle dobře snášeny; mírné GI poruchy (pálení žáhy, dyspepsie, nauzea, zvracení, průjem); vyrážka, kopřivka, angioedém, anafylaktické a alergické reakce. **Balení na trhu:** 20 tbl; sir 120 ml (15 mg/5 ml), 100 ml (30 mg/5 ml), roztok 60 ml, 20 tob. **Uchovávání:** tbl, roztok, sir 15 mg/5 ml, tob do 25°C v původním obalu, sir 30 mg/5 ml bez zvláštních podmínek. Sirup 15 mg/5 ml, 30 mg/5 ml spotřebovat do 6 měsíců po otevření. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo. **Registrační číslo:** Tbl: 52/122/81-C. Roztok: 52/121/81-C. Sir junior: 52/123/81-C. Sir pro dosp.: 52/231/05-C. Ret. tobolky: 52/141/91-C. **Datum poslední revize:** tbl, roztok, sir junior 30.8.2006; sir pro dospělé 23.4.2008; ret. tobolky 4.7.2006.

Výdej léčivé přípravky možný bez lékařského předpisu. Částečná úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění pouze u indikací cystická fibróza, idiopatická plicní fibróza, prokázané bronchiectazie. Před podáním se seznáme s úplnou informací o přípravku.

Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. • Na Poříčí 1079/3a, 110 00 Praha 1 – Nové Město • tel.: + 420 234 655 111

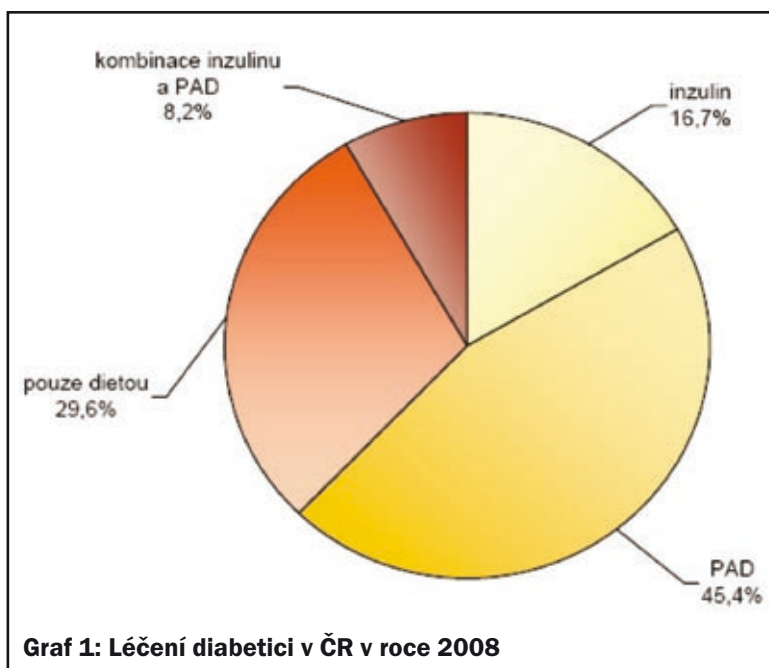
MUDr. Zdeněk Hamouz

Praktický lékař, Chomutov, člen přípravného panelu studie MOET

Diagnostika a léčba diabetu v primární péči



MUDr. Zdeněk Hamouz


Graf 1: Léčení diabetici v ČR v roce 2008

praktici v ČR léčí jen polovinu nemocných na dietě!, a přitom by dle svých kompetencí i při současných preskripčních omezeních mohli léčit až 75% všech diabetiků!!!

Podle údajů UZIS bylo v roce 2007 v ČR 755 000 diabetiků. Opět podle výše uvedeného zdroje se praktičtí lékaři starali pouze o 15,4 % těchto pacientů a zbytek měly na starosti především diabetologické ordinace, tedy 84,6 % pacientů. To při počtu 323 lékařských míst v diabetologii znamená, že každý diabetolog léčí cca 2000 pacientů.

To ovšem rovněž dle uvedené skladby léčebných (graf 1) (www.uzis.cz) znamená, že praktici léčí jen polovinu nemocných na dietě (těch je 29,6%), i když by včetně pacientů na PAD mohli léčit již dnes dle svých kompetencí 75 % všech diabetiků. To ale zároveň znamená, že praktičtí lékaři se v léčbě diabetu angažují nedostatečně a že vzhledem k významu této choroby je nutno edukovat v této oblasti lékaře primární péče a motivovat je k péči o diabetiky. Pomineme-li osobní zájem na kvalitě vlastní práce a jistě očekávatelnou snahu poskytnout pacientům co nejvíce, schází zde i podpora především ze strany pojišťoven (schází kód pro péči o diabetika a především k jeho edukaci, praktici nejsou kompetentní k předpisu glukometrů a testacích papírků!!!, což se mi jeví skoro jako výsměch při stálých proklamacích o podpoře

a zvýšení kompetencí primární péče) i státní správy, která by v tomto směru mohla s pojišťovnami jednat. Přitom i podle doporučených postupů vydaných Českou diabetologickou společností i podle doporučených postupů SVL by měl základní péči poskytovat praktický lékař, a to především pro pacienty na dietě a PAD, teprve po něm by měla následovat specializovaná diabetologická péče. Doporučený postup SVL pro PL je v tomto roce aktualizován a je zde snaha zvýšit kompetence praktických lékařů. Cílem doporučeného postupu je inovovat základní přístupy a postupy, počínaje diagnózou diabetu a násled-

ným nasměrováním k dostatečně účinné a aktivní léčbě hyperglykemie a ke snaze o dosažení pokud možno optimálních hodnot glykemie, glykovaného hemoglobinu, postprandiálních glykemií, ale také lipidů a krevního tlaku.

V DP bude uveden algoritmus tohoto procesu včetně frekvence sledování, frekvence laboratorních hodnocení a dalších pomocných vyšetření (EKG, oční pozadí atp.). Jelikož budou DP vydány v dohledné době, není zatím záhodno zde tyto údaje publikovat.

Cílem léčby má být především:

- Normalizovat glykemií a glykovaný hemoglobin anebo se alespoň přiblížit k optimálním hodnotám.
- Léčbou hyperglykemie a přidružených onemocnění se snažit zabránit rozvoji časných i pozdních komplikací, a to jak makrovaskulárních (především koronární chorobě), tak i mikrovaskulárních.
- Žádoucí je souběžně léčit další přidružená onemocnění a eventuálně jim preventivně předcházet.

Cestou je kromě změny životního stylu časná farmakologická léčba, ovlivnění obezity a snaha o snížení kardiovaskulárního rizika.

Diagnostická kritéria diabetu zůstávají beze změny:

• Glykemie nalačno v žilní plasmě !!!!!

• 5,6–7,0 mmol/l = hraniční glykemie nalačno (porušená lačná glykemie)

= normální glykemie je pod 5,6 mmol/l.

• > 7,0 mmol/l = diagnóza diabetu (alespoň 1× opakovat!).

• Náhodná glykemie > 11,1 mmol/l = diagnóza diabetu.

• OGTT vždy, když je lačná glykemie mezi 5,6 a 7 mmol/l.

• Glykemie ve 120. min. > 7,8 mmol/l = PGT (porušená glukózová tolerance) – opakovat po 2 letech!!

• Glykemie ve 120. min. > 11,1 mmol/l = diagnóza diabetu.

Parametrem kompenzace zůstává stále glykemie, ale jako výhodnější se dnes jeví hodnocení hladiny glykovaného hemoglobinu, a to podle IFCC (u nás od ledna 2004). Podle tohoto hodnocení, které je odlišné oproti USA i západní Evropě, je za normální hodnotu považován glykovaný hemoglobin HbA1c (%) ve výši 4,5 % a nižší. Hodnoty nad 7,5 % jsou velmi špatné, pod 6 % je kompenzace relativně dobrá. Diabetologická společnost žádá snížit hodnoty pod 5,3 % a nejlépe ke 4,5 %. Léčba má být agresivní s kontrolami HbA1c (%) á 3 měsíce a po dosažení cílových hodnot s kontrolami HbA1c (%) po půl roce. Je rovněž kladen důraz na postprandiální glykemie, které jsou rizikem pro rozvoj aterosklerotických komplikací (1).

Přílišné a rychlé snižování glykemie i za cenu balancování na hraně hypoglykemií se ukázalo jako nevhodné (především vyšší počet iktů), a to i když došlo k poklesu kardiovaskulární úmrtnosti vcelku (2). Význam dlouhodobé snahy o snižování glykemie prokázalo nové hodnocení a studie UKPDS po 10 letech (3), kde zvláště v metforminové větvi přetrvával významně vyšší vliv na snížení veškeré i kardiovaskulární mortality a morbidity (4).

Je nutno se věnovat dalšímu problému spojenému s diabetem, a to nedostatečnému záchytu a sledování incipientních poruch glukózové homeostázy

(porušené lačné glykemie IFG a porušené glukózové tolerance IGT). V Česku je nyní evidováno s diagnózou diabetu cca 8 % populace. Některé prameny z poslední doby ovšem uvádějí, že ve vyspělých společnostech má diabetes potenciálně až 20 % osob. V USA je cca 10 milionů diabetiků II. typu a předpokládá se, že asi 6 milionů není prozatím vůbec diagnostikováno a že kromě nich existuje skoro 25 milionů osob s porušenou glukózovou tolerancí. V USA je u pacientů s novým akutním infarktem myokar-

du ve 30 % diagnostikován doposud nepoznaný diabetes a v dalších 30 % pak porucha glukózové tolerance. Nevím, zda se můžeme domnívat, že u nás je situace lepší.

Možnosti praktických lékařů ke zjištění abnormální glykemie:

a) preventivní prohlídka á 2 roky u všech osob a od 45 let věku pak současně i vyšetření glukózy v krvi,

b) glykemie by měla být vyšetřována každoročně u hypertenze, ICHS, jakýchkoli jiných arteriosklerotických komplikací a rovněž u dyslipidemií.

Je vhodné se rovněž soustředit na některé zvláště rizikové skupiny:

Těmi jsou:

• lidé starší 65 let,

• lidé starší 50 let s obezitou – BMI nad 30 nebo – s přímým příbuzným s DM II nebo hypertonií a pacienti s metabolickým syndromem,

• lidé s předchozí IGT nebo IFG,

• lidé s projevy kardiovaskulárního onemocnění,

• ženy s gestačním diabetem,

• ženy s polycystickými ovárii.

Je nutno se více věnovat prediabetickým stavům, kdy již pacienti mají drobné poruchy glykoregulace (30 % pacientů s porušenou lačnou glykemií dostane diabetes). Jde o asymptomatickou fázi před vznikem DM II, a ačkoli tito pacienti nemají žádné potíže, dochází u nich k takovým patologickým změnám ve všech cévních řečištích, že v době záchytu DM II má již 10–12 % retinopatii, 5 % neuropatii a 73 % koronární změny!!!!

Jedince s IGT a IFG je nutno sledovat každoročně a u IGT se doporučuje provést OGTT za 2 roky.

U těchto pacientů je relativní riziko kardiovaskulární choroby a DM II svázáno rovněž s přítomností metabolického syndromu a s přítomností inzulinové rezistence, což dokládá následující tabulka 1.

Tabulka 1

MTB syndrom	Ne	Ne	Ano	Ano
Inzulinorezistence	Ne	Ano	Ne	Ano
Diabetes II. typu/RR	1,0	3,4	5,4	16,7
KV onemocnění/RR	1,0	1,2	1,4	2,3

Riziko rozvoje nového diabetu je možno hodnotit podle skóre FINDRISC, které udává riziko rozvoje DM II v příštích 10 letech takto:

• Věk 0–4 body.

• BMI 0–3 body.

• Obvod pasu 0–4 body.

• Fyzická aktivita 0–2 body.

• Dietní zvyklosti 0–1 bod.

• Hypertenze 0–2 body.

• IFG 0–5 bodů.

• Pozit RA DM II 0–5 bodů.

normální glykemie je pod 5,6 mmol/l

5,6–7,0 mmol/l = porušená lačná glykemie

jako výhodnější parametr kompenzace se jeví hodnocení hladiny glykovaného hemoglobinu

pozor na rozdílné hodnocení HbA1c (%) v anglosaské literatuře: např. HbA1c 4.5 dle IFCC (u nás od 1.1.2004) = 6,5 dle DCCT (platné v USA a v západní Evropě)

glykemie by měla být vyšetřována každoročně u hypertenze, ICHS, jakýchkoli jiných arteriosklerotických komplikací a rovněž u dyslipidemií

Riziko rozvoje DM II v příštích 10 letech je pak u jednotlivých osob takovéto:

- ≤ 7 bb – riziko nízké,
- 7–11 bb – 1 z 26 dostane DM II = 4 %,
- 12–14 bb – 1 z 6 dostane DM II = 16,7 %,
- 15–20 bb – 1 ze 3 dostane DM II = 33 %,
- ≥ 20 bb – 1 ze 2 dostane DM II = 50 %.

Snížení rizika rozvoje DM II můžeme dosáhnout řadou způsobů, které závisí především na ochotě pacienta.

Úpravou životního stylu, tedy především zvýšením fyzické aktivity a snížením nadváhy, bylo v řadě studií dosaženo snížení rozvoje nového diabetu cca o 58 % (Diabetes Prevention Program – DPP).

Důležitá je léčba hypertenze, kdy správným výběrem léku, kupř. ze skupiny ACE inhibitorů nebo ARB blokátorů, bylo ve studiích dosaženo snížení nového diabetu o 20–30 %. Léčba metabolického syndromu v sobě rovněž obsahuje výše uvedené požadavky. Známe farmaka ovlivňující citlivost k inzulinu, kdy dosažitelný je především metformin (snížení nového diabetu o 31 %) a glitazony (nový diabetes méně o 23 %). Rovněž léčba dyslipidemií je zde prospěšná – především fibráty. V očekávání jsou efekty blokátoru cannabinoidních receptorů rimonabantu. Rovněž dostupné prostředky k redukci váhy, tedy orlistat a sibutramin, působí díky poklesu hmotnosti pozitivně.

Vzhledem k tomu, že budou vydána nová doporučení k léčbě diabetu, která budou navazovat na doporučení diabetologické společnosti, a vzhledem k tomu, že výbory SVL a ČDS došly k závěru, že je nutno ověřit možnost aplikace nových doporučených postupů, při jejichž naplňování se stane péče nákladnější, bylo přistoupeno k uspořádání studie MOET (Monitoring efektivní terapie DM 2). Zde tedy jde o společný projekt ČDS ČLS JEP a SVL ČLS JEP. Tento projekt má ověřit obecnou realizovatelnost DP, především možnosti efektivního snižování hladin HbA_{1c}, ověřit časové faktory možnosti rychlé kompenzace, ověřit ekonomickou a časovou náročnost práce.

MOET, zahájený počátkem letošního roku, má předpoklady přinést podklady pro nové přístupy k péči o diabetiky, může změnit přístupy ve financování této péče, může přinést velký soubor dat hodnotících jak kvalitu, tak i rozsah péče a současně ohodnotit komplexně zdravotní stav diabetiků v ČR. Důraz je kladen na včasnou diagnózu, aktivní depistáž, odhad kardiovaskulárního rizika a přítomnost komplikací diabetu. Zúčastnění lékaři diabetologové i praktici by se měli snažit v rychlých krocích dosáhnout kompenzace ve smyslu doporučení, v primární péči stupňovat léčbu až do nasazení maximálně možných tolerovaných dávek metforminu a sulfonylurey. Při nedostatečném efektu této léčby je nutno přejít na léčbu inzulinem. V prvé vlně

se zapojilo 146 lékařů obou profesí a v druhé, která se rozbíhá, pak 66 lékařů. Proscreenováno je v současné době 2472 pacientů, z nichž mělo 1648 HbA_{1c} ≥ 6 %, a mohlo tak být zařazeno do studie. O významu této studie svědčí i to, že jedním ze sponzorů je i VZP ČR, která o zjištěná data projeví velký zájem, protože bude mít následně přístup k datům vyjadřujícím reálné náklady na péči dle doporučených postupů. Navíc lze předpokládat, že na základě studie bude možno lépe uspořádat hranice péče mezi praktickými lékaři a diabetology a ověřit si skutečně možnou aktuální kvalitu péče o diabetiky v České republice. Všem lékařům účastnícím se studie lze jen poděkovat za spolupráci na této věci.

Literatura:

- 1) Standardy péče o diabetes mellitus 2. typu. Výbor ČDS, DMEV 4/2007 s. 191–198
- 2) Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes
The ADVANCE Study Collaborative Group. *N Engl J Med* 2008; 358: 2560–2572
- 3) Long-Term Follow-up after Tight Control of Blood Pressure in Type 2 Diabetes, Rury, R., Holman, F. R. C. P., Sanjoy, K., Paul, Ph.D., M., Angelyn Bethel, M. D., H. Andrew W. Neil, F. R. C. P., and David R. Matthews, F. R. C. P. *N Engl J Med* 2008; 10.1056/NEJMoa0806470
- 4) Meigs, J. B., Rutter, M. K., Sullivan, L. M., Fox, C. S., D'Agostino, R. B., Wilson, P. W.: Impact of insulin resistance on risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease in people with metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2007; 30: 1219–1225 (Framingham Offspring Study)

MUDr. Zdeněk Hamouz – promoval na FVL 1. LF UK v Praze v r. 1975, atestoval z vnitřního lékařství I. stupně a všeobecného lékařství I. a II. stupně, od r. 1979 doposud pracuje jako praktický lékař. 1989–1990 člen Výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, v letech 1990 až 1992 místopředseda SVL ČLS JEP, r. 1990 zakládající člen Sdružení praktických lékařů ČR, člen výboru 1990–1996, od r. 1996 do r. 2005 místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR. V rámci funkce místopředsedy SPL ČR agenda cenových jednání s pojišťovnami, úhradových mechanismů a řešení problémů úhrad, bonifikací a penalizačních opatření s pojišťovnami. Člen Analytické komise Dohodovacího jednání k cenám za SPLČR a SPLDD od roku 2000 až doposud. Předseda Okresního sdružení SPL ČR Chomutov od r. 1993 doposud. Externí spolupracovník ILF, aktivně spolupracuje v předatestačních kurzech v oboru všeobecného lékařství (problematika dyslipidemií), v postgraduálním kurzu Diabetologie pro PL katedry diabetologie ILF (problematika léčby diabetu v primární péči). Přednáší pro praktické lékaře v rámci kontinuálního doškolování v oblastech dyslipoproteinemie, metabolický syndrom, primární prevence ICHS, léčba hypertenze, diabetes. V r. 2005 zvolen členem Institutu metabolického syndromu ČR. Opakovaně publikuje v českých odborných periodikách.

Úpravou životního stylu, tedy především zvýšením fyzické aktivity a snížením nadváhy, bylo v řadě studií dosaženo snížení rozvoje nového diabetu cca o 58 %

studie MOET (Monitoring efektivní terapie DM 2) jako společný projekt ČDS ČLS JEP a SVL ČLS JEP má ověřit obecnou realizovatelnost doporučeného postupu

MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., FEBU

Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

10 let Viagry v klinické praxi

10 důvodů, proč jí věřit

Od doby, kdy byl americkým úřadem FDA (US Food and Drug Administration) 27. března 1998 oficiálně schválen sildenafil citrát (Viagra) k léčbě erektilní dysfunkce, uplynulo více než 10 let. Protože 10 let pro lék v klinické praxi, kde každý druhý muž v produktivním věku trpí poruchou erekce, znamená již mnoho zkušeností, shrňme, zda a proč lze Viagře věřit:

1. důvod: množství prodaných tablet

Již 10 let je sildenafil citrát (Viagra) produktem číslo jedna na trhu v České republice, v Evropě a také na světě – každou vteřinu je na světě vydáno 6 tablet. Celkem jich bylo 35 milionům mužů prodáno více než 1,8 miliardy.

2. důvod: množství studií a publikací

Společnost Pfizer a odborná medicínská pracoviště provedly na více než 16 tisících pacientech na 120 odborných studiích. V nich přesvědčivě prokázaly účinnost, spolehlivost a také zpočátku tolik diskutovanou bezpečnost sildenafilu.

3. důvod: terapeutický efekt

Lze konstatovat, že sildenafil citrát (Viagra) je účinný u více než 80 % pacientů – a to s dostatečným stupněm tvrdosti erekce podle Stupnice tvrdosti erekce (EHS = Erection Hardness Score).

4. důvod: výhodný farmakokinetický profil

Sexuální zvyklosti mužů jsou známy: podle průzkumů muži uskutečňují sexuální akt maximálně do cca 1 hodiny od prvního pomyšlení na sex, také jejich potřeby jsou jasné – 84 % mužů souloží maximálně jednou za 24 hodin. Účinek Viagry je tak vzhledem k sexuálnímu zvyklostem pacientů dostatečně rychlý – již za 12 minut (12–37 minut) je možno využít její účinek, je dostatečně dlouhý (terapeutické koncentrace jsou v séru 4–5 hodin) a zároveň – pro žádoucí a nežádoucí účinky a interakci s ostatními léky dostatečně krátký (po 24 hodinách je plazmatická koncentrace prakticky nulová u mužů všech věkových skupin).

5. důvod: účinnost u různých komorbidit

Je prokázáno, že sildenafil je dostatečně účinný u pacientů s různými komorbiditami, kteří erektilní dysfunkci trpí: u mužů s benigní hyperplazií prostaty, po radikálním odstranění prostaty pro karcinom, po ozáření malé pánve, u diabetiků, hypertoniků, pacientů s míšními lézemi a také u paci-

entů odkázaných na trvalou hemodialyzační léčbu.

6. důvod: dostatečná bezpečnost

Na rozdíl od prvotních reakcí na téma Viagra a bezpečnost dnes po 10 letech víme, že pokud jsou zachována pravidla a jasně popsané kontraindikace léčby sildenafilem – jedná se o dostatečně bezpečný lék.

7. důvod: dostatečná spokojenost s léčbou

V neposlední řadě potvrzuje dostatečnou spokojenost s léčbou množství mužů, kteří i po 5 letech v 96 % udávají spokojenost s efektem léčby na vlastní styk a až v 99 % spokojenost s efektem léčby na sexuální aktivitu.

8. důvod: jednoznačné vítězství nad potravinovými doplňky

I když se toto porovnání může zdát absurdní, při velké mediální kampani na potravinové doplňky v České republice bylo vhodné provést srovnání spokojenosti pacientů mezi léčbou Viagrou a doplňky stravy. Muži užívající Viagru vykazovali statisticky významně vyšší míru spokojenosti (95 %) s léčbou oproti pacientům užívajícím potravinové doplňky (43 %).

9. důvod: použití u ženské sexuální dysfunkce

Přestože je sildenafil citrát (Viagra) registrován k léčbě erektilní dysfunkce u mužů, nadějně se jeví i možné využití u žen se sexuální dysfunkcí (pro lepší prokrvení klitoridální tkáně a vaginální hladké svaloviny) – jen experimentálně se však prokázalo zvýšení sexuálního vzrušení a orgasmu u postmenopauzálních žen.

10. důvod: použití v jiných indikacích

Ačkoli je dnes sildenafil citrát registrován k léčbě poruch erekce u mužů (Viagra) a primární plicní hypertenze (Revatio), probíhají studie, které prokazují pozitivní vliv např. u předčasné ejakulace, kardiovaskulárních onemocnění ovlivněním vasculární perfuze po mozkových příhodách a dokazují vazodilatační efekt zvyšující prokrvení a oxygenu tkáně svalů srdečního po infarktu myokardu.

Deset let existence sildenafilu (Viagra) v klinické praxi znamená revoluci v léčbě poruch erekce a 10 důvodů, proč mu věřit, to jen potvrzuje.

as. MUDr. Jaroslava Laňková

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

Kazuistika: Generalizovaná úzkostná porucha



MUDr. Jaroslava Laňková

invalidní manžel,
bezdětná

bolesti nohou od r. 1999
se střídavou intenzitou,
někdy „nesnesitelné“,
etiologicky neobjasněny

opakované
dyspeptické obtíže
bez větší patologie

úzkostnost,
„pseudoneurastenie“,
kancerofobie, strach
z roztroušené sklerózy

Úvod

Jednoho nedělního rána v červnu 2008 u mě zazvonila 68letá sousedka z ulice s tím, zdali by se u mě mohla zaregistrovat a zdali bych jí hned mohla píchnout injekci, kterou si s sebou nesla – Veral + Apapurin. Líčila, že jí je velmi špatně, má bolesti a neklid v nohách a neví, co si počít. Injekce je jediné, co jí alespoň na chvíli pomůže. Orientačně jsem tedy zhodnotila její tělesný stav, který byl včetně prokrvení a trofiky dolních končetin bez alarmujících nálezů, a aplikovala jí požadovanou injekci. Hned na příští den jsem si ji pozvala k celkovému vstupnímu vyšetření.

Z anamnézy

RA: matka + 76 na rakovinu, otec + 68 na IM, hodně také pil, o psychickém onemocnění v rodině neví, děti nemá.

SA: je vdaná, manžel od r. 2000 plně invalidní po hemoragické mozkové příhodě, ležící, vyžaduje plnou a trvalou péči.

PA: vyučená prodavačka, 8 let v řádném starobním důchodu.

OA:

Bolesti dolních končetin (DK)

Asi od poloviny roku 1999 si začíná stěžovat na bolesti a noční křeče v lýtkách a stehnech – nejdříve byl stav léčen jako venosní insuficience Cilkanolem. V srpnu '99 udává nesnesitelné bolesti v obou DK s maximem v lýtkách, které jí nedovolí spát ani přecházet, dále popisovala parestesie, pocity slabosti a nejistoty v DK. Byla proto odeslána k neurologovi, který stav popsal jako bolesti dolních končetin nejasné etiologie. Dif.dg. byla zvažována neuropatie při nedostatečně kontrolované substituci při hypotyreóze, ovšem pro tuto možnost nespolečila přítomnost hyperreflexie na DK a nález nespolečil ani pro vertebrogenní původ, nebyly přítomny žádné známky radikulární nebo periferní nervové léze. Bylo doplněno vyšetření očního pozadí (bpn), scintigrafie skeletu (bpn), CT mozku (bpn), EMG (nález lehké senzitivní polyneuropatie – metabolická? – tyreopatie?), lab. screening, včetně Mg, Ca, glykemie, boreliových protilátek (bpn), ortopedické vyšetření (RTG bez patolog. změn, „obtíže nelze vysvětlit ortopedicky chudým a přiměřeným nálezem“), cévní vyšetření (bpn). Pacientka zůstává od r. 1999 v pravidelné péči neurologa, kam dochází střídavě pro bolesti hlavy (vedené jako vertebrogenní) a střídavě pro parestesie a bolesti DK. Nikdy nebyla zjištěna zjevná neurologická patologie. Při kontrolním EMG v 3/2008 nebylo potvrzeno původní podezření na neuropatii DK. Léčebně je k ovlivnění obtíží využívána fyzioterapie, NSA, Rivotril, vitaminote-

rapie (skupiny B), od 8/2007 Tegretol 400 2× 1, od 3/2008 Gabalept 300 2× 1, poté opět Tegretol 400 2× 1.

Ortopedické obtíže

V r. 1989 pád na pravé koleno, ošetřena chirurgem (RTG bpn), v r. 1993 podvrtnutí pravého hlezna a kolenního kloubu, vyšetřena chirurgem, uzavřeno jako léze vnitřního menisku (RTG bpn), v r. 2000 bolesti levého kolena, vyšetřena ortopedem, léčena konzervativně (RTG bpn), v r. 2003 vyšetřena ortopedem pro 3 měsíce trvající bolestivost levého SI skloubení s propagací do kyčle, hýždě, stehna a dolní končetiny, stav uzavřen jako lubosacralgia vertebrogenes I. sin., v r. 2004 výrazné bolesti levého kolena po špatném dostoupení, vyšetřena ortopedem, dle RTG počínající osteofyty mediálního kompartmentu, bez většího zúžení kloubních štěrbin, uzavřeno jako distorsio genus I. sin., punkce 15 ml husté synoviální tekutiny, aplikace 0,5 ml depomedrolu.

Gastrointestinální obtíže

Opakovaně v průběhu let projevy horní dyspepsie – 1981 cholecystografie – bpn, 1985 RTG žaludku – popsán přechodný pylorospasmus, prolaps prepylorické sliznice, 1985 sono žlučníku a žluč. cest – bpn, r. 2000 gastroskopie – snad s nálezem gastritis – dle sdělení pacientky – dokumentce chybí, v r. 2003, 2006, léčena H2 blokátory, kontrol. gastroskopii odmítla, 2004 pro přechodnou elevaci transamináz nejas. etio provedeno sono břicha s norm. nálezem, dolní dyspepsie: bolesti břicha, 12/2006 kolonoskopie bpn.

Psychické obtíže

Od cca r. 1990 jsou v dokumentaci opakovaně zmínky o úzkostnosti a pseudoneurastenii, 1994 zmínka o kancerofobii při chronické laryngitidě, 1996 zvýrazněná „pseudoneurastenie“ po úmrtí matky, v r. 1999 měla obavy z roztroušené sklerózy, když byla neurologicky vyšetřována pro bolesti DK. V 5/2000 prodělal manžel těžký hemoragický iktus s následkem invalidity a nutnosti trvalé péče. Tehdy pacientka zhubla asi o 10 kg, nemohla spát, byla poprvé vyšetřena v psychiatrické ambulanci (PA) (zpráva bohužel není k dispozici), byl podáván Tia-ridal, Deprex, později Prothiaden, Diazepam. Léky ale záhy přestala užívat a na kontroly do PA nechodila až do 7/2007, kdy opět vyšetřena a stav popsán jako smíšená úzkostně-depresivní porucha s obsedantními rysy a dlouholetý stres při péči o nemocného manžela. Byl nasazen Prosulpin 200 2× 1, Chlorprothixen 50 0-0-1, Stilnox 1 na noc.

Tyreopatie

V roce 1994 zjištěna chronická AI tyreoiditis (zvýšené protilátky aTPO i aTG) s klinickou hypotyreózou. Substituována T4.

Jiné

ORL potíže: Léčena pro chronickou hypertrofickou laryngitidu: 1972 operace hlasivek pro polypy, 1978 pro přetrvávající chrapot instilace gentamycinu a hydrocortisonu na hlasivky, opakované inhalace s adstrigentní směsí, zákaz práce v prašném a hlučném prostředí.

Opakované sinusitidy: 1975 punkce čelní dutiny s následnou operací (chybí bližší dokumentace), 1986 sinusitis se sníženou transparentí obou maxil. sinů (dle RTG).

Infekce: 9/2005 hereps zoster na krku, pravém rameni a přední straně hrudníku, léčena analgetiky.

Alergie: v r. 1987 dermatitis solaris na přední straně trupu, v r. 1991 alergická konjunktivitida a blefaritis po kosmetickém přípravku.

Nynější onemocnění

Při registraci v červnu 2008 pacientka udává opakované záchvaty těžko snesitelných nepříjemných pocitů v obou dolních končetinách, které interpretuje jako bolest, brnění, změněnou citlivost, slabost a hlavně neklid. Neví, co si počít, nepomáhá ani chození, ani klid, nemůže spát, soustředit se, bojí se, že přijde o nohy. Jinak je zvýšeně unavená, protože v noci špatně spí, často ji bolí hlava, někdy mívá bušení srdce, více se potí, občas je jí těžko od žaludku, nehubne. Užívá Prosulpin 200 2×1, Chlorprothixen 50 1 tbl. na noc, Tegretol 400 2×1, Lexaurin podle potřeby. Nic jí nepomáhá, ani léky proti bolesti. Pomohla jí pouze injekce, kterou dostala v březnu 2008 na pohotovosti (Diazepam 10 mg 1 amp. + Veral 1 amp.). Nechává si ji od té doby aplikovat, když je jí nejhůř.

Objektivní nález

Celkově působí úzkostným, neklidným a unaveným dojmem. Překotně líčí své obtíže, kde všude byla vyšetřena, co jí zjišťovali, jaké léky užívala. Je přiměřeně vyživu, bez dušnosti, bez pohybového omezení. Oběhově je dobře kompenzovaná, normotenzní, s pravidelnou srdeční akcí. Dýchání je čisté, břicho měkké bez patologického nálezu. Akrální části rukou i nohou jsou chladnější, bez opocení, s dobře hmatným periferním pulzem. Dolní končetiny jsou bez otoků, v povodí v. saphena parva jsou drobné podkožní venektazie, bez známek žilní nedostatečnosti. Nehty DK jsou deformované v. s. při mykotické infekci. Nález p. r. bez zjištění patologie.

EKG: sinus 62/min, norm. záznam.

Vstupní laboratorní vyšetření: S GLC 4,4 [mmol/l], S UREA 5,4 [mmol/l], S CREA 63 [μmol/l], UNSF URICA 227 [arb. j.], S CHOL 5,8 [mmol/l], S TRIG 1,62 [mmol/l], S HDLC 1,74 [mmol/l], S LDLC 35,21 [mmol/l], S NA 137 [mmol/l], S K 4,6 [mmol/l], S CL 102 [mmol/l], S MG 0,85 [mmol/l], S TSH 3,64 [mU/l], B ERC 4,22 [10¹²/l], B HB 134 [g/l], B HCT 39,4 [l], B ERC(B) MCV 93,4 [fl], B LK 6,6 [10⁹/l], B PLT 318 [10⁹/l], B NEU 52,1 [10⁹/l], B LYMF 32,6 [10⁹/l], B MONO 9,8 [10⁹/l], U PHSQ 6,5 [-], U PROTSQ negativní, U GLC negativní, ketolátky negativní, urobilinogen negativní, U BILSQ negativní, U ERCSQ negativní, leukocyty negativní, U NITRITSQ negativní, U LK 5–10 [10⁶/l], U EPITSQS 5–10 [arb. j.], U BACTN + [10⁶/l]

Diagnostický závěr

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)

Obsedantně kompulzivní porucha dle anamnézy (OCD)

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:** Paroxetini hydrochloridum 22,2 mg, což odpovídá 20 mg paroxetinu v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Epizody deprese, obsedantně-kompulzivní porucha (OCD), panická porucha s agorafobií nebo bez ní, sociální úzkost/sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha (PTSD). **Dávkování a způsob podání:** Paroxetin se doporučuje užívat jednou denně, ráno společně s jídlem. Tabletu je nutné spolknout celou, 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. Léčbu paroxetinem je možno zahájit až po dvou týdnech od skončení léčby ireverzibilními inhibitory MAO nebo 24 hodinách po přerušení podávání ireverzibilního 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. Ještětější 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 náhlému přerušení 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 trezalku tekčovanou) může vést k výskytu účinků souvisejících s 5-HT (serotoninový syndrom). Pokud jsou tyto léky kombinovány s paroxetinem, doporučuje se opatrnost a pozemější klinické sledování pacienta. Při podávání paroxetinu společně se známými enzymatickými inhibitory je nutné pečlivě uvážit velikost dávky a podávat dávku co nejníže. Paroxetin inhibuje specifický isoenzym CYP2D6 jaterního enzymatického systému cytochromu P₄₅₀, což může vést ke zvýšení plasmatických hladin těch látek, které se metabolizují prostřednictvím zmíněného isoenzymu. Další možné interakce se mohou vyskytnout s procyklidinem, perorálními antikoagulanty, NSAID a kyselinou acetylsalicylovou. Současné užívání a alkoholu se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Nežádoucí účinky paroxetinu jsou většinou mírného charakteru a nenarušují 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, sucho v ústech, insomnie, poruchy sexuálních funkcí, závrať, 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. **Datum posledního 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

**generalizovaná
úzkostná porucha
je nejčastější
úzkostnou poruchou,
její celoživotní
prevalence je až 15%,
u žen 2x častěji
než u mužů**

**paroxetin jako jediný
ze skupiny SSRI má
indikaci u všech
úzkostných poruch,
včetně GAD a OCD**

Komentář k diagnóze

Diagnózu GAD podporují opakované zmínky v dokumentaci o „pseudoneurastenii“ dohledatelné již v r. 1990, zmínky o kancerofobii, zhoršení úzkostnosti po úmrtí matky, strach z roztroušené sklerózy. Také při vstupním vyšetření byla pacientka výrazně úzkostná, nevěděla, co si počít, obávala se, že přijde o nohy.

Ataky akroparestézií DK se objevují od roku 1999, vždy je pacientka líčí jako „nesnesitelné“. Ovšem navzdory komplexnímu vyšetření nebyly dosud etiologicky objasněny a téměř po deseti letech trvání nedošlo k žádné progresi případného základního onemocnění. Dif. dg. by se proto mohlo jednat o fixované ekvivalenty úzkosti a obsese. To podporuje i fakt, že stavy nejsou ovlivnitelné analgetiky, ale zlepši se po podání diazepamů.

Léčba

nově nasazen: paroxetin v úvodní dávce 20 mg a s rychlým stoupáním do dávky 40 mg

ponechán: Lexaurin 3x 1

ponechán: Chlorprothixen 50 mg na noc

ponechán: Stilnox d. p. na noc

postupně vysazen: Prosulpin a Tegrétol

Průběh

Pacientka snáší léčbu dobře. Bez větších problémů zvládla zvýšení dávky paroxetinu na 40 mg a postupné vysazení Prosulpinu a Tegrétolu. Po 6 týdnech léčby udává celkové subjektivní zlepšení asi o 50 % – tj. nohy jí méně obtěžují, lépe spí, je klidnější, lépe zvládá péči o manžela a o domácnost. Po 10 týdnech léčby udává, že je jí asi o 80 % lépe a věří, že se vyléčí. Je uvolněnější, v noci nyní spí dobře, nohy jí téměř vůbec neobtěžují. Lexaurin ani Stilnox již nepotřebuje. Nadále bude užívat paroxetin v dávce 40 mg a v léčbě zatím ponechán Chlorprothixen 50 mg na noc.

Komentář k diagnostice a léčbě

Generalizovaná úzkostná porucha je nejčastější úzkostnou poruchou, její celoživotní prevalence je až 15%, u žen 2x častěji než u mužů. Často se manifestuje nejprve somatickými příznaky a až později úzkostí. Neléčena může s proměnlivou intenzitou trvat celý život.

Diagnózu GAD u této pacientky podporují opakované zmínky v dokumentaci o „pseudoneurastenii“ dohledatelné již v r. 1990, zmínky o kancerofobii, zhoršení úzkostnosti po úmrtí matky, opakovaná vyšetření pro dyspepsie bez zjištění organického onemocnění, strach z roztroušené sklerózy. Při vstupním vyšetření byla pacientka výrazně úzkostná, neklidná, nevěděla, co si počít, obávala se, že přijde o nohy. Navíc pacientka dlouhodobě pečuje o imobilního manžela, což je samo o sobě velmi vyčerpávající jak po fyzické tak psychické stránce. Ataky akroparestézií DK se u ní

objevují od roku 1999, vždy je pacientka líčí jako „nesnesitelné“. Ovšem navzdory opakovanému komplexnímu vyšetření neurologem nebyly nikdy etiologicky objasněny. Možnost tzv. syndromu neklidných nohou (RLS – restless legs syndrome) nebyla dle dostupné dokumentace zvažována. Nelze vyloučit, že v tomto případě by se mohlo jednat o komorbiditu RLS a GAD. Dif. dg. se však také může jednat o somatické ekvivalenty úzkosti a obsese. To podporuje i fakt, že stavy nejsou ovlivnitelné analgetiky ani neuroleptiky (preparáty L-dopy nebyly u pacientky zkoušeny), ale zlepši se po podání diazepamů. Otázkou je přítomnost komorbidní deprese, i když v popředí klinické symptomatologie je úzkost.

Podle současných doporučení je lékem volby u GAD v primární péči paroxetin nebo escitalopram (obojí antidepresiva ze skupiny SSRI). Psychiatr může v této indikaci použít i Venlafaxin (SNRI), buspiron nebo antiepileptikum pregabalin.

Paroxetin má ze skupiny SSRI antidepresiv jako jediný schválenou indikaci pro celé spektrum úzkostných poruch. Doporučené dávkování v indikaci GAD je 20–50 mg/den, v indikaci OCD 40–60 mg/den. U této pacientky se zdá, že léčbu toleruje velmi dobře, a čas ukáže, zdali dávka 40 mg bude dostatečně kontrolovat její obtíže, nebo bude potřeba tuto dávku ještě zvýšit. Léčba bude dlouhodobá, minimálně 12–18 měsíců po stabilizaci stavu. Paroxetin jako SSRI antidepresivum pokrývá i indikaci susp. komorbidní deprese u pacientky. Výhledově bude nutno zrevidovat i možnost komorbidity RLS a event. její léčebné ovlivnění.

Pozvánka na konferenci

O této a jiných kazuistikách se bude diskutovat i na výroční konferenci SVL ČLS JEP v Karlových Varech v rámci bloku věnovaném anxiózním poruchám **v sobotu 15. 11. 2008 od 8.00 do 9.00 hod.** Přednášet bude doc. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D.: Generalizovaná úzkostná porucha, její diagnostika a léčba a MUDr. Jaroslava Laňková: Problematika úzkostných poruch v ordinaci praktického lékaře.

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

Napřed péče, potom lék (japonské rčení)

...dnes poprvé na návštěvě závodní preventivní péče

jak se může závodní péče dělat velmi dobře



Většina nás praktických lékařů... jsme tak trochu i lékaři závodní. Závodní preventivní péči vykonáváme různým firmám, firmičkám a větším závodům v různém rozsahu.

Co se všechno skrývá pod pojmem závodní preventivní péče a jak se může závodní preventivní péče dělat velmi dobře?

Na jednom z mnoha seminářů pořádaných na téma očkování, zkušenosti s očkováním proti chřipce a očkování v závodní preventivní péči jsem tak trochu ze zvědavosti přijala pozvání do závodní ordinace firmy, která je jedničkou automobilového průmyslu v České republice. Ano, tušíte správně... je to Škoda Auto v Mladé Boleslavi. Shodou okolností se návštěva uskutečnila velmi brzy a skutečnost předčila vpravdě mé očekávání.

Po prohlídce závodní polikliniky jsem byla opravdu překvapena jednak rozsahem (10 pracovišť PL), moderním vybavením (ordinace vybaveny např. i CRP), účelným a příjemným vybavením ordinací a konečně vysokou funkčností a dokonalou komplexností služeb závodní polikliniky pro zaměstnance. Jak moc je to pro zaměstnance důležité a jak velmi výrazně může dobrá závodní péče ovlivnit zdraví zaměstnanců, a tím i jejich pracovní potenciál, jsem si uvědomila až tady. A to jsem byla teprve na začátku návštěvy...

Zasvěceným průvodcem mi byl MUDr. Ján Moravík, odborný zástupce nestátního zdravotnického zařízení Poliklinika Škoda, koordinátor pracovního lékařství a gestor kardiovaskulárního a onkologického programu. Ze zaujatého vyprávění pana doktora bylo zřejmé, že 11 let, která zde pracuje, směřuje své úsilí a investuje pracovní energii do toho, aby poliklinika skutečně poskytovala svým zaměstnancům vše, co sou-

časná medicína může ve všech oblastech prevence nabídnout.

Po prvních krocích v objektu polikliniky mne zaujaly obrovské nástěnky s nabídkou zcela vyčerpávajících preventivních programů, které jsou zde zaměstnancům firmy nabízeny. Jedná se většinou o moderní preventivní programy, zaměřené na včasné rozpoznání a vyhledávání rizikových faktorů různých onemocnění. Znalost rizika pak může velkou měrou ovlivnit průběh nemoci, a tím i schopnost vykonávat zaměstnání.

Například je zde nabízen nepřetržitý kardiovaskulární program,

onkologický – včetně HCC, PSA, mamografu, osobní zdravotní plán Škoda – Check up (cílem je udržení nebo zlepšení zdraví), bezplatné očkování proti chřipce, ozdravný pitný režim, speciální program pro management, speciální program pro mladou generaci, odvykání kouření (nabídka dvou programů ve spolupráci s odborníky), očkování a poradenství pro pracovníky cestující do epidemiologicky rizikových zemí, program psychosociální péče ve spolupráci s externími specialisty atd. Dále je zajímavá nabídka programu snižování nadváhy – znáte svoji ideální hmotnost (BMI)?

Následuje další nástěnka zaplněná atraktivní nabídkou rehabilitačních a rekondičních pobytů pro zaměstnance firmy. Propaguje se zde například program pro seniory, speciální program pro ženy z noční práce, program pro zaměstnance se zdravotním postižením a další a další zajímavé nápady. Ozdravné pobyty jsou realizovány v některých českých, slovenských a maďarských lázních.

Hlavním úkolem pracovního lékařství je předcházet poškození zdraví zaměstnanců při práci, posuzovat zdravotní způsobilost k práci a podporovat zdraví zaměstnanců. „Většina populace v produktivním věku stráví v pracovním prostředí jednu třetinu svého pracovního života, proto je pracoviště jedním z nejvýznamnějších míst pro ochranu a podporu zdraví...“ říká MUDr. Jan Moravík.

Povinnost zabezpečit závodní preventivní péči vyplývá firmě ze zákona. Pracovního lékaře (lékaře ZPP) proto určuje zaměstnancům firma. Jednotlivá pracoviště jsou rozdělena do 10 preventivních obvodů. Lékaři a zdravotnický

jak velmi výrazně , ovlivňuje zdraví zaměstnanců a tím i jejich pracovní potenciál



personál závodní preventivní péče, rehabilitace a ošetrovny první pomoci jsou zaměstnanci firmy. Malou část preventivní péče zajišťují i smluvní lékaři.

Prohlídka pokračuje moderním areálem, v němž ztrácíte zcela pocit, že jste v nejvýznamnějším průmyslovém závodě. Po rozsáhlé modernizaci závodu vidíte prosklené, architektonicky zajímavé řešené provozy, sladěné do komplexního působivého celku.

Jídlna pro závodní stravování dělá dojem příjemné restaurace s novým módním designem.

Jak se taky dozvídám, je základní povinností závodní preventivní péče poskytování první pomoci na pracovištích s třísměnným provozem.

V areálu jsou rozmístěny ambulance PLP, kde v ranní směně poskytují i první pomoc. Jsou označené zeleným světelným křížem. Funguje zde i nepřetržitá 24hodinová předlékařská první pomoc, poskytovaná zdravotními sestrami, pracujícími zde na ošetrovně sedm dní v týdnu. Tato ambulance první pomoci v případě potřeby spolupracuje s Hasičským záchranným sborem i na pracovištích.

V případě závažnějšího zdravotního postižení sestry povolají lékaře polikliniky (závodního, ale i privátního), v nezbytném případě (ohrožení života) také úzce spolupracují s rychlou záchrannou službou města Mladá Boleslav.

Že jsou pracoviště zdravotníků výborně vybavená, účelně uspořádaná, to už mi bylo jasné. Ale zdejší zdravotnické zařízení má navíc ještě svůj vlastní kompletně vybavený sanitní vůz. Je využíván pro transport pacientů k ošetření v areálu závodu a v neodkladném případě i k převozu pacienta do místní nemocnice.

Položila jsem MUDr. Moravíkovi také několik obvyklých otázek z jeho profesní kariéry:

Jaká byla vaše profesní cesta do této ordinace (ordinace závodní preventivní péče)?

Když jsem se rozhodl o svém budoucím povolání (v té době na SVŠ – gymnázium), měl jsem představu, že budu pracovat podobně jako můj strýc (bratr otce), který byl praktickým lékařem celý život. Viděl jsem jeho práci a o dalších medicínských oborech jsem vlastně v té době

ani moc informací neměl. LFH UK v Praze jsem dokončil v roce 1974 a do prvního zaměstnání jsem nastoupil jako lékař hygienické služby v Banské Bystrici. Pak následovala tehdy povinná vojenská služba v nemocnici v Českých Budějovicích. Postupně jsem atestoval z hygieny a epidemiologie, hygieny práce a nemocí z povolání a konečně i všeobecného lékařství. V roce 1986 aspirantura na LF UK v Bratislavě. Přes další pozice včetně ředitele OÚNZ jsem přece jen začal pracovat jako praktický lékař, to bylo v Mikulově. Od roku 1997 pracuji jako lékař ZPP v Škoda Auto Mladá Boleslav.

Co vybavení vaší ordinace, čím se liší od běžné praxe?

Domnívám se, že v ordinaci je dobré standardní vybavení (CRP, spirometr, EKG máme společně dva lékaři). Já i moji kolegové si ceníme skutečně nadstandardně vybaveného kufru pro první pomoc s pomůckami pro resuscitaci, s bohatým ampuláriem a řadou pomůcek pro školení PP. Pro spolupracovníky při poskytování první pomoci používáme firemní, dobře vybavenou sanitu, kde při výjezdech spolupracujeme s hasičským záchranným sborem.



Co považujete za úspěch ve své praxi? Je něco, co byste chtěl ještě zlepšit?

V dřívějším závodě poskytovali léčebně preventivní péči zaměstnanci bývalého OÚNZ. Postupně se jednotliví praktičtí lékaři privatizovali a po spojení ŠA s VW jsme vybudovali nestátní zdravotnické zařízení, které je schopno pečovat o 25 000 zaměstnanců v závodní preventivní péči. Léčebnou péči jim poskytuje jejich registrující lékař.

Naše nestátní zdravotnické zařízení získalo v roce 2008 akreditaci k uskutečňování vzdělávacího programu v rámci specializačního vzdělávání v oboru pracovní lékařství.

Zlepšovat je vždycky co. Vymyslíme, jak získat větší počet zaměstnanců k účasti na preventivních programech, a tak snižovat počet PN. Jak zvýšit například počty zaměstnanců očkovanych proti chřipce. Chceme například více sledovat pracovní podmínky na pracovištích a navrhovat opatření na jejich zlepšení.

základní povinností závodní preventivní péče je také poskytování první pomoci

ambulance první pomoci v případě potřeby spolupracují s hasičským záchranným sborem

naše nestátní zdravotnické zařízení získalo akreditaci k uskutečňování vzdělávacího programu v rámci specializačního vzdělávání

**problém naší práce
je nedostatečná
motivace návštěvníků
našich ambulancí
ke změně**



Vnímáte vy sám rozdíl mezi ordinací všeobecnou a ordinací závodní preventivní péče?

Řekl bych, že k praktickému lékaři chodí více nemocní lidé, kteří od lékaře očekávají pomoc a většinou ve velké míře akceptují doporučení lékaře, včetně opatření nepopulárních preventivních, jako například odstranění návyků (kouření apod.), zlepšení životního stylu. Určitě to respektují více, nebo se aspoň snaží. K závodnímu lékaři naopak chodí lidé, kteří jsou v pracovním procesu... jsou tedy zdraví nebo si ještě případně zjištěné změny zdravotního stavu ve smyslu rizika příští choroby neuvědomují nebo je nechťejí akceptovat.

To je pak problém naší práce – nedostatečná motivace návštěvníků našich ambulancí ke změně, nechuť a nedostatek vůle udělat něco pro své zdraví.

Jak se vám jeví současný systém vzdělávání PL, poskytují lékařské fakulty dostatek informací o oboru?

Zažil jsem vzdělávání, které se vůbec nedá se současným stavem porovnat. Snad kromě sebevzdělávání. V současnosti máme všechno, co si umím představit – semináře, kongresy a další akce organizované SVL nebo SPL – a já s radostí využívám všechny. Krom toho vychází celá řada zajímavých časopisů a knih, je tu internet. Domnívám se, že medicíni přece jen mají trochu větší povědomí o naší praxi. Syn je lékař a já jsem občas diskutoval s jeho spolužáky. Domnívám se, že k jejich rozhledu a většímu sebevědomí také přispívá možnost absolvovat stáže v zahraničí. Jsou lépe jazykově vybavení a mají možnost srovnání.

Co nějaká příhoda z praxe, která se vám vryla do paměti?

Na jednu takovou si vzpomínám. Byla chřipková epidemie, sloužil jsem LSPP a bylo hodně návštěv. Jeden požadavek na návštěvu byl ale jiný – přišel otec pacienta se sdělením, že jeho psychicky nemocný syn se dekompenzoval. Napadá rodinu, demoluje zařízení bytu... je prostě agresivní a odmítá hospitalizaci. Otec

byl chlapák cca 100 kg a upozorňoval, že ač syn je 16letý, má postavu stejnou a dva muži ho těžko zvládnou. Domluvili jsme se, že otec přivede další dva bratry bydlící mimo, společně pacienta zklidníme a odvezeme ho k hospitalizaci. Měl jsem v ruce 5 žádanek na návštěvy, tuto jsem zařadil jako poslední a vyjeli jsme. První návštěva – rodinný domek, venku čekala paní a byla příjemně překvapena, že jedeme tak brzy. Zavedla mne k pacientovi, otevřela dveře a strčila mne do pokoje a zamkla za mnou. Tehdy jsem si uvědomil, kde vlastně jsem. Psychicky nemocný chlapec byl naštěstí dost klidný a vysvětlil mi, že on je z rodiny vlastně

jediný normální, a nechal se o hospitalizaci přesvědčit. Chvilku strachu jsem samozřejmě zažil a hlavně jsem si uvědomil, jak lehce vznikne nedorozumění. Řidiče jsem totiž neuvědomil o tom, že na pořadí návštěv pacientů trvám, a on to prostě seřadil tak, aby návštěvy jedna za druhou po cestě navazovaly.

Jak relaxujete, pane doktore?

Ve volných chvílích se snažím hýbat, v létě kolo, v zimě běžky, celoročně plavání.

Rád čtu a chodím na koncerty vážné i lidové hudby... a na operu je to z Mladé Boleslavi do Prahy, co by kamenem dohodil. Zajímavé kulturní a sportovní akce v Mladé Boleslavi, o které nyní není nouze, absolvuji obvykle s celou rodinou.

Jak hodnotíte spolupráci s vedením firmy?

Škoda Auto je nepřehlédnutelná firma v České republice. Je to významný zaměstnavatel, producent i vývozc. Myslím, že i pro zdravotnické pracovníky Škoda Auto jsou podmínky k práci tomu odpovídající. Motto koncernu Škoda Auto je „Chránit a podporovat zdraví zaměstnanců není jen sociální povinností, nýbrž i ekonomickou nutností“.

Věřím, že se na naplňování tohoto motto za významné podpory firmy spolu se svými kolegy podílíme.

Pane doktore, je něco, co byste chtěl vzkázat svým kolegům začínajícím praktickým lékařům?

Postavení praktických lékařů se za poslední desetiletí nepochybně zlepšilo a já to vnímám jako velmi významné. Určitě je to i díky samostatnému atestačnímu oboru, skutečně kvalitnímu vzdělávání PL a v neposlední řadě je to i náš počet v ČLK.

Je velkou výhodou, když člověka práce baví, nebo mu je dokonce koníčkem. Pokud tomu tak není, je medicína velice úmorná profese.

Rozhovor vedla Jana Vojtíšková

**nemocní lidé
ve větší míře akceptují
doporučení lékaře
včetně těch
nepopulárních**

Vegetariánství = prevence civilizačních onemocnění?

Souhrn: Správně rozvržená vegetariánská strava je nutričně vyvážená a zdravotně přínosná v prevenci i v léčbě různých onemocnění. Mezi potenciální problémy vegetariánství patří zajištění dostatečného příjmu proteinů, železa, zinku, kalcia, vitamínu D, riboflavinu, vitamínu A, beta karotenu, omega-3 nenasycených mastných kyselin a jodu. U veganů může být kritické zajištění dostatečného příjmu vitamínu B12. Vyvážená vegetariánská i veganská strava je vhodná pro všechna životní období, včetně těhotenství, kojení, dětského věku a dospívání. Vegetariáni trpí méně obezitou, kardiovaskulárními onemocněními, hypertenzí, diabetem, rakovinou prostaty a tlustého střeva, osteoporózou, selháním ledvin, demencí, divertikulózou, cholelitiázou a revmatoidní artritidou.



MUDr. Peter Pribiš, Dr.P.H.

**renesance
vegetariánství jako
životního stylu**

**vegetariáni nejsou
jednotná skupina**

Vegetariánství je staré jako lidstvo samo. A pokud věříte Bibli, tak ho lze považovat za prapůvodní stravu lidské rasy. Pokud věříte evoluci, tak je to trochu komplikovanější. Nutriční antropologie totiž není ve svých spekulacích jednoznačná, zda prapůvodní člověk byl predominantně býložravec, nebo lovec – masožravec.

Fyziologicky a anatomicky je člověk všežravec, protože je schopen trávit potraviny živočišného či rostlinného původu. Někteří argumentují, že člověk je anatomicky více podobný býložravcům vzhledem k dlouhému trávicímu traktu a plochému tvaru zubů.

Vegetariáni nejsou jednotná skupina a lze je rozdělit do několika kategorií (tabulka 1). Velice různorodé jsou také důvody, proč se lidé rozhodnou pro vegetariánství. Nejčastějšími důvody jsou zdraví, etika, práva zvířat, ekologie a náboženství (1).

Žádný jiný životní a stravovací styl neprožil takovou renesanci jako vegetariánství. Za posledních 50 let se vegetariánství posunulo z polohy exotického a někdy zavrhaného stylu stravování do polohy životního stylu, který je velice intenzivně vědecky studován. První článek ve vědeckém časopise (peer-reviewed) o vhodnosti vegetariánské stravy a její nutriční adekvátnosti byl publikován v roce 1954. Od té doby došlo k exponenciálnímu nárůstu počtu sdělení o vegetariánství v odborných časopisech o výživě i lékařských vědeckých publikacích. Mezi léty 1954 a 1962 bylo celkově publikováno méně než 100 vědeckých článků o vegetariánství, ve srovnání s 544 publikacemi mezi lety 1966 a 1995 (1).

Výhody a problémy vegetariánství

V Česku i na Slovensku oficiální lékařské instituce po mnoho let pohlížely na vegetariánství jako na nebezpečnou úchylku. Generace lékařů (včetně mne) slyšely na lékařských fakultách pouze o nevý-

hodách a problémech spojených s tímto způsobem stravování. „Přiznat“ se pediatrovi, že nedáváte svému dítěti maso, vyžadovalo a i dnes ještě vyžaduje značnou míru odvahy. Je bezesporu, že vegetariánské stravování vyžaduje určité znalosti výživy. Je také pravda, že vegetariáni, kteří pouze přestanou jíst maso (např. z etických důvodů) a současně nejedí žádnou zeleninu, ovoce, luštěniny či celozrnné výrobky, si mohou způsobit podvýživu. V literatuře je tento způsob stravování nazván „pudingové vegetariánství“ a je poměrně často populární v pubertě.

V lékařské a výživové se zabývající literatuře v souvislosti s vegetariánským stravováním je především zdůrazňován dostatečný příjem (a potenciální možnost nedostatku) proteinů, železa, zinku, kalcia, vitamínu D, riboflavinu, vitamínu A, beta karotenu, omega-3 nenasycených mastných kyselin, jodu a hlavně u veganů vitamínu B12. Na druhé straně není třeba tyto potenciální problémy zveličovat. Koneckonců strava obsahující maso může být také nevyvážená a vést k podvýživě. V oficiálním stanovisku (position statement) Americké dietetické asociace (ADA) a Asociace kanadských dietologů k problematice vegetariánské stravy, které se aktualizuje každých 5 let, se píše, že správně rozvržená vegetariánská strava je nutričně vyvážená a zdravotně přínosná v prevenci i v léčbě různých onemocnění. Vyvážená vegetariánská i veganská strava je vhodná pro všechna životní období, včetně těhotenství, kojení, dětského věku a dospívání (2). V tomto stanovisku se také poukazuje na nesporné výhody vegetariánské stravy. Vegetariáni trpí méně obezitou, kardiovaskulárními onemocněními, hypertenzí, diabetem, rakovinou prostaty a tlustého střeva, osteoporózou, selháním ledvin, demencí, divertikulózou, cholelitiázou a revmatoidní artritidou. A protože vegetariáni mají nižší prevalenci a incidenci mnoha civilizačních onemocnění, žijí také déle. Celé stanovisko je napsáno velice vyváženě a tolerantně. Česká republika je bezesporu vysoce rozvinutá země, kde se dá dnes bez problémů praktikovat vyvážený vegetariánský i veganský životní styl.

Vegetariánství a zdravotnictví

V poslední části článku bych se chtěl zaměřit na dvě velice zajímavé publikace, které se zabývají vztahem mezi vegetariánstvím, chronickými onemocněními a zdravotnictvím. Dr. Synnove Knutsen (3) použila data z Adventist Health Study a porovnála mezi sebou vegetariány a nevegetariány. Zajímalo ji, kolika chronickými onemocněními trpí každá

Tabulka 1: Základní druhy vegetariánství

Polovegetariáni	Lidé, kteří se stravují především vegetariánsky, ale příležitostně jedí maso.
Lakto-ovo-vegetariáni	Lidé, kteří nejedí maso, ale konzumují mléčné výrobky a vejce. Tato forma vegetariánství je nejrozšířenější v západním světě.
Pesco-vegetariáni	Lidé, kteří nejedí maso – jedí ale mléko, vejce, ryby a případně i plody moře.
Vegani	Lidé, kteří nejedí žádné živočišné produkty – včetně mléka, sýrů a vajec. Někteří také nekonzumují med.



skupina, kolik užívají léků a kolik prodělali operaci (tabulka 2). S výjimkou bulek v prsou (samovyšetření), rakoviny u mužů a hypertrofie prostaty byla prevalence studovaných chronických onemocnění (kardiovaskulární onemocnění, iktus, hypertenze, diabetes, revmatismus, divertikulóza, rakovina, revmatoidní artritida a žaludeční vředy) nižší u vegetariánů než nevegetariánů. Nevegetariáni užívali více léků než vegetariáni. Největší rozdíl byl u aspirinu a sedativ, kde nevegetariáni užívali až o 50 % více těchto léků. Nevegetariánky prodělaly více operací varikózních žil, žaludečních vředů, žlučníku, apendixu a dělohy než vegetariánky. V průměru nevegetariánky prodělaly 1,78 operace na 100 osob ve srovnání s 1,72 operace u vegetariánek ($p < 0,001$). Rozdíl v počtu operací u mužů nebyl signifikantní. V posledních 12 měsících 13,3 % nevegetariánek muselo být hospitalizováno ve srovnání s 11,9 % vegetariánek ($p < 0,0001$), 9,2 % nevegetariánů muselo být hospitalizováno ve srovnání s 7,2 % vegetariánů ($p < 0,001$). Vegetariáni měli o 10 % až 75 % nižší prevalenci chronických onemocnění. Nevegetariáni užívali o 70 až 240 % více léků, prodělali více chirurgických zákroků a museli být častěji hospitalizováni. Neal Barnard a kol. (4) šli ve své publikaci ještě o krok dál. Položili si otázku: pokud studie ukazují, že vegetariáni trpí méně chronickými onemocněními, kolik dolarů by se dalo ušetřit, kdyby celé Spojené státy přešly na vegetariánskou stravu? Do své analýzy zahrnuli kardiovaskulární onemocnění, rakovinu, diabetes, cholelitiázu, obezitu a nemoci přenášené potravou (tabulka 3). Čísla v tabulce jsou odhady, kde autoři kombinovali výsledky několika studií, a proto publikovali pro každou nemoc interval (např. v některých publikacích nebyl nalezen žádný rozdíl v prevalenci rakoviny mezi vegetariány a nevegetariány, proto interval pro rakovinu jde od nuly [žádný rozdíl] – až k částce 16,5 miliardy dolarů). Celkově autoři zjistili, že pojišťovny v roce 1992 mohly ušetřit přibližně 28,6 až 61,4 miliardy dolarů, kdyby populace USA omezila konzumaci masa.

Aplikace a doporučení

Vyvážená vegetariánská a veganská strava může být velice zdravotně přínosná v prevenci i léčbě řady chronických onemocnění. Při kontaktu s pacienty-vegetariány je možné poukázat na potenciální problémy, současně je však potřebné i uznat pozitivu vegetariánského životního stylu. Česká republika dnes poskytuje všechny možnosti potřebné k praktikování vyváženého vegetariánského či veganského životního stylu.

Literatura:

1. Sabate J. (Ed.) (2001) *Vegetarian nutrition*. New York: CRC Press
2. *J Am Diet Assoc* 2003; 103: 748–765
3. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 1171S–1175S
4. *Preventive Medicine* 1995; 24: 646–655

MUDr. Peter Pribiš, Dr.P.H. – 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 Pub-

Tabulka 2: Prevalence (na 100 osob) a relativní riziko (OR) chronických onemocnění mezi vegetariány a nevegetariány v roce 1976

	Vegetariáni	Nevegetariáni	OR
Ženy			
Kardiovaskulární onemocnění	4,5	6,6 *	1,46 *
Iktus	1,8	2,9 **	1,55 *
Hypertenze	21,5	32,3 *	1,75 *
Diabetes	4,6	7,9 *	1,66 *
Divertikulóza	7,1	8,6 **	1,25 *
Rakovina	6,8	7,3	1,08
Revmatoidní artritida	5,6	7,8 *	1,36 *
Revmatismus	29,5	35,5 *	1,27 *
Bulky v prsou (samovyšetření)	19,2	18,5	0,99
Žaludeční vředy	10,4	11,5 **	1,07
Průměr (model upraven pro věk)	1,02	1,26 *	
Průměr (model upraven pro věk, kouření a vzdělání)	1,03	1,24 *	
Muži			
Kardiovaskulární onemocnění	5,6	8,0 *	1,33 *
Iktus	1,5	2,2	1,42 †
Hypertenze	14,5	23,2 *	1,74 *
Diabetes	3,7	5,8 *	1,53 *
Divertikulóza	3,8	5,1 †	1,38 **
Rakovina	4,0	3,8	0,96
Revmatoidní artritida	2,9	4,0 **	1,29 *
Revmatismus	16,4	19,8 *	1,17 **
Hypertrofie prostaty	16,3	15,6 **	0,90
Žaludeční vředy	12,1	14,4 **	1,11
Průměr (model upraven pro věk)	0,77	0,95 *	
Průměr (model upraven pro věk, kouření a vzdělání)	0,79	0,93 *	
Nevegetariáni se signifikantně odlišují od vegetariánů. * $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; † $p \leq 0,05$			

Tabulka 3: Přibližný odhad výdajů na léčení onemocnění způsobených nadměrnou konzumací masa v roce 1992 (v miliardách US \$)

Hypertenze	2,8–8,5
Kardiovaskulární onemocnění	9,5
Rakovina	0–16,5
Diabetes	14,0–17,1
Cholelitiáza	0,2–2,4
Obezita	1,9
Nemoci přenášené potravou	0,2–5,5
Celkem	28,6–61,4

lic 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.

vegetariáni trpí méně chronickými onemocněními

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

1. část: **Co vše má obsahovat správný popis křivky EKG**



MUDr. Václav Durdil

Elektrokardiografické vyšetření (EKG) patří svou dostupností a diagnostickou výtěžností mezi základní vyšetřovací metody řady lékařských oborů. Záznam EKG umožňuje posoudit poruchy srdečního rytmu, zhodnotit rozsah a akutnost ischemického poškození myokardu, kontrolovat účinek některých farmak, částečně zhodnotit dilataci a hypertrofii srdečních oddílů. Hodnocení křivky EKG je nedílnou součástí mnoha diagnostických algoritmů, zejména u pacientů s akutními koronárními syndromy, poruchami srdečního rytmu a chronickým srdečním selháním.

V současné době se nejčastěji používá 12svodový záznam EKG zapisovaný standardní rychlostí 25 mm/s a kalibrovaný 10 mm na 1 mV. Na křivce EKG hodnotíme nejprve základní rytmus, tepovou frekvenci, osu srdeční a přechodnou zónu, následně délky trvání intervalu PR a komplexu QRS, případně též intervalu QT. Na závěr hodnocení popíšeme případné patologické odchylky jednotlivých vln, kmitů a úseků a zaznamenáváme případný výskyt extrasystol.

1. Srdeční rytmus

Srdeční rytmus hodnotíme podle přítomnosti a morfologie vln P. Při sinusovém rytmu jsou vlny P pozitivní ve svodech I, II, V2-6, pozitivní či bifázické ve III, aVL a V1, negativní ve svodu aVR.

2. Tepová frekvence

Normální hodnoty tepové frekvence jsou v rozmezí 50–100/min. Většina přístrojů údaj o tepové frekvenci automaticky vypočítává. Zjednodušeně lze určit tepovou frekvenci například tak, že počet komplexů QRS v 7,5 cm úseku křivky EKG vynásobíme 20.

3. Osa srdeční

Srdeční osou nazýváme srdeční vektor komplexu QRS ve frontální rovině. Osu srdeční určujeme z končetinových svodů, fyziologické hodnoty leží v rozmezí –30 až +90 stupňů.

4. Přechodná zóna

Přechodná zóna je hrudní svod, ve kterém se obraz rS mění na Rs, a má tedy přibližně stejnou amplitudu pozitivního i negativního kmitu. Nejčastěji je ve svodu V3–V4.

5. Délka trvání intervalu PR, komplexu QRS a intervalu QT

Délky trvání udáváme v milisekundách. Interval PR (PQ) je vzdálenost od počátku vlny P do počátku komplexu QRS. Délka intervalu PR je obrazem síňokomorového vedení a normální hodnota je v rozmezí 120–200 ms. Komplex QRS je zaznamenáván na křivce EKG při komorové depolarizaci. Fyziologické trvání komplexu QRS je do 120 ms. Interval QT je vymezen počátkem komplexu QRS a koncem vlny T. Vyjadřuje tzv. elektrickou systolu komor, tedy komorovou depolarizaci i repolarizaci. Trvání intervalu QT je nepřímě závislé na tepové frekvenci, proto je nutno dle tepové frekvence interval QT korigovat. Výsledný korigovaný interval QT (QTc) je fyziologicky v rozmezí 300–440, je veličinou bez rozměru.

6. Morfologické odchylky vln, kmitů a úseků

Tvar vln, kmitů a úseků obrazu EKG popisujeme podrobněji pouze v případě patologických odchylek. Vždy zároveň udáváme, v jakém svo-

normální tepová frekvence 50 – 100/min

normální osa –30 až +90 stupňů

**normální délky:
PQ 120 – 200 ms,
QRS do 120 ms,
QTc 300 – 440 ms**

KOMPLEXNÍ PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ PRO ORDINACE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

BTL-08 Win

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

~~45.000 Kč~~ **36.000 Kč**



BTL-08 ABPM

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

~~45.000 Kč~~ **36.000 Kč**

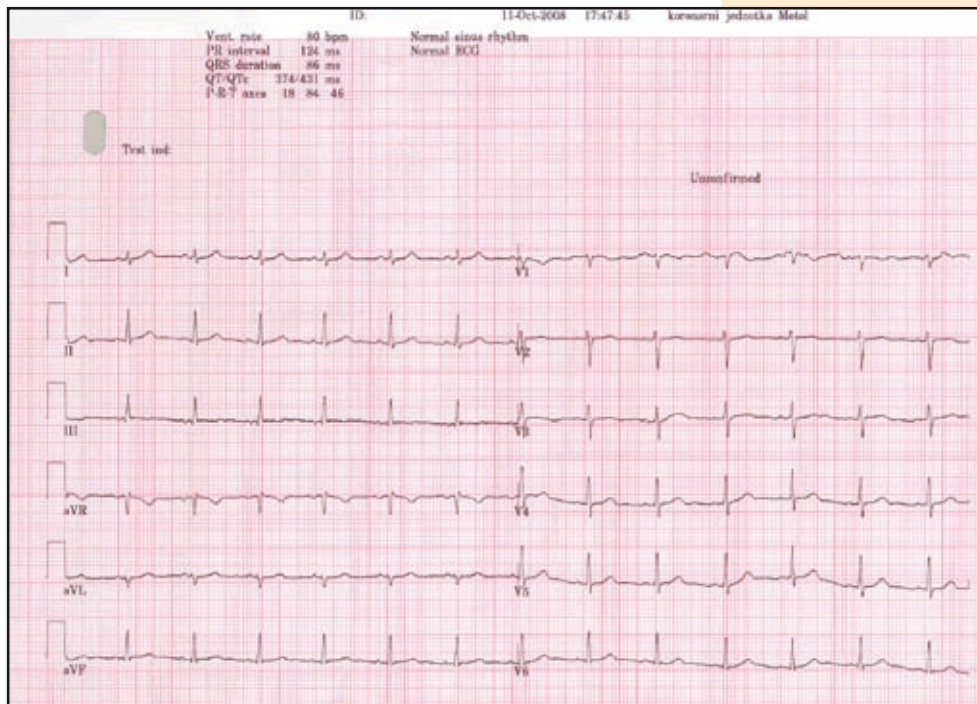


BTL zdravotnická technika, a.s.
Šantrochova 16, 162 00 Praha 6
TEL/FAX 235 363 606
GSM 777 920 272-4
E-MAIL obchod@btl.cz
www.btl.cz

Ceny jsou uvedeny bez 9% DPH. Akce je omezena do 30.11.2008.



du se daná odchylka vyskytuje. Vždy je nutno se zaměřit na vlnu P, komplex QRS, úsek ST a vlnu T, v individuálních případech též na úsek PR, vlnu U či jiné specifické vlny (delta, epsilon). U vln hodnotíme tvar, amplitudu (hrotnatá, oploštělá, plochá) a polaritu (pozitivní, negativní, preterminálně negativní, bifázická). U úseků hodnotíme posun k izoelektrické linii (elevace, deprese) v milimetrech, sklon (ascendentní, descendentní) a případně tvar (konkávní, konvexní, obloučkový). Při hodnocení morfologie komplexu QRS se zaměřujeme na voltáž, šířku, strmost vzestupu, polaritu a posloupnost jednotlivých kmitů. Při popisu komplexu QRS užíváme velkých písmen k označení kmitů s vyšší amplitudou a malých písmen k označení kmitů s malou amplitudou, kmit R' či r' znamená v pořadí 2. kmit v komplexu QRS. QS je označení pro hluboký negativní kmit bez jakékoli pozitivní výchylky.



Obrázek 1: křivka EKG s normálním nálezem. Sinusový rytmus, TF 80/min., osa semiver-tikální, přechodná zóna V3–4, PR interval 124 ms, QRS 86 ms, QTc 431, ploché T ve III, normální křivka.

7. Přítomnost předčasných stahů

V případě výskytu předčasných stahů na křivce EKG popíšeme jejich počet, druh (supraventrikulární, komorové) a případně vazbu (bigeminické, trigeminické, interpolované).

Součástí popisu křivky EKG je stručný popis případné patologie rytmu, síňokomorového vedení či raménkové blokády. Pokud je EKG bez pat-

ných patologických odchylek, lze popis uzavřít zhodnocením „normální křivka“. Pokud máme k dispozici předchozí křivky EKG, je vhodné též komentovat vývoj oproti minulé křivce.

MUDr. Václav Durdil - Promoval v roce 2000, atestoval z vnitřního lékařství I. stupně v roce 2003 a v roce 2007 z kardiologie. V současné době pracuje na oddělení arytmiologie, v Kardiologickém centru FN v Motole. Jeho odborným zájmem je srdeční elektrofyziologie a kardiostimulace.

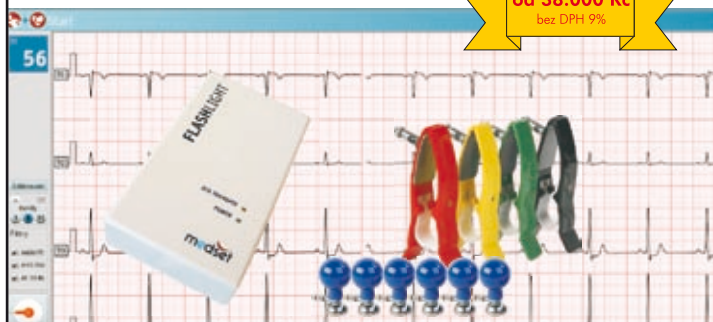
příští pokračování:
Nejčastější poruchy rytmu

PŘÍSTROJOVÁ TECHNIKA PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

MEDSET FLASHLIGHT - klidové EKG v nejvyšší kvalitě
- 12-ti svodové PC-EKG s délkou záznamu až 180s
- rozměření a interpretace dle HES, detekce kardiostimulátoru
- komunikace s programy pro vedení ambulance



od 38.000 Kč
bez DPH 9%



ERGOLINE ERGOSCAN - Holter krevního tlaku za "hubičku"
- spolehlivý přístroj pro dlouhodobé měření tlaku
- 3 velikosti manžet, oscilometrická metoda měření tlaku
- obslužný program v českém jazyce



28.880 Kč
bez DPH 9%



Akční ceny jsou platné do 15.12.2008

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
e-shop: www.tonometr.cz

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

ACEI = sartan, ale ACEI + sartan zhoršuje renální funkce (ONTARGET)

užívání kombinace ACEI + sartan nepřináší žádný další klinický užitek

Klinická otázka: Zlepší kombinace inhibitoru angiotensin konvertujícího enzymu (ACEI) a blokátoru receptoru pro angiotensin (sartan) výsledky u pacientů s vysokým rizikem renálních komplikací?

Závěr: U pacientů s aterosklerózou nebo diabetem s orgánovým poškozením jsou ACEI a sartany v prevenci renálních komplikací stejně účinné. Avšak kombinace ACEI a sartanu zvyšuje počet pacientů vyžadujících akutní dialýzu (LOE = 1b).

Reference: Mann JF, Schmieder RE, McQueen M, et al., for the ONTARGET investigators. Renal outcomes with telmisartan, ramipril, or both, in people at high vascular risk (the ONTARGET study): a multicentre, randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet* 2008; 372 (9638): 547–553.

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě zaslepená).

Financování: Průmysl.

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (specializované).

Rozdělení: Tajné.

Synopse: Vzdor nedostatku dat, která jsou omezená na pacienty s pokročilým renálním onemocněním, je běžnou praxí léčit pacienty s vysokým rizikem renálních komplikací kombinacemi ACEI a sartanů. Po třech týdnech jednostranně zaslepené zapojovací periody do studie autoři randomizovali pacienty starší 55 let se zjištěnou aterosklerózou nebo s diabetem s orgánovým poškozením do skupin, kde užívali buď ACEI (ramipril 10 mg denně, n = 8576), nebo sartan (telmisartan 80 mg denně, n = 8542), nebo oba (n = 8502). Pamatujeme, že i když zapojovací periody studií jsou podobné realitě (pacienti, kteří nesnáší léčbu, ji ukončí), mohou zkreslit výsledky tím, že vyloučí pacienty, kteří netolerují léčbu, a pak to vypadá, že léčba je lépe tolerovaná, než tomu ve skutečnosti je. V tomto případě 11 % pacientů, kteří vstoupili do zapojovací periody studie, ve studii nepokračovalo. Stav pacientů byl hodnocen každých 6 měsíců po dobu přibližně 56 měsíců. Autoři použili

analýzu dat podle principu intention-to-treat (podle léčebného záměru). Na konci studie v každé skupině zemřelo přibližně 12 % pacientů. Žádný z pacientů nepodstoupil transplantaci ledviny. U méně než 2 % pacientů v každé skupině se dvojnásobně zvýšila hladina sérového kreatininu a u méně než 1 % byla potřebná dialýza (akutní i chronická). Ovšem pacienti užívající kombinaci ACEI a sartanu měli statisticky větší pravděpodobnost (0,33 %) potřeby akutní dialýzy než ti, kteří užívali buď ACEI (0,15 %) nebo sartan (0,23 %). Při léčbě 565 pacientů (95 % CI, 297–3450) kombinací ACEI a sartanu po dobu 56 měsíců by dialýzu potřebovalo o jednoho pacienta víc než při léčbě samotným ACEI. Vzhledem k tomu, že nebyl zjištěn žádný klinický užitek při užívání kombinace ACEI a sartanu oproti užívání léků samotných, mělo by používání této kombinace skončit.

Krátkodobá léčba antibiotiky účinná u akutní exacerbace CHOPN

Klinická otázka: Je krátkodobá léčba antibiotiky (5 dnů) účinná pro léčbu akutní exacerbace chronické bronchitidy?

Závěr: Většina pacientů s mírnou až středně těžkou exacerbací chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) může být úspěšně léčena pouze 5denní antibiotickou léčbou (LOE = 1a).

Reference: El Moussaoui R, Roede BM, Speelman P, Bresser P, Prins JM, Bossuyt PM. Short-course antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD: a meta-analysis of double-blind studies. *Thorax* 2008; 63(5): 415–422.

Typ studie: Metaanalýza (randomizované kontrolované studie).

Prováděcí prostředí studie: Různé (metaanalýza).

Synopse: Dle systematického přehledu jsou antibiotika nápomocná v léčbě akutní exacerbace chronické bronchitidy (AECHB) u pacientů se zhoršením kašle a hnisavým sputem. Klinické postupy doporučují podání antibiotik k léčbě AECHB u pacientů, kteří mají 2 nebo více následujících příznaků: zhoršení dušnosti, zvětšení objemu sputa nebo zvýšení purulentnosti sputa. Avšak dlouhodobá léčba antibiotiky je drahá a zvyšuje riziko vedlejších nežádoucích účinků a zvyšuje pravděpodobnost rozvoje rezistence na antibiotika. Autoři provedli podrobný průzkum literatury a našli 21 studií s celkovým počtem 10 698 pacientů, kde byly srovnávány režimy antibiotické léčby v délce 5 dnů a delších než 5 dnů u mírných a středně těžkých exacerbací. Studie měly dobrou kvalitu (průměrné Jadadovo skóre = 3,9) a byly přiměřeně silné (velikost studie se pohybovala od 222 do 893 pacientů). Průměrné věky pacientů ve všech studiích byly kolem 50 nebo kolem 60 let a všechny studie byly publikovány v posledních 10 letech. Studovaná antibiotika zahrnovala cefalosporiny, amoxicilin/clavulanát, telithromycin, respirační chinolony a makrolidy. Nebyl zjištěn významný rozdíl v klinickém vyléčení při časné kontrolní návštěvě (za

vzhledem k riziku by kombinace ACEI + sartan neměla být používána

pětidenní antibiotická léčba exacerbace CHOPN účinná

Rubrika řádkové inzerce

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. Tymiš, tel.: 222 672 886

1–3 týdny) nebo pozdější kontrolní návštěvě (za 4–6 týdnů). Významný rozdíl ve výsledcích léčby nebyl zjištěn, ani když se analýza omezila na 7 studií, které porovnávaly stejná antibiotika ve dvou různých délkách podávání. Analýza cefalosporinů, makrolidů a fluorochinolonů odděleně také nenalezla žádný rozdíl mezi krátkodobou a dlouhodobou léčbou.

Vareniklin, bupropion, nikotinové náhražky jsou všechny účinné při odvykání kouření

Klinická otázka: Jaká farmakologická léčba je nejúčinnější při odvykání kouření?

Závěr: Běžně užívané metody farmakoterapie při odvykání kouření – vareniklin, bupropion a nikotinové náhražky – jsou všechny účinné. Vareniklin může být o něco účinnější než bupropion, ale nedávno bylo zjištěno, že může také způsobit vzácné, ale závažné psychiatrické symptomy, např. akutní psychózu (LOE = 1a).

Reference: Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2008; 179(2): 135–144.

Typ studie: Metaanalýza (randomizované kontrolované studie).

Financování: Vláda.

Prováděcí prostředí studie: Různé (metaanalýza).

Synopse: Autoři provedli pečlivý průzkum literatury, aby našli všechny placebem kontrolované dvo-

jitě zaslepené randomizované kontrolované studie, které sledovaly abstinenci za 6 nebo 12 měsíců za použití biochemických prostředků (tj. sérové hladiny kotininu). Když kombinovali data pro metaanalýzu, užívali nejprísnější a dlouhodobá měřítka abstinence dostupná v každé jednotlivé studii, porovnávající kontinuální abstinenci s bodovou prevalencí abstinence a 12měsíční výsledky s 6měsíčními výsledky. Ke korekci rozdílů v metodách a populacích mezi jednotlivými studiemi použili „Bayesian hierarchical models“ a metaregresi. Nalezli následující stupně pravděpodobnosti dobrého výsledného stavu (od ratio, OR) u odvykání kouření v sestupném pořádku účinnosti: vareniklin (OR = 2,55), nikotinový nosní sprej (2,37), nikotinový inhalátor (2,18), bupropion (2,12), nikotinová náplast (1,88) a nikotinová žvýkačka (1,65). Veškeré rozdíly mezi léčbou a placebem byly statisticky významné a intervaly spolehlivosti (confidence intervals CI) mezi souhrnnými kalkulacemi pro každou intervenci se překrývaly. Šest studií zahrnujících 1881 pacientů přímo srovnávalo vareniklin s bupropionem, výsledky mluvily ve prospěch vareniklinu (OR = 2,2; 95 % CI, 1,1–4,1). Absolutní počty abstinence v intervenčních skupinách zjištěné na základě shromážděných dat byly relativně nízké a typicky se pohybovaly od 15 do 20 %. Není jasné, proč tricyklická antidepresiva, jako je nortriptylin, nebyla zahrnuta do přehledu.

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

Připravila MUDr. Jaroslava Laňková

Kotinin – biologický ukazatel expozice cigaretovému kouři

vareniklin (Champix) je o něco účinnější než ostatní

vareniklin může způsobit vzácné psychické symptomy



zolpidem 10 mg

Stilnox®

JISTOTA ORIGINÁLU

... když hypnotikum, tak Stilnox®

SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU STILNOX®

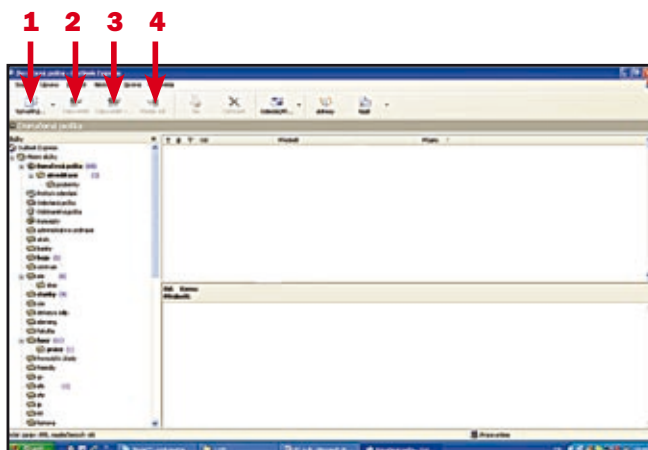
Léčivá látka: zolpidem hydrochlorid 10 mg. **Indikace:** Krátkodobá léčba nespavosti tam, kde nespavost zneschopňuje nebo vede k těžkému stresu nemocného. **Dávkování a způsob podávání:** Zolpidem působí rychle, a proto se podává bezprostředně před ulehnutím nebo po ulehnutí. Přípravek by měl být užíván pouze v případě, že lze zajistit dostatečnou délku spánku (7–8 hodin). Doporučená denní dávka pro dospělé je 10 mg. Starší nebo oslabení nemocní mohou být k účinkům zolpidemu zvláště citliví, v těchto případech se doporučuje podání pouze 5 mg. Celková dávka zolpidemu nemá překročit 10 mg, doba léčby nemá překročit 4 týdny. **Kontraindikace:** přecitlivělost na zolpidem nebo ostatní složky přípravku, obstrukční spánková apnoe, myastenien, těžká jaterní nedostatečnost; akutní nebo těžká respirační nedostatečnost. Z důvodu nedostatečných údajů je Stilnox kontraindikován u dětí, v těhotenství a během kojení. **Zvláštní upozornění:** Tam, kde je to možné, se má před podáním hypnotika stanovit a léčit příčina nespavosti. Zvláštní skupiny nemocných: starší nemocní – viz doporučené dávkování. Dechová nedostatečnost – zolpidem je třeba předepisovat opatrně pacientům se sníženou respirační funkcí. Psychiatrická onemocnění – hypnotika nejsou doporučena k primární léčbě psychiatrických onemocnění. Deprese – zolpidem se má podávat opatrně pacientům s příznaky deprese. Jaterní nedostatečnost – viz doporučené dávkování. **Interakce:** Nedoporučuje se: současné podávání s alkoholem. Při podání léčiva v kombinaci s alkoholem může být zvýšen sedativní účinek. **Nežádoucí účinky:** Jsou prokázány nežádoucí účinky zolpidemu závislé na dávce, zejména některé CNS projevy. Jsou to: ospalost během dne, snížená bdělost, zmatenost, amnézie, psychiatrické a paradoxní reakce, deprese, únava, bolesti hlavy, točení hlavy, svalová bolest, poruchy chůze nebo diplopie. **Závislost:** Při podávání zolpidemu v souladu s doporučeními (dávkování, doba podávání a upozornění) je riziko abstinence příznaků nebo opětovné objevení příznaků minimální. **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C. **Velikost balení:** 10 nebo 20 potahovaných tablet. **Držitel registračního rozhodnutí:** sanofi-aventis, s.r.o., Praha, Česká republika. **Registrační číslo:** 57/887/92-C. **Datum poslední revize textu:** 15. 11. 2006. Pouze na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podrobnější informace jsou obsaženy v SPC nebo jsou dostupné na adrese: sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 2590/33C, 160 00 Praha 6, tel.: +420 233 086 111, fax: +420 233 086 222, www.sanofi-aventis.cz.



Protože na zdraví záleží.

Jak komunikovat pomocí Outlook Expressu

„odpovědět“ nebo „odpovědět všem“? - je velmi důležité si rozmyslet, komu přesně je naše odpověď určena



V minulé části seriálu Lékař a PC jsme hovořili o nastavení pravděpodobně nejužívanějšího programu pro přijímání a odesílání elektronické pošty z počítače „Outlook express“. Dnes bychom si ukázali základní ovládání tohoto programu.

Po kliknutí na ikonu (odkaz) Outlook express se na monitoru objeví obrazovka viz níže – tedy „Doručená pošta“ (jestliže toto nastavení nemáme – stačí ještě kliknout na odkaz „Doručená pošta“). Pokud je počítač připojen k internetu, automaticky se v tuto chvíli stáhnou nové e-maily.

K čemu slouží jednotlivé ikony? V obrázku jsou označeny číslicemi:

1. Ikona „Vytvořit poštu“

Kliknutím se dostaneme do okna, kde po vyplnění adresy příjemce a vyplnění předmětu (krátká charakteristika e-mailu) napíšeme zprávu, kterou chceme odeslat (kliknutím na „Odeslat“).

2. Ikona „Odpovědět“

Slouží k tomu, abychom jednoduše odpověděli na e-mail, který nám přišel. Pokud máme e-mail

označený (tedy právě jej čteme), stačí kliknout na tuto ikonu, a otevře se nám podobné okno „Vytvořit poštu“ – je však již vyplněn adresát (ten, kdo nám e-mail poslal) a v předmětu je před původním textem značka „Re:“.

3. Ikona „Odpovědět všem“

Je podobně jako minulé ikona určena k odpovědi na e-mail, který nám přišel. Hlavní rozdíl je v tom, že slouží k odpovědi na hromadný e-mail – tedy stejný text přišel několika adresátům (včetně nás). Při rozhodování, kterou z těchto ikon použít, je velmi důležité si rozmyslet, komu přesně je naše odpověď určena. Když například přijde od přátel pozvánka na jejich oslavu, kterou rozeslali dalším 10 příjemcům, je správné k odpovědi použít pouze „Odpovědět“ – naše zpráva přijde pouze původnímu odesílateli. Pokud bychom použili „Odpovědět všem“, došla by odpověď nejen odesílateli, ale i všem ostatním adresátům. Tuto ikonu použijeme například v případě, je-li e-mail odeslán hromadně skupině a slouží k diskusi nad problémem. Pokud tedy odešleme odpověď hromadně, musíme se dle zavedené „netikety“ vyvarovat osobních sdělení původnímu odesílateli. Není nic nepříjemnějšího, než když se nám zaplavuje e-mailová schránka sděleními typu: „Karle, tentokrát nemůžu, ale kdy zas spolu vyrazíme jako posledně – bylo to fakt úžasný“.

4. Ikona „Předat dál“

Slouží nám k přeposlání obdrženého e-mailu dalšímu adresátovi. Můžeme připojit svůj komentář, dokonce i upravit původní e-mail. Pokud tak neučiníme, uvidí další adresát původní e-mail, odesílatele i s časovou značkou, kdy byl odeslán (ta se samozřejmě dá též zrušit).

MUDr. Cyril Mucha

Školení v počítačových dovednostech

Vážené kolegyně a vážení kolegové,

vzhledem ke stále se zvyšujícím nárokům na využití počítačů v ordinacích praktických lékařů (zejména zavádění elektronické preskripce, elektronické neschopenky, vedení elektronické dokumentace) se Společnost všeobecného lékařství rozhodla v příštím roce připravit **garantovaný cyklus vzdělávání v počítačové gramotnosti**.

Kurzy by byly určeny pro účastníky s nejrůznějšími stupni znalostí v počítačové problematice od úplných začátečníků: tedy základy (od zapnutí počítače, přes základní ovládání a užití internetu) přes mírně pokročilé až po velmi pokročilé.

Vzhledem k finanční i organizační náročnosti prosíme, abyste sledovali příští vydání Practicusu i dění na konferenci v Karlových Varech, kde budeme pomocí dotazníků zjišťovat zájem o tyto kurzy. Předběžný zájem můžete zaslat „papírovou“ poštou na adresu redakce – obálku označte „PC kurzy“ nebo elektronickou poštou na adresu: mucha@doktor-mucha.cz.



Odpovědi na Vaše otázky...

Dotaz:

Dobrý den, v minulém čísle byl článek o očkování proti chřipce a hlavně možnostech úhrad. Víím, že v minulých letech přispívaly některé zdravotní pojišťovny nad rámec vyhlášek – mohli byste sdělit, jak to s těmito příspěvky vypadá v tomto roce? Pro pacienty je to velmi důležité. V naší ordinaci vybíráme od samoplátců 280 Kč (vakcína + aplikace) – pokryjí úhrady tuto částku?

B. T.

Odpověď:

Většina pojišťoven i v tomto roce proplácí svým pojištěncům očkování proti chřipce nad rámec vyhlášek. Platba může být v rámci preventivních balíčků – tzn. že pacient může peníze využít na různé preventivní programy – mezi ně patří i očkování proti chřipce, ale použitím na očkování si klient část peněz odčerpá. Některé pojišťovny dávají příspěvek konkrétně na očkování proti chřipce a klient dostane příspěvek pouze na chřipku a neovlivňuje to žádné jiné preventivní programy. Jak tedy situace vypadá konkrétně:

Plně hrazené všem:

VZP 111:

do 500 Kč

OZP 207:

od 20 do 65 let do 500 Kč

ČNZP 222:

do 500 Kč

V rámci balíčků:

VoZP 201:

balíček Zdravá rodina
– chřipka do 350 Kč,

ZPMV 211:

balíček do 1000 Kč,

RBP 213:

balíček do 1200 Kč

ZPMA 217:

balíček do 900 Kč

Pojišťovny většinou vyžadují kopii dokladu z lékárny a od lékaře za aplikaci – nebo dohromady od lékaře, resp. očkovací průkaz s potvrzeným očkováním. Lze i zaslat poštou (originál dokladu a kopii očkovacího průkazu).

Dle zdrojů pojišťoven

**příspěvky
zdravotních
pojišťoven
na očkování**

Muconasal® plus

Uvolní ucpaný nos

2 Dvojitý účinek

- působí rychle a nadlouho
- osvěží nosní sliznici

Tramazolin hydrochlorid (alfa-mimetikum)

- působí již po 5 minutách
- účinkuje až 10 hodin

Éterické oleje (cineol, mentol, přírodní kafr)

- stimulují receptory chladu v nose a mají antiseptické vlastnosti
- usnadňují dýchání
- eukalyptol má sekretolytické a sekretomotorické vlastnosti



Muconasal® plus

Zkrácená informace o přípravku

Název: Muconasal® plus. **Složení:** Tramazolin hydrochlorid 1,18 mg v 1 ml roztoku. **Léková forma:** Nosní sprej, roztok. **Indikace:** K dekonstaci nosní sliznice doprovázející běžná nachlazení a alergickou rýmu. K usnadnění odtoku sekretu při zánětech vedlejších nosních dutin a středního ucha. **Dávkování a způsob podání:** Stejně pro děti od 6 let a dospělé. Podle potřeby vstříkovat do každé nosní dírky maximálně 4x denně. Bez doporučení lékaře se nesmí podávat déle než 5–7 dnů u dospělých a déle než 3 dny u dětí. **Kontraindikace:** Chronická suchá rýma (rhinitis sicca), po kranálních chirurgických výkonech prováděných nasální cestou, hypersenzitivita na hydrochlorid tramazolinu, benzalkoniumchlorid nebo kteroukoli další složku přípravku. Děti mladší než 6 let. **Zvláštní upozornění:** Se zvýšenou opatrností a pod lékařským dohledem používat u osob s glaukomelem s úzkým úhlem, s hypertrofií prostaty a získanou nebo vrozenou porfyrií. Dlouhodobé podávání dekonstescenčních přípravků může vést k vyvoji chronického zánětu a atrofii nosní sliznice. Muconasal® plus nesmí při aplikaci vniknout do očí. **Interakce:** Současné podávání inhibitorů monoaminooxidázy IMAO, tricyklických antidepresiv nebo vazokonstrikčních látek může vést ke zvýšení krevního tlaku. Nesmí se podávat po dobu 3 týdnů po ukončení léčby IMAO. **Těhotenství a kojení:** Nesmí se užívat v prvním trimestru těhotenství. V dalším průběhu a během kojení má být užíván pouze na radu lékaře. **Nežádoucí účinky:** Bolest hlavy, únava (sommolence, sedace), neklid, insomnie, závrať, poruchy chuti, halucinace (spíše u dětí), palpitace, tachykardie, zvýšení krevního tlaku, srdeční arytmie, pálení a suchost nosní sliznice, sekrece z nosu, epistaxe a kýchání, po odeznění léčebného účinku může dojít k otoku nosní sliznice (reaktivní hyperémie), nauzea, reakce hypersenzitivity (výrážka, svědění, otok kůže a sliznice). **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo. **Registrační číslo:** 69/006/00-C. **Datum poslední revize textu:** 28.3.2007. **Výdej léčivého přípravku je možný bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním se seznámte s úplnou informací o přípravku. Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. • Na Poříčí 1079/3a, 110 00 Praha 1 – Nové Město • tel.: + 420 234 655 111**

Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek – zákon 379/2005 Sb. je důležitý i pro praktické lékaře?



informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu

**povinnost hlásit
pacienty do
Národního registru
uživatelů lékařsky
indikovaných
substitučních látek**

**možnost hlášení
i cestou internetu:
[https://snzr.uzis.cz/
nrulis/](https://snzr.uzis.cz/nrulis/)**

**do této povinnosti spadá
i léčba buprenorfinem
(SUBUTEX či
SUBOXONE), který může
být indikován
i v primární péči**

Každý praktický lékař v ČR by dle statistik měl mít ve své ordinaci 2 až 5 pacientů závislých na tvrdých drogách. Občané České republiky odhadem spotřebovali v roce 2003 drogy za 7,9 miliardy korun. Na jednoho obyvatele ČR tak připadá spotřeba téměř 800 korun za rok. Vyplývá to ze zprávy o nelegální ekonomice, kterou na svých internetových stránkách zveřejnil Český statistický úřad (ČSÚ). Někteří z nás již poskytují i substituční léčbu svým závislým pacientům, jiné to zatím jen s velkou pravděpodobností čeká.

Dle ustanovení **zákona 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů**, ve znění pozdějších předpisů jsou podle § 20 odst. 2 písm. j) **všechna zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (dále jen Registr)**, zřízeného Ministerstvem zdravotnictví na základě zvláštního právního předpisu (§ 67d a bod 13 přílohy zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Od počátku roku 2008 je v provozu jeho webová aplikace a správcem i zpracovatelem Registru je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Plné znění § 20 odst. 2 písm. j) je následující:*

j) substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře; zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, zřízeného na základě zvláštního právního předpisu.

Jednou ze součástí substituční léčby je i **buprenorfin** (SUBUTEX či SUBOXONE), který může předepsat jakýkoliv lékař (bez ohledu na odbornost). V červenci letošního roku proběhlo jednání na Ministerstvu zdravotnictví ČR, kde přítomní zástupci jednotlivých odborných společností i zástupci krajů byli informováni o aktuálním stavu registru a situaci s lékařsky indikovanými substitučními látkami v ČR. Na základě údajů z krajů se ukazuje, že dochází i **ke zneužívání**

tohoto substitučního preparátu a následně se objevuje na černém trhu. Reakcí na tyto skutečnosti jsou povinnosti (viz. níže) zákona, kterých nesplnění zatím nebylo sankcionováno. Ministerstvo zdravotnictví však vyjádřilo připravenost k vydání vyhlášky, která by neplnění níže uvedených povinností dle zákona 379/2005 Sb. sankcionovala.

POVINNOSTI A REGISTRACE

Platnost zákona trvá sice již od ledna 2006, ale až od počátku roku 2008 je plně v provozu interaktivní webová aplikace Registru, která umožňuje povinnost hlášení dle písmena j)-viz. výše. Na adrese <https://snzr.uzis.cz/nrulis/> se lze zaregistrovat tím, že na vstupní obrazovce kliknete na odkaz „Žádost o zpřístupnění aplikace“. Pomocí nabídky IČ (nezaměňovat s IČZ zdravotní pojišťovny!) a seznamu zdravotnických zařízení vybrat zdravotnické zařízení (dále jen ZZ) Vaší působnosti. Vyplnit jednotlivá pole (označená *) jsou povinná, zvolit si login (uživatelské jméno) a heslo pro přístup do Registru. Každé zdravotnické zařízení poskytující substituční léčbu by mělo zaregistrovat minimálně jednu osobu-lékaře, která/ý bude do registru vkládat data za léčené pacienty. V rámci registrace bude uživatelům ze zdravotnických zařízení přidělena role – **lékař**, která/ý zodpovídá za obsah dat v hlášeních o pacientech a za aktuálnost stavu pacienta v registru v souladu se skutečností. Pro úspěšné dokončení registrace je nutné Žádost pomocí nabízených funkcí uložit do správy uživatelů, následně vytisknout, opatřit podpisem žadatele, razítkem a podpisem statutárního zástupce právního subjektu. Žádost zaslat na adresu ÚZIS ČR, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2, P.O.BOX 60. Zatím je v registru aktivních 32 zdravotnických zařízení, kde z větší části to jsou původní substituční centra a zařízení vězeňské služby.

ZÁKLADNÍ NEJDŮLEŽITĚJŠÍ FUNKCE REGISTRU

- on-line komunikaci se zabezpečeným protokolem
- registrace a autentizace lékaře pomocí loginu a hesla
- ověření, zda pacient, u kterého se má zahájit nebo pokračovat v substituční léčbě, již není hlášen jiným zdravotnickým zařízením a kdy

měl poslední preskripci léků = zamezení vícenásobného předepisování receptů a zneužití léků na černém trhu

• ochrana osobních údajů v registru

Připomenutí výše uvedených faktů má zabránit zbytečným chybám ze strany lékařů při pomoci závislým pacientům, kteří často mají tendenci popírat skutečnosti a nepamatovat si.

Je naprosto jisté, že práce se závislými pacienty v ambulancích praktických lékařů bude přibývat, protože již naši pediatričtí kolegové reflektují narůstající trend závislých dětí a dospívajících. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP bude tuto problematiku intenzivně sledovat, jednat o změnách a úpravách připravovaných zákonů i následně promptně informovat o aktuálním dění.

Vzdělávání lékařů s atestací...

Léčba závislosti na tabáku v ambulantní péči

Místo a čas:

Pátek 12. prosince 2008 od 12,00 hod.

Posluchárna Rehabilitační kliniky, Albertov 7, Praha 2 (1. patro)

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

Program:

12,00 – 12,45 hod.

prof. MUDr. František Perlík, DrSc., Farmakologický ústav 1. LF UK v Praze

• Lékové interakce kouření

12,45- 13,30 hod.

as. MUDr. Luboš Janů PhD., psychiatrické oddělení FN UK – Plzeň

• „Mediátory závislosti na nikotinu a vliv na léčebné strategie“.

13,30 – 14,15 hod.

MUDr. Eva Králíková, CSc., Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK v Praze

• Farmakoterapeutické a psychobehaviorální intervence v léčbě závislosti na tabáku

14,15 – 14,30 hod.

Lehké odpolední občerstvení

14,30 – 16,00 hod.

MUDr. Lenka Štěpánková, Centrum léčby závislosti na tabáku 1. LF UK a VFN Praha

• Individuální a skupinová psychoterapie závislosti na tabáku. Rizika psychiatrické komorbidit kuřáků

16,00 – 16,45 hod.

MUDr. Kateřina Langrová, Česká koalice proti tabáku

• Linka pro odvykání kouření – telefonická poradna a její možnosti. Nekuřácký podnik a pracoviště.

16,45 – 17,30 hod.

MUDr. Jozef Čupka, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

• Role ambulantního lékaře v léčbě závislosti na tabáku

17,30 – 18,15 hod.

MUDr. Jozef Čupka, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

• Poradna odvykání kouření v ordinaci – know how a management

Účastníci kursu obdrží certifikát o absolvování kursu umožňující otevření poradny intervenční preventivní medíny-odvykání kouření. Kurs je pořádán ve spolupráci s ČLK.

Pro ambulantní a praktické lékaře je kurs zdarma, jinak účastnický poplatek 500 Kč.

Příhlášky a informace:

Petra Richtrová, Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK

Albertov 7, Praha 2, tel./fax: 224 917 479

selek@lf1.cuni.cz nebo prevence.nemoci@seznam.cz

LACTOVAG
imuna[®]pro život bez omezení



**řešení
na kvasinkové
vaginální
infekce**

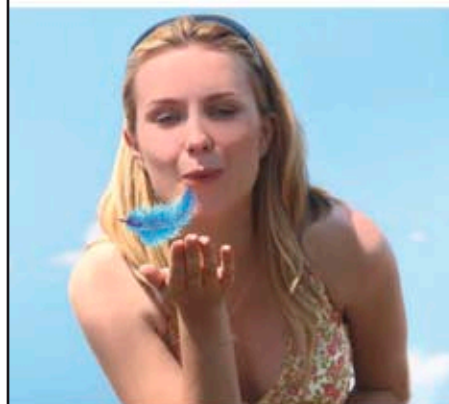
SLOŽENÍ

1 čípek obsahuje:
bakterie mléčného kvašení
(rod *Lactobacillus* a *Streptococcus*) 0,3g
laktóza monohydrát 0,1g
kyselina askorbová 0,03g
kyselina listová 0,015g
čípkový základ (tuhý tuk) 1,97g

LACTOVAG se používá při narušení, a nebo snížení vaginální flóry *Lactobacilli* způsobené některými léky (např. antibiotiky), při místních infekcích, vážných základních onemocněních, a nebo nevhodných hygienických opatřeních (vaginální výplachy).

LACTOVAG obsahuje životaschopné bakterie *Lactobacilli*, které napomáhají obnovit přirozenou flóru v pochvě.

LACTOVAG způsobuje kyselé prostředí, které zabraňuje růstu a množení patogenních mikroorganismů. Bakterie mléčného kvašení, obsažené v přípravku **LACTOVAG**, tvoří podstatnou část ochranného mechanismu tvorbou kyseliny mléčné, která působí proti infekci.



**Chráníme to nejценější....
Chráníme Vaše zdraví!**

O správném používání léku a případných nežádoucích účincích se poraďte se svým lékařem nebo lékárníkem.

Distributor pro ČR: Medindex, spol. s r.o.,
Olšánská 607/1, 181 00 Praha 8

www.imuna.sk



Případ suicidiální otravy

S otravami – ať již náhodnými nebo úmyslnými – se praktický lékař může setkat jako náhodný přítomný nebo též jako profesionál (návštěvní služba, pohotovost). Je nutné na ni vždy myslet, pokud se jedná o nejasný stav bezvědomí, resp. somnolence. Důležitou součástí přednemocniční péče je maximální zajištění množství i druhu požitých látek (lékovky, lahve od alkoholu...), ale též např. vzorek zvratků.

Případ 54leté pacientky – suicidiální pokus

14.30, sobota: Dispečink ZZS přijímá výzvu od mladého muže: „Našel jsem doma matku, je spavá, nesrozumitelně mluví, na stole jsou dvě prázdná platíčka Deprexu.“

14.31: Výjezd RZP (řidič, záchranář, lékař).

14.36: Příjezd RZP na místo. Posádka nalézá pacientku, která pololeží, polosedí v křesle, je somnolentní, GCS 12–13, nezvrací, syn doplňuje anamnézu – matka zemřel před krátkou dobou partner. Pacientka odeslala synovi před 2 hodinami SMS se sdělením: „Chci odejít za Karlem.“ Poté se syn snažil matce dovolat, když se mu to nedařilo, vydal se do jejího bytu, pacientce se snažil 20 minut sprchovat hlavu v koupelně studenou vodou. Až poté volána RZP. V bytě jsou také 2 lahve od alkoholu (vodka). Dle anamnézy pouze užívání Deprexu pro stavy úzkosti, jinak vážněji nestonala. Zajištěna i.v. kanyla, aplikován Plasmalyte 1000 ml, vzhledem k požití alkoholu aplikován frakcionovaně Naloxon 1 amp.

14.50: Pacientka se postupně „budí“ k verbálnímu kontaktu, nadále chvilky somnolentní. Ventilačně je suficientní, oběhově stabilizována, TK 145/80, SpO₂ 95–96 %.

15.12: Pacientka předána RZP na interní ambulanci okresní nemocnice.

Rozbor případu

Pokud je na místě otravy přítomen jako první praktický lékař, doporučuji uložit pacienta do stabilizované polohy, sledovat jeho vitální funkce, pokud má u sebe k dispozici (např. v kufříku první pomoci), vhodné zavést i.v. kanylu, nasadit infuzní roztok krystaloidů a vyčkat příjezdu RLP. (Vzhledem k poměrně vysoké ceně nelze očekávat, že by byl vybaven antidotem – v tomto případě Naloxon.) Vyvolávat zvracení u pacienta somnolentního (tento případ), resp. v bezvědomí, je vyložene kontraindikované (nebezpečí aspirace zvratků).

Doporučení

Pokud při intoxikaci léky zavolá pacient nebo jeho rodina přímo svého praktického lékaře, je nutné zjistit přesné místo, odkud se volá, kde se

pacient nachází i v kterém patře, požádat, pokud to jde, o maximální odstranění případných překážek – např. i o otevření vstupních dveří (zejména v případě volání přímo postiženým se může jednat o poslední kontakt při vědomí). Praktik by měl okamžitě kontaktovat ZZS a zejména by neměl nikdy takovou situaci podcenit. Pokud by byl na místě první, měl by se při podezření na intoxikaci pokusit zjistit množství a druh eventuálně požitých léků, tedy lékovky, lahve od alkoholu apod. (někdy je může mít pacient v kapsách, pod polštářem apod.).

Důležité je sledování životních funkcí pacienta do příjezdu RZP a být připraven k zahájení KPCR.

Je-li pacient plně při vědomí (často bývá jen mírně somnolentní, posléze plačtivý) a je schopen sdělit, kdy k požití léků došlo, je vhodné při požití do 1–2 hodin vyvolat zvracení.

POZOR!

Jedná-li se o intoxikaci s poleptáním trávicí trubice (kyselinami, zásadami), u otrav benzinem, petrolejem nebo léky, které vyvolávají křeče, je vyvolání zvracení přísně kontraindikováno.

Doporučená výbava lékařského kufříku praktika: Atropin, Adrenalin, infuze H₁/1 500 ml, Plasmalyte 1000 ml, G 5 % 500 ml, G 40 %, Furosemid Forte, Solu Medrol, Apaurin, Ventolin, Syntophyllin, CaCl, Isoket, Betaloc, Heparin, i.v. kanyly, Ambuvak s maskou.

Některá antidota

Otrava	Antidotum
Acetaminophen	N-acetylcystein 140 mg/kg t. hm p. o. Nebo i.v. během 1 hod.
Organofosfáty, karbamátové pesticidy	Atropin bolus 1–4 mg i.v. Není-li odezva, pak opakovat po 10–15 min. do vymizení muskarinových příznaků
Benzodiazepiny	Flumazenil (Anexate inj.) 0,2 mg i.v. Opakovat po 3 min. do efektu max. 3 mg/hod.
Opiáty, alkohol	Naloxon dospělý 0,4–2 mg i.v. každé 2–3 min., nejvíce 10–20 mg/den dětí: 0,1 mg/kg i.v., do 2 mg celkem



prim. MUDr. Jaroslava Ščamburová

Jedná-li se o intoxikaci s poleptáním trávicí trubice (kyselinami, zásadami), u otrav benzinem, petrolejem nebo léky, které vyvolávají křeče, je vyvolání zvracení přísně kontraindikováno

Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 5 kreditů ČLK. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejpozději do 5. 12. 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
9/2008

**Správné
odpovědi
testu
č. 8/2008:**

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

Diagnostika a léčba diabetu v primární péči

1. Hodnocení glykovaného hemoglobinu HbA1c se udává:

- a) v % - v našich zemích se užívají hodnoty podle standardizace IFCC, které jsou rozdílné od západní Evropy a USA, kde je standardizace dle DCCT
- b) v % - v současné době je již celosvětově používána jednotná standardizace hodnot,
- c) v mezinárodních jednotkách, které jsou celosvětově standardizované

2. Úpravou životního stylu, tedy především zvýšením fyzické aktivity a snížením nadváhy, bylo v řadě studií dosaženo snížení rozvoje diabetu cca:

- a) o 10%
- b) o 25%
- c) o 58 %

3. Z pacientů, kteří mají zjištěnou porušenou lačnou glykémii dostane diabetes:

- a) 10%
- b) 20%
- c) 30%

4. Normální glykémie nalačno (mmol/l) je:

- a) pod 5,6
- b) pod 7,0
- c) 5,6 – 7,0

5. Normální hodnota glykovaného hemoglobinu HbA1c (%) dle IFCC je:

- a) do 4,5 %
- b) do 6,5%
- c) méně než 7%

Kasuistika: Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)

6. Lékem volby u GAD v primární péči je:

- a) SSRI antidepresivum (jakékoliv)
- b) Escitalopram nebo paroxetin
- c) benzodiazepiny

Co vše má obsahovat správný popis křivky EKG

7. Normální délka intervalu PQ se pohybuje od:

- a) 120 – 200 ms
- b) 140 – 200 ms
- c) 160 – 240 ms

8. Interval QTc je:

- a) je vymezen počátkem komplexu QRS a počátkem vlny T

- b) je vymezen počátkem komplexu QRS a koncem vlny T bez ohledu na tepovou frekvenci
- c) je vymezen počátkem komplexu QRS a koncem vlny T a je korigován dle tepové frekvence

Případ suicidální otravy

9. Vyvolání zvracení je přísně kontraindikováno:

- a) u intoxikace s poleptáním trávicí trubice (kyselinami, zásadami)
- b) u otrav benzinem nebo petrolejem
- c) u léků, které vyvolávají křeče

Imunomodulační terapie v praxi

10. Nespecifickou imunitu hodnotíme:

- a) stanovením hladiny imunoglobulinů
- b) stanovením subpopulací lymfocytů
- c) stanovením granulocytů a monocytů v krevním obraze.

Správné mohou být 1–3 odpovědi.

odpovědní lístek – test č. 9/2008

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 |