



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 10/2008

ročník 7

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem tohoto čísla je
Doporučený postup

Vertigo

Přílohou
tohoto čísla je
**Suplementum
pro sestry**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Ordinace nejen na kraji města

...tentokrát na návštěvě u slovenských kolegů



O čem se mimo jiné můžete dočíst v tomto čísle:

- Zpráva z XXVII. výroční konference SVL ČLS JEP
- Produktivní kašel v ordinaci praktického lékaře
- Epidemiologie a prevence dopravních úrazů
- Klinické a ekonomické dopady generické substituce
- Je arterioskleróza reverzibilní?
- Nejasný kolaps

Obsah

SVL ČLS JEP informuje	5
Produktivní kašel v ordinaci praktického lékaře MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.	15
Závrativé stavy MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.	18
Hostilita jako rizikový faktor řady onemocnění a možnosti jejího ovlivnění Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. a Andrea Scheansová, Ph.D.	21
Epidemiologie a prevence dopravních úrazů MUDr. Vít Skalička	22
Klinické a ekonomické dopady generické substituce PharmDr. et Mgr. David Vetchý, Ph.D.	27
 ...ordinace nejen na kraji města ...tentokrát na návštěvě u slovenských kolegů	31
 ...prevence v primární péči Je arterioskleróza reverzibilní?	34
 ...EKG pro praxi Nejčastější arytmie	36
 ...POEM: Patient oriented evidence that matters	38
 ...počítač a doktor Microsoft Office 2007 a starší verze	40
 ...dotazy a odpovědi	41
 ...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa Aktualizace zákona o pracovní neschopnosti	42
 ...přednemocniční péče v praxi Nejasný kolaps	45
 ...znalostní test	46

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
10/2008, 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 Konšťacký, 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 **26. 11. 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**


Tomáš Cikrt

Dopis účastníkům konference SVL ČLS JEP v Karlových Varech

Vážení účastníci odborné konference,
vážení praktičtí lékaři,

napínavá politická situace, která se zobrazuje právě v oblasti zdravotnictví, mě donutila na poslední chvíli odřít účast na akci, kterou považuji za velice přínosnou a na kterou jsem byl připraven přispět svým pohledem „poučeného“ laika, člověka, který je odpovědný za komunikaci ministerstva zdravotnictví a jeho reformy.

Praktiků se nebojíme, proto o bezpečí neuvažujeme

Je zajímavé, že lidé si praktické lékaře nespojují s otázkou bezpečí. Tu vnímají spíše v nemocnicích, protože nemocnice jsou pro ně instituce, jakési továrny na uzdravení, kam se člověk obvykle netěší a bojí se neznámého. Praktický lékař je však člověk jako oni, který s pacientem hovoří, dotýká se jej, má s ním osobní kontakt. Není to ani stroj, ani bíle ustlaná postel, ani dlouhá nemocniční chodba. Nic, čeho by se měl bát.

Kvalitu nevnímáme?

Velká část lidí přijímá zdravotní péči pasivně, a proto si ani neumí představit, na co všechno by se mohl nebo měl pacient praktického lékaře zeptat, a podle mého přesvědčení (i znalosti otázek, které zasílají občané ministerstvu zdravotnictví) nemají téměř žádnou představu o tom, co je a co není kvalitní péče praktického lékaře, a už vůbec by ani nerozuměli tomu, jaký smysl mohou mít standardy péče v ordinaci praktického lékaře. Ano, je pravda, že se to mění, že část „internetové“ populace chodí k lékaři připravena s výpisky a otázkami. Přesto mám za to, že daleko větší vliv na obraz lékaře v očích veřejnosti mají formální a viditelné - i když ne vždy podstatné - „průvodní“ znaky práce lékaře.

Komunikace je na prvním místě

Přesto je v popředí jeden zásadní aspekt, který je společný snad každé připomínce, otázce či stížnosti pacientů, který prostupuje od poplatků, přes nespokojenost s ordinační dobou až po předepisování léku, a tím je komunikace. Věřím, že ve vašich odborných standardech se tento aspekt objeví na jednom z předních míst, protože lékařské umění je opravdu polovičaté, když mu chybí schopnost získat si důvěru pacienta, schopnost vysvětlit mu léčebný postup, schopnost zbavit ho strachu z budoucnosti apod.

Co občané trápí

Mí kolegové provedli analýzu několika tisíc dopisů, které přišly za poslední rok na ministerstvo zdravotnictví, a zjistili, že 1375 z nich se týkalo specificky připomínek k „péči praktických lékařů“. Samotného mě překvapilo, že je v nich úplné minimum skutečných připomínek k samotné léčbě, k její kvalitě, výsledkům atd. Nevím přesně, čím to je. Zda tím, že si naši občané praktické lékaře spojují spíše s jakýmsi administrátory péče a že za skutečnou léčbu považují až to, co přijde v nemocnici nebo v ambulanci specializovaného lékaře. Anebo je to tím, že jsou s péčí praktiků spokojeni.

Pacienty ze všeho nejvíce v uplynulém roce štválo, že praktici vybírají poplatky i tam, kde je to podle přesvědčení těchto pacientů neoprávněné, a když si stěžují, dozvědí se – „najděte si jiného doktora“ (a přitom jim samotný fakt, že se poplatky u praktika vybírají, nevdá). Vytvořilo to u části veřejnosti dojem, že jsou lékaři hamižní a jsou schopni servat pacienta z kůže za každou cenu. Je to vůči většině slušných lékařů krutě nespravedlivé, ale takových mailů a dopisů přišlo na úřad několik set. Velmi často si nám stěžují na problémy s potvrzováním různých dokladů, jako je pracovní neschopnost, řidičský průkaz apod. Téměř stovku občanů trápilo zacházení se zdravotnickou dokumentací, neochota zpřístupnit tuto dokumentaci, pomalost předávání informací při změně lékaře apod. Samostatnou kapitolou je pak preskripce. Zejména neochota lékařů přemýšlet o předepisování léků v širších souvislostech, tedy tak, jak doporučuje ministerstvo. Tedy chybí snaha vybrat pro pacienta ekonomicky nejvýhodnější přípravek, snížit celkový počet předepsaných léků (pokud je to možné), koordinovat předepisování léků od jiných lékařů apod. Částečně také lidé poukazují na malý rozsah ordinačních hodin a nedostupnost dalších služeb, jako je konzultace po telefonu apod.

Závěrem

Z malé sondy přes optiku „stesků“, kterými zahrnují občané MZ, lze vyvodit, že odborně zcela nezpochybnitelnou nutnost standardizace péče a zlepšení její kvality pacienti bezprostředně neocení tak, jako změnu chování lékařů k nim a zlepšení doprovodných služeb (objednávání, ordinační hodiny, racionální a srozumitelné předepisování léků atd.). Nad tím vším se jako spojovací most klene umění komunikace. Jsem ale přesvědčen, že poptávka po kvalitě péče bude sílit s časem a postupně vytlačí ostatní aspekty. Bude souviset s rostoucí konkurencí na trhu zdravotních služeb a uplatní se v případě, že projde reforma zdravotnictví, která této soutěži stanoví jasná pravidla.

*Tomáš Cikrt
mluvčí ministra zdravotnictví*

5



Teprve pak se rozhoduje o léčbě definitivní.

Po stabilizaci stavu a provedení základního laboratorního vyšetření se provádí urgentní endoskopický zákrok (v přítomnosti anesteziologa nebo intenzivisty) na jednotce intenzivní péče. Za urgentní výkon považujeme endoskopii provedenou do 12 hodin od přijetí nemocného na lůžko, optimální je provedení do 2-4 hodin. Časnou endoskopií se zlepšuje prognóza nemocného a zkracuje se doba hospitalizace. Endoskopie je základní metodou, která určí příčinu krvácení a je rozhodující lokální léčbou.

Redakce

Možnosti empirické léčby v gastroenterologii

Na první přednášku navázala MUDr. Jana Vojtíšková, praktická lékařka, se sdělením Možnosti a limity empirické léčby v gastroenterologii. Právě praktický lékař je ten, kdo musí dnes a denně vyhodnocovat riziko pacientů s dyspeptickými obtížemi a na podkladě své klinické zkušenosti a znalosti pacienta rozhodnout mezi empirickým postupem a včasnou endoskopií. Riziko empirických postupů je malé u pacientů mladších 50 let, bez alarmujících příznaků, bez závažné rodinné anamnézy či osobní anamnézy vředové choroby, užívání NSA nebo Aspirinu.

Vedle režimových opatření zde nejčastěji použijeme antisekreční lék, jako první volbu. Nejčastěji indikujeme PPI a neustále v čase vyhodnocujeme (terapeutický test). V drtivé většině případů uspějeme. V současné době mají praktičtí lékaři k dispozici celou paletu PPI. Kromě omeprazolu lansoprazol, který mohou využít v 15 mg dávce v prevenci gastropatie z NSA, pantoprazol, jehož velkou výhodou je bezpečnost z hlediska lékových interakcí.

Alarmující příznaky představují ultimativní limit empirického přístupu a pacienti jsou indikováni k další specializované péči.

Empirická léčba je léčba na základě dosavadní zkušenosti a probíhá v čase. Průběžně a neustále je praktickým lékařem vyhodnocována.

Redakce

Screening kolorektálního karcinomu

Poslední přednáškou gastroenterologického bloku bylo sdělení Screening kolorektálního karcinomu. Jak dál?, které přednesl MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., z UVL 1.LF UK.

V zemi s největší mortalitou na KRCa byla praktickým lékařům svěřena významná role v národním projektu screeningu kolorektálního karcinomu (KRCa). Volba testu na okultní krvácení ve stolici vycházela z předchozích pozitivních zkušeností propagátorů screeningového testování (prof. Přemysl Frič, prof. Miroslav Zavoral). Pro populační screening jsou v Česku ideální podmínky – registrace u PL, systém preventivních prohlídek a hustá síť kvalifikovaných endoskopistů. Přesto výsledky, kterých jsme dosáhli v uvedeném období, jsou rozpačité. Mezi praktickými lékaři je v provádění testů variabilita, byť z ekonomického hlediska přináší v současné době praktickému lékaři poměrně slušný zisk. Naše zatímní výsledky neposkytují dobré argumenty pro současná jednání o nových strategiích screeningu. Hrozí, že dosud pro nás unikátní kód TOKS bude sdílen dalšími odbornostmi.

Nový návrh přináší změnu pro pacienty ve smyslu volby mezi screeningovou kolonoskopií v 55 letech a TOKS v intervalu dvou let.

Preventivní programy u symptomatických osob by měly být jedinečnou doménou právě pro praktické lékaře a bylo by škoda o ně přijít.

Redakce

Pozoruhodná nefroprotektivita kombinace non DHP+ACEi, proč, komu a kdy?

Na 27. výroční konferenci SVL ČLS JEP zazněla celá řada zajímavých příspěvků stran kardiovaskulárního rizika a arteriální hypertenze.

Arteriální hypertenze je vedoucím rizikovým faktorem kardiovaskulární nemoci a úmrtnosti v celém světě a stejné je to i v ČR.

I přes stále platná Evropská, Britská či Česká doporučení ESH/ESC* a JNC 7, která doporučují tyto cílové hodnoty:

<140/90 mmHg pro esenciální hypertenzi (prostou); <130/80 mmHg pro hypertenzi u diabetiků, pac. s přidruženými onemocněními včetně MS, dokonce u nefropatie <125/75 mmHg a nižší, tak stále cílových hodnot dosahuje v české republice pouze a jen kolem 17-20 % léčených pacientů. Je to dáno mnoha příčinami. Navíc většina pacientů s hypertenzí potřebuje k dosažení cílových hodnot dva a více léků! Práh pro zahájení terapie pomocí kombinační terapie je stanoven jak Evropskou společností

pro AH, tak i dalšími odbornými společnostmi na 160/100 mmHg a vyšší.

Co do kombinace a u koho? Dnes je třeba více preferovat třídy léků, jakými jsou léky typu ACEi (inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu) a ARB (blokátory receptoru angiotenzinu II), a není-li krevní tlak udržován pod kontrolou pomocí monoterapie, je nutné přidat CCB (blokátory vápníkového kanálu), protože jsou metabolicky neutrální a mají také příznivé účinky na poškození cílových orgánů. Pak následují betablokátory a diuretika. Důležité je mít na paměti, že při kombinační antihypertenzivní terapii by měl být vždy třetím lékem do kombinace zástupce diuretik - spíše preference indapamidu či velmi nízkých dávek hydrochlorothiazidu.

Studie INVEST mj. ukázala, že k dosažení cílových hodnot dlouhodobě léčené AH je nutné používat až u 82 % pacientů kombinační terapii.

Studie BENEDICT prokázala primární prevenci progresu do MA (mikroalbuminurie) při včasné kombinaci terapie verapamilu SR s trandolaprilem. Oproti prosté placebové (srovnávací) větvi účinek trandolaprilu snížil výskyt MA o 51 %, a dokonce u větve verapamilu s trandolaprilem byl snížen výskyt progresu výskytu do MA až o 61 %, zde byl také prokázán additivní účinek verapamilu právě v kombinaci

při kombinační antihypertenzivní terapii by měl být vždy třetím lékem do kombinace zástupce diuretik

k dosažení cílových hodnot je až u 82 % pacientů nutné používat kombinační terapii



TARKA®
Trandolapril+Verapamil 180/2 mg, 240/4 mg

**Rok 2008
ve znamení 98**



Tarka® 180/2 mg tbl., Tarka® 240/4 mg tbl.
Verapamil hydrochlorid, trandolapril

Zkrácená informace o přípravku

Složení: verapamil hydrochlorid 180 mg, event. 240 mg a trandolapril 2 mg, event. 4 mg v jedné tabletě s řízeným uvolňováním. **Indikace:** léčba esenciální hypertenze u pacientů, u kterých je vhodná kombinovaná terapie. **Dávkování:** jedna tableta přípravku Tarka® 180/2 mg nebo 240/4 mg jednou denně. **Kontraindikace:** přecitlivělost na trandolapril, jiný ACE inhibitor či verapamil, výskyt angioneurotického edému, kardiogenní šok, čerstvý IM s komplikacemi, AV blok II a III stupně bez pacemakeru, SA blok, sick sinus syndrom, městnavé srdeční selhání, fibrilace/flutter síň s akcesorními drahami, clearance kreatininu <10 ml/min, dialýza, jaterní cirhóza s ascitem, aortální nebo mitrální stenóza, obstrukční hypertrofická kardiomyopatie, primární aldosteronismus, gravidita, laktace, dětský věk. **Zvláštní upozornění:** Opatrnosti je třeba u pacientů s poruchou funkce ledvin. U pacientů se stimulovaným systémem renin-angiotensin-aldosteron je zvýšené riziko vzniku symptomatické hypotenze. U sekundární hypertenze z renálních příčin se podání přípravku nedoporučuje, stejně jako u pacientů s těžkou poruchou jater. **Interakce:** Přípravek Tarka® vykazuje řadu lékových interakcí, např. zvyšuje účinek jiných antihypertenziv, zvláště při podání diuretik. Kombinace s kalium šetřícími diuretiky se nedoporučuje. Tarka® může zvyšovat účinek anestetik a myorelaxancií, atd. **Nežádoucí účinky:** jsou totožné s těmi, které se vyskytují při samostatném užívání jednotlivých složek léku. Nejčastěji se vyskytují kašel, bolesti hlavy, zácpa, závratě a návaly. **Uchovávání:** při 15–25 °C. **Balení:** 28x 180/2 nebo 240/4 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Abbott GmbH & Co. KG, Wiesbaden, SRN. **Registrační čísla:** Tarka® 180/2 mg tbl.: 58/160/06-C, Tarka® 240/4 mg tbl.: 58/161/06-C. **Poslední revize textu:** 26. 4. 2006. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění a je vázán na lékařský předpis. Dříve, než přípravek předepíšete, seznáme se, prosím, s úplnou informací o přípravku.

Abbott Laboratories, s.r.o.
Hadovka Office Park, Evropská 2590/33d, Praha 6
tel.: +420 267 292 111, fax: +420 267 292 100

www.abott.cz

Abbott
A Promise for Life



s trandolaprilem.

Výsledky studie STAR nám ukázaly, že kombinovaná terapie vyšších dávek inhibitoru ACE (trandolapril) s non-DHP Ca-blokátorem (verapamil) je výhodná u nemocných s MS a hypertenzí, ale i tím, že nepřímo brání rozvoji diabetu či vzniku diabetických komplikací, včetně diabetické nefropatie.

U koho indikovat kombinaci trandolapril a verapamil?

- Hypertonici s AH 2. stupně a vyšší
- Hypertonici s diabetem
- Hypertonici s MS
- Hypertonici s přidruženými onemocněními či subklinickým orgánovým poškozením (SOP)
- Hypertonici s dia i non dia nefropatií
- Hypertonici se špatně korigovatelnou AH
- Hypertonici s non compliancí
- Hypertonici s jaterní insuficiencí

MUDr. Igor Karen, člen výboru SVL ČLS JEP,
odb. garant za SVL ČLS JEP pro AH a KV oblast

Snížení kardiovaskulárního rizika hypertoniků – nové důkazy

V bloku o možnostech snižování kardiovaskulárního rizika vystoupili se svojí prezentací doc. MUDr. Renata Cífková, CSc., prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.

Co také zaznělo:

- 1) Pacienti s nižším KV rizikem mají dosahovat hodnot TK nižších než 140/90 mmHg.
- 2) Pacienti s vyšším rizikem KV onemocnění a/nebo diabetem hodnot TK nižších než 130/80 mmHg.
- 3) Dobře kontrolovaná hypertenze snižuje výskyt fatální i nefatální CMP o 38 %; fatální a nefatální ICHS o 16 %; KV mortalitu o 21 % a srdeční selhání až o 52 %.
- 4) I malé snížení krevního tlaku má na úrovni celé populace významný protektivní účinek.



MICARDIS[®] ONTARGET



5) Přestože je k dispozici řada moderních antihypertenziv, stále zhruba 2/3 léčených hypertenzí nedosahují cílových hodnot krevního tlaku.

6) Mezi hlavní třídy antihypertenziv, kterými lze zahajovat léčbu nebo je přidávat do kombinací, patří AT1 blokátory (sartany), ACE inhibitory, beta blokátory, diuretika a blokátory kalciových kanálů.

7) Upřednostňovány by měly být léky, které vykazují 24hodinovou antihypertenzní účinnost (s dávkováním 1x denně).

8) Velkou předností nejmladší třídy antihypertenziv – sartanů – je jejich vynikající tolerabilita a vysoká compliance pacientů s léčbou. Sartany vykazují o 10 % lepší adherenci k léčbě ve srovnání s podáváním ACE inhibitorů.

9) Letos publikovaná rozsáhlá mortalitní studie ONTARGET (26 000 pacientů po dobu 5 let), která porovnávala účinnost a tolerabilitu telmisartanu 80 mg s ramipilem 10 mg a s kombinací obou látek. Hlavními závěry studie ONTARGET jsou: prokázaná srovnatelná účinnost telmisartanu 80 mg a ramiprilu 10 mg v prevenci KV příhod u pacientů s vysokým KV rizikem, významně lepší tolerabilita telmisartanu, kombinační léčba ramipilem a telmisartanem nebyla účinnější než monoterapie a byla spojena s vyšším výskytem nežádoucích účinků.

10) Rozvoji rizikových faktorů je třeba zabránit již u pacientů ve středním věku účinnou léčbou. V okamžiku, kdy jedinec již dosáhne vysokého rizika, je stav do určité míry nevratný.

11) Telmisartan by se měl stát díky prokázané vysoké účinnosti ve snížení krevního tlaku, potvrzenému protektivnímu účinku v sekundární prevenci KV příhod u pacientů s vysokým rizikem a výborné tolerabilitě novým standardem v léčbě hypertenzí s vyšším kardiovaskulárním rizikem. Ve skupině sartanů dominuje svým farmakologickým profilem i účinností v léčbě hypertenze a sekundární prevencí pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem telmisartan. Například v porovnání s ramipilem je telmisartan nejenom významně účinnější ve snížení TK a má srovnatelné důkazy v sekundární prevenci KV příhod, ale jeho podávání je také spojeno s významně nižším výskytem nežádoucích účinků a o 1/3 nižšími náklady na léčbu.

Redakce

Softwary v ordinaci praktického lékaře

Zajímavý a zcela nový byl blok o softwarech v ordinaci praktického lékaře, který vedl MUDr. Cyril Mucha. Většina z nás „to“ má, denně s „tím“ pracuje, často se na „to“ zlobí, často s „tím“ bojuje, ale zároveň si život bez „toho“ již nedokáže představit. Přestože je to (kromě hlavy a rukou) asi nejužívanější nástroj, který my praktici máme. Často si klademe otázku: je ten můj SW ten nejlepší? Dělá pro mne opravdu to, co má, nebo jsou lepší? A co cena – je odpovídající, nebo je přemrštěná?

Byly osloveny hlavní firmy, které se vývojem softwarů v ČR zabývají, čtyři z nich reprezentující produkty Amicus, Medicus, MD Comfort a PC doktor, přijaly naší výzvu a předvedly v krátkých strukturovaných prezentacích, co jejich software umí, v čem jsou nejlepší a ukázaly se i jejich slabiny. Nechyběl samozřejmě také přehled cen a služeb, které za ně firma poskytuje, též pomoc stávajícím a novým uživatelům. Cílem tohoto bloku bylo, aby si účastník udělal představu, zda je jeho software opravdu nejlepší, či není výhodnější přejít raději ke konkurenci. V následné poměrně bouřlivé diskusi v sále, předsálí a samozřejmě i u stánků firem vykrystalizovala témata, která jsou hodná řešení a diskutování i do budoucna. Bylo odsouhlaseno, aby se i na příštích kongresech, popř. stránkách Practicusu řešila již zcela konkrétní témata – jen namátkou: možnosti přechodu k jiným SW, cena, vzdálená správa, komunikace s jinými subjekty, možnosti sdílené kartotéky apod.

Již před 2 roky, kdy vznikl doporučený postup Softwary v ordinaci PL, byl





vytvořen akronym, který by měl každý správný SW charakterizovat, na jeho základě byly zúčastněné SW srovnávány. A jaký ty tedy měl SW být? Především pro lékaře přátelský, tedy:

FRIENDLY

- F** Freedom
- R** Ready for all users
- I** Importing data
- E** Exporting data
- N** New situation flexible
- D** Data
- L** Long time cooperation
- Y** Yes to our needs

Redakce

Technika v ordinaci praktického lékaře

Doby, kdy praktický lékař vystačil pouze s hlavou, stetoskopem, tonometrem a rukama jsou již (naštěstí?) dávno pryč. Firmy se předhánějí s nejrůznějšími přístroji, jejich katalogy jsou krásné, barevné, přesvědčivé a lákavé, ale my se často ani nedozvíme, že tyto přístroje existují, resp. nevíme, jestli jsou pro nás přínosem.

Proto byla na letošním kongresu nově zařazena technická sekce, ve které bylo představeno množství velmi zajímavých přístrojů, které mohou ordinace nás praktiků obohatit, resp. usnadnit práci. Mezi ostatními přístroji byl předveden též vyvolávací systém – známe jej z různých institucí, např. bank, úřadů apod. Protože se mezi účastníky rozproudila diskuze o výhodách a nevýhodách tohoto systému, rozhodli jsme se v kuolárech uspořádat mezi účastníky anketu a oslovili jsme několik kolegů.

Anketa mezi účastníky konference:

Uvažujete o vyvolávacím systému do čekárny?

Co si myslíte o vyvolávacím systému v čekárně praktického lékaře?

Chtěli byste ho do své ordinace?

J. Vršková, Praha: Vyvolávací systém mne zaujal velmi – dokonce jsem o něm již uvažovala dříve, ale nevěděla jsem, kde ho sehnat. Objednávám pouze jedno odpoledne v týdnu, ostatní dny mám někdy v čekárně hodně lidí, vyvolávací systém by jistě zklidnil atmosféru. Vzala jsem si kontakt a asi si ho koupím – vidím to jako nutnost.



Pořadový systém Čekárna

Systém pro snadnou organizaci pacientů v čekárnách lékařů

Hlavní výhody systému

- přehled o počtu pacientů čekajících na ošetření
- možnost uzavření ordinace před koncem ordinčních hodin
- bezdrátová komunikace mezi ordinací a čekárnou
- jednoduché ovládání systému z PC, nebo terminálu
- volitelné nastavení textu na pořadovém lístku
- vyšší efektivita práce, snížení počtu konfliktních situací
- snadná instalace systému

Provedení Lékař - Pacient

- jedna číselná řada pro celou ordinaci
- velmi jednoduché ovládání systému

Provedení Lékař, Sestra - Pacient

- dvě číselné řady, zvlášť pro sestru a lékaře
- možnost ovládání obou řad sestrou
- přídavný sesterský displej



LÉKAŘ



SESTRA



PACIENT

Mediction Group, s.r.o.
Za Henspaulkou 877/9
160 00 Praha 6

tel.: +420 233 338 538
fax: +420 233 310 390
e-mail: info@mediction.com

mediction
group
www.mediction.com/cekarna

J. Horký, Zlín: Mám velmi mladou klientelu, která příliš nechodí, takže se v čekárně téměř nečeká. Možná – do budoucna – až mi klientela zestárne, podobný systém využiji, idea se mi zdá velmi dobrá a věřím, že tam, kde je více pacientů, větší průchod čekárnou, jej využiji.

I. Kučerová, Praha: Já své pacienty 100% objednávám, takže v mé čekárně nečekají, resp. pouze minimálně, takže pro mě nemá velký smysl.

M. H., Ústí nad Labem: Vyvolávací systém se mi velmi líbí, mohl by uklidnit atmosféru v čekárně – zejména ve dnech, kdy se čeká déle, se pacienti často dohadují o pořadí. Trochu jsem se zalekla ceny – ještě uvidím.

J. V., Vysočina: Systém se mi velmi líbí, zejména mne zaujala možnost „ukončit příjem pacientů“, tedy zastavit vydávání čísel, např. půl hodiny před koncem ordinčních hodin. Mám mnoho pacientů, kteří vždy přicházejí těsně před koncem ordinace a poté tvrdí, že „tu již dávno byli“. Toto by podobné případy zcela eliminovalo.

J. Hrabová, Morava: Ze systému jsem nadšena, pacienti se často stydí zeptat v čekárně, kdo je poslední, a poté se dohadují. Nervozita z čekárny se přenáší i do ordinace. Cena je sice vyšší, ale mám to zaplatit na daních – to si raději teď na konci roku pořídím něco hezkého. Velmi se mi líbí jednoduchá instalace – zapojit do zásuvky a funguje to bez kabelů na dálkové ovládání.

Redakce

Chyby a omyly v praxi

Přes poměrně pokročilou odpolední hodinu 16.15 a náročný celodenní přednáškový maraton bylo v Červeném salonku hotelu Thermal „opět vyprodáno“.

Mnozí zájemci se již pro omezený prostor nemohli zúčastnit.

Chyby a omyly v praxi byly třetí v řadě v seriálovém pokračování interaktivních seminářů. Zkušené praktičtí lékaři zde hovoří sami o sobě a o své práci, snaží se definovat doporučení pro každodenní práci, která by co nejvíce předešla chybám a omylům v náročné práci PL. Chybám a omylům předcházely „Nejistoty“ v roce 2006, dále pak „Syndrom vyhoření“ v roce 2008.

Omyly a chyby všeho druhu jsou normální součástí lidské práce. Faktory, které tyto chyby zvyšují, nikdy nebudou kompletně eliminovány. Lidská činnost se neustále zlepšuje, ale není dokonalá. V praxi je chyby třeba registrovat, analyzovat a poučit z nich sebe i své spolupracovníky (případně mediky a začínající lékaře). Chyby snižují kvalitu péče, mohou poškodit pacienty, snižují naše uspokojení z práce. Jsou také důvodem ke stížnostem, soudním procesům a eventuálním finančním ztrátám.

Účastníci workshopu přijali tento koncept za své, pracovali v osmi pracovních skupinách. Za každou diskutující skupinu pak pro všechny účastníky referoval vybraný mluvčí.

Definovány a hodnoceny byly tyto nejčastější čtyři okruhy chyb. A to chyby klinické, chyby v komunikaci, chyby administrativní a konečně chyby organizační. Byla demonstrována celá řada možných chyb a omylů v každodenní praxi, z nichž je zjevné, že nejčastější chyby vznikají při komunikaci jak mezi zdravotníkem a pacientem, tak i v komunikaci mezi lékařem a sestrou a v komunikaci mezioborové.

I při klinických činnostech může dojít k celé řadě pochybení ať již v diagnostickém procesu či při interpretaci nálezů nebo indikaci léků. Administrativní chyby mohou mít též vážné následky, např. záměna pacientů, receptů apod. Jistým se jeví, že unavený, vyhořelý nebo nemocný zdravotnický personál je pro pacienta též rizikový.

V druhé části workshopu účastníci hlasováním hodnotili frekvenci jednotlivých uváděných chyb a omylů, tak jak se s nimi sami ve své praxi nebo ve svém okolí již setkali.

Stejně jako v předchozích letech budou všichni účastníci workshopu spoluautory článku, který bude připraven do tisku.

Redakce



Boj o samostatný specializační kmen

Vážený pan ministr
MUDr. Tomáš Julínek
Ministerstvo zdravotnictví ČR
Palackého nám. 4
128 01 Praha 2

V Praze dne 19. listopadu 2008

Věc: Připomínky k navrhovaným vyhláškám „specializační vzdělávání lékařů“

Vážený pane ministře,
s překvapením jsme se dozvěděli z návrhu, který nám přišel cestou ČLK, že i přes námi deklarované stanovisko a předpokládané shodě došlo k zásadní změně systému specializační přípravy ve všeobecném praktickém lékařství. Proto si Vám dovoluujeme zaslat naše připomínky, které pokládáme za zásadní.

a) Nesouhlasíme s dvouletým interním kmenem v našem oboru a žádáme samostatný kmen a celkovou délku specializační přípravy v trvání 4 let. Důvody jsou následující:

- 1) Kompetence PL po dvou letech kmene pro práci v terénu jsou odlišné od kompetencí internisty v nemocnici – tomu musí odpovídat i rozdílný kmen.
- 2) Vnitřní lékařství je v našem oboru 12 měsíců (schválené kurikulum). Společný dvouletý interní kmen by znamenal prodloužení spec. přípravy o jeden rok, na 5 let, a tím prodloužení výpadku a zvýšení nedostatku PL v terénu (ostatní části nelze zkrátit). Prodloužení specializační přípravy přitom podstatně nezvýší kvalitu absolventů pro výkon praxe.
- 3) Zvýšení nákladů na spec. přípravu PL o 20 % (110 PL (v jednom roce spec. přípravy) x 30 000 Kč (dotace měsíčně na jedno rezidenční místo) x 12 (měsíců v roce) = 39 mil Kč).
- 4) Máme oprávněné obavy, podložené zkušeností posledních let, že nemocnice budou dávat přednost budoucím internistům a obor všeobecné praktické lékařství bude opět negativní volbou mezi lékaři. Výsledkem této selekce je (probíhá prakticky již posledních 5 let), že ve věku do 29 let je nyní přes 800 internistů, ale jen 32 PL! Obor všeobecné praktické lékařství potřebuje specifické podmínky pro specializační průpravu, chceme-li dosáhnout jeho renesance a vysoké kvality.

b) Nesouhlasíme s tím, jak je ve vyhlášce týkající se „výběrových řízení“ stanovena podmínka nepodjatosti.

I když tato asi správně vychází z obecné normy, je v této podobě nerealizovatelná. Brání na akreditovaných pracích školení příbuzných nebo i jen předchozí domluvě se školencem. Přitom jde mj. o logické právo otce či matky vyškolit si svého syna či dceru jako svého nástupce v privátní praxi, nebo se předem domluvit se zájemcem, a tím zvýšit svoji šanci při přidělování rezidenčního místa. Za podjatost by mohl být pokládán a se všemi uvedenými důsledky napaden i výběr rezidenta, kterého budoucí školitel zná, který bydlí v lokalitě, a nepochybně toho, který u něj již jako školenc pracuje – přičemž je nejen logické, ale i žádoucí, aby v této průpravě na stejném pracovišti a u téhož školitele nadále jako resident pracoval a přípravu dokončil.

Navrhujeme, aby pokud je tato podmínka nutná, byla alespoň upravena tak, aby byla buď z vyhlášky odstraněna podmínka, že školitel musí být vždy členem komise, nebo bylo uvedeno, že každý z členů výběrové komise (kde uvedený PL akreditovaného pracoviště dle vyhlášky musí být členem), pokud tato situace nastane, má z důvodu konfliktu zájmů možnost zdržet se hlasování nebo se ho neúčastnit a určit náhradníka. Zároveň navrhujeme změnu §12 – výběrové řízení by se v tomto případě mělo opakovat (v. k. v jiném složení), výsledek může být totožný, ale i v případě výběru jiného rezidenta není důvod k odebrání dotace.

Zároveň doporučujeme zvážit, zda všechny formální podmínky výběrového řízení pro tento účel jsou nezbytné a racionální (termíny, úplnost podkladů, precizní zápisy, archivace...), riziko odebrání dotace při nesplnění kterékoli z nich pokládáme za zcela neúměrné. Zejména pro ambulantní pracoviště fyzických osob, které školence do zaměstnanec-kého poměru na dobu neurčitou přijmou a při zpětném odebrání dotace ho budou trvale platit ze svých prostředků, by bylo ekonomicky zcela likvidační.

Srdečně se těšíme na další spolupráci.

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

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v lednu 2009

Hlavní téma: Astma bronchiale a CHOPN

Doporučený postup pro **Astma bronchiale** byl vypracován kolektivem autorů: Doc. MUDr. František Salajka, CSc., prim. MUDr. Viktor Kašák, prim. MUDr. Irena Krčmová, CSc. Koordinátorem byl MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

V první části je definováno toto onemocnění, stanovena diferenciální diagnostika, klasifikace a léčba astmatu.

Je vzpomenu na potřebu vybavení ordinace praktického lékaře a nově je zařazena část týkající se astmatu a zvláštních situací, ať již je to u pacientů před plánovanou operací, u žen v těhotenství a dále pak při léčbě jiných chronických onemocnění.

Doporučený postup pro **CHOPN** byl vypracován kolektivem autorů: Doc. MUDr. Jaromír Musil, CSc., prof. MUDr. Vladimír Vondra, DrSc. Koordinátorem byl MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

V doporučeném postupu je uvedena definice tohoto závažného, progredujícího onemocnění, které vedle plic postihuje i další orgány. Část je věnována diagnostice a diferenciální diagnostice CHOPN. Podrobně je rozepsána farmakologická léčba tohoto onemocnění, vzpomenu na nefarmakologická léčba a léčba exacerbací, klasifikace onemocnění a další.

Srdečně Vás zveme k účasti na těchto seminářích

za kolektiv autorů MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

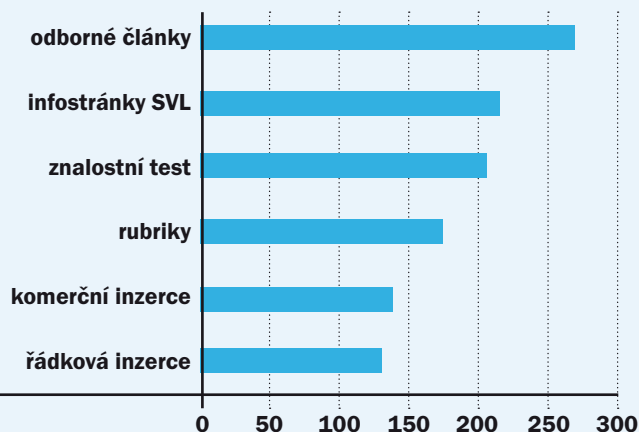
datum	čas	město	místo konání
5. 1. 2009	16.30-20.30	Zlín	Aula SZŠ, Příluky 372, 760 01 Zlín
8. 1. 2009	16-20	Liberec	Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14, 460 01 Liberec
8. 1. 2009	16-20	Ústí n/Lab	Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36, 400 01 Ústí n/Labem
10. 1. 2009	9-13	Praha	Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
13. 1. 2009	16-20	Pardubice	Hotel Zlatá Štika, Štrossova 127, 350 03 Pardubice
14. 1. 2009	17-21	Jihlava	presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul, 586 01 Jihlava
15. 1. 2009	16-20	Hradec Králové	Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32, 500 01 Hradec Králové
15. 1. 2009	16-20	Praha	Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
17. 1. 2009	9-13	Brno	Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno
24. 1. 2009	9-13	Karlovy Vary	Poštovní dvůr, Slovenská 2, 360 01 Karlovy Vary
24. 1. 2009	9-13	Olomouc	Aula Práv. fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8, 772 00 Olomouc
27. 1. 2009	16-20	Ostrava	Hotel Imperial, Tyršova č. 6, Ostrava
28. 1. 2009	16-20	Č. Bud.	budova Medipont s.r.o. Matice Školské 17, 370 01 Č. Budějovice
28. 1. 2009	16-20	Praha	Lékařský dům, Sokolská 31, 120 26 Praha 2
31. 1. 2009	9-13	Plzeň	Šafránkův pavilon, Alej svobody č. 31, 300 00 Plzeň

Z konference...

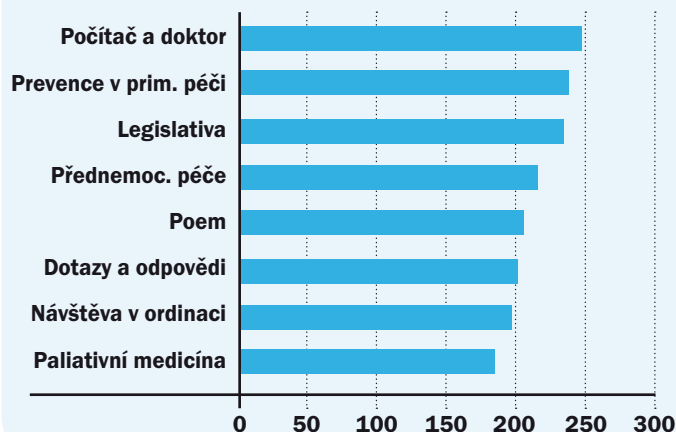
Anketa časopisu Practicus mezi účastníky konference

Chcete se i Vy zapojit
se svými názory?
Prosím hlasujte na stránkách
www.practicus.eu

Co Vás v časopise nejvíce zajímá?



Hodnocení rubrik



MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

Fakulta vojenského zdravotnictví a Lékařská fakulta, Hradec Králové

Produktivní kašel v ordinaci praktického lékaře

Definice kašle: Kašel je prudký hlasitý výdechový manévr, který je jedním z nejčastějších příznaků onemocnění horních nebo dolních cest dýchacích. Tímto manévrem se snaží organismus odstranit nečistoty, dráždivé látky, hlen či sekret umístěný v dýchacích cestách.

Jsou různé druhy dělení kašle, ale ten nejčastější způsob je dělení kašle na **akutní, chronický a rekurentní, nebo na suchý-dráždivý a nebo vlhký-produktivní kašel**.

Akutní, velmi často po vdechnutí cizího tělesa, akutní infekce středních a dolních dýchacích cest, případně vdechnutí plynů, par, zápal plic.

Chronickým se kašel stává, pokud trápí svého hostitele déle než 4-6 týdnů, některé zdroje uvádějí i tři měsíce. Poslední pak ze jmenovaných druhů kašle je nazýván rekurentní a je charakteristický pro astma bronchiale. Při vyšetřování pacienta se vždy ptáme na charakter kašle, jak dlouho trvá, pro odlišení akutního a chronického, případně rekurentního.

Štěkávký kašel bývá charakteristický pro pertussi, laryngitidy a další onemocnění, bývá velmi často

neproduktivní. Ptáme se na množství a vzhled sputa, zda se jedná o hlenovitou expektoraci provázející většinou akutní virové záněty, naopak při produkci hlenohnisavého sputa můžeme uvažovat o bakteriální superinfekci.

Zjišťujeme frekvenci kašle a dobu, ve které vzniká (kardiální po ulehnutí, u asthma bronchiale nejednou budící v nočních hodinách).

I při vyšetřování tohoto příznaku platí, že více než polovinu diagnóz nám umožní dobře odebraná anamnéza. Kvalitně provedené fyzikální vyšetření je vždy důležité, případné doplnění o RTG plic nám dává v mnoha případech posun správným směrem při stanovení diagnózy. Někdy je třeba doplnit o vyšetření sputa, alergologické vyšetření, CT hrudníku či bronchoskopické vyšetření.



**MUDr. Stanislav
Konšťacký, CSc.**



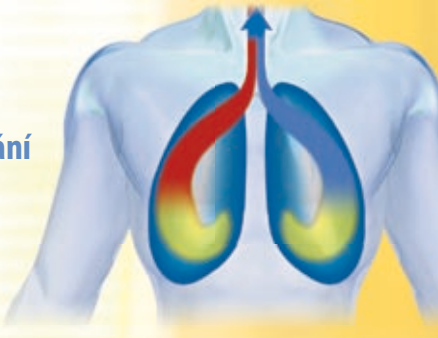
Mucosolvan®

VYLÉČÍ KAŠEL

2

Dvojitý účinek

uvolňuje zahlenění
usnadňuje vykašlávání



komplexní mechanismus účinku

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

léčba akutních i chronických bronchopulmonálních onemocnění

1. SPC a příbalová informace Mucosolvan® (tablety, roztok, junior), datum revize textu 30.8.2006; 2. Winsel K Review. Pneumologie 1992; 46:461-475; 3. Felix K et al. Life Sciences 1996;59(14):1141-1147; 4. Gillissen A et al. Lung 1997; 175:235-242; 5. Aihara M et al. Respiration 2000; 67:662-67; 6. Marel M. Praktický lékař 1997; 97(10):506-507; 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=1čaj. 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=1čaj. lžička): dospělí a děti nad 12 r. 2×10 ml, 6–12 r. 2–3×5 ml, 2–6 r. 3×2,5 ml, od 1–2 r. 2×2,5 ml, při jídle. Roztok: p.o.podání – dospělí a děti nad 12 r. 3×4 ml, 6–12 r. 2–3×2 ml, 2–6 r. 3×1 ml, do 2 r. 2×1 ml, při jídle a zředěné. Inhalace: dospělí a děti nad 6 r. 1–2 inhalace 2–3 ml, do 6 r. 1–2 inhalace 2 ml. Pacienti s astmatem užijí před inhalací svá bronchodilatační. Roztok k inhalaci se nesmí mísit s kyselinou chromoglykanovou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na ambroxol, jiné látky v přípravku, vrozená intolerance galaktosy a fruktosy. **Zvláštní upozornění:** U roztoku možnost bronchokonstrikce po benzalkoniumchloridu (konzervans). Sirup vhodný pro diabetiky, pro obsah sorbitolu možnost výskytu laxativního účinku, v těhotenství užívat po poradě s lékařem, není doporučeno užívání při kojení. **Interakce:** Podávání s atb (amoxicilin, cefuroxim, erythromycin) zvyšuje jejich koncentrace v bronchopulmonálním sekretu a sputu. Závažné nežádoucí interakce s jinými léky nehlášeny. **Nežádoucí účinky:** Obvykle dobře snášeny; mírné GI poruchy (pálení žáhy, dyspepsie, nauzea, zvracení, průjem); vyrážka, kopřivka, angioedém, anafylaktické a alergické reakce. **Balení na trhu:** 20 tbl; sir 120 ml (15 mg/5 ml), 100 ml (30 mg/5 ml), roztok 60 ml, 20 tob. **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 bronchiektazie. 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

Šťastné děti jsou zdravé děti!

- Posiluje imunitní systém dětí
- Vhodný v době zvýšeného výskytu chřipky a nachlazení

Žádejte u Vašeho distributora!

**Nový dárek
v balení
90 tablet.**

Mějte svého medvídku
Preventan® Junior
stále při sobě!

Soutěž o měkoučký
polštářek medvěda
Preventan®!

**Preventan®
Junior**

Pastilky s ovocnou příchutí
se speciálním cukrem
chránícím dětské zuby.

více na: www.preventan.cz www.farmax.cz



**nejčastější příčinou
akutní bronchitidy je
akutní virová infekce**

Nejčastější příčiny akutního kašle:

1. Subglotická laryngitida: projevující se štekavým kašlem, častěji u dětí z plného zdraví, s inspiračním stridorem, poloha dítěte vleže potíže nezhoršuje, tento příznak je charakteristický pro další z uvedených příčin kašle.

2. Epiglottitis acuta: rovněž spíše u dětí, celková alterace, vysoká teplota, malý kašel, bolestivost v krku, potíže při polykání, vytékající produktivní hlen z úst, zhoršující se v poloze na zádech.

3. Aspirace cizího tělesa: probíhá nejednou dramaticky, kdy se pacient začne náhle dusit a kašel je jedním z hlavních obranných mechanismů, kašel je neproduktivní a brzy se dostavuje cyanóza.

4. Pertussis: je bakteriální infekční onemocnění s prudkými záchvaty neproduktivního kašle, nevyskytuje se často v našich krajích, ale byla zaznamenána i úmrtí u neočkovaných dětí.

5. Bronchitis acuta: dle WHO je onemocněním, které je charakterizováno kašlem a expektorací, nejčastější příčinou je pak akutní virová infekce. Kašel bývá nejčastěji ráno, auskultačně jsou diagnostikovány vlhké fenomény, různý vzhled sputa.

6. Bronchiolitis acuta: způsobené často u malých dětí RS viry, většinou dráždivý, suchý kašel, často hromadný výskyt, zvýšená teplota, zatahování měkkých částí hrudníku, alární souhyb, tachykardie, cyanóza.

7. Exacerbace CHOPN: kašel u pacienta léčeného pro toto onemocnění, při opětovném vzplanutí procesu.

Chronický kašel:

1. Bronchitis chronica: produktivní dlouho trvající kašel, jako samostatné onemocnění či součástí chronické obstrukční plicní nemoci. Několik kritérií, buď jako dlouhodobý kašel s expektorací po dobu 6-8 týdnů, jinde se uvádí až 3 měsíce, v roce opakovaně během dvou a více let, ireverzibilní změny plicních funkcí, karcinom plic a další onemocnění přesahující rámec tohoto sdělení.

2. Asthma bronchiale: chronické plicní onemocnění, opakované ataky dušnosti s pískoty na hrudníku, pocitem sevření, dráždivý kašel, často v noci nebo nad ránem,

v klidovém období může být pacient zcela symptomatický, někdy přidružení alergického onemocnění. Opět přesahuje rámec tohoto článku.

Léčiva dýchacího systému při kašli

- 1. Antitussika
- 2. Mukoaktivní léky:
 - expektorancia, mukolytika
 - mukolytika s komplexním působením (erdosteinum)
 - léčiva zředující hlen
 - slizy
- 3. Antiastmatika:
 - bronchodilatancia
 - beta 2 sympatomimetika
 - methyloxantiny
 - anticholinergika
 - antiastmatické směsi
- 4. Imunoprotektiva
- 5. Kortikosteroidy
- 6. Antileukotrieny

Popsat všechny skupiny léků požívaných při kašli by vyžadovalo rozsáhlejší publikaci, a protože jsem se zaměřil na léčbu produktivního kašle, dovoluji mi, abych se zabýval trochu podrobněji skupinou, která je pojmenována jako mukoaktivní léky.

Mukoaktivní léky

U onemocnění charakterizovaných velkou produkcí hlenu často hovoříme o takzvaném bludném kruhu, kdy ruku v ruce jde společně kašel s nadměrnou produkcí hlenu.

Dochází k poškozování mukociliární clearance, pak k následné kolonizaci terénu bakteriemi, ty produkují zánětlivé mediátory, rozvoji zánětu se vzplanutím polymorfonukleárních neutrofilů, oxidačnímu stresu a poškození mukociliární clearance.

Moderní mukolytika s antioxidačním účinkem zvyšují účinnost mukociliárního transportu, tlumí oxidační stres, snižují adhezi bakterií a ovlivňují účinek antibiotik. Výsledkem léčby je symptomatická úleva u akutních zánětlivých stavů, možné omezení použití antibiotik a ovlivnění chronických respiračních zánětů. (1)

**moderní mukolytika
s antioxidačním
účinkem zvyšují
účinnost mukociliárního
transportu,
tlumí oxidační stres
snižují adhezi
bakterií a ovlivňují
účinek antibiotik**

Další vývoj mukoaktivní medikace bude směřovat přes farmakologickou prevenci epiteliálního a ciliárního poškození, inhibici adheze patogenů, cílenou antioxidační a protizánětlivou léčbu. (2)

Požadavky na kvalitní mukoaktivní lék:

Měl by být schopen:

- Obnovit poškozenou mukociliární clearance
- Snižet tvorbu hlenu
- Protizánětlivý efekt
- Snižet adhezi patogenů
- Antioxidační aktivitu

Mukoaktivní léky se postupně vyvíjejí a vstupovaly na trh léčivých přípravků jako například od roku 1970 acetylcystein, přes bromhexin, ambroxol až k erdoSteinu, který má v této oblasti velmi dobré účinky - mukolytické, duální, antibakteriální efekt - brání adhezi bakterií, potencuje antibiotika, má antioxidační a lokální antibiotický efekt.

Bromhexin se metabolizuje na ambroxol, zředí viskózní sekret a aktivuje řasinkový epitel, upravuje činnost transportního dopravníku řasinek, pozor ale na dlouhodobé podávání, které může vést k pomnožení pohárkových buněk, a tím opět ke zvýšení produkce hlenu. Je doporučováno krátkodobé používání těchto látek 4-5 dnů. Bromhexin je kontraindikován u akutního žaludečního vředu, u těhotných a kojících žen.

Ambroxol (Mucosolvan, Ambroxol AL, Ambrobene, Ambrosan, Bronchopront, Halixol, Slovan, Mucosin) má vysoký průnik do plicní tkáně, štěpí mukopolysacharidová vlákna v již vytvořeném sekretu, ovlivňuje jeho tvorbu v sekreterních buňkách, zvyšuje sekreční imunoglobuliny ve sliznici zvýšenou tvorbou surfaktantu, má antioxidační a protizánětlivý účinek, působí bronchospasmolyticky. Je vhodný i pro dlouhodobější podávání. Indikací jsou chronická bronchopulmonální onemocnění se zvýšenou produkcí hlenu.

N-acetylcystein (ACC 100, 200, ACC long, AL 200, 600, Mucobene, Solmucol) štěpí disulfidické můstky v hlenu a tím snižují jeho viskozitu, mají detoxikační účinky, ale mohou snižovat účinnost některých ATB (aminoglykosidů, cefalosporinů). Je antidotem při otravě paracetamolem, proto je třeba jisté pozornos-

ti u podávání pacientům s horečkami.

Erdosteine (Erdomed) je indikován u dětí nad 15 kg, u osob s recidivujícími respiračními infekcemi dolních cest dýchacích jako například u chronické bronchitidy, pneumonie, bronchiektazií. A rovněž je s oblibou používán při pooperační péči u ležících osob s produktivním kašlem. Působení erdoSteinu je přerušováním disulfidických vazeb a tím snižování viskozity hlenu. Následně zlepšení rheologických vlastností hlenu má za následek zlepšení mukociliární clearance, což tento preparát řadí i mezi léčivé přípravky s mukoregulačním účinkem.

Dalo by se říci, že působení na plicní epitel je komplexní, vykazuje antioxidační účinky, projevující se inaktivací volných kyslíkových radikálů a rovněž snížením jejich tvorby. Tím, že snižuje bakteriální adhezi na epitel dýchacích cest, má výše zmíněná látka i nepřímý antibakteriální účinek.

V současné době je na trhu velké množství preparátů ovlivňujících produktivní kašel, lékař se musí rozhodnout podle jejich účinků a brát na zřetel rovněž kontraindikace, které tyto léky mohou mít.

Literatura:

- 1) Prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc., Farmakoterapie 2006
- 2) MUDr. Vladimír Koblížek, Lékařské listy 2008

MUDr. Sanislav Konšacký - promoval v r. 1972 na lékařské fakultě UK v Hradci Králové. 1977 atestace z vnitřního lékařství I. stupně, 1984 atestace ze všeobecného lékařství I. stupně, 1987 atestace ze všeobecného lékařství II. stupně. 1993 získal titul CSc, Univerzita Karlova, Praha. Od roku 1990 doposud člen atestační komise pro všeobecné lékařství. Od r. 1990 doposud člen oborové rady pro všeobecné lékařství České lékařské komory. Od roku 2004 člen předsednictva komise pro lékovou politiku a kategorizaci České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Od roku 2005 místopředseda Akreditační komise pro akreditaci praktických lékařů (pro získávání specializované způsobilosti). Pracuje jako praktický lékař a učitel na lékařské fakultě v Hradci Králové.

dlouhodobé podávání bromhexinu může vést k pomnožení pohárkových buněk, a tím opět ke zvýšení produkce hlenu

bromhexin je kontraindikován u akutního žaludečního vředu

ambroxol je vhodný i pro dlouhodobější podávání

N-acetylcystein je také antidotem při otravě paracetamolem – pozor na podávání u horečnatých stavů, kde indikujeme paracetamol

Záchránná 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!

www.preventan.cz www.farmax.cz

**Preventan®
Akut**



MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

praktický lékař Lanškroun

Závrativé stavy

Závrať = vnímání neskutečného pohybu (J. E. Purkyně).

Závrať není nemoc, je to symptom. Velká většina závratí je benigní a život neohrožující stav. Závrať lze definovat jako iluzi pohybu vlastního těla nebo jeho okolí, která není vyvolána adekvátním odpovídajícím podnětem.



MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

závratěmi trpí až 10% nemocných

závrať není samostatné onemocnění, je pouze syndromem nebo symptomem

nenahraditelnou úlohu má praktický lékař

vhodné je využití písemného dotazníku

u kinetózy dochází ke konfliktu mezi zrakovými a vestibulárními informacemi

Epidemiologie

V běžné populaci trpí závratěmi až 10 % nemocných, v nejvyšší věkové kategorii udává závrať každý druhý senior. Ve studiích založených na analýze populačních vzorků se závratě vyskytují zhruba v 16-35 % a jsou výrazně závislé na věku. Pokud se týká zastoupení jednotlivých skupin patologií podle etiologického činitele, prokázaly studie výskyt následujících chorob: 22-33 % periferní vestibulární postižení, 15-21 % infekční onemocnění, 7-18 % postižení kardiovaskulární, se sekundárními projevy závratí, 4-50 % psychogenní nebo psychogenně ovlivnitelné. Zde je nutno zdůraznit, že dlouhodobý vliv psychogenních faktorů může svým centrálním působením vyvolat závrativé potíže, na druhé straně dlouhodobá závrať vede nepochybně k výraznému ovlivnění psychiky člověka s rozvojem následných úzkostných či depresivních projevů. Zde jde o projevy komorbidit. 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.).

Úloha praktického lékaře

V centru péče 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. Přesto zpravidla řeší mnoho dilemat z hlediska diferenciální diagnostiky i terapie. Měl by:

- 1. Pokusit se provést syndromologickou diagnostiku.**
- 2. Podle vážnosti příznaků má možnost se pokusit o léčbu sám a nebo nemocného odeslat na urgentní příjem nemocnice nebo na oddělení neurologické či ORL, ev. zvolit ambulantní postup doplnění diagnostiky a zahájení léčby.**

Vyšetření pacienta

Pokud se pokusí o léčbu sám, je většinou nut-

no vyčkat výsledků specializovaných vyšetření. Vodítkem je vždy podrobná anamnéza a základní vyšetření. Anamnestické údaje o typu a charakteru závratí je možno zjistit běžným rozhovorem s pacientem a vhodné je využití písemného předtištěného dotazníku obsahujícího otázky, které je nezbytné položit nemocnému, abychom získali předběžný diferenciálně diagnostický předpoklad o typu závrativého syndromu periferního, centrálního nebo smíšeného. Na základě podrobné anamnézy přistupujeme k vyšetření, které zahrnuje vyšetření základní somatické, vyšetření TK, EKG k vyloučení interní patologie a základní laboratorní vyšetření. Souvislost mezi anamnesticky zjištěným úrazem, onemocněním pohybového aparátu, interními chorobami a závratěmi je častá. Je nutno zvážit možnost simulace a agravace a posoudit psychický stav pacienta. Je nutné a důležité zopakovat některá fakta – velmi často první informací od pacienta, kterou získáme, je informace o kinetózách a výškových závratích.

Kinetózy a výškové závratě – tzv. fyziologické závratě

Uvedené závratě vznikají v okamžiku, kdy jednotlivé senzorické vstupy neposkytují shodné informace o situaci, ve které se organizmus nachází. Klasickým případem fyziologických závratí jsou kinetózy, u kterých dochází ke konfliktu mezi zrakovými a vestibulárními informacemi. V situaci, kdy sedí člověk v autě, které se rozjede, vestibulární aparát reaguje na pohyb, zatímco zrak vnímající hlavně prostor vozidla neposkytuje odpovídající informaci o pohybu. Někteří jedinci nejsou schopni tento konflikt zvládnout a reagují nevolností, případně pociťují nerovnováhu. O tom, zda někdo trpí kinetózami, rozhoduje vrozené nastavení kmenových struktur. Nejedná se o patologii. Kdo trpí kinetózami, má většinou i problémy v autoškole na trenažéru, kdy je senzorická stimulace přesně obrácená. Pohybuje se zrakové okolí, zatímco vestibulární systém není stimulován. To u disponovaných osob vede opět k závratím a nevolnostem. Není znám případ, kdy by člověk trpící kinetózou nemohl řídit auto. Analogickým způsobem vznikají výškové závratě, při nichž je spouštěvým momentem nutnost rekalibrace fun-

gování vestibulo-okulárního reflexu a uplatňuje se i hodnocení možné poruchy rovnováhy. Nejedná se o problém psychický.

Kinetózy obvykle dělíme na čtyři základní formy:

- Při **neurologické formě** onemocnění jsou základními příznaky závratě, pocit tíhy v hlavě, bolest hlavy, slabost, ospalost. Při této formě kinetózy dochází k narušení psychického stavu.
- Forma s **převažující gastrointestinální symptomatologií** (žaludeční a střevní forma) se vyznačuje zkreslením chuťových vjemů. Potraviny získávají „papírovou“ chuť, voda „gumovou“, v ústech se může objevit pachutí „myšiny“. Pozorujeme nechutenství, objevuje se nevolnost a někdy i zvracení, po němž může dojít ke zlepšení celkového stavu. U osob s kinetózou může vzniknout pocit štiřivosti k zápachu připáleného jídla, k tabákovému dýmu, k zvratkům, k výfukovým plynům apod.
- Při **srdečně-cévní formě** kinetózy zpočátku dochází ke zrychlení srdeční činnosti, zvýšení arteriálního tlaku a někdy i poruchy srdečního rytmu. V dalším průběhu se puls zpomaluje, dýchání se stává povrchním a klesá arteriální tlak.
- Nejčastěji se vyskytuje **smíšená forma** kinetózy, při které příznaky nemoci vznikají v nejružnějších kombinacích, přičemž připomínají chvíli jednu, chvíli jinou formu kinetózy.

Pokud cestujeme, je nutné brát do úvahy výběr dopravního prostředku. Rychlé změny rychlosti, prudké a časté zatáčky apod. zvyšují riziko vzniku kinetózy, urychlují proces jejího rozvoje a zesilují závažnost průběhu. Individuální životní zkušenosti nám zpravidla umožní vybrat si druh dopravního prostředku, ve kterém je jízda nejšetnější.

Vyšetření hlavových nervů:

- N I. - Eventuelní poruchy čichu zjišťujeme dotazem, olfaktometrii provede ORL specialista.
- N II. - Vyšetření ponecháme na oftalmologovi, který vyšetří visus, perimetr a oční pozadí. Toto vyšetření nelze vynechat u žádného nemocného se závratěmi.
- N III. IV. V. VI. - Pohyblivost bulbů vyšetříme orientačně, pátráme zejména po diplopii. Odborné vyšetření provede oční lékař.
- N V. - Vyšetříme korneální reflex a kožní citlivost v obličeji.
- N VII. - Vyšetřujeme funkci a pátráme po diskrétních změnách funkce jednotlivých větví, ev. Schirmerův test provede ORL specialista.
- N VIII. - Orientačnímu vyšetření sluchu sluchovou zkouškou, hlasitou řečí, šepotem a ladičkami (Weber, Rinne) předchází otoskopie. Komplexní audiologické vyšetření provede ORL specialista, velmi často je nutná i objektivní audiometrie.
- N IX. - Vyšetření pohyblivosti a citlivosti patrových oblouků.

N X. - Vyšetření pohyblivosti hlasivek a měkkého patra.

N XI. - Vyšetření pohyblivosti horní končetiny nad horizontálu a vyloučení homolaterární obrny měkkého patra.

N XII. - Vyšetření pohyblivosti jazyka, ev. jeho atrofie.

Odlišení periferní a centrální závratě

Pro odlišení periferní a centrální závratě je důležitý charakter, kdy periferní typ závratě je zpravidla rotační a nystagmus má horizontálně rotační charakter. U periferní zánikové léze je směr spontánního nystagmu ke zdravé straně, u iritační léze ke straně nemocné. Většinou iritační nystagmus netrvá dlouho a přechází do zánikové léze. Při periferních vestibulárních poruchách se nevyskytuje izolovaný spontánní nystagmus, který by nebyl spojený se subjektivním pocitem vertiga. Opačně platí, že se nevyskytuje vertigo bez spontánního nystagmu. Doporučujeme vyšetření s pomocí Frenzelových brýlí. Tonické úchytky těla jsou ve směru pomalé složky nystagmu, tedy na opačnou stranu než je směr nystagmu. Centrální typ se vyznačuje nejistotou při stožení i chůzi, pocitem plavání v prostoru, poruchami vidění. Periferní typ závratě probíhá často v záchvatech, které trvají až několik hodin. Závratě centrálního typu mění dobu trvání i charakter. Vegetativní symptomatologie je variabilní.

Orientační vyšetření mozečkových funkcí

Zkouška prst - nos, Hautantova a Rombergova zkouška, zkouška adiodichokenézy, schopnost chůze vzad i při zavřených očích.

Romberg I = stoj při mírné rozšířené bázi s předpažením a otevřenými očima.

Romberg II = stoj spojný s předpažením a otevřenými očima.

Romberg III = stoj spojný s předpažením a zavřenými očima.

Vyšetření vestibulospinálních jevů

Kromě Rombergovy zkoušky provádíme zejména zkoušku Unterbergerovu - Fukudovu, pochodem na místě se zavřenými očima po dobu jedné minuty. Za patologickou je považována rotace o více jak 45 stupňů, delší vzdálenost pochodu než 1 metr a titubace přesahující 30 cm. Rotace bývá příznakem spíše periferní léze, titubace a sklon k pádu různým směrem svědčí spíše pro centrální postižení.

Vyšetření vestibulookulárních jevů

Pátráme po spontánním, semispontánním, ev. indukovaném nystagmu. Vyšetřujeme jej prostým pozorováním, lépe však s pomocí Frenzelových nebo

není znám případ, kdy by člověk trpící kinetózou nemohl řídit auto

periferní typ závratě je zpravidla rotační a nystagmus má horizontálně rotační charakter

směr spontánního nystagmu u periferní zánikové léze je ke zdravé straně, u iritační léze ke straně nemocné

u centrálního typu závratě je typická nejistota při stožení a chůzi

**přítomnost
spontánního nystagmu
je průkazným
příznakem patologie
vestibulárního
ústrojí a jeho
diagnostický význam
v rámci vyšetření
pacienta se závratěmi
je prvořadý
a nezastupitelný.**

**nystagmus
je konjugovaný,
synchronní
pohyb bulbů**

**v bezvědomí nelze
nystagmus vyvolat**

**nevestibulární
příčiny závratí
jsou velmi časté**

Barthelsových brýlí. Nystagmus je výhodné vyšetřit i při zavřených očích, kdy je možno palpovat pod víčky nystagmické záškuby očí. Nystagmus je sdružený pohyb očních bulbů, který má pomalou a rychlou složku. Směr nystagmu určujeme podle rychlé složky. Popisujeme jeho charakter (rotační, horizontální, horizontálně-rotační, vertikální), jeho směr a stupeň. Nystagmus I. stupně zjišťujeme jen při pohledu rychlé složky, nystagmus II. stupně i při pohledu přímém, nystagmus III. stupně i při pohledu ve směru jeho pomalé složky. Přítomnost spontánního nystagmu je průkazným příznakem patologie vestibulárního ústrojí a jeho diagnostický význam v rámci vyšetření pacienta se závratěmi je prvořadý a nezastupitelný. Semispontánní je nystagmus torzní (zpravidla patologie C páteře), nystagmus z potřásání hlavy a zejména nystagmus polohový a z polohování. Nystagmus z polohování zjišťujeme Dix-Halpikeovou zkouškou: u vyšetřovaného vsedě otočíme hlavu k jedné straně a poté uvedeme do polohy vleže tak, aby rotovaná hlava byla pod úrovní lůžka. Po 30-ti sekundách manévr opakujeme na opačnou stranu. Konstatujeme vybavitelnost či nevybavitelnost nystagmu, jeho směr, charakter a dobu trvání. Zkoušku považujeme za nezastupitelnou a měla by být provedena u všech pacientů se závratěmi.

Ještě několik slov ke vzniku a klasifikaci nystagmu

Z hlediska stavby vestibulárního ústrojí - polokruhové chodbičky registrují úhlové zrychlení nebo zpomalení pohybu, maculae staticae vnímají lineární akceleraci a registrují polohu hlavy v gravitačním poli.

Nystagmus je konjugovaný, synchronní pohyb bulbů. Nystagmus vestibulárního původu má dvě fáze pohybu: **pomalá fáze** je iniciována z periferní části vestibulárního ústrojí a směřuje k méně aktivnímu labyrintu, **rychlá fáze** je indukována centrálně – vrací bulbus do výchozí polohy. Podle ní je určován směr nystagmu. Nystagmus vyvolaný centrálními příčinami má pak zcela odlišenou povahu.

Základní charakteristiky nystagmu:

- **Směr:** je určován rychlou složkou (horizontální, rotatorický, vertikální, smíšený).
- **Intenzita:** I. stupeň se objevuje jen při pohledu ve směru rychlé složky, II. stupeň je patrný i při pohledu přímém, III. stupeň trvá i při pohledu ke druhé straně.
- **Frekvence:** počet kmitů za 10 sec.

Patologické stavy mohou v labyrintu vyvolat iritaci (např. labyrinthitis serosa) nebo poškození až zánik funkce (např. labyrinthitis purulenta, fraktura spánkové kosti). Nystagmus, který se objeví při těchto lézích, je buď iritační – rychlá složka směřuje k iritovanému labyrintu – nebo zánikový – rychlá složka směřuje od poškozeného labyrintu (tj. k zachovanému labyrintu, jehož převažující

dráždění nystagmus vyvolává). V bezvědomí nelze nystagmus vyvolat, pozorujeme jen jeho pomalou složku, která se projeví deviací bulbů k labyrintu se sníženou aktivitou.

Na základě výsledků výše uvedených zkoušek a prokázané patologie jsou dále indikovány zobrazovací metody: RTG C páteře (i funkční snímky), CT NMR, angiografie, sonografie, ev. PET.

Praktický lékař by si měl vyžádat konzultaci specialisty - neurologa a otorinolaryngologa, ev. dalších specialistů (oftalmologa, ortopeda, internisty) - dle předpokládané příčiny obtíží.

Nevestibulární příčiny závratí

Přehled nejčastějších nevestibulárních příčin závratí:

- **vaskulární:** hypertenze, hypotenze, srdeční vada, ateroskleróza, tzv. „steal syndrom“ arteriae subclaviae;
- **srdeční:** vrozené či získané srdeční vady, kardiální insuficience, arytmie;
- **metabolické:** diabetes, porucha metabolismu, lipidů, urémie;
- **hormonální:** tyreopatie, feochromocytom, adenom hypofýzy;
- **poruchy krve tvorby:** anémie, polyglobulie;
- **poruchy vnitřního prostředí:** dehydratace, hyper či hypo-kalémie, metabolická či respirační acidóza nebo alkalóza;
- **oční:** astigmatismus, myopie, hypermetropie, chybná korekce zhoršeného visu, parézy okohybných svalů, strabismus, glaukom, výpadky zorného pole;
- **psychogenní:** fobické vertigo, event. psychiatrické onemocnění.

Závěr

Závrať sama není nemoc, je symptomem nebo syndromem – je potřeba diferenciatně diagnosticky rozlišit, kdy se jedná o benigní typ závratě, pacienta uklidnit, vysvětlit mu podstatu onemocnění. Rovnovážné ústrojí na rozdíl od sluchové složky je reparabilní a je naděje na odeznění příznaků – tedy zmírnění závrativých stavů. Je možné od medikamentózní léčby použít metody rehabilitační, nácviku rovnovážného stavu apod. Na druhé straně z výše uvedeného vyplývá i nutnost vyloučit závažné onemocnění.

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D. promoval v r. 1983 na LF UK v Hradci Králové. Od r. 1985 pracuje jako praktický lékař v Lanškrouně. V r. 2003 obhájil doktorskou práci na téma *epidemiologie a preventivní lékařství*. Je členem výboru SVL ČLS JEP, kde má na starosti problematiku onkologie, paliativní léčby a bolesti. Je spoluautorem a recenzentem monografie *Onkologie pro praktické lékaře* (Galén 2004), dále je spoluautorem doporučených postupů pro praktické lékaře – *Farmakoterapie bolesti, Paliativní péče, Onkologická prevence a Bolesti hlavy*.

Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. a Andrea Scheansová, Ph.D.

Hostilita jako rizikový faktor řady onemocnění a možnosti jejího ovlivnění

Úvod

Hostilita znamená nepřátelské naladění vůči světu i sobě. Někdy se tímto pojmem označuje ještě hněvivé popření skutečnosti. Starší literatura hovoří také o „cynické hostilitě“. Hostilita se často pojí s hněvem, proto se tyto rizikové faktory někdy posuzují současně. Není to ale totéž. Člověk se sklonem k hněvu se dá snadno vyprovokovat, ale jinak může být přátelský a laskavý. Hostilní člověk se chová nepřátelsky většinou a to, i když ho nikdo neprovokuje. Současný lékařský a psychologický výzkum ukazuje, že hostilita je spojena s řadou zdravotních rizik.

Některá rizika hostility

- Vyšší riziko srdečních a cévních onemocnění (Das S a O'Keefe, 2008), podle těchto autorů lze psychosociálnímu stresu přičíst zhruba 30% podíl na rizikových faktorech pro srdeční infarkt.
- U osaměle žijících mužů přináší hostilita i vyšší riziko cukrovky (Shen a spol., 2008).
- Vyšší riziko agrese vůči druhým nebo vůči vlastní osobě (Doihara a spol., 2008).
- Kratší délka života (Nabi a spol., 2008).
- Vyšší riziko kouření tabáku, nekontrolovaného pití alkoholu (Boyle a spol., 2008, Weiss a spol., 2008, Hampson a spol., 2007).
- Vyšší riziko rozvoje patologického hráčství (Petry, 2000, Roy a spol., 1989).
- Vyšší riziko obezity. Negativní působení hostility zde ale patrně oslabuje vyšší vzdělání (Haukkala a Uutela, 2000).
- Vyšší riziko metabolického syndromu (Goldbacher a Matthews, 2007).
- Negativní vliv na imunitní systém a hojení ran (Gouin a spol., 2008, Vaz-Leal a spol., 2008).
- Poruchy spánku (Grano a spol., 2008).

Doporučení těm, kdo mají sklon k hostilitě

Čemu se vyhnout

- Násilným programům v médiích včetně násilí při sledování sportovních utkání (Moore a spol., 2007).
- Násilným počítačovým hrám a násilí na internetu. Yen a spol. (2008) zmiňují vyšší výskyt hostility u dospívajících s tzv. „závislostí na internetu“ („internet addiction“).
- Pozor na eskalující (stupňující se) konflikty. Takový konflikt může začít jízlivou poznámkou, na to druhý odpoví ještě větší jízlivostí atd., což může skončit fyzickou agresí.
- Alkohol a budivé látky (pervitin, kokain) i některé jiné drogy zvyšují riziko násilného jednání vůči druhým nebo vůči sobě. U lidí se sklonem k hostilitě to platí tím spíše.
- U laické veřejnosti je častý názor, že vztek se vybijí tím, že ho člověk projeví. To ale není pravda a to ze dvou důvodů. Déle trávající hněv se přenáší z duševní roviny do roviny hormonální (tj. zjednodušeně řečeno z mozku do nadledvin). Takový hněv pak trvá déle. Kromě toho na hněvivou reakci často reaguje okolí podobným způsobem, což může hněv ještě zesílit.

Krátce o komunikaci s hostilními lidmi

Do značné míry zde platí podobné zásady jako při prevenci násilí vůči zdravotníkům (Nešpor, 2002) i to, co jsme uvedli výše. Komunikujeme mírumilovně úmysly slovně a zejména mimoslovně (výraz tváře, tón hlasu, vzdálenost). Rozhodně se vyhneme eskalující konfliktům, namísto nich lze použít např. techniku „otevřených dveří“. Na kritiku místo odporování a rozčilování lze říci např.: „Ano, chápu, že to tak můžete cítit...“

Konfrontace a přílišná direktivnost u hostilních pacientů navíc zhoršují výsledky léčby. V této souvislosti upozorňujeme na významnou práci, která ukazuje, že u pacientů se sklonem k hněvu silným obranným reakcím zhoršuje konfrontace výsledky léčby (Karno a Longabaugh, 2007). Vhodnější je pracovat elegantněji. Následuje příklad. A: Kdyby vám záleželo na rodině, tak přestanete pít. (Konfrontační přístup vyvolávající obrannou hostilní reakci, kterou se pacient brání pocitům viny.)

B: Řekněme, že se rozhodnete překonat problém s alkoholem. Zlepší to váš rodinný život? (Přístup používaný v motivační terapii umožňující pacientovi se rozhodnout pro to, co je výhodné, aniž by byl kritizován. Navíc se tak zlepšuje terapeutický vztah i spolupráce při léčbě.)

Dodáváme, že podle citovaných autorů by konfrontace by mohla být vhodná u pacientů se sklonem k popírání a potlačování emocí. Vhodně použitá konfrontace však zlepšuje výsledky léčby mnohem méně, než o kolik zhorší výsledky léčby nevhodně použitá konfrontace (Karno a Longabaugh, 2007). Toto zjištění je prakticky velmi významné, protože hostilita je rizikovým faktorem pro vznik návykových nemocí. Jinak řečeno výskyt hostility bude u lidí s návykovými nemocemi patrně vyšší než v běžné populaci.

Komunikace s hostilním a potenciálně agresivním pacientem

- Dbát na vhodnou mimoslovní komunikaci. Udržovat bezpečnou vzdálenost, hovořit klidně, ne hlasitě, nepoužívat prudká gesta a pohyby.
- Pokud možno nebýt s pacientem o samotě.
- Mít možnost přivolat pomoc.
- Je lépe být blíže dveřím.
- Smích a humor mohou být užitečné, ale jen tehdy, pokud si je pacient nevyloží jako posměch. Totéž platí o úsměvu. Někdy je proto vhodnější uvolněný a neutrální výraz tváře.
- Nemít v ordinaci nebezpečné předměty.
- Pozor na známky agrese: slovní agrese, neklid, upřený pohled, přiblížování se.
- Sdělení má být jednoduché a jednoznačné.
- Pomáhá i oslovovat pacienta jménem, případně „pane“.
- Někdy je vhodné varovat před následky agrese.
- Pacientovi nabídnout, aby se posadil (útok ze sedu je málo pravděpodobný).
- Při značném riziku (např. zbraň) volat policii.
- Je-li to nutné, zasahovat v dostatečném počtu.
- Farmakologická léčba bere v úvahu případné interakce např. s alkoholem, jestliže je pacient pod jeho vlivem.
- Incident je vhodné dokumentovat, ale až dodatečně po zvládnutí situace, nedělat si poznámky během interakce s pacientem.
- Pacienta se fyzicky nedotýkat (ani v rámci snahy ho zklidnit), případně ho o doteku (např. v rámci tělesného vyšetření) předem informovat.

Souhrn a závěr

Hostilita (nepřátelské naladění vůči světu i sobě) s sebou nese značná zdravotní rizika, mimo jiné i vyšší riziko srdečních onemocnění. Nabízíme některá doporučení k oslabení hostility a zmiňujeme se o komunikaci s hostilním pacientem a varujeme u nich před konfrontačními strategiemi. Výskyt hostility u lidí s návykovými nemocemi je patrně vyšší než v běžné populaci, protože hostilita představuje jeden z rizikových faktorů těchto onemocnění.

Literatura u autorů

MUDr. Vít Skalička

Praktický lékař, Bruntál

Epidemiologie a prevence dopravních úrazů

V současnosti je dopravní úraz desátou nejčastější příčinou úmrtí na světě (2,1 % globální mortality) a odhaduje se, že v roce 2030 už bude tato kategorie na osmém místě. Ve věkových kategoriích mladých dospělých zaujímá už dnes neblahá přední postavení. Důsledkem dopravních úrazů zemře ročně jen v Evropě 127 000 osob a dalších 2,4 mil. osob je zraněno. Ekonomický dopad dosahuje v některých zemích až 2 % HDP. Donedávna byl tento fenomén stranou pozornosti lékařské veřejnosti - snad proto, že se považoval za neovlivnitelný prevencí. Tato skepse byla v posledním desetiletí rozptýlena důkazy o efektivitě preventivních postupů a pandemie úrazů v dopravě se stala globálně významným tématem pro primární prevenci. Nově nahlížíme na dopravní úraz jako na nozologickou entitu s definovatelnými rizikovými faktory a preventivními postupy.



MUDr. Vít Skalička

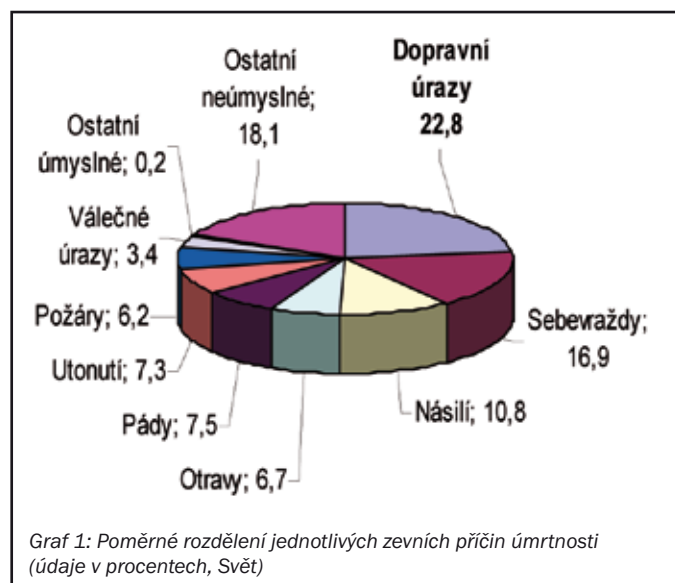
Epidemiologická data

Ročně zemře na následky dopravních nehod na světě 1 200 000 osob, z toho v Evropě 127 000 osob, a dalších 2,4 mil. je zraněno. Většina obětí (55 %) je ve věkové kategorii 15–44 let. Muži jsou postiženi častěji, v poměru 2,5:1. Dopravní nehody mají globálně největší podíl na zevních příčinách úmrtnosti (graf 1, údaje v procentech).

V České republice na následky úrazů v dopravě ročně zemře okolo 1 200 osob, naprostá většina v silniční dopravě. Rozsah problému a jeho preventivní význam může ilustrovat následující srovnání údajů o mortalitě – graf 2.

Z dlouhodobého hlediska jsou ve vývoji počtu zemřelých při dopravních nehodách patrná čtyři období - viz graf 3. Nejprve byl od začátku sledování vzestup z počtu pod 500 osob až k historickému maximu v roce 1969 (2 785 zemřelých). Přechodný výrazný úbytek počtů úmrtí v 70. letech byl ukončen v roce 1986. Následovalo další období nárůstu až k maximu v roce 1994 (1 827 zemřelých). Zatím poslední období, trvající do současnosti, je ve znamení poklesu. Ten se v roce 2007 zastavil a ani první měsíce letošního roku nejsou příznivé.

V roce 2007 policie ČR šetřila celkem 182 736 silničních nehod, při kterých bylo usmrceno 1 123 osob, z toho bylo 420 řidičů osobních automobilů, 202 spolujezdců v osobním automobilu, 198 chodců, 115 řidičů motocyklů, 103 cyklistů, 55 řidičů nákladních automobilů a 9 spolujezdců v nich, 11 řidičů na malých moto-



cyklech a mopedech, 8 spolujezdců na motocyklech a po jednom řidiči a spolujezdci na traktoru.

Věková struktura zemřelých vykazuje hlavní vrchol ve věku 18–24 let, což není překvapující - graf 4. Pozoruhodný je spíše fakt, že s přirůstajícím věkem nad 62 let incidence již dále neklesá, a vztáhneme-li data na 100 000 obyvatel - graf 5, dosahují počty zemřelých druhého vrcholu ve věku 75–90 let! Do těchto údajů se promítá skutečnost, že starší osoby jsou obecně zranitelnějšími účastníky silničního provozu - jako řidiči, spolujezdců, a zejména pak jako chodci a cyklisté.

Ekonomické dopady

Ročně způsobí silniční doprava v ČR škody na zdraví vyčíslitelné na 63 mld. Kč, z toho necelá

dopravní nehody mají globálně největší podíl na zevních příčinách úmrtnosti

polovina při nehodách. Například v roce 2004 vznikly jen vlivem nehod v silniční dopravě zdravotní náklady 26,1 mld. korun při přepravním výkonu 68 370 milionů oskm. Na každých ujetých 1000 oskm tedy připadá škoda 382 Kč. V případě železniční dopravy vznikla za téže období škoda 63 milionů korun na výkon 6 590 milionů oskm – na 1000 oskm to činí 9,50 Kč. Přesunem výkonu 1000 oskm na železnici vznikne podle těchto statistik jen kvůli menší nehodovosti úspora zdraví 372,50 Kč, při započítání všech zdravotních nákladů pak dokonce 630 Kč. Tyto a další nezohledněné (společenské) škody jsou víceméně vyvažovány veřejnými náklady na osobní železniční dopravu v hodnotě 1073 Kč/1000 oskm v roce 2004.

Rizikové faktory

Rizikovou skupinou jsou z hlediska pohledu muži – poměr incidence muž:žena 2,5:1, dále, jak již bylo zmíněno, lidé ve věku 15–30 let, a lidé starší než 65 let, lidé se smyslovým postižením, zejm. zrakovým a sluchovým, osoby s kognitivním deficitem, drogovými závislostmi a jinými psychickými poruchami. Dále je vyšší riziko u obyvatel rozvojových a překotně se rozvíjejících zemí (Afrika, JV Asie, v Evropě pak zejména Pobaltí, Řecko, Ukrajina a Rusko).

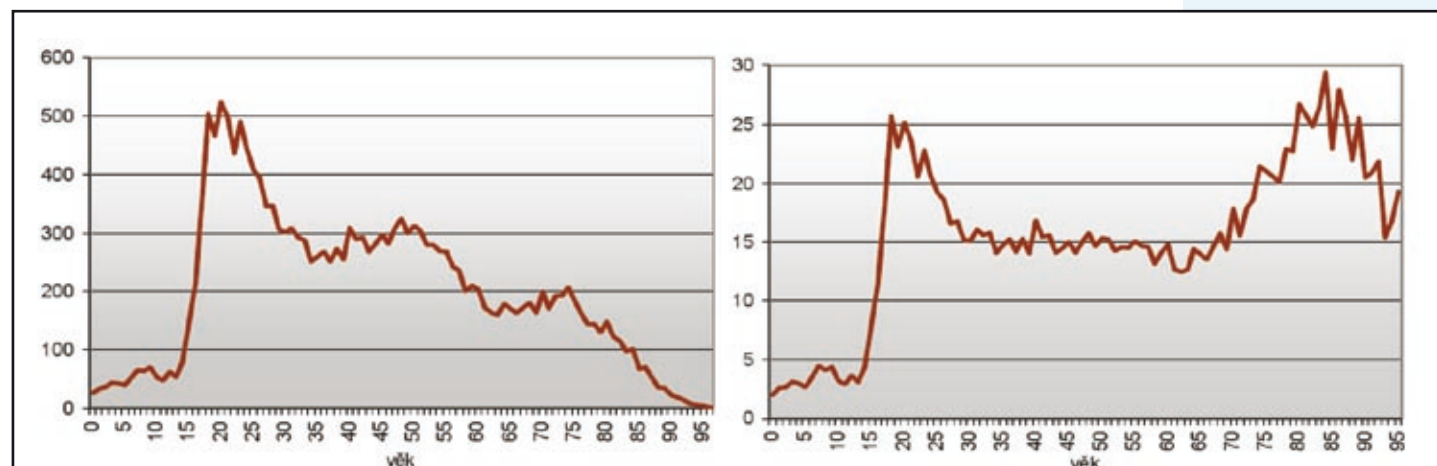
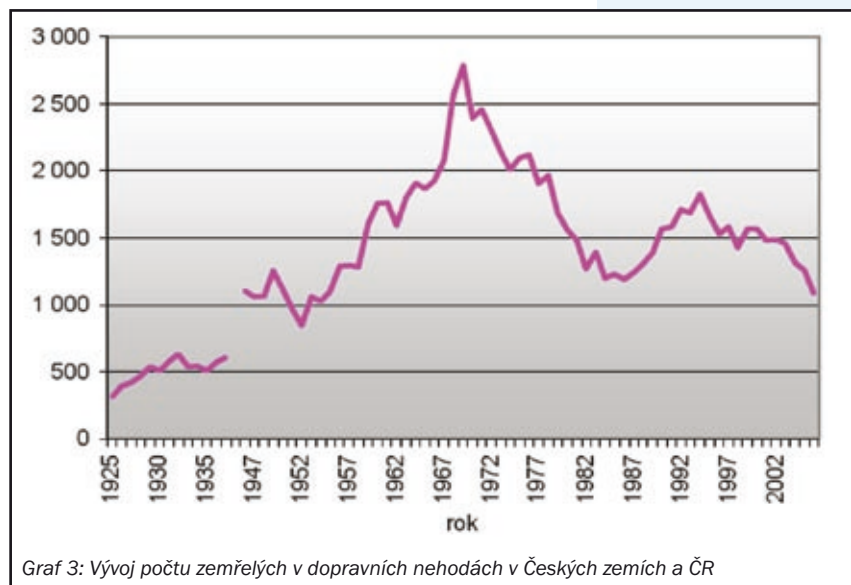
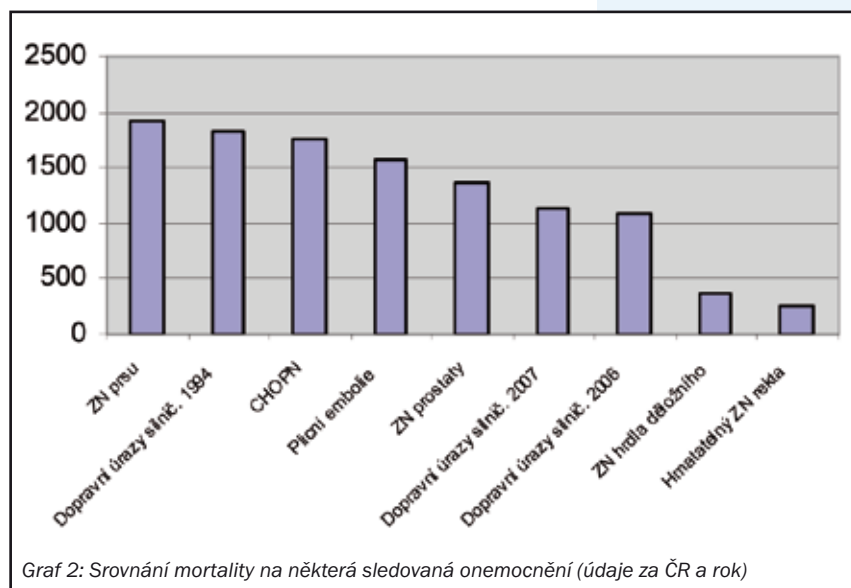
Období výskytu je celoroční s menšími fluktuacemi – vyšší riziko v našich podmínkách je v letních a podzimních měsících a na začátku a konci víkendu.

Expoziční riziko lze vyjádřit jako součin závažnosti rizika a délky trvání expozice. Toto riziko se nestochasticky kumuluje během života. Závažnost rizika spojeného s dopravou je spojena především s **druhem (modalitou) dopravy**. Riziko lze vztáhnout k délce pobytu na cestě (osobohodině - oshod) – graf 6 - nebo k překonané vzdálenosti (osobokilometru - oskm) – graf 7.

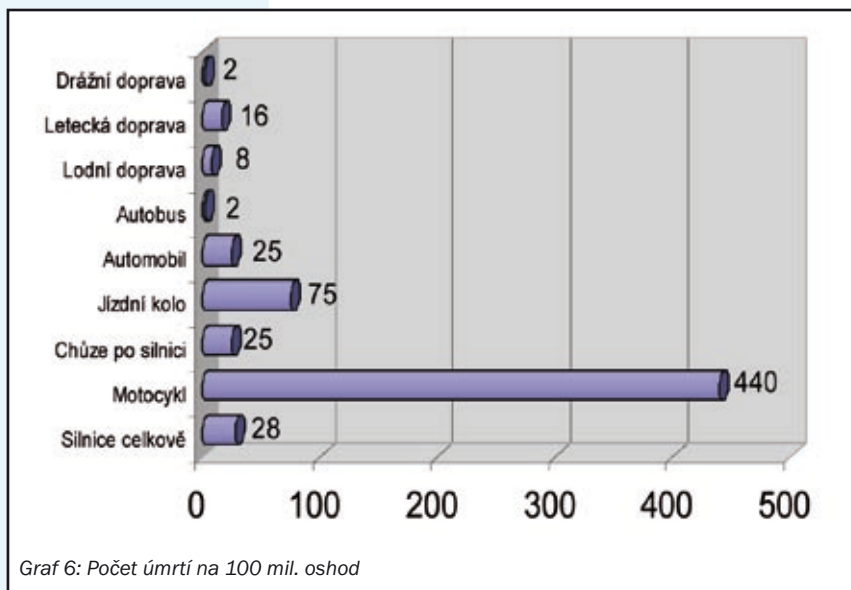
Z grafů je patrné, že nejzranitelnějšími jsou řidiči jednotlivých vozidel a také chodci pohybující

se na silnici. Vztáhneme-li riziko na oskm, vyjde najevo skutečnost, že překonat určitou vzdálenost po silnici pěšky je asi 9x nebezpečnější než jet automobilem. Při jízdě autem ovšem vysta-

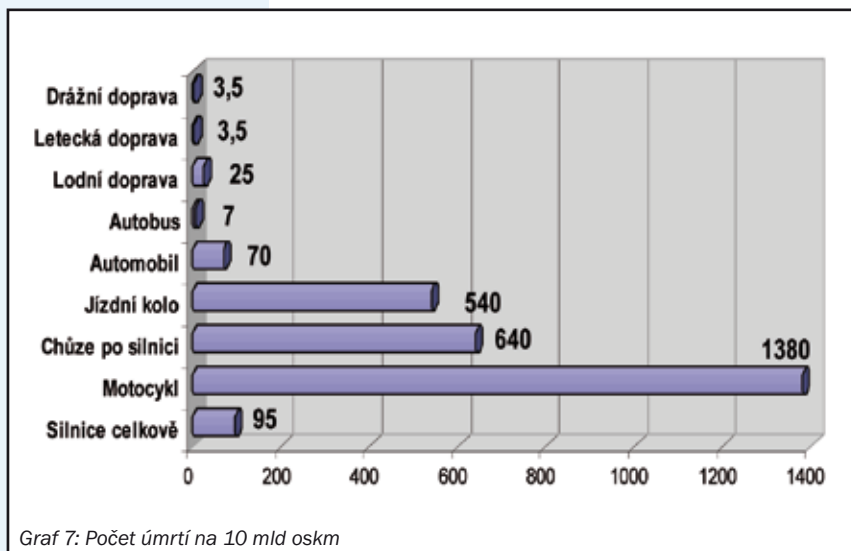
oskm
= **osobové kilometry**



Graf 4,5: Zemřelí na následky dopravních nehod podle věku – úhrn za léta 1994 – 2006 (vlevo) a průměr za léta 1994 – 2006 na 100 000 obyvatel (vpravo)



Graf 6: Počet úmrtí na 100 mil. oshod



Graf 7: Počet úmrtí na 10 mld oskm

vujeme riziku kolize ostatní zranitelné účastníky silničního provozu (chodce, cyklisty). Silniční doprava jako celek je několikanásobně až řádově rizikovější než ostatní modalities (drážní, letecká, lodní). Drážní doprava (železnice, metro, tramvaj, městská dráha) je 12,5x, resp. 20x bezpečnější než silniční doprava. Právě proto se odborné práce i akce státních orgánů v prevenci dopravních úrazů zaměřují především na silniční dopravu.

Konkrétní rizikové faktory v silniční dopravě

Zastavme se u některých prokázaných (evidence-based) faktorů. Jejich společným jmenovatelem je individuální lidský přístup, který zahrnuje odbornou a zdravotní způsobilost k řízení, a to nejen dlouhodobou, ale i tu momentální, dále přístup k rychlosti a způsobu jízdy v kontextu možností vozidla, možností řidiče i podmínek prostředí, přístup řidiče k užívání vybavení vozidla a schopnost účastníků nehody zajistit první pomoc.

Rychlost jízdy je samostatným rizikovým faktorem nezávislým na způsobu jízdy. Riziko exponenciálně narůstá tzv. **impaktní rychlostí** – vzájemnou rychlostí vozidla a překážky (stojící nebo pohybující se) v okamžiku srážky. Nárůst této rychlosti o 1 km/h je spojen s 3% nárůstem rizika nehody končící zraněním. Pro posádku vozidla představuje impaktní rychlost 80 km/h 20x vyšší nebezpečí smrti než rychlost 30 km/h. Riziko pro chodce vztažené k rychlosti vozidla při srážce je patrné z tabulky 1.

V této souvislosti lze jen zdůraznit smyslnost omezení rychlosti na 50 km/h v obci. Jeho dodržování zachrání 2,5x více lidí oproti 60 km/h.

Alkohol v jakékoli jiné než nulové míře v krvi je pro řidiče rizikem. Zhoršení schopnosti řídit se prokázalo po dávkách kolem 10 g alkoholu (tedy asi půl litru 10° piva). Účinky i velmi nízkých dávek alkoholu jsou zvláště dramatické u žen, dospívajících, u lidí s nižší hmotností a u lidí s určitými chorobami nebo léčenými některými léky a dále v parném letním počasí při pití alkoholu „na žízeň“. Dopravní nehody pod vlivem alkoholu končí častěji smrtelně a jsou častěji spojeny s výskytem mnohočetných zranění, protože alkoholem ovlivněný řidič se dopouští hrubších chyb a v okamžiku nehody se hůře chrání.

Přítomnost mladých spolujezdců je dalším samostatným faktorem nezávislým na věku řidiče.

Co se týče **způsobu jízdy**, nejzávažnější příčinou nehod je nepřizpůsobení rychlosti stavu dopravně technického nebo momentálního stavu vozovky nebo vlastností vozidla a nákladu, 1/3 všech úmrtí v r. 2007 (383 z 1 123). Z ostatních příčin je velmi závažné nevěnování se řízení (124 úmrtí), vjetí do protisměru (102 úmrtí), či prosté nezvládnutí řízení vozidla (51 úmrtí). Tyto vyjmenované momenty jsou dohromady na vině v **59 %** úmrtí (660 z 1 123 obětí) v silničních nehodách za r. 2007. Pro srovnání: nedání přednosti v jízdě, které nás snadno napadne jako běžná příčina nehod, nebývá tak často tragické (34 úmrtí). Můžeme shrnout, že bezpečnou jízdou je především **jízda přiměřenou rychlostí se zřetelem na stav vozovky a možnosti vozidla**, při níž se řidič náležitě věnuje řízení vozidla.

Doporučená vzdálenost

Odstup za sebou jedoucích vozidel by měl být, podle mnemotechnického doporučení, alespoň dvě sekundy jízdy. Znamená to, že by vaše vozidlo mělo mjet pevný bod na cestě až za 2 sekundy po autě, které jede před vámi. K této době si vyhraďte odstup navíc podle momentálního stavu vozovky, možností brzd vašeho vozidla a také při předpokladu prodloužení vaší reakční doby, např. jste-li unaveni.

Užití helmy přináší trojnásobné snížení rizika kraniálního traumatu u motocyklistů a jistě je namístě u všech řidičů i dalších členů jedno-

rychlost jízdy je samostatným rizikovým faktorem nezávislým na způsobu jízdy

alkohol je rizikem v jakékoli jiné než nulové míře v krvi

Tabulka 1: Riziko pro chodce vztažené k rychlosti vozidla při srážce

Rychlost při srážce (km/h)	30	40	50	60	70	80
Podíl usmrčených chodců	10%	20%	50%	80%	90%	95%

pých vozidel.

Zádržná zařízení přinášejí také signifikantní přínos: správně použité bezpečnostní pásy snižují riziko úmrtí v nehodě o 60 %, autosedačky zachrání 71 % životů kojenců a 54 % batolat.

Z **faktorů vozidla** vybírám statistiky týkající se objemové třídy a stáří vozidla – tab. 4 a 5. Závažností nehod rozumíme podíl nehod, při nichž došlo k úmrtí, z celkového počtu nehod v dané kategorii (údaje v promile).

Výpovědní hodnota těchto údajů může být ovlivněna faktem, že jezdit v zánovním autě si mohou z finančních důvodů dovolit spíše lidé ve věku nad 30 let, kteří už mají zralejší řidičské chování. Mladší řidiči se častěji vozí v ojetinách. Přesto nelze pochybovat o větší bezpečnosti nových aut.

Snížená viditelnost je snad nejvýznamnějším rizikem prostředí a představuje zvláštní nebezpečí zejména pro chodce. Pro ilustraci: při nehodách mimo obec bylo v roce 2007 usmrceno 67 chodců, z toho 57 chodců při nehodách v noční době (**tj. 85 %!**).

Používání reflexních materiálů na oděvu chodců a řidičů jednostopých vozidel a dalších osob, pohybujících se na silnici lze jen doporučit (obr. 1).

Prevence

Doporučená preventivní opatření dle WHO

V roce 2006 definovalo WHO soubor prostředků a opatření v zájmu prevence úrazů v silniční dopravě. Ty zahrnují především:

- redukci expozice riziku snížením objemu

**Tabulka 2: Závažnost nehod dle objemové třídy vozidla**

Objemová třída	závažnost nehod
do 1 l	9,1
1,1 – 1,4 l	5,6
1,5 – 1,9 l	6,7
2 – 3 l	6,3
nad 3 l	7,7

Tabulka 3: Závažnost nehod dle roku výroby vozidla

Rok výroby	závažnost nehod
2007-05	3,5
2004-00	4,3
1999-95	7,2
1994-90	8,5
1989-85	8,5
1984-80	6,8
před r. 1980	7,4

motorizované dopravy prostřednictvím lepšího využití území, budování efektivních dopravních sítí a motivací občanů přecházet z vysoce rizikových k bezpečným dopravním modalitám. Tedy k veřejné dopravě v kombinaci s chůzí a cyklistikou v bezpečném prostoru. Dále je doporučeno upravovat silniční síť tak, aby byl vyloučen konflikt mezi těžkou a rychlou motorizovanou dopravou na jedné straně a pohybem cyklistů a chodců na straně druhé.

- zajištění osvětlení vozidel a použití reflexních materiálů na oděvech zranitelných účastníků provozu.
- používání zádržných zařízení, helem u jednostopých vozidel a dodržování abstinence před řízením.
- legislativní úpravy následované důsledným vyžadováním a vymáháním práva. Doslova je řečeno: povědomí o možnosti být přistižen při případném přestupku musí zůstat vysoké.
- trvalá a efektivní edukační a informační kampaň.

Je zdůrazněna potřeba podpory udržitelného rozvoje v dopravě plnou integrací zdravotních požadavků do tvorby dopravní politiky, a to na úrovni mezinárodní, národní, úrovní územněsprávních celků i na úrovni obcí, vždy za účasti zdravotnických orgánů. Následně by tento princip měl být převzat do oblasti vyhodnocování zdravotních a ekologických dopadů a do doporučených postupů osvěty o trvale udržitelné mobilitě a efektivním dopravním chování.

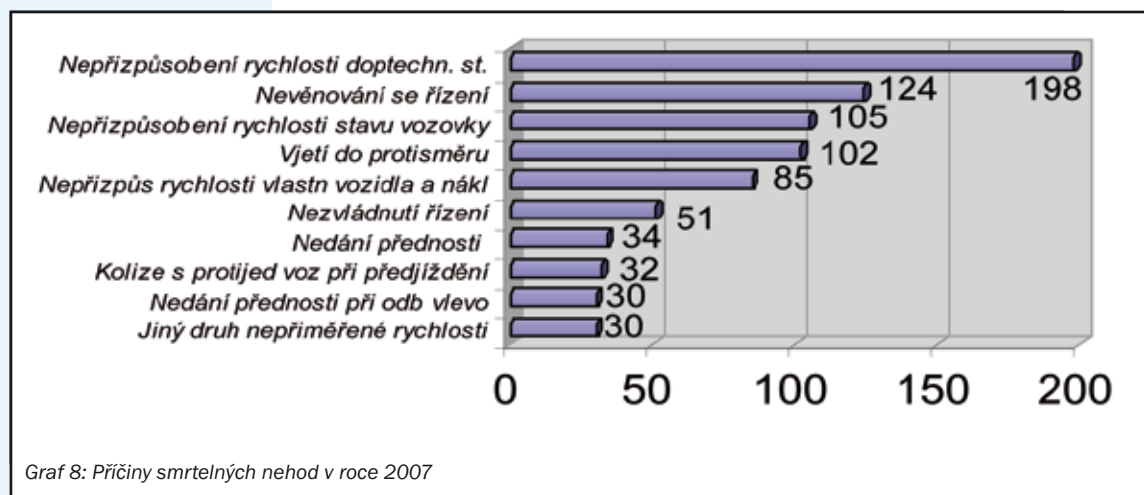
Současné podmínky prevence dopravních úrazů v ČR

Problematicke prevence dopravních úrazů se systematicky a se zesilující naléhavostí věnuje infor-

vozidlo by mělo mítet pevný bod na cestě až za 2 sekundy po autě, které jede před ním

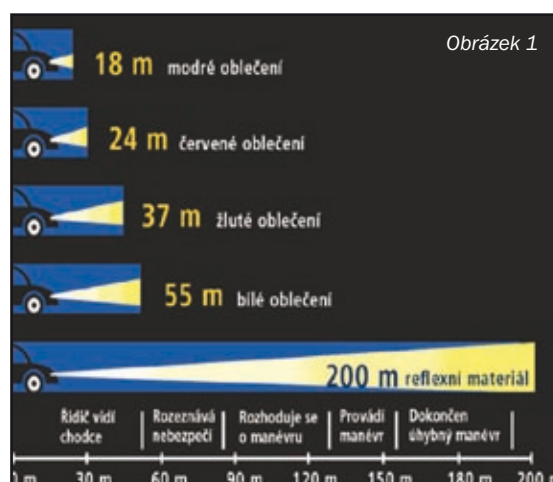
užití helmy přináší trojnásobné snížení rizika

správně použité bezpečnostní pásy snižují riziko úmrtí v nehodě o 60 %



Graf 8: Příčiny smrtelných nehod v roce 2007

výzva lékařům věnovat v preventivním úsilí pozornost i problému dopravních úrazů



Obrázek 1

nadměrný individuální motorismus je významný faktor ohrožující život

informační letáky a plakáty v prostorách ordinace

mační kampaň BESIPu, se kterou se setkáváme i v televizních spotech a která vychází z Národní strategie bezpečnosti silničního provozu. Povědomí o celospolečenském významu dopravních úrazů zesiluje. Roste politická podpora bezpečnějších modalit dopravy v souladu s výše uvedenými doporučeními WHO. Využití veřejné dopravy osob zůstává přes mírný pokles v 90. letech jedno z nejvyšších v zemích EU. Prestiž veřejné dopravy však trpí zastaralou infrastrukturou a vozidly, což omezuje konkurenceschopnost s individuální automobilovou dopravou. Mediální glorifikace automobilismu nemá dostatečnou protiváhu v osvětě o jeho rizicích. Svůj vliv na politická rozhodnutí má i vysoká míra motorismu zákonodárců. Pojem doprava je nesprávně používán – jeho význam je zužován jen na silniční modalitu – např. rozhlasové „dopravní zpravodajství“ slouží převážně jen individuálnímu motorismu a neobsahuje aktuality z provozu veřejné dopravy. Stále živé jsou předsudky o vyšším nároku rychle jedoucí dopravy na dopravní cestu. Cyklisté a chodci podle těchto představ nemají na silnici co pohledávat. Není divu, že nízká ohleduplnost vůči zranitelným účastníkům silniční dopravy je u nás notorická. S nástupem současné vlády byl ukončen příznivý trend v poklesu úmrtnosti v silničních nehodách započatý za ministra Šimonovské-

ho. Důvod hledáme hlavně v liberálních postojích politiků ve věci trestání přestupků, rychlostních omezení i v absenci pokory po odhalení jejich vlastních přestupků. Objevuje se nemístný soucit s řidiči, kteří vyčerpali trestné body, jako s oběťmi systému. Jsou vznášeny požadavky na odlehčení bodového systému. To vše se odráží i v kázní řadových řidičů, zejména v překračování povolené rychlosti, jako hlavním faktoru nehodových tragédií.

Úkoly pro zdravotní sektor

Po úkolech, jako je například protikuřácká intervence, časná diagnostika zhoubných novotvarů nebo péče o kostní zdraví populace, čelíme výzvě věnovat preventivní úsilí i problému dopravních úrazů. Dopravní chování je totiž významným prvkem životního stylu podobně jako výživa, pohybový režim či abúzus alkoholu či tabáku. Je třeba definovat pozitivní a negativní složky dopravního chování a vytvořit doporučení pro pacienty. Zejména je třeba zvýšit povědomí veřejnosti o tom, že nadměrný individuální motorismus je významný faktor ohrožující život. Účinným edukačním prostředkem mohou být například informační letáky a plakáty v prostorách ordinace, účast lékařů v dopravněbezpečnostních kampaních a v neposlední řadě náš vlastní příklad.

Literatura

1. Road Traffic Injury Prevention, Training Manual, WHO, Department of Injuries and Violence Prevention, Ženeva 2002
2. www.policie.cz/statistiky/doprava/2007
3. Transport safety performance in the EU. A statistical overview. European Transport Safety Council, 2003.
4. Skálová L., Úvod do problematiky úrazové prevence a prevence dopravních úrazů, Státní zdravotní ústav 2007.
5. Národní strategie bezpečnosti silničního provozu, Ministerstvo dopravy 2004 www.ibesip.cz
6. www.szu.cz
7. www.uzis.cz
8. Fact sheet EURO/02/06, WHO, Kodaň, Řím, Vídeň 2006
9. Zeman J., Energetická a environmentální náročnost jednotlivých druhů dopravy ČR v r. 2004, Vědeckotechnický sborník ČD č. 23/2007
10. Demografická ročenka, ČSÚ 2006.
11. Charter on Transport, Environment and Health, WHO 1999
12. Morrow, D., Leier, V., Yesavage, J., Tinklenberg, J.: Alcohol, age and piloting: judgment, mood and actual performance. International Journal of the Addictions, 26, 1991, s. 669-683.

MUDr. Vít Skalička - narodil se 17. 6. 1975 v Praze, žije v Opavě. Vystudoval 3. lékařskou fakultu v Praze, kde promoval v roce 2000. Od r. 2004, kdy atestoval v oboru všeobecné lékařství, působí jako praktický lékař na Opavsku. Od r. 2007 pracuje v soukromé ambulanci v Bruntále.

PharmDr. et Mgr. David Vetchý, Ph.D.

Ústav technologie léků, Farmaceutická fakulta, Brno

Klinické a ekonomické dopady generické substituce

Od 1. 1. 2008 platí nový zákon o léčivech (378/2007 Sb.), který umožňuje provádět v lékárnách tzv. generickou substituci, tedy možnost zaměnit předepsaný léčivý přípravek za jiný léčivý přípravek, který je shodný z hlediska jeho účinnosti a bezpečnosti, obsahuje stejnou léčivou látku se stejnou cestou podání a stejnou lékovou formou. Generická substituce odráží princip registrace generických přípravků, u kterých je účinnost a bezpečnost prokázána bioekvivalencí s již zavedeným referenčním (většinou originálním) léčivým přípravkem na základě tzv. bioekvivalenční studie a následným odkazem na data bezpečnosti a účinnosti originálního přípravku.

Bioekvivalenční studie nahrazuje náročné a nákladné předklinické a klinické hodnocení a zajišťuje, že všechny přípravky na farmaceutickém trhu se stejnou účinnou látkou, ve stejné síle a stejné lékové formě jsou terapeuticky zaměnitelné. Přitom všechny perorální lékové formy s běžným (neřízeným) uvolňováním léčiva se považují za stejné z hlediska bioekvivalence, tedy perorální roztok může být bioekvivalentní k perorální tabletě s běžným uvolňováním. Většinou se provádí tzv. farmakokinetická bioekvivalenční studie, která má pro medicínskou praxi následující omezující pravidla:

- provádí se na minimálně **12 zdravých dobrovolnících**, výjimečně na pacientech (obvykle se počet pohybuje kolem 30),
- testuje se obvykle **jedna dávka nejvyšší síly** zamýšlené pro trh,
- lék se podává **bez jiné medikace** a nejčastěji **nalačno**,
- hodnotí se **kinetický profil léku** (primárně AUC - plocha pod křivkou plazmatických hladin léčiva - nebo Ae - kumulativní renální exkrece - nebo koncentrace léčivé látky u studií v ustáleném stavu) na základě 12–18 odběrů,
- 90% interval spolehlivosti poměru průměrných hodnot sledovaných parametrů leží v intervalu 0,80–1,25, tzn. že z **devadesáti procent je zaručeno**, že celkové vstřebané množství léčiva z generického přípravku, jeho maximální koncentrace a další sledované parametry dosahují hodnot **80–125 % hodnot referenčního přípravku**. Teoreticky je tedy např. možné, že jeden generický přípravek může dosahovat hodnot 80 % a druhý 125 %. Potom při generické substituci by pacient mohl být léčen přípravkem o více než polovinu silnějším nebo o více než třetinu slabším (1).

Průkaz bioekvivalence a následně generické zaměnitelnosti založené na takto položených

pravidlech jsou tématem rozsáhlé diskuse odborníků z celého světa i častým předmětem vědeckých článků. Cílem příspěvku je na základě literární rešerše dat z vědecké literatury zhodnotit vhodnost generické substituce v jednotlivých situacích a uvést případy, ve kterých došlo nebo by mohlo dojít k bioneekvivalentnosti po generické substituci a ve kterých odborníci doporučují generickou záměnu jen s velkou opatrností nebo ji nedoporučují provádět vůbec.

V případě **pacientů v nekritickém stavu s nově předepsaným lékem** se odborníci většinou shodují na tom, že **nezáleží**, který lék s danou léčivou látkou je pro medikaci vybrán. Jiná situace je u převedení pacienta léčeného určitým lékem na jiné generikum. **V určitých případech**, které je možno rozdělit:

z hlediska typu léčivé látky, z hlediska typu lékové formy a z hlediska stavu pacienta, doporučuje i Státní ústav pro kontrolu léčiv **náležitě opatrnosti** při převádění pacienta z jednoho generika na jiné vzhledem k současným pravidlům pro provádění bioekvivalenčních studií (2).

Hledisko typu léčivé látky

Z hlediska typu léčivé látky je generická substituce doporučována jen s velkou opatrností nebo není doporučována vůbec v následujících případech:

1. **léčivé látky s úzkým terapeutickým rozpětím, nízkou rozpustností nebo s nelineární kinetikou,**
2. **kontraceptiva s nízkou dávkou estrogenové složky,**
3. **psychofarmaka,**
4. **antiarytmika,**
5. **jiné omezující požadavky.**

Ad 1) Mezi léčivé látky s úzkým terapeutickým



PharmDr. et Mgr.
David Vetchý, Ph.D.

teoreticky je možné, že generický přípravek může dosahovat od 80 % až do 125 % hodnot referenčního přípravku



**popsány klinické
subterapeutické
INR hodnoty
po převedení pacienta
z originálního přípravku
na generický warfarin**

indexem a/nebo nízkou rozpustností a/nebo s nelineární kinetikou se v souvislosti s problematikou bioekvivalence řadí:

- **perorální antikoagulancia (warfarin)**
- **antikonvulziva (zvláště fenytoin)**
- **diuretika**
- **digoxin**
- **theofylin a jeho deriváty**
- **chinidin 2.**

Warfarin je znám svým velice úzkým terapeutickým indexem, malé změny v jeho systémové koncentraci mohou vést k významným odchylkám ve farmakodynamické odpovědi. Byly popsány klinické subterapeutické INR hodnoty (International Normalized Ratio, číslo 1 odpovídá normální koagulaci, účinné a bezpečné pásmo je v rozsahu 2,0 – 3,0 [3]) po převedení pacienta z originálního přípravku na generický warfarin (4). Výsledkem retrospektivní studie zabývající se generickou substitucí léků s warfarinem bylo zjištění zvýšené morbidit i ekonomické náročnosti léčby v důsledku častějšího monitorování koagulace i častějších hospitalizací v případě generických záměn (5). Zvýšený počet monitorování INR hodnot, dokud není pacient stabilizován, je jednou z nutných podmínek generické substituce přípravků s warfarinem (6).

Fenytoin je léčivá látka splňující hned všechny tři podmínky - má úzký terapeutický index, nízkou rozpustnost a nelineární kinetiku. Není tedy divu, že lze v literatuře nalézt přes 100 vědeckých článků a příspěvků zabývajících se biodostupností fenytoinu. Řada z nich popisuje významné rozdíly v biodostupnosti mezi jednotlivými generickými přípravky (7, 8, 9, 10). Bylo například popsáno jak 22-31% snížení plazmatických hladin fenytoinu u stejných pacientů po jejich převedení z originálního na generický přípravek, tak dokonce i rozdíly mezi plazmatickými koncentracemi stejných přípravků s různou

výrobní šarží (11, 12).

Ad 2) Kontraceptiva s nízkou dávkou estrogenové složky

20 µg ethinyl estradiolu společně s levonorgestrellem poskytuje srovnatelnou kontrolu menstruačního cyklu s nižším výskytem vedlejších reakcí jako přípravky obsahující vyšší dávku této estrogenové složky. V případě snížené biodostupnosti již tak nízké dávky ethinyl estradiolu v generickém přípravku, která je v rámci bioekvivalence přípustná, může však už docházet během cyklu ke krvácení, v jehož důsledku zvláště mladé ženy přerušují užívání perorální antikoncepce a spoléhají na méně účinné metody kontracepce. Výsledkem je zvýšený počet nechtěných těhotenství (13).

Ad 3) Psychofarmaka

Kvůli možným klinickým následkům je doporučována zvýšená opatrnost po generické substituci zejména v případech léčby těžkých forem schizofrenie a deprese. Klopazín je lékem volby pro pacienty s refrakterní schizofrenií. Byly popsány jak rozdíly ve farmakokinetických parametrech generických přípravků s klopazinem, tak i relaps schizofrenních atak po převedení na generický **klopazín** v důsledku nižší biodostupnosti (10, 14, 15). Antidepresivum paroxetin se v léčivých přípravcích vyskytuje ve formě hydrochloridu (bezvodého nebo hemihydrátu) nebo ve formě mesylátu. Rozdílné soli a metody výroby solí **paroxetinu** způsobují problémy s bioekvivalencí. Po převedení na generikum ve formě mesylátu se vyskytly alergické reakce v podobě kožních komplikací a vyšší incidence sebevražedných tendencí (10, 16).

Ad 4) Antiarytmika

Vzhledem k možným vážným následkům se generická substituce u antiarytmik nedoporučuje nebo jen s velkou opatrností. Bylo publikováno opakování ventrikulárních tachykardií po převedení na generický prokainamid i další rozdíly v terapeutické úspěšnosti, výskytu arytmií a dokonce úmrtí po převedení na **generická antiarytmika** (17, 18, 19).

Ad 5) Jiné omezující požadavky

V případě jakýchkoli omezujících požadavků spojených s určitým lékem je zapotřebí zvýšené opatrnosti při generických záměnách. Příkladem může být omezující požadavek týkající se **užití léku**, jako je tomu u přípravku Fosamax® (alendronát), který je určený k léčbě osteoporózy. Musí se užít nalačno, ve vzpřímené poloze a 30 minut neležet a nejíst. V případě nevhodného užití může dojít k esofagitidě nebo k interakci s potravou, která by snížila biodostupnost alendronátu. V publikované studii generické léky vykazovaly buď 2-10x rychlejší rozpad léku spojený s nebezpečím esofagitidy, nebo

**při snížené
biodostupnosti nízké
dávky ethinyl estradiolu
v generickém přípravku
může docházet během
cyklu ke krvácení**

**rozdílné soli
a metody výroby solí
paroxetinu způsobují
rozdíly v bioekvivalenci**

**generická substituce
u antiarytmik
se nedoporučuje**

5x pomalejší rozpad a uvolnění léčiva, který by v klinické praxi mohl znamenat nebezpečí kontaktu s potravou a nižší biodostupnost (20).

Hledisko typu lékové formy

Z hlediska typu lékové formy není generická substituce doporučována nebo je doporučována jen s velkou opatrností v následujících případech (2):

- 1. Roztoky nebo prášky pro dávkovací inhálátory** - kvůli rozdílným typům inhálátorů a možné následné neoptimální aplikaci léčiva jiným typem inhálátoru, než na který je pacient zvyklý, které by vedlo k rozdílu v biodostupnosti a účinku léku.
- 2. Topické formy s vysoce účinnými léčivy** pro možnou variabilitu mezi pacienty v biodostupnosti.
- 3. Přípravky s řízeným uvolňováním včetně transdermálních systémů.**

Lékové formy s řízeným uvolňováním zahrnují lékové formy s prodlouženým uvolňováním, lékové formy se zpožděným uvolňováním a lékové formy s pulzním uvolňováním. U lékových forem s prodlouženým uvolňováním není důležitá pouze délka prodlouženého uvolňování, ale také kinetika tohoto uvolňování. Kromě běžné kinetiky prvního řádu, při které se léčivo uvolňuje rychleji na začátku a s časem se rychlost uvolňování zpomaluje, jsou vyvinuty přípravky s kinetikou nultého řádu. Kinetika nultého řádu, narozdíl od kinetiky prvního řádu, která je ještě pro lékové formy s prodlouženým uvolňováním přípustná, zajišťuje uvolňování stále stejného množství léčiva nezávisle na počáteční koncentraci nebo na množství již uvolněné účinné látky. To vytváří podmínky pro udržení plazmatické hladiny léčiva v požadovaném optimu, a proto jsou takové přípravky určeny převážně k léčbě závažnějších onemocnění. Např. lék Betaloc® ZOK je určen především pro léčbu srdečního selhávání a jako jediný z přípravků registrovaných v České republice obsahující **metoprolol** uvolňuje toto léčivo kinetikou nultého řádu (21).

Exemplárním případem nevhodnosti generické záměny v případě přípravků s řízeným uvolňováním léčiva jsou přípravky obsahující antiflogistikum **mesalazin**, určené k léčbě nespecifických střevních zánětů. Jednotlivé přípravky perorálních lékových forem obsahující mesalazin se mezi sebou liší v místě uvolňování léčiva a lékař volí konkrétní přípravek s ohledem na místo výskytu zánětu. Přípravek Salazopyrin® EN por. tbl. ent. obsahuje sulfasalazin, který je podobně jako přípravek Sulfasalazin® K-EN por. tbl. ent. metabolizován ze 70 % v tlustém střevě na mesalazin a sulfapyridin, 30 % sulfasalazinu se absorbuje v tenkém střevě. Tablety přípravku Asacol® por. tbl. ent. jsou obaleny polymerem rozpustným při pH>7, čímž dochází

k uvolnění již přímo mesalazinu v terminálním ileu a tlustém střevě, podobně jako je tomu u přípravku Salofalk® por. tbl. ent. Přípravek Pentasa® tbl. ret. tvoří obalené mikrogranule, které uvolňují mesalazin kontinuálně od duodena po rektum (22).

Hledisko stavu pacienta

Generická substituce je doporučována jen s velkou opatrností nebo není doporučována vůbec u pacientů se zvýšeným rizikem při změně léku. Mezi takovéto pacienty se řadí:

- 1. epileptici,**
- 2. pacienti se sepsí,**
- 3. pacienti po transplantaci a pacienti v jiných kritických stavech** (průkaz bioekvivalence zkušeno na zdravých dobrovolnících a ne na pacientech v kritických stavech (23),
- 4. staré osoby a polymorbidní pacienti** (odlišný metabolismus od zdravých dobrovolníků, možné interakce se současně podávanými léky),
- 5. diabetici** (nutnost optimální kompenzace pacienta vzhledem k možným vážným následkům),
- 6. astmatici** (nevhodné zaměňovat roztoky nebo prášky pro dávkovací inhálátory, deriváty theofylinu mají úzký terapeutický index),
- 7. alergici** (možná alergie na rozdílné pomocné látky) (2).

Ad 1) Epileptici

Ztráta kompenzace pro epileptického pacienta znamená výskyt epileptických záchvatů, při kterých může vážně poranit jak sebe, tak i ostatní. Na druhé straně vzhledem k obecně úzkému terapeutickému indexu antiepileptik i mírně zvýšená dávka nad optimální koncentraci může vést k intoxikaci a celé škále vedlejších účinků (24, 25). Následují příklady z literatury, které jsou spojeny s problémy s biodostupností antiepileptik:

U generického výrobce přípravku s **karbamazepinem** se zjistila rozdílná biodostupnost léčiva u různých šarží léku (9). Ve studii s přípravky obsahujícími **klonazepam** se léčivo absorbovalo mnohem rychleji u pacientů s normálním žaludečním pH oproti pacientům se zvýšeným žaludečním pH (9). U léků s **primidonem** byla zpochybněna bioekvivalence u mladých dívek pro větší výskyt záchvatů po převedení na generický přípravek (7). V publikované studii porovnávající plazmatické hladiny originálního a generického přípravku s **diazepamem** se zjistila signifikantně nižší plazmatická koncentrace po aplikaci generického přípravku (26). Ve studii s přípravky obsahujícími **lamotrigin** se vyskytly epileptické záchvaty po převedení na generický lamotrigin a došlo k opětovnému nabytí kontroly po změně léčby zpět na originální přípravek (27).

u lékových forem s prodlouženým uvolňováním není důležitá pouze délka prodlouženého uvolňování, ale také kinetika tohoto uvolňování

kinetika nultého řádu zajišťuje uvolňování stále stejného množství léčiva nezávisle na počáteční koncentraci nebo na množství již uvolněné účinné látky

u kinetiky prvního řádu se léčivo uvolňuje rychleji na začátku a s časem se rychlost uvolňování zpomaluje

staré osoby a polymorbidní pacienti mají odlišný metabolismus od zdravých dobrovolníků a více možných interakcí se současně podávanými léky

Ad 2) Pacienti se sepsí

Pacienti se sepsí mají na rozdíl od zdravých dobrovolníků, na kterých se prokazuje bioekvivalence, změněné hemodynamické parametry, jako je kapilární permeabilita (v důsledku zánětlivé odpovědi a uvolnění cytokinů a dalších chemických mediátorů), acidobazická rovnováha a orgánové funkce. U hydrofilních antibiotik dochází k jejich snížené koncentraci vyplývající ze zvýšeného distribučního objemu v důsledku zvýšené permeability, lipofilní nebo amfoterní antibiotika jsou díky svému velkému distribučnímu objemu ovlivněna méně. V následném septickém stavu spojeném s hypovolemií, hemodynamickým kolapsem, renální a hepatální insuficiencí dochází ke snížené eliminaci antibiotik a ke zvýšení jejich plazmatických koncentrací (28).

Závěr

Jedním z hlavních cílů zavedení generické substituce je snížení nákladů ve zdravotnictví při zachování kvality léčby. Vedle případů vhodných pro generickou substituci existují situace, které mohou vést po generické záměně léků jak ke zvýšenému riziku pro pacienta, tak i ke zvýšeným nákladům na léčbu v důsledku častějších následných návštěv lékaře, hospitalizací a dalších postupů vedoucích ke zpětné kompenzaci pacienta. Náležitou edukací pacienta o jeho zdravotním stavu vzhledem k možné generické substituci a vhodným používáním požadavku na receptu „nezaměňovat“ (v případě bezdoplatkových léků nemá tento požadavek pro lékaře žádné následky) je možné přispět k opravdovému snížení nákladů ve zdravotnictví při zachování kvality léčby.

Literatura

1. Vetchý, D., Frýbortová, K., Rabišková, M., Daněčková, H. Bioekvivalenční studie léčivých přípravků v České republice. Časopis lékařů českých, 2007, 146, 5, 431–433.
2. SÚKL, Farmakoterapeutické informace, 2/2008.
3. Gebauerová, M. Nové směry v kontrole účinnosti antikoagulační léčby. Remedia, 2006, 5, 525–526.
4. Hope, K.A., Havrda, D.E. Subtherapeutic INR values associated with a switch to generic warfarin. The Annals of pharmacotherapy, 2001, 35, 2, 183–187.
5. Richton-Hewett, S., Foster, E., Apstein, C.S. Medical and economic consequences of a blinded oral anticoagulant brand change at a municipal hospital. Archives of internal medicine, 1988, 148, 4, 806–808.
6. DeCara, J.M., Croze, S., Falk, R.H. Generic warfarin: a cost-effective alternative to brand-name drug or a clinical wild card? Chest, 1998, 113, 2, 261–263.
7. Besag, F.M. Is generic prescribing acceptable in epilepsy? Drug safety, 2000, 23, 3, 173–182.
8. Hodges, S., Forsythe, W.I., Gillies, D., Remington, H., Cawood, A. Bio-availability and dissolution of three phenytoin preparations for children. Developmental medicine and child neurology, 1986, 28, 6, 708–712.
9. Meyer, M.C., Straughn, A.B. Biopharmaceutical factors in seizure control and drug toxicity. American journal of hospital pharmacy, 1993, 50, 12, Suppl 5, S17–22.
10. Borgheini, G. The bioequivalence and therapeutic efficacy of generic versus brand-name psychoactive drugs. Clinical therapeutics, 2003, 25, 6, 1578–1592.
11. Rosenbaum, D.H., Rowan, A.J., Tuchman, L., French, J.A. Comparative bioavailability of a generic phenytoin and Dilantin. Epilepsia, 1994, 35, 3, 656–660.
12. Chen, S.S., Allen, J., Oxley, J., Richens, A. Comparative bio-

availability of phenytoin from generic formulations in the United Kingdom. Epilepsia, 1982, 23, 2, 149–152.

13. Ansbacher, R. Low-dose oral contraceptives: health consequences of discontinuation. Contraception, 2000, 62, 6, 285–288.
14. Lam, Y.W., Ereshefsky, L., Toney, G.B., Gonzales, C. Branded versus generic clozapine: bioavailability comparison and interchangeability issues. The Journal of clinical psychiatry, 2001, 62 Suppl 5, 18–22; discussion 23–4.
15. Kluznik, J.C., Walbek, N.H., Farnsworth, M.G., Melstrom, K. Clinical effects of a randomized switch of patients from clozaril to generic clozapine. The Journal of clinical psychiatry, 2001, 62, Suppl 5, 14–17.
16. Vergouwen, A.C., Bakker, A. Adverse effects after switching to a different generic form of paroxetine: paroxetine mesylate instead of paroxetine HCl hemihydrate. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 2002, 146, 17, 811–812.
17. Grubb, B.P. Recurrence of ventricular tachycardia after conversion from proprietary to generic procainamide. The American journal of cardiology, 1989, 63, 20, 1532–1533 (case report).
18. Kowey, P.R. Pharmacological effects of antiarrhythmic drugs. Review and update. Archives of internal medicine, 1998, 158, 4, 325–332.
19. Ozahowski, T.P., Greenberg, M.L., Mock, P.P. Clinical inequivalence of generic and brand name type IA antiarrhythmic drugs. Pacing and clinical electrophysiology, 1998, 21, 809.
20. Epstein, S., Cryer, B., Ragí, S., Zanchetta, J.R., Walliser, J., Chow, J., Johnson, M.A., Leyes, A.E. Disintegration/dissolution profiles of copies of Fosamax (alendronate). Current medical research and opinion, 2003, 19, 8, 781–789.
21. Vetchý, D., Rabišková, M., Švarcová, M., Sýkora, T., Haring, A. Porovnání vybraných perorálních originálních a generických léků používaných v kardiologii na základě disoluční studie. Klinická farmakologie a farmacie, 2005, 19, 84–88.
22. Mikroverze AISLP 2008.1.
23. Sabatini, S., Ferguson, R.M., Helderman, J.H., Hull, A.R., Kirkpatrick, B.S., Barr, W.H. Drug substitution in transplantation: A national kidney foundation white paper. American journal of kidney diseases, 1999, 33, 2, 389–397.
24. Nuwer, M.R., Browne, T.R., Dodson, W.E., Dreifuss, F.E., Engel, J. Jr., Leppik, I.E., Mattson, R.H., Penry, J., Treiman, D.M., Wilder, B.J. Generic substitutions for antiepileptic drugs. Neurology, 1990, 40, 11, 1647–1651.
25. Krämer, G., Biraben, A., Carreno, M., Guekht, A., de Haan, G.J., Jedrzejczak, J., Josephs, D., van Rijckevorsel, K., Zaccara, G. Current approaches to the use of generic antiepileptic drugs. Epilepsy & behavior, 2007, 11, 1, 46–52.
26. Locniskar, A., Greenblatt, D.J., Harmatz, J.S., Shader, R.I. Bioinequivalence of a generic brand of diazepam. Biopharmaceutics and drug disposition, 1989, 10, 6, 597–605.
27. Makus, K.G., McCormick, J. Identification of adverse reactions that can occur on substitution of generic for branded lamotrigine in patients with epilepsy. Clinical therapeutics, 2007, 29, 2, 334–341.
28. Concia, E., Novelli, A., Schito, G.C., Marchese, A. Ideal microbiological and pharmacological characteristics of a quality antimicrobial agent: Comparing original and generic molecules. Journal of Chemotherapy, 2007, 19, 6, 609–619.

PharmDr. et Mgr. David Vetchý, Ph.D. - absolvoval Přírodovědeckou fakultu Masarykovy univerzity v Brně, obor organická chemie, studium úspěšně zakončil v roce 1995. Od roku 1995 do roku 1999 studoval na Farmaceutické fakultě Veterinární a farmaceutické univerzity Brno, kde získal titul magister farmacie. V roce 2002 po absolvování postgraduálního studia na FaF VFU Brno, obor farmaceutická technologie – galenická farmacie, získal titul Ph.D. a ve stejném roce i titul PharmDr. a atestaci 1. stupně z oboru lékárenství. Během svého studia farmacie začal pracovat jako asistent na Ústavu technologie léků Veterinární a farmaceutické univerzity Brno, kde působí dodnes již jako odborný asistent. Je garant předmětu Metody hodnocení a formulační dokumentace léčivých přípravků, vede laboratorní cvičení z předmětu Teorie lékových forem, Lékové formy a biofarmacie a Lékové formy vyšších generací. Je vedoucí diplomových, rigorózních a dizertačních prací. Ve výzkumu se zaměřuje na vývoj a hodnocení tuhých perorálních lékových forem, především pelet s řízeným uvolňováním léčiv do biosystému.

**Zaujal Vás
tento článek?**

**Pošlete nám Vaše
názory a zkušenosti
s generickou
substitucí
ve Vašich praxích.**

**Uzávěrka příspěvků
do 14. 12. 2008**

practicus@svl.cz



...tentokrát na návštěvě u slovenských kolegů

Ve dnech 16.-18. 10. 2008 jsme měli možnost účastnit se 51. odborné konference SSVPL SLS (Slovenská společnost všeobecného praktického lékařství SLS), která proběhla už tradičně v krásném prostředí lázeňského městečka Bojnice.

Nad konferencí všeobecných praktických lékařů převzal záštitu ministr zdravotnictví SR MUDr. Richard Raši, MPH. V organizačním výboru byla mimo jiné i ředitelka Kancelárie WHO na Slovensku MUDr. Darina Sedláková.

Konference se konala s podporou Regionálního úřadu Světové zdravotnické organizace pro Evropu (WHO/EURO), Evropského fóra pro primární péči (EFPC) a Asociace na ochranu práv pacientů (AOPP).

Hlavními body rokování konference byla aktuální témata dnešní doby jako např. ošetřování chronických ran, kardiovaskulární kompendium, diabetes mellitus. Velmi diskutovanou pak byla sekce: Primární starostlivost – kompetence – orientace na komunitu.

Měli jsme možnost prohodit s našimi slovenskými kolegy změny, které nastaly v ordinacích primární péče jak na Slovensku, tak i v Čechách.

Nabízelo se srovnání současné situace jak z hlediska odborného, tak i společenského postavení všeobecných praktických lékařů v obou velmi si blízkých republikách.

Na této konferenci byl poprvé historicky přítomen i děkan Lékařské fakulty University Komenského prof. MUDr. Peter Labaš, který pod dojmem našeho rozhovoru o výuce mediků 4. a 6. ročníku fakulty v oblasti primární péče na Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK Praha vyhlásil na konferenci rozhodnutí o zřízení katedry všeobecného lékařství, která by měla výrazně podpořit vzdělávání mediků a umožnit nástup mladé generace vzdělaných praktických lékařů do slovenských ordinací. Slovenská republika, zrovna tak jako Česká, má velmi vysoký věkový průměr praktikujících všeobecných lékařů.

V posledních letech se nesporně vůdčí osobností slovenské společnosti praktických lékařů stává její prezident, a též prezident 51. konference MUDr. Peter Lipták, kterého jsem požádala o krátký rozhovor.

Na některé aktuální otázky současné doby mi odpověděl také MUDr. Peter Marko – vědecký sekretář SSVPL SLS. Z níže uvedených odpovědí těchto, ale i dalších lékařů lze docela dobře složit poměrně přesný obraz současné situace slovenských praktických lékařů.

Kolik je na Slovensku v současné době aktivně pracujících praktických lékařů?

V současné době je cca 2 300 praktikujících všeobecných lékařů.

Jaký je průměrný počet kapítovaných a jaká je t. č. výše kapitační platby?

Průměrný počet kapítovaných na jednoho všeobecného lékaře je cca 1 800 pacientů. Ale jsou velké rozdíly od 1 100 do 3 000 pacientů.

MUDr. Peter Lipták

prezident SSVPL SLS, narozený 1960, vystudoval gymnázium ve Zvolenu. Vojenskou lékařskou fakultu v Hradci Králové absolvoval 1985. Krátce pracoval v nemocnici v Ružomberoku a do roku 1989 vojenský lékař v Mariánských Lázních. V roce 1990 atestoval z všeobecného lékařství.

Od roku 1996 má svoji soukromou praxi na Náměstí SNP v Bratislavě.

V současné době prezident společnosti všeobecného lékařství Slovenské republiky se ze všech sil věnuje organizaci zvýšení kvality ve vzdělávání slovenských praktických lékařů.



MUDr. Peter Marko

vědecký sekretář SSVPL SLS, narozený 1970, absolvoval Lékařskou fakultu University Komenského v Bratislavě v roce 1994, poté praxe na interním oddělení nemocnice Dr. Vojtěcha Alexandra v Kežmaroku. Absolvent francouzské homeopatické školy C.E.D.H. Paříž v roce 2002–2004. Od roku 1999 soukromá praxe všeobecného praktika v Kežmaroku. Od

května 2006 vědecký sekretář Slovenské společnosti všeobecného praktického lékařství, delegát sněmu slovenské lékařské komory a člen RLK Prešov.

ného lékaře je cca 1 800 pacientů. Ale jsou velké rozdíly od 1 100 do 3 000 pacientů.

Podle informací doktora Marka byla kapitační platba v období 1. 1. 1998 – 28. 2. 2006 35 Sk na pacienta měsíčně. Lékaři byli silně nespokojeni a celá situace se vyhrotila v březnu 2006, kdy odmítli podepsat smlouvy se VŠZP, a.s., která opakovaně nabídla 35 Sk. Bohužel jedna konkrétní ambulantní skupina (občanské združení Zdravita) podepsala tento návrh, a oslabil tak celkové jednání. Přesto se však podařilo, že většina samostatných praktických lékařů se rozhodla nevýhodné smlouvy nepodepsat. Vznikla tak patová situace, kdy nebyla pokryta minimální ambulantní síť praktických lékařů, zejména se jednalo o košický a prešovský kraj. Následovala jakási mobilizace slovenských praktických lékařů včetně nových voleb do výboru Slovenské společnosti všeobecného praktického lékařství, zvýšila se snaha o kvalitnější vzdělávání PL, zintenzivnil se lobbying všeobecného lékařství ve zdravotních pojišťovnách. Hodnota kapitace byla navýšena na 52 Sk pro rok 2008. Současnou úroveň plateb však ještě stále považujeme za nedostatečnou a dále bojujeme za seriózní diferencování kapitačních plateb s adekvátním navýšením pro populaci starší 50 let.

Jaké máte v současné době na Slovensku zdravotní pojišťovny?

Na slovenském trhu zdravotního pojištění působí v současnosti 5 zdravotních pojišťoven. Štátní Všeobecná zdravotní pojišťovna, Společná zdravotní pojišťovna a súkromné pojišťovny Dohvera (Penta Group), Apollo (Agel a Penta Group), Union (Eureko – Holandsko). V květnu 2008 vyhlásil J&T, majitel

profesor MUDr. Labaš vyhlásil na konferenci rozhodnutí o zřízení katedry všeobecného lékařství

**SSV PL se snaží
odbornou argumentací
získat lepší
ocenění práce PL**

Europskej zdravotnej poisťovne, její likvidaci. Současná vláda odmítá zisk zdravotních pojišťoven a preferuje systém jediné státní zdravotní pojišťovny. Smlouvy se ZP si uzavírají všeobecní praktici samostatně, část poskytovatelů je začleněná v občanském sdružení Zdravita (ASL SR), kdy se poskytovatelé vzdávají svého práva na podepisování smluv ve prospěch delegáta za Zdravitu. Zdravita zastupuje současně praktiky pro děti, pro dospělé i specialisty. Při zatímních jednáních byly preferovány zájmy zejména specialistů a pediatrů. Výše plateb není odlišena ani vzděláním, lepší kvalitou či lepším přístrojovým vybavením ordinace. SSV PL proto v současnosti vyvíjí svoje vlastní aktivity za lepší ohodnocení práce praktického lékaře. Odbornou argumentací se snaží získat lepší ocenění práce těch PL, kteří mají vyšší kvalitu vzdělání nebo lepší přístrojové vybavení ambulance.

Jak je to u vás s odesíláním pacientů na další odborná vyšetření, potřebují vaše doporučení?

Od ledna 2008 platí povinný systém odesílání pacienta ke specialistovi prostřednictvím výměnného poukazu. Tím se zabezpečuje kontrola svévolného putování pacienta po specialistech. Všeobecný praktik má tímto způsobem možnost uplatňovat „gatekeeping“ v primární péči.

Jak probíhá v současné době na Slovensku specializační příprava PL a atestační zkouška?

Zatím probíhá předatestační stáž a příprava na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislavě, kde působí jediná katedra všeobecného lékařství na Slovensku. Akreditaci pro zřízení katedry všeobecného lékařství teď však získala i Jeseniova lékařská fakulta v Martině a Lékařská fakulta Košice. Do specializační přípravy VLD může být lékař zařazen po úspěšném absolvování postupové zkoušky z vnitřního lékařství a absolvování doporučeného „kolečka“ na určených odděleních nemocnice. Toto vše je završeno závěrečnou 6měsíční stáží v ambulanci všeobecného praktického lékaře.

Euroatestace ze všeobecného lékařství probíhá dva dny. První den lékař absolvuje před komisí atestační práci, dělá zkoušku z cizího jazyka a píše komplexní test ze všeobecného lékařství. Druhý den probíhá ústní zkoušení ze dvou okruhů otázek, praktická zkouška v podobě kazuistiky pacienta, praktická zkouška z RTG snímků a EKG záznamů.

Jaký máte názor na generickou substituci léků?

Generická substituce je cestou ke stabilizaci nákladů na léky ve zdravotnictví a možnost zabezpečit pacientovi cenově dostupné léky s přijatelnými doplatky.

Co objednávací systém v ordinaci – funguje u vás?

Pacienty objednáváme na periodické preventivní prohlídky každé dva roky a podle možností i v ostatních případech. Přednostně samozřejmě ošetřujeme akutní případy a těhotné pacientky. K organizaci práce v ambulanci velmi využíváme ambulantní software.

Je na Slovensku možné prodat lékařskou praxi?

Možnost prodeje praxe VLD fyzické osoby oficiálně ve Slovenské republice není. Avšak v případě



právnických osob, tzn. s. r. o., je možné zrealizovat prodej obchodního podílu na nového majitele a následně dojde ke změně odborného garanta ve společnosti. Problémem je, že neexistují zatím způsoby jak správně ocenit praxi všeobecného lékaře.

Po všeobecných informacích jsem poprosila naše kolegy, aby nám řekli něco o sobě a o svém vztahu k práci a cokoliv konkrétního o své praxi.

MUDr. Peter Lipták: Chápu svoji praxi jako velký dar možnosti komunikovat s lidmi. Snažím se řešit a pomáhat jim s jejich problémy, snažím se pacientům pomáhat i psychicky. Stojí to hodně energie, kterou pacientům rád dávám při všech příležitostech. At už v ambulanci nebo v domácí péči. Registrovaných pacientů mám cca 2 500. Pan doktor se mi dále svěřil, že má „nejlepší sestřičku“, která dříve pracovala v nemocnici, ale svou současnou práci si nemůže vynachválit. Společně s panem doktorem pracují již 5 let. Sestra má veškeré moderní vybavení včetně EKG, spirometrie, měření ABI indexu systémem BOSO, infuzní terapii. Všechny odběry provádí sama. V ordinaci funguje objednávací systém pro prevence, odběry a komplikovanější případy. Ostatní pacienti v kurativní péči přicházejí průběžně a řešíme je postupně. Samozřejmě mají přednost akutní případy a těhotné pacientky. Ostatní musí „čekat“.

MUDr. Lipták si myslí, že čas, který pacienti stráví v čekárně, nemusí být ztraceným časem... (cituji): „kdežto poskytuje široké edukačné možnosti. Také společné čekání s jinými pacienty pomáhá vytvářet aj tzv. komunitu pacientů konkrétního lékaře.“

Proto připravuje společnost všeobecného praktického lékařství projekty na velkoplošné obrazovky se vzdělávacími materiály – ne pouhá reklama. Čekající pacient tak získá hodně nových informací. Co se týče oblasti vzdělávání PL říká MUDr. Lipták, že slovenští kolegové hledají vhodnou formu pro regionální vzdělávání. Nemají zatím dost dobře vytvořenou síť regionálních zástupců. Většina dění ve společnosti se zatím odehrává na celoslovenských akcích, doslova: „Od roku 2008 přešli na jednu výroční konferenci, na budoucí rok to bude jubilejní XXX. Druhý, jarní konferenci pretransformovali v spolupráci s SLS na Fórum spolupráce v starostlivosti o pacienty s konkrétním onemocněním. Například v dubnu na budoucí rok bude Fórum spolupráce o pacientech s plícními a ORL onemocněními. Tohoto roku sme mali Fórum spolupráce o pacientech s hypertenziou. Na těchto fórech, které sú súčasne kongresom SLS a konferenciami

**uplatnění
„gatekeepingu“**

**euroatestace
probíhá dva dny
- atestační práce,
zkouška z cizího jazyka,
kompletní test**



príslušných odborných spoločnosti špecialistov, hľadáme okrem nových vedomostí aj spoluprácu a rozdelenie kompetencií pri starostlivosti o jednotlivé ochorenia medzi všeobecných lekárov a príslušných špecialistov.“

Inspiratívni jsou pro naše slovenské kolegy i ústavy všeobecného lékařství na 1. LF UK a obecné ústavy na českých fakultách, kde se učí primární péče. Na Slovensku tomu zatím tak není, přestože jsou tam tři lékařské fakulty - Bratislava, Martin, Košice.

Přímo zde na konferenci však slovenští praktici získali slib děkana profesora MUDr. Petra Labaše o zřízení katedry všeobecného lékařství na Univerzitě Komenského v Bratislavě, a tak se snad konečně kolegové dočkají výuky primární péče pro mediky.

Pro Slovenskou společnost VPL jsou důležité její mezinárodní aktivity v rámci Evropského fóra pro primární péči a v organizaci WONCA.

Velmi důležitá je spolupráce s Regionálním úřadem Světové zdravotnické organizace pro Evropu (WHO/EURO). Současná slovenská vláda podporuje rozvoj primární péče tak, jak to má ve svém programovém prohlášení. Doktor Lipták je členem kategorizační komise MZ, imunizační komise a má řadu dalších užitečných aktivit.

Slovenská odborná společnost velmi úzce spolupracuje s patientskými sdruženími, takže vyhlásila iniciativu Všeobecní lékaři za práva pacientů.

Podle informace kolegů se pan doktor Lipták věnuje práci v odborné společnosti naplno, takže mu již mnoho času nezbyvá na relaxaci, natož na rodinu.

Jak nám pan doktor řekl, jeho manželka (redaktorka) je též workoholická, takže mu už devět let toleruje jeho nekonečnou práci pro společnost. Podle názoru pana doktora přišel vhodný čas pro změnu v systému, posilují se kompetence praktického lékaře, zvyšuje se význam a potřeba kontinuálního vzdělávání praktických lékařů, kteří jsou v současné době cituji: „držitelé brány“.

MUDr. Peter Marko: Všeobecným praktikom som sa rozhodol stať vo štvrtom ročníku lekárskej fakulty, kde som si uvedomil svobodu rozhodovania a zároveň jeho zodpovednosť v tejto špecializácii. Za chod ambulance jsem osobně zodpovědný, při čemž mnohé věci můžem menit k lepšímu. Mojm osobným vzorom je MUDr. Vojtěch Alexander, ktorý pôsobil v Kežmarku v 19. storočí založil mestskú nemocnicu pre chudých, robil množstvo experimentov s RTG prístrojom: nakoniec pôsobil ako profesor radiologie V Budapešti na lekárskej fakulte.

Klientela mojej ambulancie je roznorodá. V Kežmarku ordinujem 4 hodiny, pacienti jsou převážně zaměstnanci textilnej továrny a zahraničných spoločností z priemysleného parku města. Okrem toho ordinujem v obci Slovenská Ves, kde klientelu tvorí najmä nezamestnaní, romská komunita a duchodci. Realizujem už niekoľko rokov projekty ke zlepšení zdravotního stavu Romov z prostriedkov Eurofondov. Vybavení ordinace je celkom moderné od EKG po Bioptronovu lampu. Splnil som podminky euroatestácie a v súčasnosti ešte študujem riadenie verejného zdravotníctva.

V budúcnosti by som si želal plnohodnotné a rovnoprávne postavenie vzdelaného erudovaného všeobecného praktika vo vzťahu ku všetkým spe-

cialistom. Generačné omladenie všetkých lekárov s väčším zástupní mužské populácie v odbore, väčšie sebevedomenie a profesionálnu hrdosť na prácu všeobecného lekára. Želám si motivujúce ohodnotenie zo strany zdravotníckych poisťovní.

Dozvedela jsem se, že pro pana doktora Marka je nejlepší relaxací práce na zahradě a nejlepší dovolená s rodinou a dětmi v létě u moře.

Jak je z rozhovoru vidno zůstává českým i slovenským praktickým lékařům mnoho společných a podobných problémů. Obě odborné společnosti by mohly více spolupracovat i na některých odborných projektech, včetně společné podpory v dalších mezinárodních aktivitách. Už to, že mezi námi neexistuje jazyková bariéra přímo volá po výměně zkušeností a navazování kontaktů.

Na otázku co hodnotí slovenští lékaři jako pozitivní na české straně jsme se dozvěděli:

MUDr. Marko je toho názoru že českým kolegům je čo závidieť. Vybavenie ambulancií, nižšie počty kapítovaných pacientov, fungujúcu odbornú spoločnosť, perfektný časopis Practicus, výrazne lepší financovanie celého rezortu zdravotníctva t.č. dokonca existenci regulačných poplatkov, ktoré majú svoje veľké opodstatnenie.

MUDr. Lipták s tým súhlasí ale vidí lepšie stránky aj na Slovensku, napríklad možnosť manažovať pacienta pomocou výmenných lístkov dáva práci praktikov na Slovensku rozmer zmyslupnej primárnej starostlivosti. Na opodstatnenosť regulačných poplatkov existujú na Slovensku tiež rôzne názory aj medzi všeobecnými lekármi. Napríklad MUDr. Lipták je proti nim pretože si ctí teóriu primárnej starostlivosti kde základným jej atribútom je dostupnosť bez akýchkoľvek bariér. Hovorí, že toto je esenciálne pre budovanie kvalitnej primárnej starostlivosti orientovanej na pacienta a na komunitu.

Obaja sa zhodli, že „Napriek problémom sme v odbore VLD urobili od roku 2006 veľký kus práce, a veríme ve výraznejší pokrok vo Slovenskej republike práve v nadchádzajícím období po zavedení EURA.“

Přejeme SVL ČLSJEP vela uspechov při přípravách konferencie WONCA 2013, určité se ji zúčastní celá řada našich slovenských kolegů.

Všem českým praktickým lékařům přejem hodně zdraví, optimizmu a sil do další práce.

Rozhovor vedla: MUDr. Jana Vojtíšková



českým a slovenským PL zůstává mnoho společných a podobných problémů

„českým kolegům je čo závidieť“

napriek problémom v odbore VLD urobili slovenští kolegovia veľký kus práce

Je arterioskleróza reverzibilní?

Souhrn: V roce 1990 publikoval v časopise Lancet Dr. Dean Ornish studii, ve které prokázal, že radikální změna životního stylu v oblasti stravování, pohybu (fyzické aktivity), kouření a redukce stresu vede k reverzi arteriosklerózy. Nejdůležitějším faktorem, který nejvíce přispěl k procentům reverze arteriálních stenóz, byla věrnost, s jakou účastníci plnili doporučení organizátorů programu. V průměru se po roce v experimentální skupině zlepšil průtok stenózami ze 61,1 % na 55,8 %, ale zhoršil se v kontrolní skupině ze 61,7 % na 64,4 % ($p = 0,03$). Experimentální skupina prožila normalizaci krevních lipidů, redukci váhy a 91% redukci ve frekvenci anginy pectoris, 42% redukci v trvání anginy pectoris a 28% redukci v intenzitě anginy pectoris.



MUDr. Peter Pribiš, Dr.P.H.

Arterioskleróza

Při vzniku a procesu arteriosklerózy dochází k poruše endotelu, k zánětu, k průniku lipoproteinů do stěny artérie, ke krystalizaci cholesterolu a zmožení vaziva ve vnitřní vrstvě arteriální stěny. Artérie ztrácí pružnost, postupně se zužuje, až může dojít k úplné okluzi a následné ischemii příslušné části organismu (srdce, mozku, dolní končetiny apod.). Klasická léčba arteriosklerózy pozůstává z užívání hypolipidemik, kontroly hypertenze a dalších rizikových faktorů. Invazivní léčba je možná pomocí bypassu nebo stentu. Již před více než 30 lety bylo prokázáno, že arterioskleróza je reverzibilní u zvířat – u psů, koček, kralíků, prasat a primátů (1-4). Až teprve v roce 1979 byla publikována první studie (5) zabývající se možností reverze arteriosklerózy u lidí. Naneštěstí se jednalo pouze o malou studii bez randomizace. V roce 1990 publikoval Dr. Dean Ornish v časopise Lancet studii (6), která zcela změnila naše chápání progresu a možností léčby arteriosklerózy. Do roku 1990 oficiální postoj internistů i kardiologů byl, že arterioskleróza je ireversibilní a jediná možná omezená reverze je pomocí farmakoterapie.

The Lifestyle Heart Trial

The Lifestyle Heart Trial (studie zabývající se vlivem životního stylu na srdeční onemocnění) proběhla v roce 1989. Celkem 41 dobrovolníků bylo rozděleno náhodně do experimentální nebo kontrolní skupiny (Tabulka 1). Všichni účastníci prodělali selektivní koronární angiografii na začátku studie a pak za 12 měsíců. Pouze stenózy, které byli větší než 50 %, byly změřeny a opětovně kontrolovány po 1 roce. Účastníkům byla odebrána krev na analýzu krevních lipidů na začátku studie, za 6 měsíců a po 1 roce od začátku studie. V úvodu studie a po 1 roce všichni účastníci vyplnili 3denní jídelníček pro kontrolu dodržování změn stravování.

Pro experimentální skupinu změna životního stylu

začala jednotýdenním intenzivním setkáním, kde se účastníci naučili základním principům nového zdravého životního stylu. Účastníci se pak pravidelně setkávali 2x týdně po 4 hodinách celý jeden rok. Experimentální skupina byla požádána udělat radikální změnu ve svém životním stylu ve čtyřech oblastech: **stravování, pohyb (fyzická aktivita), kouření a redukce stresu**. Účastníci byli požádáni radikálně změnit způsob stravování a dodržovat nízkotučnou vegetariánskou stravu, která pozostávala z ovoce, zeleniny, celozrnných výrobků, luštěnin a sóji. Doporučená strava byla bez kalorické restrikce. Jediné dovolené živočišné produkty byly beztučný jogurt i mléko a vaječný bílek. V tomto způsobu stravování pouze 10 % energie pocházelo z tuků. Mezi zakázané potraviny patřily veškeré volné tuky (olej, máslo), ale také ořechy, avokádo nebo olivy. Káva byla zakázána, alkohol byl omezen na 2 drinky denně. Tato strava byla nutričně adekvátní a obsahovala všechny potřebné živiny kromě vitamínu B12, který byl podáván v tabletách. Pacienti byli požádáni každý den praktikovat 1 hodinu redukce stresu technikou, kterou si sami zvolili (stretching, meditace, progresivní relaxace, vizualizace, hluboké dýchání apod.). Jediná kouřící účastnice přestala kouřit cigarety na začátku studie. Účastníkům byla doporučena fyzická aktivita na základě zátěžového testu v rozmezí 50-80 % maximálního srdečního tepu po dobu 3 hodin týdně (30 minut denně). Dvakrát týdně během setkání klinický psycholog prováděl s účastníky cvičení pro udržení motivace a vysoké morálky. U účastníků kontrolní skupiny se nevyžadovalo udělat žádné zásadní změny životního stylu.

Původní studie skončila v roce 1990. Účastníci byli ale dál pozorováni a v roce 1998 Dr. Ornish publikoval v JAMA (7) výsledky studie po 5-ti letech. V Tabulce 2 jsou shrnuty hlavní změny v rizikových faktorech po roce a po pěti letech. **Nejdůležitějším ukazatelem**, který nejvíce přispěl k faktu reverze stenóz a její procentuální velikosti, **byla věrnost**, s jakou účastníci plnili **doporučení organizátorů programu**. U lidí, kteří nejvíce dodržovali doporučení (změna stravování, redukce stresu, fyzická aktivita) došlo v průměru ke zvětšení průtoku stenózami o 4,5 % (po 1 roce) a o 6,81 % po 5 letech v kontrastu k lidem, kteří moc nedodržovali doporučení a u kterých došlo ke zvětšení průtoku pouze o 0,4 % (po 1 roce) a 0,37 % (po 5 letech). Ne u všech stenóz došlo k reverzi aterosklerózy, ale u většiny ano. V průměru se v experimentální skupině po 1 roce zlepšil průtok stenózami ze 61,1 % na 55,8 %, ale zhoršil se v kontrolní skupině ze 61,7 % na 64,4 % ($p = 0,03$). **Experimentální sku-**

Tabulka 1: Charakteristika účastníků studie

	Průměr (Standardní odchylka)	
	Experimentální skupina (n = 22)	Kontrolní skupina (n = 19)
Muži/Ženy	21/1	15/4
Věk (roky)	56.1 (7.5)	59.8 (9.1)
Váha (kg)	91.1 (15.5)	80.4 (22.8)
Body Mass Index	28.4 (4.1)	26.5 (5.3)
Vzdělání (roky studií)	15.9 (2.9)	14.2 (3.0)



Tabulka 2: Změny v rizikových faktorech

	Začátek studie		1 rok - Průměr		<i>p</i> Začátek – 1 rok	5 let		<i>p</i> Začátek – 5 let
	Průměr (standardní odchylka)		Průměr (standardní odchylka)			Průměr (standardní odchylka)		
	Experi- mentální skupina (n=20)	Kon- trolní skupina (n=15)	Experi- mentální skupina (n=20)	Kon- trolní skupina (n=15)		Experi- mentální skupina (n=20)	Kon- trolní skupina (n=15)	
Celkový cholesterol (mmol/L)	5.83 (0.31)	6.42 (0.24)	4.22 (0.22)	6.33 (0.38)	0.004	4.87 (0.20)	5.62 (0.20)	0.60
LDL-C (mmol/L)	3.72 (0.29)	4.30 (0.19)	2.24 (0.24)	4.25 (0.38)	0.003	2.99 (0.20)	3.47 (0.21)	0.76
HDL-C (mmol/L)	1.04 (0.07)	1.36 (0.14)	0.94 (0.10)	1.34 (0.10)	0.35	0.90 (0.05)	1.28 (0.12)	0.54
TG (mmol/L)	5.90 (0.69)	5.78 (1.63)	6.69 (0.75)	4.30 (0.40)	0.17	6.11 (0.59)	5.46 (0.78)	0.78
Apo A-1 (g/L)	1.331 (0.046)	1.575 (0.092)	1.308 (0.057)	1.761 (0.121)	0.11	1.302 (0.092)	1.839 (0.139)	0.04
Apo B (g/L)	1.000 (0.054)	1.024 (0.062)	0.7685 (0.046)	1.085 (0.053)	0.004	1.014 (0.072)	0.991 (0.083)	0.63
Systolický krevní tlak (mm Hg)	135.3 (4.0)	137.2 (4.5)	126.4 (3.9)	128.8 (4.5)	0.96	130.0 (3.9)	123.3 (4.7)	0.19
Diastolický krevní tlak (mm Hg)	81.70 (2.05)	80.27 (3.15)	77.03 (2.01)	75.07 (8.15)	0.91	76.63 (2.01)	73.61 (3.25)	0.74
Váha (kg)	91.40 (3.42)	75.74 (4.37)	80.64 (2.48)	77.18 (4.73)	0.001	85.64 (2.88)	77.09 (4.5)	0.001
Průměr stenóz (%)	38.92	42.50	-1.75	2.28	0.02	-3.07	11.77	0.001
Průměr (95 % CI)	(35.29- 42.54)	(38.18- 46.81)	(-4.08- 0.58)	(-3.0- 4.86)		(-5.91- -0.24)	(3.40- 20.14)	

Všechny statistické hodnoty (*p*) testují nulovou hypotézu, že neexistují změny mezi dvěma měřeními (např. začátek studie a 1 rok) mezi experimentální a kontrolní skupinou

pína prožila normalizaci krevních lipidů, redukcí váhy a 91% redukcí ve frekvenci anginy pectoris, 42% redukcí v trvání anginy pectoris a 28% redukcí v intenzitě anginy pectoris. V kontrastu kontrolní skupina zažila 165% nárůst frekvence anginy pectoris, 95% nárůst v trvání anginy pectoris a 39% nárůst v intenzitě anginy pectoris. Na základě této studie Dr. Ornish napsal knihu, která se stala v roce 1990 v USA bestsellerem (8). V diskuzi ke studii z roku 1990 (6) Dr. Ornish napsal: „Můžeme se zeptat důležitou otázku. Je možné zorganizovat něco podobného s velkými populacemi lidí? Smyslem této studie bylo ukázat, co je možné, ne zdali je to praktické.“

Aplikace a doporučení

Zkušenosti z USA ukazují, že přibližně 10 až 20 % pacientů má zájem o radikální nebo částečnou změnu životního stylu. Na základě studie z roku 1990 Dr. Ornish vypracoval zevrubný program změny životního stylu a některé zdravotní pojišťovny ho nabízejí klientům jako alternativu k obvyklé farmakoterapii. Tento program v USA ovšem není organizován ošetřujícím lékařem (ten pouze program nabídne a pacienta doporučí), ale oddělením preventivního lékařství. Nemocnice nebo polikliniky většinou zaměstnávají dietologa, psychologa anebo jiného odborníka na životní styl, který organizuje tyto programy. Pro motivovaného pacienta

tato možnost představuje atraktivní variantu léčby, která dlouhodobě přináší i zdravotním pojišťovnám značnou úsporu.

Literatura:

- 1.) Arch Pathol Lab Med 1976;100:372
- 2.) Arch Surg 1980; 115:1268
- 3.) Circ Res 1980;47:425
- 4.) Circ Res 1980;46:311
- 5.) Clinical Research 1979;27:720A
- 6.) Lancet 1990; 336:129-133
- 7.) JAMA 1998; 280 (23):2001-2007
- 8.) Ornish D. (1990) Dr. Dean Ornish's Program for Reversing Heart Disease. New York: Random House

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 Public Health v oboru výživa a epidemiologie. V letech 1997–2003 pracoval jako konzultant a lékařský odborný poradce pro několik organizací propagujících zdraví v ČR a pro německou asociaci Zdraví (Deutscher Verein für Gesundheitspflege). Od roku 2004 vyučuje výživu a prevenci na oddělení Nutrition and Wellness na Andrews University ve státě Michigan v USA. Jeho výzkum se soustřeďuje na oblast zdravého životního stylu, dlouhověkost a omega-3 nenasycené mastné kyseliny.

10 až 20 % pacientů má zájem o radikální nebo částečnou změnu životního stylu

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

2. část: Nejčastější arytmie



MUDr. Václav Durdil

prevalence fibrilace
síní stoupá s věkem

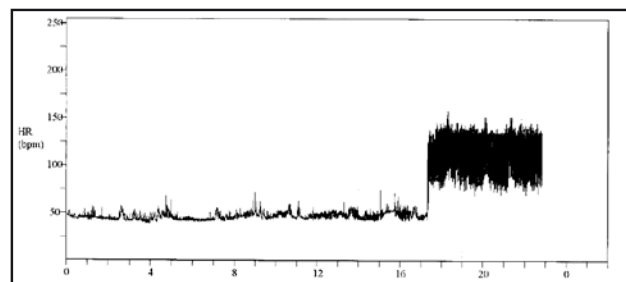
Arytmií nazýváme patologickou odchylku od normálního sinusového rytmu a jeho fyziologické reaktivity na zátěž. Arytmie dělíme dle různých hledisek, dle tepové frekvence na tachyarytmie a bradyarytmie, dle místa vzniku na supraventrikulární a komorové. Tachyarytmie jsou charakteristické rychlou tepovou frekvencí přesahující 100/min. Bradyarytmie jsou definovány poklesem tepové frekvence pod 50/min. Mezi nejčastější tachyarytmie patří fibrilace síní a flutter síní, nejčastějšími bradyarytmiemi jsou dysfunkce sinusového uzlu a síňokomorové blokády.

Fibrilace síní

Je suverénně nejčastější klinicky významnou poruchou srdečního rytmu, se kterou se můžeme setkat v běžné klinické praxi. Prevalence fibrilace síní stoupá s věkem, v dospělé populaci je udávána okolo 1 %, u osob starších 60 let



Obrázek 1: Fibrilace síní s rychlou komorovou odpovědí



Obrázek 2: Nově vzniklá fibrilace síní s rychlou komorovou odpovědí zachycená při Holterovské monitoraci EKG

3,8 %, u osob starších 80 let 9 %. EKG obraz je charakteristický absencí vln P a zcela nepravidelnými intervaly mezi komplexy QRS. Nekoordinovaná síňová aktivita je na EKG záznamu zobrazena fibrilačními vlnkami, které mohou mít různou amplitudu - od jemného kolísání izoelektrické linie až po hrubovlnnou fibrilaci síní, kdy mají fibrilační vlnky vyšší amplitudu a jsou zřetelně organizované a mohou být zaměněny

za flutter síní. V odlišení hrubovlnné fibrilace síní od flutteru síní pak je důležitá pravidelnost komorových stahů. Při komorové frekvenci nad 100/min. můžeme hovořit o tachyfibrilaci síní nebo o fibrilaci síní s rychlou komorovou odpovědí, poklesne-li komorová frekvence pod 50/min., jedná se o bradyfibrilaci síní, tepová frekvence v rozmezí 50-100/min. je označována jako klidná komorová odpověď.

Flutter síní

Flutter síní je druhou nejčastější supraventrikulární tachyarytmií. Flutter síní je patofyziologicky podmíněn kroužením depolarizace v oblasti síní, které způsobuje pravidelnou rychlou kontrakci síně a pravidelně se přenáší na komory. EKG obraz flutteru síní je charakteristický přítomností flutterových vlnek „F“ a pravidelnou komorovou odpovědí. Dle morfologie flutterových vlnek můžeme odhadnout lokalizaci reentry okruhu

v síních. Jsou-li vlny pilovité a bez izoelektrické linie, jedná se o typický flutter síní, který můžeme dále dělit na flutter šířící se proti směru hodinových ručiček (převážně negativní výchylka flutterových vln ve svodech II, III, aVF) a flutter po směru hodinových ručiček (bifázické vlny ve svodech II, III, aVF). Flutterové vlnky u atypického flutteru síní mohou být různě tvarovány a bývá mezi nimi přítomna izoelektrická linie. Převod flutteru na komory závisí na kapacitě síňokomorového vedení, nejčastěji bývá 2:1 až 4:1, někdy je stupeň blokády nepravidelný. U flutteru síní s blokem převodu na komory 2:1 bývá někdy flutterová vlna skryta ve vlně T a arytmie může být zaměněna za sinusovou tachykardii.

Dysfunkce sinusového uzlu a syndrom chorého sinu

Do této skupiny poruch srdečního rytmu zahrnujeme všechny poruchy automacie sinusového uzlu a poruchy sinoatriálního vedení. Do této skupiny řadíme sinusovou bradykardii, sinusové zástavy, sinoatriální

blokády, chronotropní inkompetenci a střídání bradykardie a paroxysmů tachykardie (tzv. brady-tachy forma). Pokud jsou tyto arytmie symptomatické, jsou označovány jako syndrom chorého sinu (sick sinus syndrome), zcela asymptomatické arytmie nazýváme dysfunkcí sinusového uzlu. Asystolická pauza je definována jako R-R interval přesahující 2 s. Chronotropní inkompetence je neschopnost akcelerace sinusového rytmu při zátěži nad 75 % predikované maximální tepové frekvence.

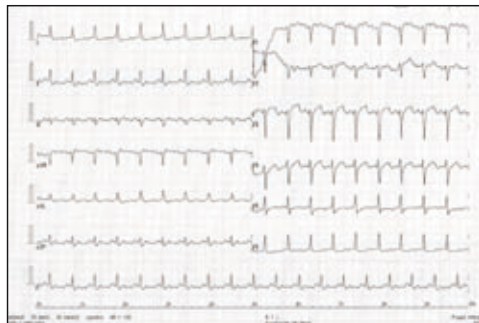
EKG obraz fibrilace síní
je charakteristický
absencí vln P a zcela
nepravidelnými
intervaly mezi
komplexy QRS

EKG obraz flutteru síní
je charakteristický
přítomností flutterových
vlnek „F“ a pravidelnou
komorovou odpovědí

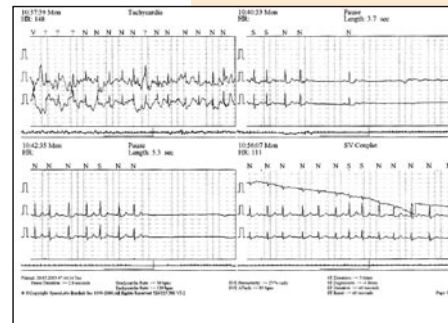
asystolická pauza
je definována
jako R-R interval
přesahující 2 s



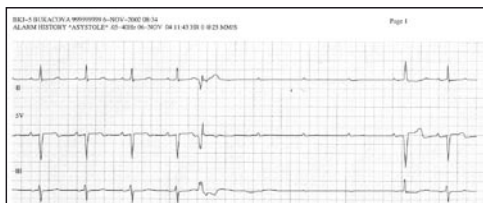
Obrázek 3: Typický flutter síní, rotace proti směru hodinových ručiček (counterclockwise), nepravidelný blok převodu na komory (2:1 střídavě s 3:1), TF 80/min.



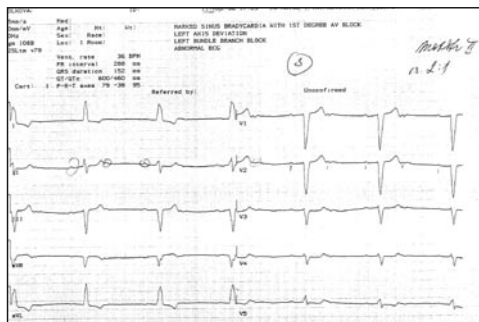
Obrázek 4: Typický flutter síní, rotace po směru hodinových ručiček (clockwise) s blokem převodu na komory 2:1, TF 115/min.



Obrázek 5: Sick sinus syndrom brady-tachy forma (záznam z Holterovské monitorace EKG)



Obrázek 6: Sinusový rytmus, pokročilá AV blokáda s asystolickou pauzou



Obrázek 7: Sinusový rytmus, AV blok II. stupně 2. typu (Mobitz)



Obrázek 8: Sinusový rytmus, AV blok III. stupně s neúčinnou kardiostimulací

Síňokomorové (atrioventrikulární, AV) blokády

Porucha síňokomorového vedení může vyústit v různé stupně síňokomorové (AV) blokády. Pouhé prodloužení síňokomorového vedení (PQ > 0,2 s) je označováno jako AV blokáda I. stupně. Dochází-li k periodickým výpadkům síňokomorového převodu, jedná se o AV blok II. stupně. AV blok II. stupně dále dělíme na 2 typy - 1. typ (tzv. Wenckebachovy periody) je charakteristický postupným prodlužováním síňokomorového převodu, až dojde k nepřevedení

vzruchu na komory a k opětovnému zkrácení PR intervalu za další vlnou P. AV blok II. stupně 2. typu (Mobitz) je závažnější než předchozí typ, na komory je převezen pouze každý x-tý síňový stah. U AV blokády 2:1 nelze z povrchového EKG spolehlivě určit, zda se jedná o 1. či 2. typ. Dalším druhem AV blokády je tzv. pokročilá AV blokáda, kdy není na komoru převezeno několik následných síňových stahů. Posledním, III. stupněm AV blokády je kompletní blok síňokomorového převodu.

AV blokáda I. stupně znamená pouhé prodloužení síňokomorového vedení, u AV bloku II. stupně dochází k periodickým výpadkům síňokomorového převodu

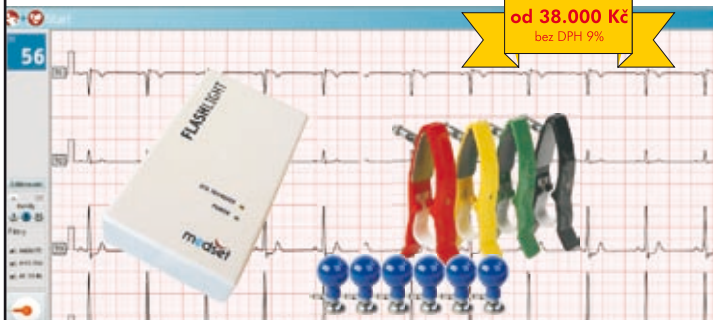
PŘÍSTROJOVÁ TECHNIKA PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

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 PC DOKTOR, AMICUS a další



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 31.12.2008

COMPEK
MEDICAL SERVICES
DODAVATEL KOMPLETNÍ ORDINACE

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

www.compek.cz
e-shop: www.tonometr.cz

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Alexandrova technika sestává z individualizovaných instrukcí zaměřených na pomoc pacientům, aby uvědoměním si svých pohybů dosáhli lepších tělesných návyků

riziko, že „pokročilé polypy“ budou progredovat do karcinomu je přibližně 1 % za rok

Alexandrova technika snižuje neschopnost při bolestech dolních zad

Klinická otázka: Může Alexandrova technika snížit neschopnost a bolest u pacientů s chronickou nebo rekurentní bolestí dolních zad?

Závěr: Alexandrova technika - systém výuky sebeuvědomování si tělesné postury a pohybů - byla více účinná při snižování neschopnosti u pacientů s chronickou nebo rekurentní bolestí dolních zad než běžná péče. Snížila také počet dnů s bolestí zad a zlepšila kvalitu života. Lektory Alexandrové techniky lze nalézt v mnoha komunitách. (LOE = 1b)

Reference: Little P, Lewith G, Webley F, et al. Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. BMJ 008;337:a884.

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená)

Financování: Nadace

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (primární péče)

Rozdělení: Tajné

Synopse: Při dané frekvenci bolesti dolních zad a neschopnosti, kterou působí, se výzkumníci rozhodli hledat kombinované přístupy, které by mohly navracet pacienty do vyšší funkčnosti.

Tito britští výzkumníci do studie zapojili 579 pacientů s chronickou nebo rekurentní bolestí dolních zad vybraných ze 64 všeobecných praxí v Anglii. Pacienti měli skóre 4 nebo více podle Rolandovy stupnice (Roland Disability index), průměrně 10,7–11,2, z celkově možných 28 a měli současnou bolest trvající alespoň 3 týdny. Pacienti byli náhodně přiděleni (tajné rozdělení) do 8 skupin po asi 70 pacientech. Kontrolní skupina dostávala běžnou péči, ostatní skupiny obdržely buď 6x masáž, nebo 6 nebo 24 lekcí Alexandrové techniky, s nebo bez cvičebního programu s max. 3 lekcemi behaviorálního poradenství. Alexandrova technika sestává z individualizovaných instrukcí zaměřených na pomoc pacientům, aby si více uvědomovali své pohyby s cílem dosáhnout lepších tělesných návyků, které snižují svalové napětí. Její počátky začínají u výuky herců, kde mělo být dosaženo lepší postury pro správnou znělost hlasu. Po 3 měsících kombinovaného cvičení a lekcí v Alexandrově technice se snížila neschopnost více než u běžné péče, skóre Rolandovy stupnice významně pokleslo z 1,71 na 2,91 bodů ve srovnání s běžnou péčí ($P < 0,005$). Šest Alexandrových lekcí kombinovaných se cvičením bylo téměř stejně účinných jako 24 lekcí. Pacienti ve

skupině s běžnou péčí udávali průměrně 21 dnů s bolestí během 4 týdnů, Alexandrova technika snížila tento počet o 11–16 dnů (jak ve skupině se 6, tak 24 lekcemi). Masáž byla podobně účinná a snížila Rolandovo skóre o 1,96 a průměrný počet dnů s bolestí zad o 13.

Interval 5 let mezi kolonoskopiemi je bezpečný

Klinická otázka: Jakou výtěžnost má screeningová kolonoskopie provedená 5 let po původně normálním výsledku vyšetření?

Závěr: Pět let po normálním výsledku kolonoskopického vyšetření další vyšetření neprokázalo žádný karcinom a pouze 16 pacientů z 1 256 mělo pokročilý neoplastický polyp. Riziko, že tyto „pokročilé polypy“ budou progredovat do karcinomu, je přibližně 1 % za rok (Gastroenterology 1987;93:1009-13), takže 10-letý interval, který je v současné době doporučený většinou organizací, je dostatečně rozumný a poskytuje dobrou rovnováhu mezi rizikem, přínosem a cenou. Dokonce i delší interval může být odůvodněný v případě, že můžeme definovat pacienty s nízkým rizikem podle jejich osobních zvyků, rodinné anamnézy nebo genetiky. (LOE = 2b)

Reference: Imperiale TF, Glowinski EA, Lin-Cooper C, et al. Five year risk of colorectal neoplasia after negative screening colonoscopy. N Engl J Med 2008;359(12):1218-1224.

Typ studie: Kohortová (retrospektivní)

Financování: Vláda

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (jakékoliv)

Synopse: Současná doporučení pro kolonoskopii obecně doporučují 10-letý interval, i když např. ve Spojených státech (United States Preventive Services Task Force) délku intervalu nespécifikovali pro nedostatek dat. Tato studie použila registr 36 endoskopistů v Indianě a identifikovala dospělé starší než 50 let bez vážného střevního onemocnění, kteří měli na počátku normální kolonoskopický nálezn ($N = 2\,436$). Screeningový program rutinně doporučuje další vyšetření 5 let po prvním vyšetření s normálním výsledkem a 1 256 pacientů (51,6 %) se tomuto doporučení podrobilo. Výzkumníci se pokusili kontaktovat pacienty, kteří neměli kontrolní kolonoskopii, ale získali odpověď pouze od 26 %. Žádní pacienti podle dat získaných z registru zemřelých nezemřeli z důvodu intervalového karcinomu tlustého střeva. Druhá kolonoskopie neidentifikovala žádné adenokarcinomy (95 % CI, 0-0,24 %), ale pouze 19 pokročilých adenomů u 16 osob (1,3 %), definovaných jako tubulární adenom při velikosti

současná doporučení pro kolonoskopii obecně doporučují 10-letý interval. Ve Spojených státech však délku intervalu pro nedostatek dat zatím nespécifikovali.

minimálně 10 mm, polyp s minimálně 25 % vilózních komponent a jakýkoliv polyp s vyšším stupněm dysplázie. Mezi všemi 1 256 screenovanými pacienty by bylo třeba za 5 let znovu vyšetřit 79 osob, aby se zjistil jeden pokročilý adenom. U mužů by bylo pro jedno zjištění potřeba vyšetřit 55 osob, u žen 182. U osob, které měly hyperplastický polyp při výchozí kolonoskopii, by bylo třeba screenovat 50 osob, aby byl zjištěn jeden patologický nálezy, u osob bez nálezu polypu při výchozí kolonoskopii by bylo třeba screenovat 88 osob.

Vysoké dávky vitamínu D předcházejí u některých starších lidí vzniku zlomenin

Klinická otázka: Snižuje suplementace vitamínem D počet pádů nebo zlomenin krčku u seniorů?

Závěr: Tato analýza prokázala, že vysoké dávky vitamínu D – 700 IU až 800 IU denně – spolu se suplementací kalcia jsou potřebné pro snížení počtu fraktur u seniorů žijících v institucích. Tento účinek nebyl pozorován u seniorů žijících v komunitě. (LOE = 1a)

Reference: Cranney A, Horsley T, O'Donnell S, et al. Effectiveness and Safety of Vitamin D in Relation to Bone Health. Evidence Report/Technology Assessment No. 158 (Prepared by the University of Ottawa Evidence-based Practice Center (UO-EPC) under Contract No. 290-02-0021. AHRQ Publication No. 07-E013. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. August 2007. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/vitaminD/vitad.pdf>

Typ studie: Metaanalýza (randomizované kontrolované studie)

Financování: Vláda

Prováděcí prostředí studie: Různé (metaanalýza)

Synopse: Několik metaanalýz došlo k různým závěrům, co se týče účinnosti suplementace vitamínem D a kalcia, na výskyt fraktur u seniorů. Tato průkazná zpráva byla kompilovaná univerzitou v Otavě (Ottawa Evidence-based Practice Center). Aby autoři mohli tento přehled provést, prohledali 6 databází včetně Cochrane Center Register of Controlled Trials, dvě osoby nezávisle prohlížely literaturu a dvě osoby nezávisle abstrahovaly data. Výzkumníci stupňovali sílu důkazů, ale neomezovali své analýzy pouze na studie s vysokou kvalitou. Podávání vitamínu D3 v dávkách 400 IU až 800 IU denně bez suplementace kalcie nesnižovalo riziko fraktur. Vyšší dávky – 700 IU až 800 IU denně – kombinované se suplementací kalcie snížily jak výskyt nevertebrálních fraktur, tak fraktur krčku. Výzkumníci nicméně zjistili cestou podskupinové analýzy, že účinek na fraktury krčku je omezen na seniory žijící v institucích a nebyl pozorován u obyvatel komunity. Suplementace vitamínem D měla také malý a nekonzistentní vliv na prevenci pádů, snížením jejich pravděpodobnosti o cca 20 % (odds ratio = 0,79; 95 % CI, 0,65-0,96). Další novější metaanalýza zjistila podobné snížení (Tang BM, et al. Lancet 2007;370:657-66).

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

Připravila Jaroslava Laňková

samotné podávání vitamínu D3 riziko fraktur nesnižovalo, dávky vit. D3 700 až 800 IU denně v kombinaci se suplementací kalcie výskyt fraktur významně snížily

účinek na fraktury krčku byl omezen na seniory žijící v institucích a nebyl pozorován u obyvatel komunity

Aktuálně...

Vznik nové odborné společnosti

Jistě je zajímavá a důležitá informace, že 10. 10. 2008 Vědecká rada ČLS JEP schválila vznik nové odborné společnosti: **České společnosti paliativní medicíny**. Odbornou platformou pro rozvoj paliativní medicíny doposud byla Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP. Jsme však přesvědčeni, že „agenda“ paliativní medicíny je dnes tak rozsáhlá a pestrá, že bude užitečné a efektivní ji řešit v rámci samostatné odborné společnosti.

Odborná společnost bude svou činnost rozvíjet v následujících oblastech:

- Vzdělávání lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků v oblasti onkologické i neonkologické paliativní péče.
- Ve spolupráci s ostatními odbornými společnostmi formulování doporučených postupů při řešení různých klinických situací pokročilých nevléčitelných chorob.
- Formulování kvalifikovaných stanovisek k aktuálním bioetickým otázkám péče o nevléčitelně nemocné a umírající.
- Jednání s orgány státní správy a se zdravotními pojišťovnami o vhodných formách organizace a úhrady paliativní péče.
- Podpora výzkumu v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající.

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP bude pochopitelně multidisciplinární. Je otevřena všem, kteří se problematikou

paliativní medicíny zabývají v rovině klinické, etické, ale také např. laboratorní a organizační.

Podrobnější informace o nové odborné společnosti budou pravidelně zveřejňovány na webové stránce:

www.paliativnimedicina.cz

V příloze je uveden formulář přihlášky i s adresou, kam lze vyplněnou přihlášku poslat. Předpokládaný roční členský poplatek bude 300 Kč.

Rádi bychom touto cestou pozvali ke spolupráci a členství v nové odborné společnosti ty z řad praktických lékařů, kteří mají o problematiku paliativní péče zájem.

*Za přípravný výbor
MUDr. Ondřej Sláma*

Přípravný výbor

Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.; MUDr. Ondřej Sláma; MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.; Alžběta Marková; MUDr. Ladislav Kabelka; Mgr. Jiří Prokop, PhD.

Adresa pro zaslání přihlášek nebo dotazů:

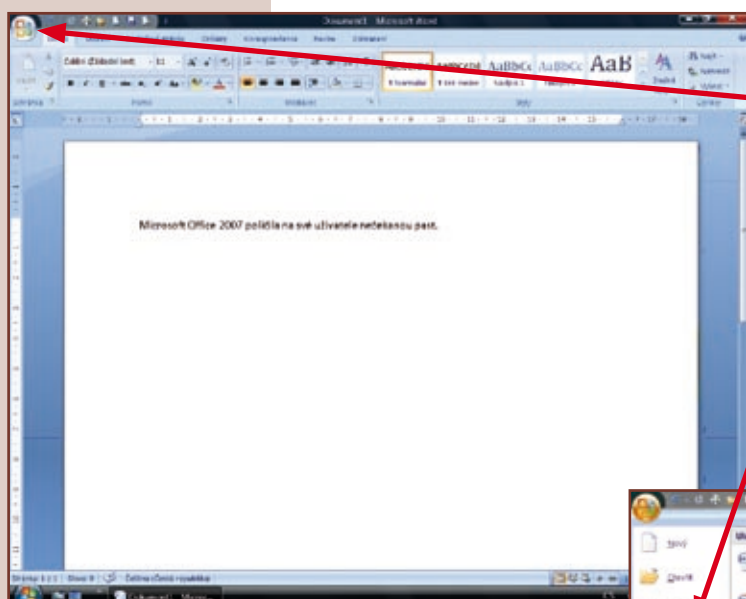
**Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad u Brna**

Microsoft Office 2007 a starší verze

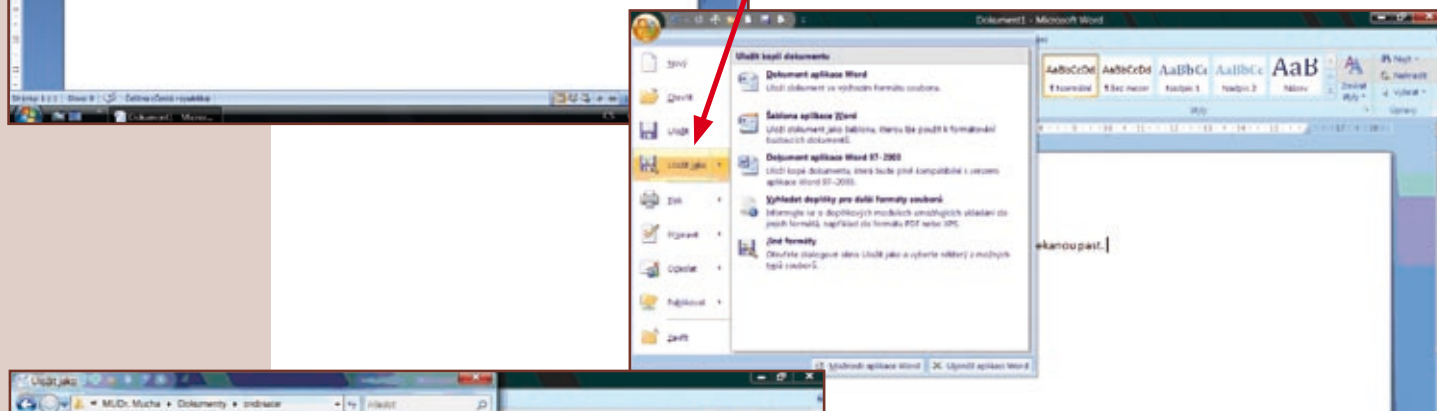
Firma Microsoft Office, snažím se doufat, že s dobrým úmyslem, přišla na trh v loňském roce s inovovanou verzí svého „kancelářského balíku“ (označení 2007), čímž pro nás uživatele připravila nečekanou past. Nic proti inovacím, pokud práci svým uživatelům zlepšují. Bohužel „zlepšení“ pro verzi 2007 možná platí pro jejího majitele, ale nikoli pro jeho okolí, které vlastní verze staré. Jestliže totiž v nové verzi (Wordu, Excelu nebo Power Pointu) vytvoříte soubor, běžně uložíte a zašlete svému kolegovi (např. tento článek) – vězte, že si nepočte. Jestliže nemá totiž také novou verzi Wordu (2007), přijde mu nečitelný soubor s příponou *.docx.

Co s tím? Existují jistě převodníky, ale práce s nimi je velmi problematická. Nejúčinnější tedy je, aby „šťastný“ majitel nové verze ukládal vytvořené soubory do starší – „běžné verze“ (ty jdou v nové verzi otevřít).

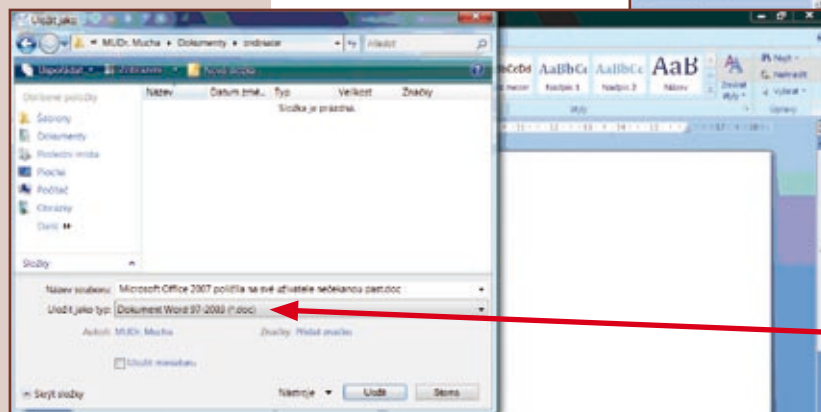
Jak na to?



- 1) V levém horním rohu klikneme na značku MS Office 2007



- 2) Objeví se nám roletka známá z minulých verzí: tedy „Uložit jako“.



- 3) Vybereme dokument aplikace Word 97–2003 (analogicky Excel, Power Point...)

- 4) Objeví se uložit jako typ: **Dokument Word 97–2003 (*.doc)**

Je nutné si uvědomit, že ukládat do minulé verze musí **vlastník verze nové** (ten může otevírat i staré verze) a mělo by to asi patřit do „slušného vychování“ uživatelů. Jedině tak si nebudou uživatelé staré verze nuceni kupovat verzi novou a nezapadnou tak do „pasti firmy Microsoft“



Odpovědi na Vaše otázky...

Dotaz:

Vážení v Practicusu, byla bych velmi ráda, zda byste se mohli obrátit na VZP s následujícím problémem. Z pochopitelných důvodů prosím nezveřejňujte mé jméno. Předeseílám, že jsem již opravdu rozzlobena, protože mám dojem, že se VZP neoprávněně obohacuje na náš účet. Počítá totiž s naší etikou, že žádného pacienta neodmítneme, ale peníze inkasuje ona. O co se jedná? O cizince dlouhodobě žijící na území ČR, tzv. pojištění typ „4“. Tito pacienti přicházejí do mé ordinace velmi často, protože se o mně ví, že hovořím cizími jazyky. Já je ošetřím (v cizím jazyce), musím s nimi stejně udělat anamnézu a poté je nemohu zaregistrovat a mohu si maximálně vykázt kód 01023. Nejenže jsem s nimi měla výrazně více práce, ale poté je musím vykazovat mně nepochopitelnou „jinou“ dávkou. Dříve jsem tyto výkony házela do koše, protože jich bylo jen několik za měsíc (viz výše bezpracný zisk VZP, protože klienti jí platí). Bohužel vím, že podobně postupuje většina kolegů, kteří cizince ošetří. Nyní je ale pacientů stále více, protože je nikdo nechce ošetřovat. Pokud se situace výrazně nezmění, budu – ač nerada – nucena cizincům odpovídat: bohužel vám nerozumím.

Tedy dotazy:

- 1) Je to schválnost od VZP, že kladě takovéto administrativní překážky a „trestá“ mne za to, že umím cizí jazyk?
- 2) Proč nemohu tyto pacienty „normálně“ registrovat – někteří žijí v ČR i desítky let?
- 3) Jak přesně mám tyto pacienty vykazovat?
- 4) Co mám dělat, když jsem si v minulosti tyto některé pacienty zaregistrovala v dobré víře (nevšimla jsem si té „5“ navíc v r. č.), a nikdy je tedy nedostala zaplacené?
- 5) Mají nárok na prevence, stolice OK a mamografický screening?
- 6) Jaká je přesně úhrada za tyto pojištěnce?
- 7) Mám cizincům doporučit pojištění u jiné ZP, nebo jim mám opravdu začít říkat „já vám nerozumět“?

MH (jméno v redakci)

Odpověď VZP:

1. Zcela zásadně odmítáme obvinění nejmenované lékařky, že se VZP ČR obohacuje na úkor lékařů, kteří ošetří cizince. Je zřejmé, že paní doktorka neví, jak celá operace

probíhá. Pro objasnění - lékař ošetří cizince na základě EHIC nebo jiných příslušných dokladů, vykáže péči české zdravotní pojišťovně, ZP provede kontrolu vyúčtování, a je-li vše v pořádku, uhradí lékaři péči. Následně prostřednictvím CMU vyúčtovává náklady za poskytnutou péči kompetentní zahraniční pojišťovně a čeká jeden, dva i více let, než obdrží peníze, které lékaři výpomocně uhradila. Z toho je zřejmé, že se VZP ČR nejen neobohatí, ale navíc s tím má spoustu práce a několik let čeká, než se jí peníze vrátí.

2. Způsob přeúčtování mezi státy vychází z Nařízení EEC č. 1408/71 a především z Nařízení EEC č. 574/72 a mezistátních smluv o sociálním zabezpečení. Administrativní postupy v rámci České republiky jsou zveřejněny ve Věstníku MZ ČR částka 1 z ledna 2007. Nejde o výmysl VZP ČR, stejně postupují všechny české ZP, i když jistě není bez zajímavosti, že naprostá většina českých ZZ účtuje péči za cizince právě VZP ČR, protože „ta to prostě umí“, takže přes VZP ČR je hrazeno cca 84 % péče poskytnuté pojištěncům z EU a smluvních států.
3. Z dotazu předpokládám, že jde o praktickou lékařku. Pojištěnce, který má v ČR trvalý pobyt, ale pojištěn je v cizině (např. pendler), může registrovat, ale ne kapitovat. Pouze výkony, které paní doktorka pojišťovně vykáže, lze do zahraničí přeúčtovat.
4. Na co má pojištěnec nárok - to záleží na dokladu, kterým se paní doktorce prokazuje. Např.: Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC) - pouze nezbytná péče po předpokládanou dobu pobytu, Potvrzení dočasně nahrazující EHIC - rovněž nezbytná péče po dobu pobytu - časově omezeno, Potvrzení o nároku - je uvedeno, na co má nárok, může jít o stejný nárok jako čeští pojištěnci, ale může jít o jednorázovou péči - to je tam přímo napsáno, Formuláře smluvních států - nutná a neodkladná péče...

To vše najde paní doktorka ve výše zmiňovaném Věstníku MZ ČR.

Mgr. Jiří Rod
vedoucí tiskového oddělení a tiskový mluvčí

**péče o pojištěnce
– cizince je pro PL
administrativně
náročná**

**cizinec – pojištěnec
s trvalým pobytem,
pojištěný v cizině se
může registrovat, ale
ne kapitovat. Je nutné
každý výkon vykázt.**

Aktualizace zákona o pracovní neschopnosti



informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu

Vážené kolegyně a kolegové,
v následujícím textu přinášíme **pokračování** aktuálního znění **ZÁKONA č. 305/2008 Sb. z předminulého čísla Practicusu (§ 55 - § 60)**, kterým se mění zákon **č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění s platností od 1. 9. 2008.**

Podtržené čarou jsou informace důležité – **tlustě zeleně je komentář redaktora** - červeně jsou platné novinky zákona.

§ 61

Povinnosti ošetřujícího lékaře

Ošetřující lékař je povinen

a) rozhodnout o vzniku dočasné pracovní neschopnosti v případech uvedených v § 57 v den, kdy ji zjistil (**viz. Practicus č. 8**),

b) vést evidenci dočasné práce neschopných pojištěnců, u nichž rozhodl o vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo které převzal do své péče; **touto evidencí se rozumí** písemný záznam v evidenčním deníku o každém rozhodnutí o vzniku a o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, který obsahuje evidenční číslo předepsaného tiskopisu, jméno, popřípadě jména (dále jen „jméno“) a příjmení pojištěnce, datum vzniku dočasné pracovní neschopnosti, diagnostický kód nemoci nebo úrazu, den a hodina ošetření a datum další kontroly, datum ukončení dočasné pracovní neschopnosti a případný údaj o předání nebo převzetí dočasné práce neschopného pojištěnce s uvedením data předání nebo převzetí, jména a příjmení lékaře, kterému byl tento pojištěnec předán do péče nebo od něhož byl převzat do péče, a adresy pracoviště tohoto lékaře,

c) stanovit režim dočasné práce neschopného pojištěnce a pojištěnce o tomto režimu informovat,

d) předat pojištěnci rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti a rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, popřípadě rozhodnutí o změně režimu dočasné práce neschopného pojištěnce, spolu s příslušnými hlášeními pro zaměstnavatele, a to v den, kdy byly vydány, popřípadě v den propuštění z ústavní péče,

e) odeslat příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu hlášení o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, hlášení o ukončení dočasné pracovní neschopnosti a hlášení o změně režimu dočasné práce neschopného pojištěnce, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o vzniku nebo o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo o změně režimu dočasné práce neschopného pojištěnce; tato povinnost je splněna i předáním tohoto hlášení v téže lhůtě tomuto orgánu,

f) stanovit podle požadavku lékaře příslušného orgánu nemocenského pojištění termín kontroly pro účely provedení kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti a za tímto účelem pojištěnce předvolat ke kontrole,

g) rozhodnout na žádost pojištěnce o povolení vycházek a změně jejich rozsahu nebo doby nebo o povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti v případech uvedených v § 56 odst. 3 věty druhé a třetí a o tomto rozhodnutí informovat nejpozději v následující pracovní den příslušný orgán nemocenského pojištění na předepsaném tiskopise; je-li třeba k povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti předchozího souhlasu orgánu nemocenského pojištění, může povolit tuto změnu jen na základě tohoto předchozího souhlasu,

h) posuzovat v průběhu dočasné pracovní neschopnosti, zda u pojištěnce došlo k obnovení pracovní schopnosti, a po uplynutí 180 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný

i) vyznačit při propuštění z ústavní péče, pokud pojištěnci jeho zdravotní stav neumožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, na rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti den propuštění z ústavní péče a místo pobytu, kde se bude pojištěnec po tomto propuštění zdržovat, a tyto skutečnosti prokazatelně oznámit nejpozději druhý den po propuštění pojištěnce příslušnému orgánu nemocenského pojištění,

j) potvrdit pojištěnci na předepsaném tiskopisu pro účely výplaty dávek nebo poskytování náhrady mzdy (platu) nebo sníženého platu (snížené odměny) v době dočasné pracovní neschopnosti trvání dočasné pracovní neschopnosti, a to ke dni vydání tohoto potvrzení nebo nejvýše 3 kalendářní dny dopředu; trvá-li dočasná pracovní neschopnost déle než 14 kalendářních dnů, je povinen potvrdit pojištěnci pro účely poskytování náhrady mzdy (platu) nebo sníženého platu (snížené odměny) její trvání vždy ke 14. kalendářnímu dni ode dne jejího vzniku,

k) zaznamenat v rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti den převzetí pojištěnce do své péče a den propuštění pojištěnce ze své péče, den nástupu do ústavní péče a den ukončení ústavní péče a den dalšího ošetření nebo kontroly; pokud pojištěnci při propuštění z ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče jeho zdravotní stav neumožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě netrvá-li již tato činnost, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, stanovit termín, do kterého je pojištěnec povinen dostavit se ke kontrole dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícím

ošetřujícími lékaři jsou dle zákona č. 48/1997 Sb. § 18 odst. 3 praktický lékař, stomatolog, gynekolog, lékař specializované ambulance i zařízení ústavní péče (nemocnice)!

od 1.1.2009 nebudou současné formuláře PN platit – musí se vyzvednout na ČSSZ nové a současně vrátit stávající – od 1.1. vystavovat jen ty nové se 6-díly!



lékařem, a to nejdéle do pátého kalendářního dne ode dne ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče,

l) informovat písemně o vzniku a ukončení dočasné pracovní neschopnosti lékaře, který registruje pojištěnce, a to do 7 kalendářních dnů, uzná-li pojištěnce dočasně práce neschopným jiný ošetřující lékař než jeho registrující lékař (dle § 18 odst. 3 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění je „registrující lékař“: praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, u žen ženský lékař, který registruje pojištěnce) - Vhodné nechat přečíst nebo informovat všechny jiné odborné kolegy i v nemocnicích.)

m) rozhodnout o ukončení dočasné pracovní neschopnosti v případech uvedených v § 59 odst. 1 v den, ve kterém zjistil, že netrvají důvody dočasné pracovní neschopnosti,

n) oznámit pojištěnci a příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu změnu diagnózy nemoci, která odůvodňuje dočasnou pracovní neschopnost, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy o této změně rozhodl,

o) oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění a zaměstnavateli porušení režimu dočasné práce neschopného pojištěnce, a to nejpozději v následující pracovní den po dni, kdy se dozvěděl o tomto porušení,

p) poskytnout potřebnou součinnost příslušnému orgánu nemocenského pojištění při kontrole posuzování dočasné pracovní neschopnosti, zejména umožnit provedení této kontroly na svém pracovišti nebo se za tím účelem dostavit na příslušný orgán nemocenského pojištění, a sdělit zaměstnancům orgánu nemocenského pojištění oprávněným provést kontrolu dodržování režimu dočasné práce neschopného pojištěnce nebo zaměstnancům zaměstnavatele pověřeným k provedení této kontroly na požádání skutečnosti potřebné k provedení kontroly, a to včetně stanoveného režimu dočasné práce neschopného pojištěnce v rozsahu, ve kterém jsou tito zaměstnanci oprávněni kontrolovat dodržování tohoto režimu,

q) oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu propuštění dočasné práce neschopného pojištěnce ze své péče a převzetí dočasné práce neschopného pojištěnce z péče jiného ošetřujícího lékaře do své péče, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy k této skutečnosti došlo,

r) oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění změnu sídla zdravotnického zařízení, popřípadě změnu svého pracoviště,

s) předat zařízení závodní preventivní péče na jeho vyžádání zprávu o zdravotním stavu dočasné práce neschopného pojištěnce a o průběhu a předpokládané délce trvání dočasné pracovní neschopnosti; předat zařízení závodní preventivní péče zprávu o zdravotním stavu dočasné práce neschopného pojištěnce vždy, kdy je důvodný předpoklad, že v souvislosti s nemocí dojde ke změně nebo ztrátě zdravotní způsobilosti vykonávat dosavadní zaměstnání,

t) zabezpečit příslušné tiskopisy, které používá pro účely provádění pojištění, před zneužitím a sdělit neprodleně příslušnému orgánu nemocenského pojištění ztrátu, zničení nebo poškození předepsaných tiskopisů,

u) vést zdravotnickou dokumentaci o průběhu dočasné pracovní neschopnosti včetně záznamů o výsledku vlastních vyšetření a lékařských zpráv pořízených jinými lékaři a vyplňovat potřebné údaje na předepsaných tiskopisech; do této dokumentace založit rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, které pojištěnec odevzdal podle § 84 odst. 1 písm. l),

v) sdělit zaměstnavateli dočasně práce neschopného pojištěnce na jeho žádost informace uvedené v § 65 odst. 2 písm. b),

w) vystavit ve stanovených případech doklady nebo tiskopisy v souladu s právem Evropských společenství a s mezinárodními smlouvami,

x) informovat předem pojištěnce, že po stanovenou dobu nemá oprávnění rozhodovat ve věcech dočasné pracovní neschopnosti [§ 79 odst. 1 písm. c)].

§ 62

Povinnosti zařízení závodní preventivní péče

Zařízení závodní preventivní péče je povinno na základě zprávy ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu dočasné práce neschopného pojištěnce vydat ve lhůtě do 7 dnů a v případě nutnosti došetření zdravotního stavu do 15 dnů vyjádření o zdravotní způsobilosti dočasné práce neschopného pojištěnce vykonávat dosavadní zaměstnání a odeslat je ošetřujícímu lékaři, který si vyjádření vyžádal.

§ 63

Oprávnění ošetřujících lékařů a zařízení závodní preventivní péče

(1) Ošetřující lékař je při posuzování zdravotního stavu pro účely dočasné pracovní neschopnosti oprávněn požadovat

a) součinnost lékaře příslušného orgánu nemocenského pojištění při stanovení a kontrole režimu dočasné práce neschopného pojištěnce a při hodnocení zdravotního stavu a průběhu nemoci,

b) od příslušného orgánu nemocenského pojištění informace o průměrné době trvání jedné dočasné pracovní neschopnosti pro jednotlivé diagnózy a odbornosti ošetřujícího lékaře v regionálním a celostátním průměru za uplynulý kalendářní rok,

c) informace od zaměstnavatele o pracovním zařazení, náplni práce a pracovních podmínkách pojištěnce a o zařízení závodní preventivní péče,

d) od příslušného orgánu nemocenského pojištění informace o čerpání podpůrčí doby pro poskytování nemocenského u dočasné práce neschopného pojištěnce,

e) od zařízení závodní preventivní péče vyjádření o zdravotní způsobilosti dočasné práce neschopného pojištěnce vykonávat dosavadní zaměstnání, a to ve lhůtě stanové v § 62,

f) od jiných subjektů informace o lhůtě stanove-

Jak nakládat se 6 listy PN:

I. pro ČSSZ-zacátek

II. pacient nosí u sebe, po ukončení zůstane v kartě

III. při začátku PN zaměstnavateli

IV. zaměstnavateli, trvá-li PN déle než 14 dní - předává pacient, nikoli my!!

V. po ukončení zaměstnavateli

VI. ukončení pro ČSSZ

od 1. 1. 2009 bude větší zatížení komunikace se zaměstnavateli vzhledem k současné změně zákoníku práce

né k opravě **nebo pořízení nové** ortopedické nebo kompenzační pomůcky a další informace, jež jsou v přímém vztahu k posuzování dočasné pracovní neschopnosti.

(2) Zařízení závodní preventivní péče je oprávněno vyžádat si zprávu ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu dočasně práce neschopného pojištěnce a průběhu a předpokládané délce trvání dočasné pracovní neschopnosti.

§ 64

Povinnosti a oprávnění dočasně práce neschopného pojištěnce

(1) Pojištěnec, který je dočasně práce neschopný, je povinen

a) dodržovat režim dočasně práce neschopného pojištěnce,

b) umožnit příslušnému orgánu nemocenského pojištění a v rozsahu uvedeném v § 65 odst. 2 písm. c) též zaměstnavateli kontrolu dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce; při této kontrole je dočasně práce neschopný pojištěnec povinen prokázat svou totožnost a předložit rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti,

c) dostavit se v určeném termínu k ošetřujícímu lékaři nebo k lékaři příslušného orgánu nemocenského pojištění ke kontrole posouzení zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti,

d) předkládat lékaři příslušného orgánu nemocenského pojištění doklady potřebné ke kontrole posouzení zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti a za tím účelem též prokázat svou totožnost,

e) podrobit se na výzvu orgánu nemocenského pojištění vyšetření zdravotního stavu lékařem orgánu nemocenského pojištění a vyšetření ve zdravotnickém zařízení, které určí orgán nemocenského pojištění, je-li to potřebné ke kontrole posouzení podle § 74 nebo posouzení podle § 80,

f) oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění, popřípadě zaměstnavateli, pokud kontrolu provedl zaměstnavatel, důvody své nepřítomnosti v místě pobytu v době kontroly dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce, a to nejpozději v pracovní den následující po dni této kontroly, popřípadě po dni, kdy se o ní dozvěděl,

g) dostavit se do určeného termínu po ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče k ošetřujícímu lékaři ke kontrole dočasné pracovní neschopnosti [§ 61 písm. k)], popřípadě brání-li mu vážné důvody, projednat s ošetřujícím lékařem v této lhůtě jiný termín,

h) sdělit ošetřujícímu lékaři při uznání dočasné pracovní neschopnosti místo pobytu, na kterém se bude v době dočasné pracovní neschopnosti zdržovat,

i) požádat předem ošetřujícího lékaře o povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti, pokud chce změnit toto místo v případech uvedených v § 56 odst. 3 věta první,

j) hlásit ošetřujícímu lékaři změny údajů o dosa-
vadní pojištěné činnosti a o zaměstnavateli,

k) doložit v případě uvedeném v § 57 odst. 1

písm. d) ošetřujícímu lékaři dobu, po kterou bude trvat oprava **nebo pořízení nové** ortopedické nebo kompenzační pomůcky,

l) odevzdat při ukončení dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícímu lékaři rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti,

m) sdělit ošetřujícímu lékaři, kdo je jeho zaměstnavatelem nebo zda je osobou samostatně výdělečně činnou anebo zda je zahraničním zaměstnancem; má-li pojištěnec více zaměstnavatelů, sděluje všechny své zaměstnavatele,

n) předat ošetřujícímu lékaři písemné **potvrzení orgánu nemocenského pojištění**, že **nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství** z žádné pojištěné činnosti, má-li být uznána dočasná pracovní neschopnost podle § 57 odst. 1 písm. f),

o) sdělit ošetřujícímu lékaři registrujícího lékaře a kontakt na něho,

p) předat neprodleně zaměstnavateli rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti a rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti (karantény), potvrzení o době jejího trvání a rozhodnutí o změně režimu dočasně práce neschopného pojištěnce a informovat zaměstnavatele **předem** o změně místa pobytu **v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti**, popřípadě **náleží-li pojištěnci po uplynutí tohoto období v době dočasné pracovní neschopnosti nadále započitatelný příjem [§ 16 písm. b)], též v období, po které mu v době dočasné pracovní neschopnosti náleží tento příjem.**

(2) Pojištěnec je oprávněn požádat příslušný orgán nemocenského pojištění o informaci o čerpání podpůrčí doby pro poskytování nemocenského.

§ 65

Povinnosti a oprávnění zaměstnavatele

(1) Zaměstnavatel je povinen sdělit na vyžádání neprodleně příslušnému orgánu nemocenského pojištění a ošetřujícímu lékaři informace o

a) zařízení závodní preventivní péče,

b) pracovním zařazení, náplní práce a pracovních podmínkách dočasně práce neschopného zaměstnance.

(2) Zaměstnavatel je oprávněn

a) dát příslušnému orgánu nemocenského pojištění podnět ke kontrole důvodnosti trvání dočasné pracovní neschopnosti a ke kontrole dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce, jde-li o jeho zaměstnance,

b) požadovat od ošetřujícího lékaře informaci o místě pobytu zaměstnance v době dočasné pracovní neschopnosti a o rozsahu a době povolených vycházek,

c) provést kontrolu, zda zaměstnanec v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti, popřípadě **náleží-li pojištěnci po uplynutí tohoto období v době dočasné pracovní neschopnosti nadále započitatelný příjem [§ 16 písm. b)], též v období, po které mu v době dočasné pracovní neschopnosti náleží tento příjem**, dodržuje povinnosti stanovené v § 56 odst. 2 písm. b).

od 1. 1. 2009 prvních 14 dnů nebude nemocenská dávka, ale zaměstnavatel hradí náhradu mzdy/platu ve výši 60 % od 4. do 14. dne pracovní neschopnosti – první 3 dny nebudou placeny

od 1.1.2009 budou větší nároky na povinnosti a kontrolu dočasně práce neschopného pojištěnce i pravomoci zaměstnavatelů

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



Nejasný kolaps

S kolapsovými stavy se setkává PL poměrně často. Etiologie od prosté posturální hypotenze přes neurovegetativní dystonii až k velmi závažným stavům činí tento stav velmi obtížným vzhledem k dalšímu postupu. Tři skutečné příběhy z praxe ZZS ukazují, jak různá může být etiologie těchto obtíží...

I. „Meningokokový“ kolaps

10.14 sobota: Dispečink ZZS přijímá výzvu od matky 19ti letého syna: „Slyšeli jsme ránu z koupelny, když jsem tam přiběhla, leží na zemi, asi dýchá – pomozte mi, vždyť on asi umírá,“ a on ležel na zemi a sděluje, že zkolaboval v koupelně a ušlápl se do hlavy.

10.15: Výjezd ZZS, dispečerka zůstává v telefonickém kontaktu s matkou – syn se mezitím probírá, dispečerka tedy spíše matku uklidňuje.

10.23: Příjezd ZZS na místo: pacient sedí na dece v koupelně, mírně somnolentní, odpovídá s latencí ale adekvátně. Udává, že byl večer s kamarády na pivu. Anamnéza je zcela negativní, vážněji nikdy nestonal. Na temeni hlavy podkožní hematom cca 3 cm po pádu na dlažbu v koupelně. Obj: zornice izo, kmen. rr bilaterálně výbavné, foto reakce sym., jazyk plazí středem. Šije volně pohyblivá, mírně vážne předklon. Pacient si vzpomněl, že před 3 dny při sportu (fotbal) dostal náraz míčem do šije. Udává vertigo, to se však objevilo již před touto příhodou. Poslechový nález: sklípkové dýchání s malým množstvím bazálních fenoménů, AS sinus. tachykardie 90-100/min. Břicho palpačně nebolestivé, měkké prohmátné. HK i DK bez známek poranění. TK 100/60...90/60. Pacientovi zavedena i. v. kanyla, kape Plasmalyte 1000 ml. TT 37,4 °C.

10.35: I přes počáteční nesouhlas s hospitalizací pacient transportován do nemocničního zařízení.

11.05: Zde nabrány: biochemie, KO, RTG lebky a C páteře, provedeno neurologické konzilium, na doporučení CT mozku a C páteře s negativním nálezem.

12.30: Pro narůstající febrilie vyjádřeno podezření na meningitis. Před nasazením ATB odebrán mozkomíšní mok s pozitivním nálezem (Neisseria meningitis). Pacient zajištěn ATB a po domluvě odeslán tentýž den RLP k další terapii na infekční oddělení dle spádu.

II. „Zánětlivý“ kolaps

11.15: Výzva: 17ti letá pacientka na koupališti, při cestě z bazénu k dece zkolabovala a zůstala v bezvědomí. Dispečerka instruuje volajícího: prevence zapadnutí jazyka: trojmat, kontrola životních funkcí.

11.22: Příjezd posádky RLP na místo: pacientka výrazně somnolentní, klidově lehce dušná hypoventilující, hypotenzi (80/50) s chladnou periferií. Na místě obtížně zajištěn periferní žilní vstup, kape Plasmalyte 1000 ml. Pro nárůst dušnosti s poklesem SpO2 80 % provedena ETI za medikací Thiopental 300 mg, SCCHJ 80 mg, dále sedovaná Fentanyl 4 ml. Poslechově bilat. mírně zhrubělé dýchání s bazálním oslabením bilaterálně AS sinus tachykardie 120/min, prohlubující hypotenze: nasazen Noradrenalin startovací dávka 0,2 mg/hod. Pacientka anamnesticky naprosto zdráva, dle sdělení rodičů ještě ten den ráno bez subjektivních stesků. Matka udává, že si jen občas stěžovala na bolesti v podbřišku.

11.36: Transportována na RES, sedovaná, pokračováno v umělé plicní ventilaci.

12.30: Provedeno kompletní lab. vyšetření, CT mozku s negativním nálezem. Pacientka vysoce febrilní, RTG S+P bez patologie, SONO břicha bez patologie. Provedeno také gynekologické vyšetření, při kterém odstraněn hygienický tampon.

2. den: Stav pacientky se výrazně lepší, při plné terapii ATB, volumosubstituce, pokles zánětlivých markerů, pacientka je 2. den hospitalizace extubována

3. den: Přeložena bez výraznějších obtíží k další terapii na interní oddělení.

III. „Tumorózní“ kolaps

7.40: Dispečink ZZS: otec sděluje, že syna 45 let, který u nich náhodně přespál, nalezl ráno v bezvědomí.

7.49: Po příjezdu pacient ležící na lůžku v bezvědomí GCS 6, hypoventilující, jazyk pokousán, na oschlých rtech stopy krve, okamžitě zajištěn i. v. vstup. V medikaci Thiopental 300 mg, SCCHJ 100 mg provedena intubace, poté z ET kanyly odsáváno větší množství sputa. Dle obsahu lze soudit na aspiraci. OA: pacient anamnesticky zcela zdravý, sportovec pro lehkou hyperirizibilitu užívá Milurit. Manželka udává, že si velmi zřídka stěžoval pouze na mírnou cefaleu. Obj: zornice izo, oběhově stabilizován, poslechově bilat. zhrubělé dýchání více vpravo. Připojen k ventilátoru, sedován Fentanyl 4 ml i. v., relaxován Arduanem 8 mg i. v.

8.16: Transportován na RES. Provedeno CT mozku s negativním nálezem, RTG S+P, kde vpravo apikálně aspirace, pacient nadále sedovaný, odebrána toxikologie krev a moč, žaludeční obsah: výsledek negativní. Laboratorní výsledky bez zásadní patologie. Terapie ATB, umělá plicní ventilace.

14.15: Vzhledem k nejasnému původu bezvědomí indikována NMR mozku: meningeom.

4. den: Po zaléčení aspirační bronchopneumonie pacient vyveden z analgosedace neurologicky bez lateralizace a deficitu, oběhově stabilizovaný. Spontánně ventilující dostatečně postupně plně lucidní. Pacient po propuštění z RES indikován k operačnímu řešení na NCH pracovišti. Po operačním výkonu pacient nadále ve velmi dobrém stavu.

Komentář intenzivisty:

Praktický lékař se často setkává s počátkem stavu, který může ohrozit život ve velmi krátké době. Na místě je vždy nutné zajistit životní funkce, prevenci aspirace, pokud možno zavést i. v. kanylu a samozřejmě volat 155. Důležité je nepodcenit i banální příznaky, které u většiny pacientů nemusejí nic znamenat. Zkušenost a sedmý smysl praktika, před kterými my – všichni ostatní lékaři – smekáme, je to, co může pacientovi zachránit život.

U stavů s nejasnou poruchou vědomí je diferenciální diagnostika a rychlost provedených vyšetření velmi důležitá, ale také ne úplně snadná. Podrobný výčet přesahuje rámec tohoto sdělení. Základní lab. vyšetření včetně kultivací, RTG S+P, ultrazvuk břicha je mnohdy v rámci příjmového vyšetření nezbytností. Příčin poruch vědomí je velké množství, dovolím si vyjmenovat snad ty nejčastější: úraz, CMP, tumor, intoxikace, infekce, kardiální příčina, hypoglykémie apod.



prim. MUDr. Jaroslava Ščamburová

při kolapsu je nutné zajistit životní funkce a zejm. nepodcenit situaci

diferenciální diagnostika kolapsu je velmi široká

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. 1. 2009. 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
10/2008

**Správné
odpovědi
testu
č. 9/2008:**

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

**Zpráva z XXVII. výroční
konference SVL ČLS JEP**

**1. Studie ONTARGET sledo-
vala účinnost telmisartanu
80 mg a ramiprilu 10 mg
v prevenci KV příhod u paci-
entů s vysokým KV rizikem
a zjistila:**

- a) že účinnost ramiprilu 10 mg je o 15 % vyšší než telmisartanu 80 mg
- b) že účinnost ramiprilu 10 mg je o 20 % nižší než telmisartanu 80 mg
- c) že účinnost obou je srovnatelná

**2. Sartany ve srovnání
s podáváním ACE inhibitorů:**

- a) vykazují o 10 % lepší adhezenci k léčbě
- b) vykazují stejnou adhezenci k léčbě
- c) vykazují o 20 % horší adhezenci k léčbě

**3. Podle studie INVEST
je k dosažení cílových hodnot
dlouhodobé léčené
hypertenze nutno používat
kombinační terapii až u:**

- a) 30 % pacientů
- b) 54 % pacientů
- c) 82 % pacientů

**Produktivní kašel
v ordinaci praktického
lékaře**

**4. Moderní mukolytika
s antioxidačním účinkem:**

- a) zvyšují účinnost mukociliárního transportu
- b) tlumí oxidační stres
- c) snižují adhezenci bakterií

Nejčastější arytmie

**5. Tachyarytmie jsou
charakteristické rychlou
tepovou frekvencí přesahující:**

- a) 90/min
- b) 100/min
- c) 110/min

**6. Bradyarytmie jsou
definovány poklesem
tepové frekvence pod:**

- a) 40/min
- b) 45/min
- c) 50/min

**7. Prevalence fibrilace síní
stoupá s věkem, u osob
starších 60 let se udává:**

- a) 1 %
- b) 3,8 %
- c) 9,6 %

**8. O bradyfibrilaci síní
mluvíme, poklesne-li
komorová frekvence:**

- a) pod 80/min
- b) pod 60/min
- c) pod 50/min

**9. Flutter síní se od fibrilace
síní odlišuje:**

- a) přítomností flutterových vlnek a pravidelnou odpovědí komor
- b) frekvencí odpovědi komor pod 50/min
- c) se nedá na prosté EKG křívce odlišit

**10. Označení AV blokády
I. stupně znamená:**

- a) postupné prodlužování síňokomorového převodu, až dojde k nepřivedení vzruchu na komory (tzv. Wenkebachovy periody)
- b) náhodný záchyt nepřevedeného stahu (tj. 2x P vlna bez QRS komplexu), blok se obvykle zjistí až při 24-hodinovém monitoringu EKG
- c) pouhé prodloužení síňokomorového vedení (PQ > 0,20)

**Správné mohou být
1–3 odpovědi.**

odpovědní lístek – test č. 10/2008

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 |