



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 2/2009

ročník 8

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem tohoto čísla je
Doporučený postup

**Diabetes
mellitus**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Ordinace nejen na kraji města

...tentokrát na návštěvě u MUDr. Vojislava Ivetiče v Mariboru



Z obsahu čísla:

- Rezidenční místa pro rok 2009
- Diabetes mellitus v ordinaci praktického lékaře
- Možnosti profylaxe venózního tromboembolismu
- Zařazení antidepresiva trazodonu (SARI) v klinické praxi
- Vertebrogenní poruchy – systém červených praporků
- Poruchy nitrokomorového vedení
- Prevence klíšťové meningoencefalitidy
- Hypertenzní špička
- Co je nového v organizaci a provádění sociálního zabezpečení?

Obsah

SVL ČLS JEP informuje	5
Diabetes mellitus v ordinaci praktického lékaře MUDr. Igor Karen	9
Diagnostika a léčba exacerbace CHOPN doc. MUDr. Jaromír Musil, Ph.D.	15
Možnosti profylaxe venózního tromboembolismu doc. MUDr. Petr Dulíček, Ph.D., prof. MUDr. Jaroslav Malý, CSc., MUDr. Radovan Malý, Ph.D.	20
Zařazení antidepresiva trazodonu (SARI) v klinické praxi prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.	24
Vertebrogenní poruchy – systém červených praporků (red flags) MUDr. Josef Effler	27
 ...POEM: Patient oriented evidence that matters	29
 ...ordinace nejen na kraji města Být praktickým lékařem ve Slovinsku...	30
 ...EKG pro praxi Poruchy nitrokomorového vedení	32
 ...prevence v primární péči Prevence klíšťové meningoencefalitidy	34
 ...dotazy a odpovědi	35
 ...počítač a doktor Převádění neznámých/nečitelných souborů	36
 ...z případů záchranné služby Hypertenzní špička	37
 ...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa Co je nového v organizaci a provádění sociálního zabezpečení?	38
 ...znalostní test	42

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
2/2009, ročník 8

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 064

fax: 267 184 041

e-mail: practicus.svl@cls.cz

www.practicus.eu

Redakce:

MUDr. Jaroslava Laňková
šéfredaktorka, lankova@svl.cz

MUDr. Jozef Čupka
odborný redaktor

MUDr. Cyril Mucha
odborný redaktor

MUDr. Jana Vojtíšková
odborný redaktor

Poradci redakce: MUDr. Jiří Appelt, MUDr. Marcela Bradáčová, MUDr. Pavel Brejtník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, MUDr. Eva Grzegorová, MUDr. Jana Hajnová, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Zuzana Miškovská, MUDr. Anna Nejedlá, MUDr. Miloš Ponížil, MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Helena Štěpánková, MUDr. Milada Vinická

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **28. 1. 2009.** 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, 2009**



MUDr. Marcela
Bradáčová

Přemítání

Milé kolegyně, milí kolegové,

přihodilo se, že hned 2. 1. 2009 se objevila výzva, abych napsala úvodník do únorového, tedy do druhého čísla 8. ročníku Practicusu. Určitou podmínkou však byl či je optimismus, kterým by měl editorial znít. A tak zvažuji své možnosti – svůj pesimismus, nakolik ten úvodník nepoznamená, a svůj optimismus, nakolik ho poznamená, a zdá se, že přes všechny těžkosti vnějšího (a samozřejmě i vnitřního) života optimismus převažuje, a tak výzvu přijímám a začínám psát.

Dovolím si, vážené kolegyně a vážení kolegové, využít tohoto časného dne stávajícího roku k upřímnému a srdečnému přání do roku 2009 Vám všem. Nechť je tento rok celý krásný a plný především zdraví, radosti, štěstí a v neposledním samozřejmě také uspokojení z práce – z úspěchů v diagnostice a léčbě, dobrých pocitů z vykonané prevence a konečně i z úspěchů na poli výzkumu, vždyť je Vás stále více a více, kteří se mu v našem oboru věnujete, zrovna tak jako školitelské a přednáškové činnosti.

A nestačí k optimismu již vyjmenování těchto všech činností praktického lékaře? Stačí! A k jak velikému! (To vědí jen ti všichni kolegové, kteří sice „uvnitř mají, nu dejme tomu 25“, ale za sebou mnoho, mnoho let práce s pacienty. Nechci být nostalgická, to ani pomyšlením, ale při konstatování skutečnosti je uvádění let důležité.)

Je velmi potěšující a skutečně optimistické, kam došlo a kam až se dostalo všeobecné lékařství za těch hm... hm... let od dob „obvodáků“, potažmo závodáků (byl-li celý lékařský stav pauperizován a dehonestován, kde pak až byli praktičtí lékaři?!): od založení Společnosti všeobecného lékařství s 200 členy až po současnost s členy již čítajícími tisíce a jejím profesionálním vedením, s vlastním vzděláváním postgraduálním i pregraduálním, a to takovým, o němž jsme jen snili..., od provizorních prostor katedry VL v Hradci Králové až po Ústav všeobecného lékařství v Praze a katedry na všech lékařských fakultách, s kolegy s akademickými tituly, s úspěchy na poli výzkumném a didaktickém. A co ten šik školitelů v terénu...? Co vůbec všichni ti praktičtí lékaři, nyní tak odborně vzdělaní, se zkušenostmi, díky všem vzdělávacím možnostem, díky kontaktům nejen mezi sebou tady u nás doma, ale v celé Evropě a mimo ni... Tak až sem došlo všeobecné lékařství, až sem jsme došli, my všichni, jichž je 5000.

A tak bych mohla pokračovat. Ale ohlížet se do minulosti má smysl jen proto, aby vynikla současnost, abychom si přítomnost a současnou úroveň oboru uvědomili. A abychom si uvědomili především budoucnost oboru, do níž můžeme hledět s optimismem, se sebevědomím, ale také, a to zejména, se vší vážností – je pro nás velkým závazkem.

Dosti již o minulosti i budoucnosti, o závazcích, o úkolech blízkých i vzdálenějších (ale tohle stop úkolům jen pro tuto chvíli!). Odhlédněme nyní od profesního života, od pracovních dní a každodenních starostí a poohlédněme se také po tom, jak udržovat a zvyšovat náš optimismus – respektive optimismus z oboru. Je mnoho atributů, které jsou tu také proto, abychom nabrali optimismu a síly i z jiné studnice než studnice vědění a práce. Moje zkušenost mi velí sdělit, že to bude především laskavost, empatie, kolegiálnost, kulturnost – a vnímání krásna. To jsou prožitky, které nikdo nikomu nemůže vzít a z nichž se dá dlouho, dlouho žít...

A to je další přání pro Vás všechny do celého roku 2009.

Vaše

Marcela Bradáčová
čestná členka výboru SVL ČLS JEP
a bývalá předsedkyně SVL ČLS JEP

Rezidenční místa pro rok 2009

dotační výběrové řízení Ministerstva zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví (MZ), sekce zdravotní péče, vypsalotační výběrové řízení na „Rezidenční místa pro rok 2009“. Přes veškerou snahu jsme obdrželi bohužel jen 149 míst, což je méně než 50 % potřebných míst pro zatím přihlášené zájemce. Podmínky jsou ale mnohem příznivější, protože dotace obsahuje nejen plný plat lékaře pro období specializační přípravy ve spec. přípravě, ale i odměnu pro školitele.

Cíle dotačního programu

Globálním cílem dotačního programu je a) finanční podpora absolventů pregraduálního studia pro následné postgraduální studium (specializační vzdělávání), b) podpora lékařů rekvalifikujících se z jiných oborů. Snahou dotačního programu je podpora vzdělávání zejména v oborech, ve kterých je nedostatek specialistů, a to celorepublikově nebo jen v některých regionech, a které nejsou certifikovaným kurzem, tedy ani kurzem všeobecného praktického lékařství (VPL).

Podmínky pro poskytnutí dotace

Podmínky dotačního řízení, za kterých lze požádat o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu v rámci výše uvedeného dotačního programu ministerstva, jsou stanoveny v „Metodice pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo pro rok 2009“, kterou naleznete na www.mzcr.cz (přihlásit se jako odborník/zdravotník – v nabídce domovské stránky v pravé liště) včetně všech příloh zde uvedených. Všeobecných praktických lékařů (VPL) se týká tzv. Projekt 1, který je zaměřen na podporu specializačního vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb. v oborech specializačního vzdělávání uvedených ve **vyhlášce č. 233/2008 Sb.** s minimální délkou specializačního vzdělávání podle vzdělávacích programů a převedení specializací podle dřívějších právních předpisů na nové obory specializačního vzdělávání (dále jen „vyhláška o oborech specializačního vzdělávání“), jež nejsou certifikovaným kurzem. Vzhledem ke skutečnosti, že MZ platí jen minimální délku specializační přípravy podle EU, která je u VPL 3 roky a v příloze je uvedena dosavadní 4letá, je nutné ve spolupráci s MZ vypracovat a nechat schválit nové 3leté kurikulum nejpozději do poloviny února, jinak de facto nelze podat žádost (finanční část) o rezidenční místo. Žadatelem o poskytnutí dotace může být pouze zdravotnické zařízení, které je držitelem akreditace podle zákona č. 95/2004 Sb. na vzdělávací program.

Minimální požadavky na školitele

- 1) nejvyšší dosažené vzdělání v příslušném oboru (specializovaná způsobilost), povinnost minimálního úvazku 0,5 (nutno zajistit dalším školitelem celkový úvazek 1,0),
- 2) nejméně 5 let praxe v příslušném oboru,
- 3) povinnost účasti na vzdělávacích aktivitách (akcích) v rámci celoživotního vzdělávání, a to v minimální délce 20 hodin za dobu 5 let.

Využití dotace

Dotace ze státního rozpočtu se poskytuje na úhradu nákladů spojených se specializačním vzděláváním rezidenta, včetně mzdových nákladů (hrubé mzdy rezidentů a školitelů + 35% odvody na zdravotní a sociální pojištění, tj. na superhrubou mzdu), a to po celou dobu trvání příslušného specializačního vzdělávání, která odpovídá minimální délce vzdělávacího programu stanovené vyhláškou o oborech specializačního vzdělávání. Lékaři, který již část vzdělávacího programu absolvoval, bude dotace poskytnuta pouze na zbývající část vzdělávacího programu odpovídající minimální délce vzdělávacího programu (návrh nového 3letého kurikula viz tabulka).

Dotaci nelze čerpat na:

- a) režii (tj. energii, topení, vodu),

Metodiku naleznete na www.mzcr.cz (přihlásit se jako odborník/zdravotník)

žádost odeslat na:
MZ, Sekce zdravotní péče – Odbor vzdělávání a vědy, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2

Tabulka:
Návrh nového 3letého kurikula na www.mzcr.cz

ZÁKLADNÍ KMEN – SPEC. OBOR VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ 24 MĚSÍCŮ

Ambulance akreditovaného všeobecného praktického lékaře

- 10 měsíců ordinace všeobecného praktického lékaře z toho celkem 2 měsíce dermatovenerologie, oftalmologie, otorinolaryngologie, hygiena a epidemiologie a 1 měsíc psychiatrie a 1 měsíc neurologie v amb. provozech

Lůžková oddělení nemocnice – akreditované interní oddělení

- 8 měsíců lůžkové interní oddělení nemocnice z toho 1 měsíc anesteziologie a resuscitace – lůžkové oddělení a výjezdová služba do terénu

- 1 měsíc dětské lékařství

- 1 měsíc gynekologie a porodnictví

Lůžková oddělení nemocnice – akreditované chirurgické oddělení

- 4 měsíce chirurgie z toho 1 měsíc urologie a ortopedie, včetně poúrazové rehabilitace

POVINNÁ PRAXE V OBORU VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ 12 MĚSÍCŮ

Ambulance akreditovaného všeobecného praktického lékaře

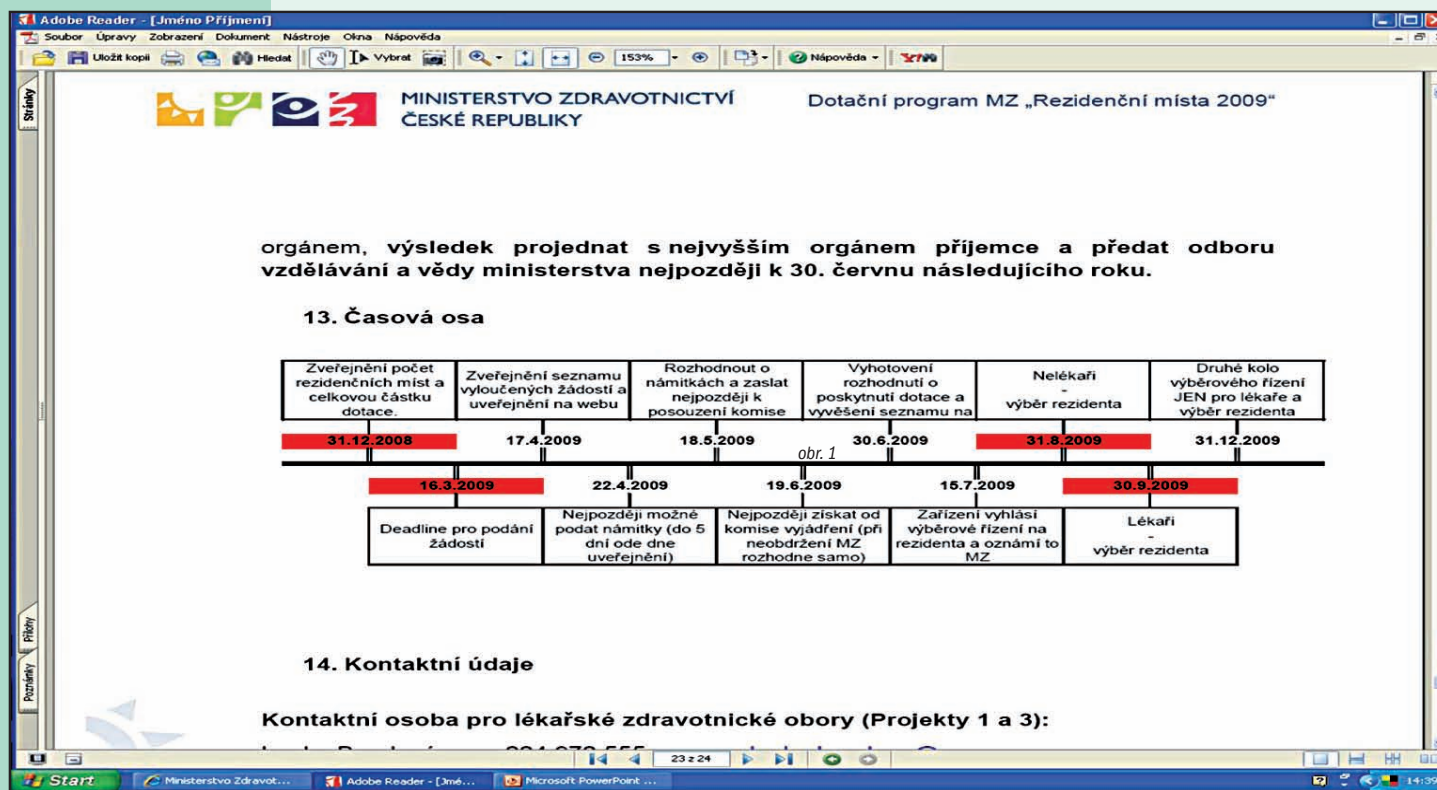
- 12 měsíců ordinace všeobecného praktického lékaře z toho 1–2 měsíce v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a dopňkové stáže dle potřeby 2–3 měsíce (gynekologie, chirurgie apod.)

Účast na vzdělávacích aktivitách POVINNÁ – kurzy, semináře

- 2 dny paliativní péče
2 dny kurz hygieny a epidemiologie
3 dny psychoterapie
2 dny povinný kurz „Lékařská první pomoc“
1 den povinný seminář „Základy zdravotnické legislativy“
2 dny povinný kurz „Radiační ochrana“
3 × 1 den povinný kurz „Novinky z všeobecného praktického lékařství“

Účast na vzdělávacích aktivitách DOPORUČENÁ – kurzy, semináře

- 2 × 5 dní vybrané kapitoly z všeobecného praktického lékařství
2 dny základní přístupy k akutnímu pacientovi v terénu
2 dny kurz diabetologie pro praktické lékaře
2 dny kurz diferenciální diagnostiky z pohledu praktického lékaře
2 dny kurz EKG



Obr. 1: časová osa
na www.mzcr.cz

b) úhradu mzdových nákladů a odměn pro koordinátory projektu formou mezd nebo služeb,
 c) stravné, cestovné a ubytování (nevztahuje se pouze na nelékařské pracovníky – § 5 až § 21a zákona č. 96/2004 Sb.),
 d) investice,
 e) drobný dlouhodobý majetek (software, hardware, kamerový či jiný zabezpečovací systém), pro účely leasingu apod.,
 f) pohonné hmoty,
 g) reprezentaci (tzn. pohoštění, dary a obdobná plnění, jazyková výuka),
 h) zahraniční cestovné nebo náklady spojené se zahraniční cestou rezidenta,
 i) provedení auditu, revize, na pokuty a sankce,
 j) výdaje nespecifikované v účetnictví organizace,
 k) úhradu telekomunikací, radiokomunikací a organizací zajišťující připojení k internetu (úhrady služeb včetně nákupu telefonních karet),
 l) realizaci a úhradu akcí prováděných mimo schválenou dobu realizace projektu (např. náklady na přípravu projektu, náklady na vyhotovení průběžných a závěrečných zpráv atp.).

Podání žádosti o dotaci

Zájemci žádají o poskytnutí dotace na rezidenční místo prostřednictvím tiskopisu „Žádost o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu na rezidenční místo pro rok 2009“ (viz Příloha č. 1 na www.mzcr.cz). Vyplněný tiskopis se zasílá ve třech tiskových vyhotoveních (jeden originál, dvě úplné neověřené kopie) a dále v elektronické podobě na CD, které navíc obsahuje veškeré další požadované dokumenty uvedené v metodice. CD musí být označeno jménem žadatele (název zdravotnického zařízení) a dále označením RM 2009. Konečný termín pro podání žádosti je 16. března 2009. Žádost je podána včas, je-li doručena nejpozději do 16. 3. 2009 na podatelnu minis-

terstva. Termíny dalšího postupu jsou znázorněny na časové ose (obr. 1).

Pomoc žadatelům při vyplňování žádosti

Aby bylo možno přihlášky vůbec správně vyplnit, vstoupila SVL ČLS JEP ve spolupráci se SPL ČR a katedrou Všeobecného lékařství IPVZ do jednání s MZ s cílem zajistit a upřesnit následující záležitosti:

- vydání nového 3letého kurikula pro specializační přípravu VPL ve vyhlášce,
 - přepočít zápočtů z dosavadního kurikula na nové a přepočít zápočtů u rekvalifikantů,
 - vypracování vzoru financování 3leté specializační přípravy VPL,
 - pomocná kritéria pro rozhodování akreditační komise (životopis, vybavení praxe, regionální hlediska apod.),
 - vyřešení smluv se školícími zařízeními tak, aby MZ akceptovalo i dohodu či příslib umožnění stáží.
- Předpokládáme, že budeme nejpozději v druhé polovině února schopni zpracovat kompletní vzorovou přihlášku a vyvést ji na www.svl.cz tak, aby akreditovaný VPL doplnil jen své osobní údaje.

Zatím se v případě dotazů týkajících se rezidenčních míst obraťte na kontaktní osobu na MZ: Lenka Bendová, telefon: 224 972 555, e-mail: lenka.bendova@mzcr.cz. Pro případné osobní jednání je nutné si předem sjednat schůzku s příslušným referentem pro „LÉKAŘSKÁ POVOLÁNÍ – Projekt 1 a 3“. Radu Vám také může poskytnout sekretariát SVL, svl@cls.cz.

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
 předseda SVL ČLS JEP
 MUDr. Jaroslava Laňková
 místopředsedkyně pro vzdělávání

**v druhé polovině února
 bude vzorová přihláška
 k dispozici na
www.svl.cz**

**případné dotazy
 na rezidenční místa
 zodpoví kontaktní
 osoba na MZ:
 Lenka Bendová,
 telefon: 224 972 555,
lenka.bendova@mzcr.cz**

Víkendové vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v roce 2009

VÍKENDOVÉ VZDĚLÁVACÍ SEMINÁŘE



Karlova Studánka, 6.–8. 3. 2009



Harrachov, 15.–17. 5. 2008



Srní, 29.–31. 5. 2009



Mikulov, 4.–6. 9. 2009

SVL ČLS JEP V ROCE 2009

Vážené kolegyně, vážení kolegové!

Minulý rok jsme Vás oslovili s novým vzdělávacím systémem v podobě víkendových vzdělávacích seminářů v různých koutech České republiky.

Jelikož jsme zaznamenali vysokou spokojenost a zájem pokračovat dál v těchto aktivitách, proto jsme se i letos rozhodli pro Vás připravit celkem 4 vzdělávací víkendové semináře spojené s aktivní relaxací.

Semináře jsme situovali rovnoměrně do atraktivních míst Čech a Moravy (v Čechách – Srní a Harrachov, na Moravě – Karlova Studánka a Mikulov).

Přednášky byly zvoleny tak, aby byly především přínosem pro naše praxe, nikoliv pouze formální „exkurzí“ do již známých témat. Na prvním semináři, který se bude konat v **Karlově Studánce v termínu 6.–8. 3. 2009** budou probírána mj. následující témata:

- Antikoagulační léčba
- Diabetologie
- Existují zdravé tuky?
- Infekce horních a dolních cest dýchacích
- Kardiologie
- Porucha kognitivních funkcí

Dle statistik se víkendových seminářů v minulém roce účastnilo cca 650 praktických lékařů, kteří pomocí hlasovacích zařízení vyhodnotili víkendové semináře za stoprocentně přínosné. Z reakce našich praktiků jsme zaznamenali, že jim naše semináře přispívají nejen k prohloubení odborných vědomostí, ale i k duševnímu a fyzickému zdraví.

Těšíme se na opětovná setkání!

VÍKENDOVÉ VZDĚLÁVACÍ SEMINÁŘE SVL ČLS JEP NA ROK 2009

**Karlova Studánka, 6.–8. 3. 2009, Harrachov, 17.–19. 5. 2009,
Srní, 29.–31. 5. 2009, Mikulov, 4.–6. 9. 2009**

O dalších víkendových vzdělávacích seminářích budete průběžně informováni.

Pokud uvažujete o účasti na některém z nabízených seminářů, kontaktujte nás na níže uvedené adrese, telefonicky nebo e-mailem.

Registrovat se můžete také on-line na www.target-md.com, kde rovněž najdete detailní informace k jednotlivým akcím.

Kontaktní údaje:

TARGET-MD
Na Štáhlavce 7
160 00 Praha 6
tel./fax: 233 321 748
e-mail: sekretariat
@target-md.com [www.](http://www.target-md.com)
[target-md.com](http://www.target-md.com)

MUDr. Dana Moravčíková

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v březnu 2009

Hlavní téma: Pravdy a mýty v léčbě alergických onemocnění

I když tento cyklus seminářů nebude implementovat žádný z nových či novelizovaných doporučených postupů, je jeho problematika velmi aktuální zejména s ohledem na každoroční jarní boom alergických obtíží. Tento seminář by měl přispět k připravenosti praktických lékařů při řešení těchto problémů v jejich praxích. Ne každý pacient potřebuje vyšetření a léčbu u alergologa, naopak, většinu stavů lze úspěšně řešit již na úrovni primární péče.

Jako obvykle bude vedle hlavního tématu přednášeno i vedlejší téma podle výběru jednotlivých regionů. Program seminářů obdržíte na pozvánkách rozesílaných poštou a měsíc před konáním semináře i na www.svl.cz. Pokud pravidelné pozvánky na semináře nedostáváte, kontaktujte prosím sekretariát svl: seminare.svl@cls.cz.

Těšíme se na setkání s Vámi na březnových seminářích.

datum	čas	město, místo konání
Pondělí 2. 3. 2009	16.30–20.30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Čtvrtek 5. 3. 2009	16.00–20.00	Liberec, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14
Čtvrtek 5. 3. 2009	16.00–20.00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Úterý 10. 3. 2009	16.00–20.00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127
Středa 11. 3. 2009	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Čtvrtek 12. 3. 2009	16.00–20.00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota 14. 3. 2009	9.00–13.00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 14. 3. 2009	9.00–13.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Středa 18. 3. 2009	17.00–21.00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul.
Čtvrtek 19. 3. 2009	16.00–20.00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota 21. 3. 2009	9.00–13.00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Sobota 21. 3. 2009	9.00–13.00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota 21. 3. 2009	9.00–13.00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Středa 25. 3. 2009	16.00–20.00	České Budějovice, budova Medipont s. r. o., Matice Školské 17
Úterý 31. 3. 2009	16.00–20.00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6



III. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE

Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

VŠEOBECNÉ INFORMACE

Termín konání: 17.–19. 4. 2009

Místo konání: Slovanský dům, Na Příkopě 22, Praha 1

Organizátor: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

ZAJÍMAJÍ VÁS NÁSLEDUJÍCÍ TÉMATA?

Bolesti hlavy	Chronická žilní nedostatečnost	Obezita
Diabetes mellitus	Infektologie	Očkování
Dyslipidémie	Metabolický syndrom	Varia

Konference má postgraduální charakter a je garantována ČLK jako akce kontinuálního vzdělávání. Účastníci obdrží certifikát o účasti.

Možnost registrace: On-line přes internetové stránky www.target-md.com

NEJVĚTŠÍ ODBORNÁ KONFERENCE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V PRAZE V ROCE 2009

MUDr. Igor Karen

praktický lékař, Benátky nad Jizerou; člen výboru SVL ČLS JEP, odborný garant pro diabetologii

Diabetes mellitus v ordinaci praktického lékaře

Diabetes mellitus (DM) je v posledních letech narůstajícím celospolečenským problémem jak ve vyspělých, tak i v rozvojových zemích světa. Rostoucí výskyt zejména pozdních komplikací DM podmiňuje zvýšenou morbiditu i mortalitu diabetické populace a určuje také hlavní cíle: časnou diagnostiku, účinnou léčbu a prevenci výskytu chronických komplikací. Tyto komplikace výrazně zvyšují nároky na poskytovanou léčbu a její nákladnost, kdežto správnou léčbou diabetu od jeho zjištění lze naopak rizika komplikací zřetelně zmenšit. Diabetik by měl být léčen v zařízení nebo na pracovišti, které mu může podle typu diabetu, jeho závažnosti, složitosti a náročnosti léčby i s ohledem na přítomné komplikace poskytovat léčbu na patřičné úrovni. Léčbu a dispenzarizaci nekomplikovaného pacienta s DM 2. typu zajišťuje ordinace praktického lékaře nebo ordinace diabetologa či internisty.

Úvod

Sledování a léčba by měla být v souladu s doporučenými standardními postupy. Byla tudíž provedena **aktualizace tohoto DP DM verze 2009**, který bude kompletně představen v rámci **implementačních seminářů SVL ve všech krajských městech během měsíce února 2009** (viz minulé číslo Practicusu, kde je kompletní seznam termínů seminářů uveden.)

Vzhledem k tomu, že do budoucna nás tato práce a péče o naše pacienty s nekomplikovaným diabetem dozajista čeká, tak jako u našich evropských kolegů, kde je tato péče dávno samozřejmá a běžná, i pro nás v současné době již vyvstává nutnost „oprášit“ své znalosti ohledně nejen diagnostiky, ale hlavně léčby a dispenzarizace pacienta s diabetem.

Myslím, že tuto péči mnozí z našich řad již dávno dělají či chtějí dělat, a proto se sami již zapojili do pilotního projektu MOET DM2, který podporuje jak SVL, tak i Všeobecná zdravotní pojišťovna, ale již i další zdravotní pojišťovny, stejně jako Diabetologická spol. ČLS JEP. Na tomto projektu si prakticky všichni naši kolegové mohou u svých pacientů vyzkoušet a ověřit schopnosti a znalosti ohledně diagnostiky a správné léčby DM (do projektu je stále možné, viz webové stránky SVL). Navíc je účast v tomto projektu finančně ohodnocena.

V současné době probíhají jednání ohledně nových kódů pro léčbu a dispenzarizaci pacienta s DM II. typu v primární péči, neboť tato péče začíná být již velmi reálná.

Epidemiologie

V současné době je v České republice registrováno cca 7–8 % diabetiků z celkové populace. Podle posledních údajů z roku 2007 se jednalo o více než 750 000 pacientů, kdežto další část pacientů s diabetem zůstává stále ještě nedagnostikována (více než 2 % obyvatel). Výskyt diabetu s věkem narůstá, takže v populaci nad 65 let lze očekávat více než 20 % diabetiků.

Počet diabetiků se neustále zvyšuje, za posledních 20 let se jejich počet zdvojnásobil a současný roční přírůstek registrovaných diabetiků je asi kolem 25–30 000.

Rostoucí prevalence zejména DM 2. typu vede celosvětově k označení výskytu diabetu za epidemii. Metabolický syndrom, jehož součástí bývá často diabetes mellitus 2. typu, může zahrnovat až 25–30 % dospělé populace.

Definice onemocnění

Diabetes mellitus je chronické onemocnění, které vzniká v důsledku absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu. Organismus pak není schopen zacházet s glukózou jako za fyziologických podmínek, takže dochází k hyperglykémii.

Diagnóza diabetu

Diagnóza diabetu je založena na průkazu hyperglykémie za stanovených podmínek. Přítomnost klinické symptomatologie je nekonstantní, a proto její absence diagnózu diabetu nevylučuje.

Diagnóza diabetu a hraničních poruch glukózové homeostázy (HPGH) se určuje na základě měření glykémie (= koncentrace glukózy) ve venózní plazmě standardními metodami.

Rozeznává se:

- **glykémie nalačno** (nejméně 8 hod po příjmu poslední potravy)
- **náhodná glykémie** (kdykoli během dne bez ohledu na příjem potravy)
- **glykémie ve 120. minutě** orálního glukózového tolerančního testu (oGTT) se 75 g glukózy

Diabetes mellitus může být diagnostikován třemi různými způsoby:

- a) přítomnost klasických příznaků cukrovky
+ náhodná glykémie $\geq 11,1$ mmol/l,
- b) glykémie nalačno $\geq 7,0$ mmol/l,
- c) glykémie ve 120. minutě oGTT $\geq 11,1$ mmol/l.

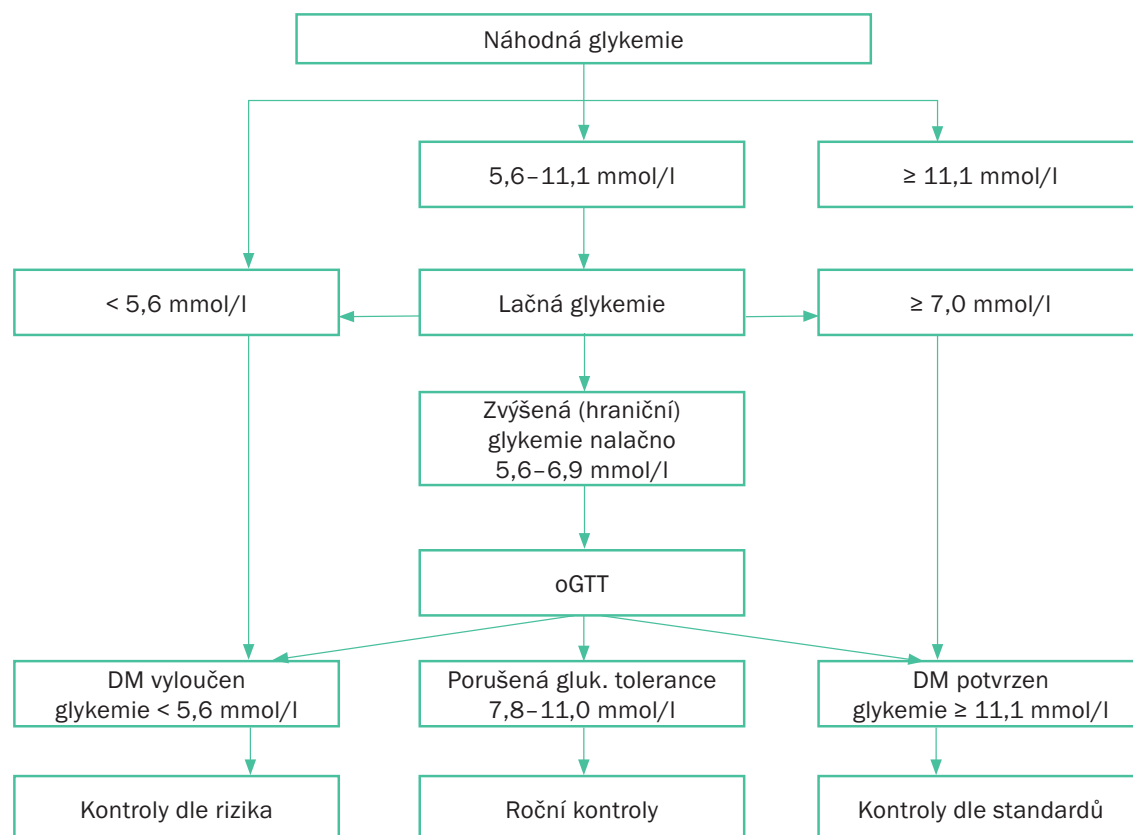


MUDr. Igor Karen

v současné době probíhají jednání ohledně nových kódů pro léčbu a dispenzarizaci pacienta s DM II. typu v primární péči

diabetes mellitus může být diagnostikován třemi různými způsoby

Algoritmus diagnostiky DM 2.TYPU



Hraniční porucha glukózové homeostázy:

Zvýšená (hraniční) glykemie nalačno je charakterizovaná glykemií nalačno 5,6–6,9 mmol/l. Porušená glukózová tolerance se vyznačuje glykemií ve 120. min při oGTT 7,8–11,0 mmol/l.

Normální hodnoty:

Normální glykemie nalačno jsou 3,8–5,6 mmol/l. Normální glukózová tolerance znamená glykemií ve 120. min oGTT < 7,8 mmol/l při normální glykemií nalačno.

Náhodná glykemie **vyšší než 11,0 mmol/l** v kapilární krvi u symptomatického jedince vede k diagnóze diabetu, kterou je třeba potvrdit nálezem glykemie nalačno vyšší než 6,9 mmol/l. Nejsou-li přítomny příznaky, provede se vyšetření glykemie nalačno za standardních podmínek.

V rámci interpretace výsledků všech hodnot uvádíme:

Glykemie nalačno opakovaně **nižší než 5,6 mmol/l** vylučuje diabetes.

Glykemie nalačno opakovaně **vyšší než 6,9 mmol/l** svědčí pro diagnózu diabetu.

Glykemie **mezi 5,6 a 6,9 mmol/l** (tzv. hraniční glykemie nalačno) vyžaduje vyšetření pomocí oGTT.

Při oGTT pro diagnózu DM svědčí nález glykemie za 2 hodiny vyšší nebo rovné 11,1 mmol/l.

Vyšetření glykemie při diagnostice diabetu je třeba jednou opakovat a vycházet ze dvou stanovení!!!

Klinický obraz

Typické příznaky jako **žízeň, polydipsie a polyurie (spolu s nykturií)** se vyskytují u rozvinutého onemocnění. Jindy si pacient všimne hubnutí při normální chuti k jídlu, únavy, nevykonnosti, malátnosti, případně kolísání zrakové ostrosti. Při těžké dekompenzaci může dojít až k poruše vědomí. Velmi často však na počátku diabetu zejména 2. typu příznaky zcela chybějí a nález hyperglykemie může být překvapením.

Stanovení diagnózy diabetes mellitus předchází kratší (u diabetu 1. typu) či delší (u diabetu 2. typu) období, které je asymptomatické. Už v tomto období mírná hyperglykemie podmiňuje vznik mikro- a makrovaskulárních komplikací, které mohou být zejména u nemocného s diabetem 2. typu přítomny již v době stanovení diagnózy DM. V případě makrovaskulárních komplikací u DM 2. typu se toto riziko ještě několikanásobně zvyšuje při kumulaci rizikových faktorů aterosklerózy (**obezity, arteriální hypertenze, dyslipidemie, hyperkoagulačního stavu**), které provázejí stav charakterizovaný inzulinovou rezistencí a označovaný též jako mnohočetný metabolický syndrom (MMS), metabolický syndrom X či Reavenův syndrom. Další podrobnosti viz Doporučený postup DM.

Komplikace DM

Akutní:

- hypoglykemie
- hyperglykemické kóma s ketoacidózou či hyperosmolární kóma bez ketoacidózy,

vyšetření glykemie při diagnostice diabetu je třeba jednou opakovat a vycházet ze dvou stanovení!

glykemie nalačno opakovaně nižší než 5,6 mmol/l vylučuje diabetes

glykemie nalačno opakovaně vyšší než 6,9 mmol/l svědčí pro diagnózu diabetu

Tabulka 1

	Vynikající	Přijatelné	Špatné
Glykemie v kapilární krvi			
nalačno/před jídlem (mmol/l)	4,0–6,0	6,0–7,0	> 7,0
1–2 hodiny po jídle (mmol/l)	5,0–7,5	7,5–9,0	> 9,0
Glykovaný hemoglobin HbA_{1c} (%)			
(podle IFCC, od 1. 1. 2004)	< 4,5	4,5–6,0	> 6,0

Tabulka 2: Doporučení klinických a laboratorních vyšetření u diabetiků 2. typu v ambulantních kontrolách

Glykemie	každá kontrola
HbA _{1c}	1× za 3 měsíce do kompenzace DM, dále 1× za 6 měsíců)
Krevní tlak	každá kontrola
Sérové lipidy	1× za 6 měsíců při léčbě, 1× za 2 roky při norm. hodnotách
Hmotnost či BMI	každá kontrola
Na, K, Cl, kreatinin, k. močová	1× ročně
TSH	při podezření na tyreopatii
Moč chem + sed	1× za rok
Mikroalbuminurie/proteinurie	1× za rok (při pozitivě ještě 2× opakovat)
Moč bakteriologicky	1× za 6 měsíců
Inspekce dolních končetin	každá kontrola
Oční vyšetření	1× za rok
Interní vyšetření provádí dispenzarizující lékař*	1× za rok
EKG	1× za rok
Orientační neurologické vyšetření	1× za rok

**Interní vyšetření zaměřené na postižení velkých cév a známky ischemické choroby srdeční, dolních končetin a CNS (cílená anamnéza a objektivní vyšetření včetně poslechu krkavic, stehenních tepen a palpace periferních tepen). Nález při interním vyšetření vede k indikaci dalších laboratorních vyšetření (krev. obraz, enzymy apod.).*

Tabulka 3: Cílové hodnoty sérových lipidů pro diabetiky

(Podle Společných doporučení devíti českých odborných společností pro prevenci ischemické choroby srdeční v dospělém věku, r. 2005–2008.)

Lipidy	Cílové hodnoty u diabetiků
Celkový cholesterol	< 4,5 mmol/l
LDL-cholesterol	< 2,5 mmol/l
Triacylglyceroly	< 2,0 mmol/l
HDL-cholesterol	> 1,0 mmol/l

*U pacientů s vysokým rizikem (diabetes + manifestní kardiovaskulární onemocnění)
je žádoucí dosáhnout hodnot LDL-cholesterolu < 2,0 mmol/l.*

c) laktacidotické kóma.

Podrobnosti není třeba uvádět, myslím, že je všichni známe, ostatní viz DP DM.

Chronické:

a) mikrovaskulární (retinopatie, nefropatie, neuropatie),

b) makroangiopatie (ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody, ischemická choroba dolních končetin).

Makrovaskulární komplikace se vyskytují u diabetu 2. typu velmi často, jejich klinický dopad bývá významnější než dopad mikrovaskulárních komplikací. Diabetická makroangiopatie je souhrnné označení pro aterosklerotické projevy na velkých tepnách diabetiků. Pro aterosklerózu u diabetika jsou charakteristické: 2–4násobný výskyt v porovnání s nediabetiky, stejně časté postižení žen jako mužů, časnější vznik a rychlejší progresse, difúznější postižení.

Prevence diabetu

Diabetes mellitus je drazé a komplikovaně léčitelné onemocnění, a proto je lépe pomoci preventivních

opatření diabetu předcházet. Dnes existují účinné preventivní strategie u diabetu 2. typu. Velmi omezené je předcházení diabetu 1. typu. Mírný preventivní význam má u diabetu 1. typu prodloužení kojení, omezení časného příjmu kravského mléka. Perspektivně se zdá, že by mohla být vyvinuta vakcína k prevenci diabetu 1. typu. U diabetu 2. typu jsou velmi významné preventivní strategie, neboť mohou snížit výskyt diabetu o 30–50 %. Výrazně jsou diabetem ohroženi pacienti s nadváhou, obezitou a dalšími složkami metabolického syndromu.

Terapie

Hlavním cílem léčby diabetu je **dosáhnout dlouhodobě normoglykemií nebo se k ní alespoň co nejvíce přiblížit (www.diab.**

Levemir® 1× denně*



- Účinná kompenzace diabetu 1. i 2. typu¹
- Snižuje přírůstek tělesné hmotnosti¹
- Snižuje riziko hypoglykemií¹
- Působí až 24 hodin¹



...ve spolehlivém inzulínovém peru NovoPen® 4

Levemir®
(inzulin detemir)

Snižuje přírůstek hmotnosti

*V kombinaci s perorálními antidiabetiky je doporučeno začít léčbu přípravkem Levemir® jednou denně. V režimu bazal-bolus může být Levemir® podáván jednou nebo dvakrát denně podle potřeb pacienta.

Reference: 1. podle SPC Levemir®

Zkrácená informace o přípravku Levemir®

Složení: Insulinum detemirum, rDNA 100 j./ml inj.roztoku.

Indikace: Léčba diabetes mellitus. **Dávkování a způsob podání:** V kombinaci s perorálními antidiabetiky je doporučeno začít léčbu přípravkem Levemir podáváním dávky 10 j. nebo 0,1–0,2 j./kg jednou denně. V režimu bazal-bolus, měl by být podáván jednou nebo dvakrát denně v závislosti na pacientově potřebě. Subkutánní podání. Přípravek je možno podávat v kombinaci s perorálními antidiabetiky. Přípravek je určen k použití spolu s aplikátory Novo Nordisk a jehlami NovoFine®.

Kontraindikace: Přecitlivělost na insulin detemir nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** nepodávat intravenózně, intramuskulárně, nepoužívat v infuzních pumpách. Přípravek obsahuje metakresol, který může způsobovat alergické reakce. **Nežádoucí účinky:** Hypoglykemie, reakce v místě vpichu, alergické reakce.

Balení: 5 x 3 ml roztoku v zásobní vložce. **Uchovávání:** V chladničce (2–8 °C), chránit před mrazem a světlem. Během používání chránit před chladem a světlem, neuchovávat při teplotě nad 30 °C. **Doba použitelnosti:** 30 měsíců, po otevření 6 týdnů. **Způsob výdeje:** vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum schválení:** 1. 6. 2004. **Datum revize textu:** květen 2008. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Dánsko. **Reg. číslo:** EU/1/04/278/002. **Další informaci získáte z SPC, příbalové informace nebo na adrese firmy Novo Nordisk:** Novo Nordisk s.r.o., Evropská 33 c, 160 00 Praha 6.



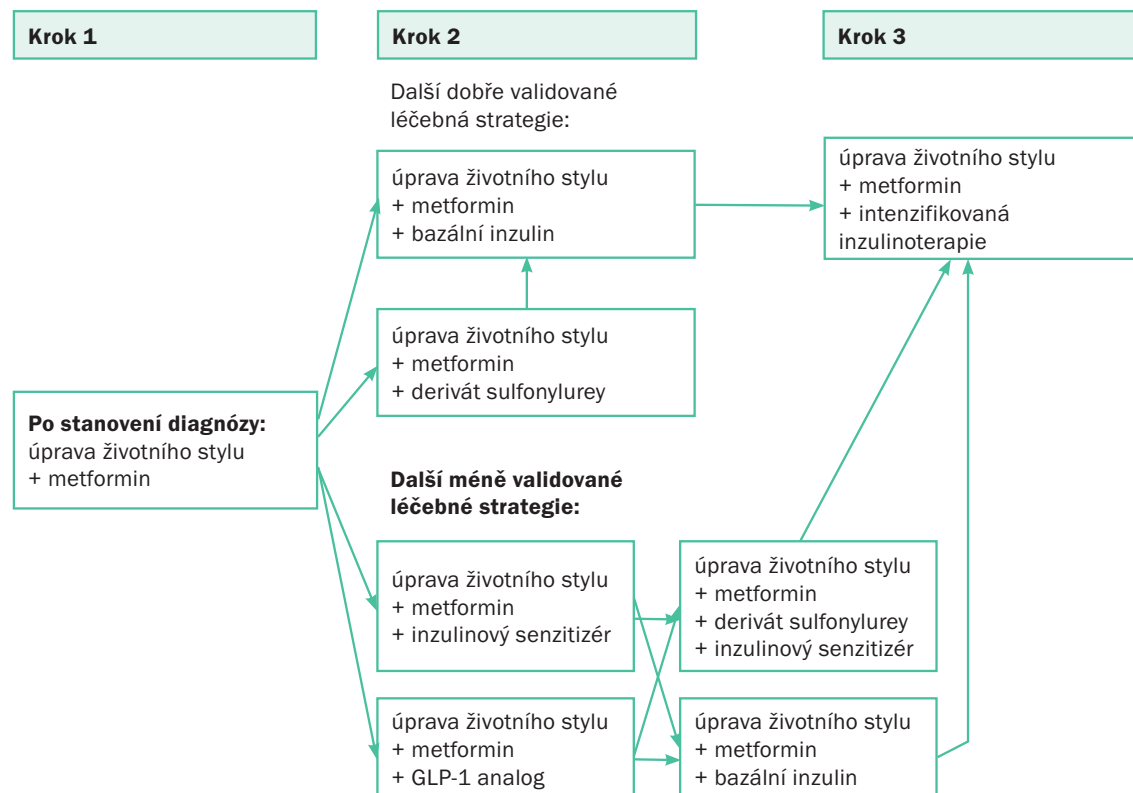
Novo Nordisk, s.r.o., Evropská 33c, 160 00 Praha 6
tel.: +420 233 089 611, fax: +420 233 089 613
www.novonordisk.cz, www.diabetesmellitus.cz

Algoritmus léčby a dispenzarizace DM 2. typu

(Konsenzus Americké a Evropské diabetologické společnosti 2008)

Nedojde-li během 3 měsíců k dosažení HbA_{1c} pod 5 %, přistoupíme k některé další alternativě léčby podle některé z šipek. Metformin vynecháme, není-li snášen nebo je-li kontraindikován.

Pouze pro nás, jako praktické lékaře, je tento algoritmus léčby omezen do úrovně dvojkombinace PAD, poté již musíme konzultovat diabetologa vzhledem k preskripčním omezením další preparátů.



cz). Léčba každého diabetika má vždy obsahovat **nefarmakologická opatření**, k nimž patří vhodně volená **dieta a fyzická aktivita** s ohledem na věk, typ diabetu, hmotnost pacienta a přítomnost přidružených komplikací. Podle situace volíme diety diabetické s obsahem 175 g, 200 g či 225 g sacharidů nebo diety redukční (Svčina a spol., 2008).

Fyzická aktivita (např. denně alespoň 30 minut chůze) je nezbytnou součástí léčby.

Farmakologická léčba je odlišná u diabetu 1. a 2. typu. **Léčba diabetu 2. typu začíná ihned terapií metforminem spolu s režimovými opatřeními.** Další postup je uveden níže. Samozřejmou součástí komplexní léčby pacienta je i léčba přidružených onemocnění.

Léčebný plán u DM 2. typu

Nově se nyní doporučuje, ihned po stanovení diagnózy, současně s nefarmakologickými opatřeními zahájit léčbu DM 2. typu metforminem a další PAD přidávat do kombinace s ním.

Nedaří-li se kombinací perorálních antidiabetik ani všemi opatřeními dosáhnout požadované kompenzace diabetu, je třeba rozhodnout o vhodné léčbě inzulinem. Součástí léčby je individuálně navržená sebekontrola glykemií. Kontroly diabetika 2. typu se provádějí po 3 až 6 měsících, nevyžaduje-li stav jinou frekvenci.

Perorální antidiabetika

1. **biguanidy** (metformin),

2. **deriváty sulfonylurey** (glimepirid, gliklizid, gliquidon, glipizid a glibenclamid)

– další skupiny jsou preskripčně vázány na odbornost diabetologů a internistů –,

3. **glinidy** (repaglinid),

4. **látky s inkretinovým efektem** (exenatid, liraglutid, vildagliptin, sitagliptin)

5. **thiazolidindiony** (rosiglitazon, pioglitazon),

6. **inhibitory alfa-glukosidáz** (akarbóza).

Zásadou je zahajovat terapii nižšími dávkami.

Při nedostatečném efektu se zvyšuje dávka, ale nepoužívá se dávka maximální, raději se přechází na kombinaci antidiabetik s různým mechanismem účinku.

Biguanidy (BG)

Ovlivňují zejména jaterní inzulinorezistenci, méně periferní inzulinorezistenci. Jako jediný zástupce této skupiny v klinické praxi se používá **metformin**, který má nejmenší riziko laktátové acidózy jako komplikaci léčby. Podává se v 1–2 dávkách denně, hypoglykemii nevyvolává. **U diabetiků 2. typu je vhodné zahájit monoterapii metforminem v nejnižší dávce podané jednou až dvakrát denně.** Chronická udržovací dávka obvykle nepřekračuje 1700–2000 mg denně. Pokud při monoterapii metforminem není dosaženo uspokojivé kompenzace, je vhodné jej kombinovat s antidiabetikem jiné skupiny, zpočátku opět v co nejnižší dávce.

Metformin je kontraindikován při renální insuficienci (kreatinin nad 130 $\mu\text{mol/l}$), srdečním selháním, dehydrataci a hypoxických či šokových stavech. Hor-

**fyzická aktivita
(alespoň 30 minut chůze
denně) je nezbytnou
součástí léčby**

**ihned po stanovení
diagnózy DM 2. typu
se doporučuje
zahájit léčbu
metforminem**

**kontroly diabetika
2. typu se provádějí
po 3 až 6 měsících,
nevyžaduje-li stav
jinou frekvenci**

u PAD se nepoužívá dávka maximální, lepší je kombinace antidiabetik s různým mechanismem účinku

glimepirid vykazuje nízké riziko hypoglykemie a má výhodné dávkování 1× denně

gliklazid je vhodný zejména u mladších diabetiků s manifestací nemoci před 55. rokem věku

není-li stav uspokojivý, je možno zvolit i déle působící SU (např. glibenclamid)

ukazatelem úspěšnosti kompenzace DM je průměrná glykemie podle glykovaného Hb (HbA_{1c}) a postprandiální glykemie

ní věková hranice jako kontraindikace pro podávání tohoto preparátu není stanovena.

Sulfonylureové (SU) deriváty

Zvyšují sekreci inzulínu. Přidávají se do kombinace k metforminu, pokud s ním není dosaženo požadovaného efektu. V praxi se používají preparáty druhé generace lišící se vzájemně rychlostí nástupu účinku, dobou trvání hypoglykemizujícího efektu, způsobem eliminace a vedlejšími účinky. Patří sem glimepirid, gliklazid, gliquidon, glipizid a glibenclamid. SU podáváme v nejmenších možných dávkách 1–2× denně. Hlavním rizikem léčby je hypoglykemie, léčbu provází přírůstek hmotnosti (méně u glimepiridu a nejsilněji u glibenclamidu).

Při zahájení léčby u jedinců s hmotnostním indexem pod 25 kg/m² se doporučují spíše krátce působící preparáty (glipizid, gliklazid), které se též přidávají k primárně nasazenému metforminu. **Začíná se nejnižší dávkou** a při nepostačující kompenzaci po několika týdnech se **zvyšuje na průměrnou dávku** (obvykle na dvoj- až trojnásobek) denně. Není-li stav uspokojivý, je možno zvolit i déle působící SU (např. glibenclamid), ale upřednostňují se stále více jiná PAD, zejména glimepirid či gliklazid. U mladších diabetiků 2. typu s rizikem kardiovaskulárního postižení je vhodný glimepirid, který navíc vykazuje nízké riziko hypoglykemie a má výhodné dávkování 1× denně. Gliklazid je vhodný zejména u mladších diabetiků s manifestací nemoci před 55. rokem věku.

Při chronické terapii se nedoporučuje překračovat střední dávky PAD! (Glibenclamid 10 mg, Glipizid 10 mg, Gliklazid 160 mg, Gliklazid MR 60 mg, Glimepirid 2 mg).

Glinidy

Ovlivňují prandiální vzestup glykemie a vyznačují se rychlým nástupem a relativně krátkým působením na sekreci inzulínu, takže jejich efekt je fyziologičtější než u derivátů sulfonylmočoviny, neboť nevyvolávají protrahovanou hyperinzulinemii.

Antidiabetika s inkretinovým efektem

Zavádějí se jako **deriváty nebo analogy GLP-1** (glukagonu podobnému peptidu-1) nebo **inhibitory dipeptidylpeptidázy IV**. Tato perspektivní skupina zlepšuje sekreci inzulínu z B-buňky závislou na glukóze.

Thiazolidindiony (glitazony)

Snižují inzulínovou rezistenci, kdežto sekrece inzulínu není ovlivněna. Používá se rosiglitazon (4 mg, 8 mg) nebo pioglitazon (15 mg, 30 mg tbl.) v kombinaci s metforminem nebo derivátem sulfonylmočoviny. V monoterapii se nepoužívají. Při léčbě může docházet k retenci tekutiny, proto se glitazony nepodávají u srdečního selhání, edémových stavů a dále v těhotenství.

Inzulinová analogia

Stále více se používají v léčbě diabetu vedle humánních inzulínů. Působí jednak krátce (inzulin lispro, inzulin aspart či glulisin), jednak dlouze (inzulin glargin nebo inzulin detemir). První skupina ovlivňuje postprandiální glykémii rychleji a nevyvolává delší hyperinzulinemii jako humánní, rychle působící inzulin, kdežto druhá skupina se vyznačuje vyrovnanou hladinou inzulínu (tzv. bezvrcholový

inzulin), která pak **není tak často provázána hypoglykemiemi jako v případě NPH inzulínů**.

Cíle terapie diabetu

1. Normalizovat glykémii nebo ji alespoň co nejvíce přiblížit k normálním hodnotám,
2. zabránit rozvoji časných i pozdních komplikací,
3. souběžně léčit další přidružená onemocnění a event. jim preventivně předcházet.

Ukazatele kvality léčby diabetu

Podle dosahovaných hodnot jednotlivých sledovaných parametrů je možno hodnotit úroveň kompenzace diabetika jako vynikající, přijatelnou nebo špatnou (neuspokojivou) – tab. 1.

Ukazatelem úspěšnosti kompenzace DM je jednak průměrná glykemie posuzovaná podle glykovaného Hb (HbA_{1c}), jednak i postprandiální glykemie.

V případě nedosažení cílových hodnot postprandiální glykemie a glyk. Hb při monoterapii či kombinaci terapii PAD za 6 měsíců, je vhodné pacienta konzultovat s diabetologem ohledně dalšího postupu.

Terapie přidružených onemocnění

Léčba arteriální hypertenze

Dosažení cílových hodnot < 130/80 mm Hg při použití monoterapie nebo mnohem častěji kombinace antihypertenziv s různým mechanismem účinku (preferujeme **ACEI a sartany, blokátory Ca kanálů**, dále kombinace centrálně působících antihypertenziv, dále betablokátory a diuretika). Preference metabolicky pozitivních či neutrálních antihypertenziv, mezi něž řadíme zejména první tři uvedené skupiny AH.

Léčba dyslipidemie

Při převažující hypercholesterolemii použití statinů, při hypertriglycerolemii podávání fibrátů. Velmi často je však potřeba kombinace statinů a fibrátů k dosažení kompenzace dyslipidemie.

Léčba obezity

U diabetiků s BMI > 30,0 kg/m² mohou být indikovány: **sibutramin** nebo **inhibitory lipázy** (orlistat) ve spojení s režimovými opatřeními (dietou a fyzickou aktivitou) a další kombinovanou farmakoterapií.

Léčba i prevence diabetické nefropatie

Podávají se inhibitory RAS (angiotenzin-konvertujícího enzymu), tj. sartany a ACEI, nutná důsledná kontrola hypertenze.

MUDr. Igor Karen – Promoval v roce 1988 na fakultě Dětského lékařství UK v Praze, v roce 1991 atestoval v oboru dětského lékařství, v roce 1994 v oboru infekčních nemocí a v roce 1996 v oboru všeobecného lékařství. Nyní pracuje ve své soukromé praxi jako praktický lékař v Mělníku. Spolupodílel se na tvorbě několika doporučených postupů pro praktické lékaře, publikuje, přednáší a podílí se na výzkumu v oblastech týkajících se arteriální hypertenze, diabetu mellitu a metabolického syndromu v primární péči. Je autorem mnoha odborných článků, sdělení, přednášek, zejména na téma arteriální hypertenze, dyslipidemie, antibiotika, diabetes mellitus, metabolický syndrom, vše pro primární péči jak v ČR, tak v zahraničí.

doc. MUDr. Jaromír Musil, Ph.D.

Pneumologická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Diagnostika a léčba exacerpace chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN)

CHOPN je často spojena s akutními exacerbacemi symptomů, které jsou závažnými událostmi v průběhu choroby. Vedou ke zhoršení kvality života. Bylo prokázáno, že větší množství exacerbací (více jak 2,9 za rok) vede k rychlejšímu poklesu FEV1. Náklady na léčbu exacerbací tvoří téměř 50 % celkových nákladů.

Definice exacerbace CHOPN

Validní definice exacerbace se stále hledá. Podle nyní používané definice je exacerbace CHOPN přetrvávající zhoršení stavu nemocného vůči stabilnímu stavu, které přesahuje normální denní kolísání, které má akutní začátek a jež vyžaduje změnu pravidelné medikace nemocného. Tato definice byla přijata i v naší republice.

Mortalita

Nemocniční mortalita hospitalizovaných pro akutní exacerbaci CHOPN je přibližně 10 %, dlouhodobé výsledky jsou též špatné. Mortalita dosahuje 40 % v průběhu jednoho roku, a je dokonce vyšší (více než 59 %) u nemocných starších 65 let.

Podle WHO je mortalita na exacerbaci CHOPN celosvětově, pokud je adjustovaná podle věku, čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí s počtem 39,9 na 100 000 obyvatel za rok. Tyto údaje se v různých zemích liší, což záleží na kvalitě zdravotního systému a zejména na dostupnosti lůžek na jednotkách intenzivní péče (JIP). Úmrtnost v České republice se v letech 1996 až 2005 zdvojnásobila. V roce zemřelo na CHOPN 2190 osob (1351 mužů, 839 žen), což představuje

relativní úmrtnost (počet úmrtí na 100 000 obyvatel) 27,1 u mužů, 16,0 u žen.

Příčiny

Nejčastější příčiny exacerbace (tab. 1) jsou **infekce tracheobronchiálního stromu** a znečištění ovzduší. Z látek obsažených v ovzduší má silnější krátkodobý negativní vliv **inhalace „drsných částic“** (PM10). Drsné částice působí jako příčinný faktor exacerbací. Nejvíce škodlivými plyny schopnými vyvolat exacerbaci jsou přízemní **ozon, oxidy síry a dusíku, naftové výpary**. Znečištěné ovzduší v interiéru zahrnuje **látky vznikající při vaření nebo topení** (oxid siřičitý, uhličitý, uhelnatý, oxidy dusíku a saze). Příčinu asi jedné třetiny těžkých exacerbací nelze zjistit.

Diferenciální diagnostika

Mezi stavy, které mohou napodobit akutní exacerbaci, patří pneumonie, městnavé srdeční selhání, pneumotorax, pleurální výpotek, plicní embolie a arytmie.

Patofyziologie

Odlišit zánětlivé změny při exacerbacích od změn při chronickém onemocnění je obtížné, protože nemocní s exacerbací jsou obvykle v závažném stavu, který nedovoluje podrobnější vyšetřování. Údaje však svědčí o tom, že lehké exacerbace CHOPN jsou provázeny jak neutrofilii, tak i eozinofilii ve sputu a v biopsiích, zatímco těžké exacerbace



doc. MUDr. Jaromír Musil, Ph.D.

validní definice exacerbace se stále hledá

příčinu asi jedné třetiny těžkých exacerbací nelze zjistit

Tabulka 1: Obvyklé příčiny akutní exacerbace CHOPN

Primární:

Tracheobronchiální infekce
Znečištění ovzduší

Sekundární:

Pneumonie
Embolie plicní
Pneumotorax
Zlomeniny žeber, úraz hrudníku
Nesprávné užití sedativ, narkotik a beta-blokátorů
Pravostranné anebo levostranné srdeční selhání nebo arytmie

Tabulka 2: Anamnéza a příznaky závažnosti akutní exacerbace CHOPN**Anamnéza**

- celková doba zhoršení nebo nové příznaky
- počet předchozích epizod (exacerbace, hospitalizace)
- současný léčebný režim

Příznaky závažnosti

- užití pomocných respiračních svalů
- zhoršení nebo vznik centrální cyanózy
- vznik periferních otoků
- hemodynamická nestabilita
- známky pravostranného srdečního selhání
- omezení čilosti

Tabulka 3: Indikace k vyšetření v nemocnici nebo přijetí pro akutní exacerbaci CHOPN

- výrazné zvýšení intenzity příznaků, např. náhlý začátek klidové dušnosti
- CHOPN se závažnou obstrukcí přítomnou již v klidovém stádiu
- začátek nových fyzikálních příznaků (např. cyanóza, periferní otoky)
- exacerbace se nemírní po počáteční léčbě
- závažná komplikující onemocnění
- nově se vyskytující arytmie
- diagnostické nejasnosti
- pokročilejší věk
- nedostatečná domácí podpora

systémový zánět při exacerbacích může vyvolat kardiovaskulární komplikace, které jsou způsobené vyvoláním hemostázy a trombózy

jsou spojeny se zvýšením počtu neutrofilů a eozinofilů ve sputu.

Při exacerbacích se zvyšuje i systémový zánět. Předpokládané mechanismy jsou: 1. uvolnění nadbytečného počtu zánětlivých mediátorů z plic; 2. zánětlivá reakce na tkáňovou hypoxii; 3. reakce vyvolaná prozánětlivým produktem bakterií lipopolysacharidem.

U nemocných s častými exacerbacemi dochází jen k malému poklesu zánětlivých markerů po uzdravení. Navíc **systémový zánět** při exacerbacích může vyvolat kardiovaskulární komplikace, které jsou způsobené vyvoláním hemostázy a trombózy. Expirační průtoky, které jsou sníženy již ve stabilním stádiu této nemoci, jsou téměř nezměněny během lehkých exacerbací a pouze mírně sníženy během těžkých exacerbací. Primární patofyziologickou změnou u těžkých akutních exacerbací je další zhoršení výměny plynů, jehož hlavní příčinou je zhoršení poměru ventilace/perfuze (VA/Q). Jak se poměr VA/Q zhoršuje, zvýšená práce respiračních svalů vede k větší spotřebě kyslíku, snížení tenze kyslíku ve smíšené venózní krvi a k dalšímu zvětšení poruch výměny plynů.

Příznaky

Hlavním příznakem exacerbace je **zhoršená dušnost**, která je často doprovázena sípáním a pocitem tíhy na hrudníku, zvýšením kašle a tvorby sputa, změnou barvy nebo viskozity sputa a teplotou.

Exacerbace mohou být také doprovázeny množstvím **nespecifických obtíží**, jako je nevolnost, nespavost nebo naopak spavost, únava, deprese a zmatenost. Snížení tolerance námahy může též předznamenat exacerbaci CHOPN. **Zvýšení množství sputa** a jeho hnisavý vzhled ukazují na bakteriální příčinu stejně jako anamnéza chronické tvorby sputa.

Hodnocení tíže

Zhodnocení tíže akutní exacerbace je založeno na anamnéze nemocného před exacerbací, příznacích, fyzikálním vyšetření, měření plicních funkcí a dalších laboratorních vyšetřeních (tab. 2). Užitečné je porovnání aktuálních hodnot funkčních parametrů i krevních plynů s hodnotami změřenými ve stabilizovaném stavu, pokud jsou výsledky těchto vyšetření dostupné. Akutní změny v těchto testech, ke kterým došlo při exacerbaci, jsou důležitější než jejich absolutní hodnoty. Proto by lékaři měli poučit nemocné, aby si brali, když jsou odesláni do nemocnice, s sebou souhrn výsledků posledních testů. U nemocných s velmi těžkou CHOPN je nejdůležitějším příznakem těžké exacerbace změna čilosti nemocného. Tato změna značí nutnost neodkladného vyšetření v nemocnici.

Závažnost exacerbace můžeme stanovit i vyšetřením **ventilace a respirace**.

Obecně platí, že $FEV_1 < 1$ l svědčí pro těžkou exacerbaci (s výjimkou nemocných s chronickou těžkou obstrukční poruchou). Nicméně správné provedení i jednoduchého funkčního vyšetření je obtížné u nemocných v závažném stavu.

Objektivním vyšetřením je **vyšetření krevních plynů** v arteriální nebo arterializované krvi. Tlak kyslíku v arteriální krvi $PaO_2 < 8$ kPa nebo saturace hemoglobinu kyslíkem ($SaO_2 < 90$ % při dýchání vzduchu neobohaceného kyslíkem znamenají respirační selhání. Navíc $PaO_2 < 6,7$ kPa, parciální tlak oxidu uhličitého v arteriální krvi ($PaCO_2 < 9,3$ kPa a $pH < 7,3$ ukazují na příhodu ohrožující život, která vyžaduje léčbu na jednotce intenzivní péče.

Léčba

Problémem je to, že nemocní vyhledají lékařskou péči při méně než 50 % exacerbací. Je prokázáno, že včasná léčba exacerbací přináší rychlejší uzdravení, lepší kvalitu života, snižuje počet hospitalizací než u těch, kteří exacerbace tzv. „přecházejí“.

Domácí léčba exacerbací CHOPN spočívá ve **zvýšení dávky nebo frekvence dosavadní bronchodilatační léčby**. Jestliže nemocný nebyl dosud léčen **anticholinergiky**, doporučuje se přidat je k bronchodilatační léčbě na tak dlouhou dobu, dokud se obtíže nezmírní. Je ale potřeba zajistit nemocnému takové inhalační zařízení, z kterého může účinně inhalovat i při

akutní změny v testech, ke kterým došlo při exacerbaci, jsou důležitější než jejich absolutní hodnoty

**správné provedení
i jednoduchého
funkčního vyšetření
u nemocných
v závažném stavu
je obtížné**

**Je nutno vyhnout
se dlouhodobému
podávání KS**

**antibiotická léčba
je v naprosté většině
empirická**

**prvním úkolem
při hospitalizaci
je poskytnout
kontrolovanou léčbu
kyslíkem**

Tabulka 4: Kritéria pro propuštění nemocných s akutní exacerbací CHOPN

- inhalační β_2 -agonisty netřeba užívat častěji než po 4 hodinách
- nemocný, jestliže byl před exacerbací doma, je schopen chůze po místnosti
- nemocný je schopen jíst a spát bez častého buzení pro dušnost
- nemocný je klinicky stabilní po 12–24 hodin
- arteriální krevní plyny jsou stabilní po dobu 12–24 hodin
- nemocný (nebo poskytovatel domácí péče) je zcela obeznámen se správným užitím léků
- sledování nemocného a domácí péče byly zařízeny (např. návštěvy zdravotní sestry, dodávka kyslíku, zajištění stravy)

Tabulka 5: Sledování nemocných po akutní exacerbaci CHOPN během 4–6 týdnů po propuštění z nemocnice

- schopnost vyrovnat se s obvyklým prostředím
- měření FEV_1
- překontrolování inhalační techniky
- pochopení doporučeného léčebného režimu
- potřeba dlouhodobé kyslíkové léčby nebo domácí nebulizační terapie (u nemocných s těžkou CHOPN)

exacerbaci. U těžších případů mohou být inhalovány vysoké dávky bronchodilatancií v roztoku podle potřeby po dobu několika dnů, jestliže je k dispozici vhodný nebulizátor.

Systémově podané kortikosteroidy jsou přínosné pro léčbu akutních exacerbací CHOPN. Urychlují uzdravení nemocných a přispívají k dřívějšímu obnovení plicních funkcí. Přidání kortikosteroidů k bronchodilatační léčbě by mělo být zváženo u nemocných, u kterých je FEV_1 před bronchodilatační léčbou menší než 50 % náležité hodnoty. Doporučuje se podat 40 mg prednisolonu denně po dobu 10 dní. Podávání systémových KS lze ukončit najednou, neboť za 10 dní nedojde k útlumu adrenokortikální osy. Je ale nutno vyhnout se dlouhodobému podávání, neboť systémové podání KS má závažné nežádoucí účinky, jako je např. hyperglykemie, nespavost, přibývání hmotnosti, hypertenze, peptický vřed. Uvádí se, že jeden nežádoucí účinek připadá na 6 nemocných léčených systémovými KS.

Antibiotika jsou účinná pouze v případě, když nemocný se zhoršením dušnosti a kašlem má též zvýšený objem sputa, a sputum je hnisavé. První volbou antibiotika, která jsou v naprosté většině empirická, jsou aminopeniciliny (amoxicilin) nebo aminopeniciliny potencované inhibitory β -laktamáz (amoxicilin + klavulanová kyselina nebo ampicilin + sulbaktam) či cefalosporiny stabilní vůči β -laktamázám (cefalosporiny II. generace). Při alergii na β -laktamy jsou indikována makrolidová antibiotika nebo tetracyklíny.

Mukolytika jsou indikována během exacerbací

u nemocných s obtížnou expektorací. Podávají se zvláště mukolytika s antioxidačními účinky (N-acetylcystein, erdostein).

K hospitalizaci jsou indikováni nemocní, u nichž tato léčba selhává. **Kritéria pro odeslání do nemocnice** jsou uvedena v tab. 3.

Zajištění převozu do nemocnice spočívá v podávání kyslíku o nízkých průtocích (O_2 brýlemi s průtokem 1–3 l/min). Dále se podávají krátkodobě působící β_2 -mimetika (např. salbutamol 5 mg) nebo anticholinergika (ipratropium bromid 0,5 mg) či kombinovaná léčba (např. Bero-dual 0,5–1,0 ml) nebulizačně. Nesmí se ale provádět nebulizace zařízením, jehož hnacím plynem je kyslík. Hrozí riziko retence CO_2 . Proto je nutné použít jako hnací plyn vzduch nebo použít kompresorové nebulizátory. Kortikosteroidy se podávají parenterálně (např. hydrocortison 200 mg nebo metyprednisolon 80 mg). Při nemožnosti aplikace lze podat kortikosteroidy perorálně (např. Prednison 40 mg). Teofylin se aplikuje parenterálně pouze při nemožnosti provádět nebulizační léčbu (a pouze v případě, že nemocný není již léčen teofylinovými léky).

Prvním úkolem u nemocných, kteří se dostali na ambulanci „urgentního příjmu“, je poskytnout kontrolovanou léčbu kyslíkem a zjistit, zda má nemocný exacerbaci ohrožující život. Jestliže tomu tak je, měl by být nemocný ihned přijat na jednotku intenzivní péče. V opačném případě může být nemocný léčen na ambulanci „urgentního příjmu“ nebo může být hospitalizován. Nemocniční léčba spočívá rovněž v podávání bronchodilatancií, systémovém podávání KS, event. parenterálním podáním aminofylinu a podáním antibiotik. Proti ambulantní léčbě je

možnost kontrolovaného kontinuálního podávání kyslíku a na jednotkách intenzivní péče (JIP) provádění neinvazivní ventilační podpory (NIVP) a umělé plicní ventilace (UPV).

Nemocní jsou propouštěni, jestliže splňují kritéria uvedená v tabulce 4. V tabulce 5 jsou uvedeny jednotlivé body, podle kterých se doporučuje postupovat při sledování nemocného po dobu prvních 4–6 týdnů po propuštění z nemocnice. Jestliže se vyvine hypoxemie během exacerbace, měly by být krevní plyny znovu zkontrolovány při a po propuštění. Jestliže nemocný zůstává hypoxemický, měla by být zahájena **dlouhodobá kyslíková terapie**. Dlouhodobou domácí oxygenoterapii indikuje odborník oboru pneumologie.

Prevence

Prevence exacerbací spočívá v eliminaci rizikových faktorů. Zejména je nutné, aby nemocný zanechal kouření. K tomu je možno využít poraden pro léčbu závislosti na tabáku, jejichž seznam je na www.dokurte.cz. Klinickými studiemi bylo prokázáno, že počet exacerbací snižuje léčba inhalačními KS, tiotropiem i fixními kombinacemi (inhalační KS a dlouhodobě působící β_2 mimetikum). Je rovněž doporučováno očkování proti chřipce a rehabilitace.

Literatura:

Musil, J., Vondra, V., Konštacký, S.: *Chronická obstrukční plicní nemoc. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Praha, 2008, 16 s.
Kašák, V., Koblížek, V. a kol.: *Naléhavé stavy v pneumologii*. Maxdorf Jessenius, Praha, 2008, 520 s.
Musil, J., Kos, S., Vondra, V., Salajka F. – překlad: Světová iniciativa o chronické obstrukční plicní nemoci: Světová strategie diagnostiky, léčby a prevence chronické obstrukční plicní nemoci. Vltavín, Praha 2007, 164 s.
Musil, J.: *Léčba chronické obstrukční plicní nemoci*. Grada Publishing spol. s r. o., Praha, 1999, 192 s.

doc. MUDr. Jaromír Musil, Ph.D. – v roce 1979 promoval na Fakultě všeobecného lékařství UK Praha, roku 1983 atestace I. stupně z vnitřního lékařství, v roce 1986 nástavbová atestace z pneumologie, v roce 1997 habilitace – téma dizertační práce: *Zásady intenzivní péče o nemocné s těžkou exacerbací chronické obstrukční plicní nemoci*, v roce 2004 doktorské studium (téma *Význam stanovení leukotrienů v kondenzátu vydechaného vzduchu u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí [CHOPN]*), od roku 2003 je přednostou Pneumologické kliniky UK 2. LF a FN Motol.

**léčba
inhalačními KS,
tiotropiem i fixními
kombinacemi snižuje
počet exacerbací**

**seznam poraden
pro léčbu závislosti na
tabáku je na
www.dokurte.cz**

Mucosolvan®

VYLÉČÍ VÁŠ KAŠEL

Mucosolvan pro dospělé
Ambroxol hydrochloridum
30 mg/5 ml
100 ml
sirup

Mucosolvan Retard
Ambroxol hydrochloridum
75 mg
20 tobolek

- **Komplexní mechanismus účinku**
 - mukolytický, mukoregulační a expektorační¹⁻⁴
 - stimulace tvorby surfaktantu
 - zvyšování koncentrace ATB* v bronchopulmonálním sekretu, signifikantně rychlejší uzdravení^{5,6}
 - protizánětlivý⁷⁻¹³
 - podporuje přirozenou obranu plic a dýchacích cest
- **Léčba akutních i chronických bronchopulmonálních onemocnění**

www.mucosolvan.cz

*amoxicilin, cefuroxim, erythromycin

Literatura
1. Weiss T et al. *Prax Pneumol* 1981;35:359-362 2. Dorow P et al. *Arzneimittelforschung* 1988;38:828-830 3. Bertoli L et al. *Elsevier Sci Publishers* 1983;349-360 4. Grassi C et al. *Elsevier Sci Publishers* 1983;361-370 5. Frascini F et al. *Current Therapeutic Research* 1988;43(4):734-742 6. Principi N et al. *Int J Clin Pharm Res* 1986;VI(5):369-372 7. Winsel K Review. *Pneumologie* 1992; 46:461-475 8. Felix K et al. *Life Sciences* 1996;59(14):1141-1147 9. Aihara M et al. *Respiration* 2000; 67:662-671 10. Ottonello L et al. *British Journal of Pharmacology* 2003;140:736-742 11. Beeh KM et al. *Eur J Med Res* 2008;13:557-562 12. Pfeifer S et al. *Eur J Med Res* 1997;2:129-132 13. Gibbs BF et al. *Inflamm Res* 1999; 48: 86-93

MUCOSOLVAN®, MUCOSOLVAN® pro dospělé, MUCOSOLVAN junior®, MUCOSOLVAN® RETARD
Zkrácená informace o přípravku
Složení: Ambroxoli hydrochloridum. **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 tobolek 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, tobolek: 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, 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 zředění. Inhalace: dospělí a děti nad 6 r. 1–2 inhalace 2–3 ml, do 6 r. 1–2 inhalace 2 ml. Pacienti s astmatem užívají před inhalací svá bronchodilatační. Roztok k inhalaci se nesmí mísit s kyselou 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. **Interakce:** Podávání s atb (amoxicilin, cefuroxim, erythromycin) zvyšuje jejich koncentrace v bronchopulmonálním sekretu a sputu. Závažné nežádoucí interakce s jinými léky nehlášeny. **Těhotenství a kojení:** Měly by být dodržovány obecné zásady užívání léků během těhotenství, není doporučeno užívání v 1. trimestru a při kojení. **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, tob do 25°C v původním obalu, sir 15 mg/5 ml, 30 mg/5 ml žádné zvláštní podmínky. 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. tobolek: 52/141/91-C. **Datum poslední revize:** tbl, roztok, sir junior 15.10.2008; sir pro dospělí 23.4.2008; ret. tobolek 4.7.2006. **Výdej léčivého přípravku možný bez lékařského předpisu. Částečná úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění pouze u indikací cystická fibróza, idiopatická plicní fibróza, prokázané bronchiektázie. 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

doc. MUDr. Petr Dulíček, Ph.D.,¹ prof. MUDr. Jaroslav Malý, CSc.,¹ MUDr. Radovan Malý, Ph.D.²

¹ II. interní klinika – Oddělení klinické hematologie, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta, Hradec Králové

² I. interní klinika, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta, Hradec Králové

Možnosti profylaxe venózního tromboembolizmu

Venózní tromboembolizmus představuje významný zdravotnický a sociálně ekonomický problém. Incidence onemocnění zůstává v posledních letech stejná, a to přes zlepšení strategie jak primární, tak sekundární profylaxe. To je dáno faktem, že se lidé dožívají delšího věku, kde incidence trombózy stoupá. Ve většině případů se jedná o žilní trombózu v dolní končetině či plicní embolii, méně často o žilní trombózu v jiné lokalizaci, např. v žilách horní končetiny, mozkových splavech, v břišní oblasti. Venózní tromboembolizmus však zůstává pro lékaře velkou výzvou, protože se jedná o onemocnění, kterému lze správnými preventivními opatřeními předcházet.



doc. MUDr. Petr
Dulíček, Ph.D.

Jedinců s vrozeným trombofilním stavem je v populaci poměrně dost (5 %–8 %)

Úvod

Venózní tromboembolizmus (VTE) představuje významný zdravotnický a sociálně ekonomický problém. Zdravotnický tým, že onemocnění může skončit fatálně plicní embolií (PE), a také pozdní následky VTE – plicní hypertenze či posttrombotický syndrom – mají vliv na kvalitu života postiženého jedince. Sociálně ekonomický problém proto, že jsou často postiženi jedinci v produktivním věku. Incidence VTE v populaci se udává 1/1000, ale závisí na věku (1, 2). Ve věkové skupině nad 70 let je incidence VTE 1/100, naopak ve skupině 20–40 let je 1/10000 a u jedinců pod 20 let věku 1/100000. Tato incidence zůstává v posledních letech stejná. Je to dáno dvěma protichůdnými tendencemi. Na jedné straně se objevují nové léky v prevenci a terapii VTE, zlepšují se doporučení o profylaxi VTE. Na druhé straně se jedinci dožívají delšího věku, kdy přibývá onemocnění, imobilizace a také užívání léků. Podstatné je však to, že VTE představuje onemocnění, kterému lze správnou primární profylaxí předcházet. Proto představuje pro zdravotnickou veřejnost velkou výzvu.

Etiopatogeneze VTE

V etiopatogenezi onemocnění se podílejí 3 základní faktory, jak je popsal již v roce 1865 Virchow (3). Mezi tyto 3 faktory patří: cévní stěna, stáza krve a změny v krevních elementech. Jakékoliv faktory (vrozené či získané), které ovlivňují jeden či více z těchto 3 faktorů, mají za následek větší riziko vzniku VTE. Z výše uvedeného vyplývá, že VTE je onemocnění multifaktoriální.

Rizikové faktory (RF) VTE můžeme rozdělit na vrozené či získané, jak je ukázáno v tabulce 1 (uvedeny jsou jen ty nejdůležitější). Vrozené trombofilní stavy se liší navzájem 2 charakteristikami:

- frekvencí výskytu v populaci
- trombofilností, tedy mírou rizika VTE

Mezi trombofilní stavy s velkou frekvencí výskytu v populaci patří **mutace F V Leiden** (v heterozygotní formě se vyskytuje u nás mezi 2 %–4 %) a mutace F II G20210A (kolem 2 %). Mezi trombofilní stavy s nižší frekvencí výskytu (1:2000–5000 obyvatel), ale s vyšším rizikem VTE patří např. deficit antitrombinu. Z výše uvedeného vyplývá, že jedinců s vrozeným trombofilním stavem je v populaci poměrně dost (5 %–8 %), ještě více je **získaných rizikových faktorů** a situací, které jsou spojeny s větším rizikem VTE. Jedinci s diagnostikovaným vrozeným trombofilním stavem mají být vybaveni patřičnými doporučeními jak v oblasti primární, tak sekundární profylaxe VTE a vybaveni kartičkou pro případ emergentní situace. Vzhledem k složité problematice vrozených trombofilních stavů patří tato doporučení do rukou patřičného odborníka. Jedině tak lze předcházet situacím, kdy jsou jedinci neoprávněně vystaveni obavě z trombofilie, tak jako v případě mnoha jedinců v České republice, kteří mají jako vrozený trombofilní stav prokázanou mutaci genu MTHFR C677T (enzym – metylentetrahydrofolátreduktáza, který se uplatňuje v metabolismu homocysteinu). Tato mutace bez zvýšené hladiny homocysteinu není trombofilním stavem, což je fakt známý více než 10 let (4, 5). Navíc frekvence výskytu této mutace je v populaci vysoká, v heterozygotní formě až 40 %.

Prevence venózního tromboembolizmu

Prevenci VTE lze rozdělit na primární (jedinci, kteří VTE ještě neprodělali) a sekundární (po prodělané VTE).

Primární profylaxe se týká nejen lékařů v lůžkových zařízeních, ale také v ambulantní sféře,

Tabulka 1: Rizikové faktory VTE

Vrozené RF	Získané RF
Vrozené trombofilní stavy	Onemocnění
- mutace F V Leiden	- nádorová onemocnění
- mutace F II G20210A	- antifosfolipidový syndrom
- deficit antitrombinu	- myeloproliferativní onemocnění
- deficit proteinu C	- nefrotický syndrom aj.
- deficit proteinu S	Užívání léků
- hyperhomocysteinemie	- chemoterapie
- dysfibrinogenemie	- hormonální terapie
- poruchy fibrinolýzy	- užívání hormonální antikoncepce
- vrozený těžký deficit F XII	- užívání hormonální substituční terapie
Získané trombofilní stavy	Věk
- získaná APC rezistence	Obezita
- vyšší aktivita F VIII	Expoziční faktory
- operace	- imobilizace
- hyperhomocysteinemie	- imobilizace dolní končetiny
	- dlouhé cesty (letecky více než 6 h aj.)

v primární prevenci VTE je lékem volby nízkomolekulární heparin (LMWH)

nejčastěji užívaným lékem v sekundární prevenci VTE je Warfarin

poučení pacienta užívajícího Warfarin je esenciální

včetně ordinací praktického lékaře. Proto se dále zaměříme na primární profylaxi v ambulantní praxi a na situace, kterým může být lékař vystaven. Zmíníme se také o lécích, které jsou pro tyto situace vhodné a jsou t.č. nejvíce doporučovány. Doporučení o prevenci VTE vycházejí z doporučení konference ACCP (American College of Chest Physician), poslední z června 2008 (6).

Primární profylaxe VTE v ambulantní péči

V primární prevenci VTE je lékem volby nízkomolekulární heparin (LMWH). Praktický lékař se může v praxi setkat s následujícími situacemi:

• **Zajištění přechodné rizikové situace** u jedinců s prokázaným vrozeným trombofilním stavem, a to dle doporučení specialisty. Zde se jedná o profylaxi VTE pomocí nízkomolekulárního heparinu (LMWH), a sice v délce a dávce (většinou profylaktické) dle doporučení specialisty.

• **Prolongovaná profylaxe VTE**

– Po ortopedických zákrocích (náhrada nosných kloubů). Nezbytnost této profylaxe je založená na důkazech a nyní doporučována nejen LMWH, ale také pentasacharidy (Arixtra), trombinovými inhibitory (Pradaxa) či nově i inhibitory F Xa (Xarelto). O těchto nových přípravcích se zmíníme v závěru sdělení.

– Po operacích v abdominální oblasti pro nádor.

• **Monitorování antikoagulační terapie Warfarinem po porodu.** U řady žen je doporučována primární profylaxe VTE peripartálně LMWH, po porodu převod na Warfarin s cílovou hodnotou INR mezi 2–3 po dobu 2–3 měsíců.

• **Profylaxe VTE u jedinců s imobilizací dolní končetiny pro úraz.** Zde není primární profylaxe VTE paušálně doporučována, ale je indikována při kumulaci rizikových faktorů, např. u ženy

s prokázaným vrozeným trombofilním stavem užívající hormonální antikoncepci aj. Zde doporučení vycházejí z individuálního zhodnocení RF VTE. Z délky doporučené profylaxe vychází také typ prevence. Při krátkodobé profylaxi je indikován LMWH, při profylaxi na několik týdnů je výhodné jedince převést na Warfarin s cílovou hodnotou INR mezi 2–3. V žádném případě nelze doporučit fixní dávku (většinou nižší dávky Warfarinu), bez monitorování INR. Bohužel i na toto doporučení lze v praxi stále narazit. V případě primární prevence periferní embolizace (do arteriálního systému) se praktický lékař může nejčastěji setkat s Warfarinem v indikaci fibrilace síní. Zde je požadovaná hodnota INR mezi 2–3. V případě nutnosti LMWH v této indikaci pak dávka LMWH závisí na riziku periferní embolizace (věku jedince, osobní anamnéze, velikosti levé síně apod.).

Sekundární profylaxe VTE v ambulantní péči

Nejčastěji užívaným lékem v sekundární prevenci VTE je Warfarin. V ambulanci PL se jedná o následující úlohy:

• **Antikoagulační terapie Warfarinem (OAT)** po prodělané VTE. Zde je délka užívání Warfarinu určena specialistou a vychází z následujících faktů – vzniku VTE (spontánně × v rizikové situaci), tíže příhody (lýtková trombóza × hemodynamicky významná PE), počtu příhod, z faktu, zda přetrvává spouštěcí mechanismus (aktivní nádor, antifosfolipidový syndrom), na přítomnosti vrozeného trombofilního stavu (typu) a také na individuálním zhodnocení ostatních RF VTE – věk, BMI, přidružená onemocnění, užívání léků apod. Doporučení o délce léčby Warfarinem se liší dle jednotlivých doporučení, dochází po letech k určitým změnám. Délka se udává ve 3 kategoriích:

1) **jasně určená délka** – 3 měsíce, 6 měsíců, jeden rok aj.,

2) **dlouhodobá antikoagulační terapie**, kdy délka OAT je delší než jeden rok a není doporučena celoživotně. Zde po jednom roce dojde k přehodnocení RF VTE, vyhodnocení monitorování antikoagulační terapie (vyrovnanost hodnot INR, krvácivé komplikace aj.) a také nutno vzít v úvahu preferenci nemocného, zdali chce či nechce v užívání Warfarinu pokračovat,

3) **celoživotní antikoagulační terapie.**

Poučení pacienta užívajícího Warfarin

Zde si dovoluujeme připomenout několik důležitých pravidel, o čem poučit pacienta:

a) o charakteru antikoagulační terapie,
b) o nutnosti všude hlásit užívání tohoto léku a to zejména při nasazování nového léku (i v rámci přechodného užívání, např. antibiotik) či v případě intervenčního zákroku. Zde je nutno zdůraznit fakt, že nekomplikované

extrakce zubů lze provádět při INR 2–3, a sice bez úpravy dávky, vysazování terapie či převodu na LMWH,

c) o vhodnosti nošení kartičky, díky níž lze rychle v případě emergentní situace zjistit hodnotu posledního INR, indikaci OAT a dávku Warfarinu, d) o vhodnosti zásadně neměnit dietní návyky a stravovat se jako dosud. Dnes se dobře ví, že běžná denní dávka vitamínu K1 je nezbytná pro vyrovnané hodnoty INR. Bohužel řadě nemocných je doporučována jakási „warfarinová dieta“.

• Profylaxe pomocí LMWH

Někteří jedinci nemohou mít profylaxi Warfarinem, a proto je nutno u nich podávat LMWH. Jedná se o situace, kdy je léčba Warfarinem buď kontraindikována, nebo jedince nelze na antikoagulační terapii dobře nastavit, např. z důvodu

- necitlivosti na Warfarin,
- četných lékových interakcí, kdy nelze dosáhnout vyrovnaných hodnot INR,
- přítomnosti rizikových faktorů pro krvácení,
- alergické reakce na Warfarin,
- či přítomnosti dalších vedlejších reakcí – např. padání vlasů či syndromu fialového palce,
- u jedinců s VTE v souvislosti s nádorovými chorobami, které jsou léčeny chemoterapií nebo které vedou k trombocytopenii. Zde lze při LMWH rychleji reagovat změnou dávky na vzniklou situaci než při terapii Warfarinem. LMWH má také přinejmenším u některých typů nádorů s metastázami i efekt antineoplastický.

Antiagregační terapie není profylaxí VTE

V této situaci je nutno zdůraznit, že antiagregační terapie není primární ani sekundární profylaxí. Bohužel je velmi v praxi rozšířený zvyk, že po vysazení Warfarinu je nemocnému doporučen Anopyrin nebo se podává jako prevence VTE po přiložení sádry či dlahy.

Nové léky pro prevenci VTE

Závěrem se krátce zmíníme o dalších, novějších lécích v prevenci VTE:

Fondaparinux (Arixtra) je syntetickým pentasacharidem. Inaktivuje F Xa v závislosti na antitrombinu. Je podáván podkožně, rychle se absorbuje, jeho biologický poločas je 17 h a je vylučován ledvinami. Profylaktické dávky není nutné laboratorně monitorovat. Tento lék je účinný v prevenci VTE po ortopedických operacích, v obecné chirurgii, interní medicíně, terapii hluboké žilní trombózy či plicní embolie, v terapii infarktu myokardu.

Idraparinux je hypermetylovaný derivát fondaparinuxu, také se váže na antitrombin, ale má podstatně delší biologický poločas, a to 80 hodin. Aplikuje se rovněž podkožně, a sice jednou týdně.

Dabigatran etexilát (Pradaxa) je trombinovým inhibitorem. Působí tedy „nížeji“ v systému koagulační kaskády. Je účinným lékem v tromboprofylaxi jedinců po velkých ortopedických výkonech, ale také u jedinců s fibrilací síní v prevenci periferní embolizační příhody. Také nyní probíhají klinické studie v léčbě a sekundární profylaxi VTE.

Rivaroxaban (Xarelto) je nová molekula ze skupiny tzv. xabanů, působí jako přímý, perorálně účinný inhibitor F Xa. Podávání per os je velmi výhodné, navíc není nutné laboratorní sledování. Účinnost a bezpečnost toho léku byla potvrzena v řadě klinických studií, a to zejména v oblasti velkých ortopedických výkonů. Nicméně probíhají klinické studie i v jiných indikacích, např. v profylaxi žilní či arteriální trombózy, v profylaxi tromboembolické příhody, u nemocných s akutním koronárním syndromem.

Závěrem

Venózní tromboembolismus představuje závažné onemocnění, kterému lze správnou strategií profylaxe předcházet. Proto je znalost profylaxe velmi důležitá a lze očekávat, že s uvedením nových léků do praxe se úroveň profylaxe ještě zlepší.

Literatura:

1. Nordström, M., Lindblad, B., Bergqvist, D. et al.: A prospective study of the incidence of deep vein thrombosis with a defined urban population. *J Intern Med* 1992, 232:155–160.
2. Silverstein, M. D., Heit, J. A., Mohr, D. N. et al.: Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 1998, 158:585–593.
3. Virchow, R.: Trombose und Embolie. Vol Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medizin. Berlin:Verlag Maxirsch 1865, 219.
4. Tosseto, A., Missiaglia, E., Frezzato, M. et al.: The VITA project: C677T mutation in the methylen-tetrahydrofolate reductase gene and the risk of venous thromboembolism. *Br J Haematol* 1997, 9:804–806.
5. Brown, K., Luddington, R., Baglin, T.: Effect of the MTHFR C677T variant on the risk of venous thromboembolism interaction with factor V Leiden and prothrombin (F2G20210A) mutations. *Br J Haematol* 1998, 103:42–44.
6. Geerts, W. H., Bergqvist, D., Pineo, G. et al.: Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians, Evidence – Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008, 133:381–453.
7. Kvasnička, J., Slíva, J.: Dabigatran. *Farmakoterapie* 2008, 4:359–364.
8. Kvasnička, J., Slíva, J.: Rivaroxaban. *Farmakoterapie* 2008, 4:381–385.

doc. MUDr. Petr Dulíček, Ph.D. – promoval roku 1988 na Lékařské fakultě HK, Univerzity Karlovy v Praze. Po promoci nastoupil jako sekundární lékař do FN v Hradci Králové, kde od roku 1990 dosud pracuje na Oddělení klinické hematologie. V roce 1991 složil první atestaci z oboru vnitřního lékařství, roku 1994 nadstavbovou atestaci z oboru hematologie a krevní transfuze. V roce 1999 obhájil kandidátskou dizertační práci a v roce 2004 byl habilitován v oboru vnitřního lékařství. V roce 1997 absolvoval stáž na Mayo Clinic v Rochesteru.

jedinci s diagnostikovaným vrozeným trombofilním stavem mají být vybaveni patřičnými doporučeními jak v oblasti primární, tak sekundární profylaxe VTE a vybaveni kartičkou pro případ emergentní situace

nekomplikované extrakce zubů lze provádět při INR 2–3, a to bez úpravy dávky, vysazování terapie či převodu na LMWH

je vhodné zásadně neměnit dietní návyky a stravovat se jako dosud

běžná denní dávka vitamínu K1 je nezbytná pro vyrovnané hodnoty INR

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha

Zařazení antidepresiva trazodonu (SARI) v klinické praxi

Souhrn: Trazodon je antidepresivum ovlivňující komplexním způsobem především centrální serotoninergní systém. Je vhodný především pro depresivní pacienty s úzkostí, nespavostí a sexuálními problémy. Dobře ovlivňuje i primární úzkost, nespavost a poruchy chování u starších pacientů s demencí. Dávkování je jednoduché v jedné noční nebo dvou denních dávkách v rozmezí 50–400 mg za den. Při jeho podávání je třeba věnovat pozornost event. ortostatické hypotenzi a kombinaci s jinými látkami tlumícími centrálního nervový systém a potencujícími serotoninergní systém.



prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

SARI = Serotonin Antagonists Reuptake Inhibitors

hlavní indikací trazodonu je depresivní porucha

Historie trazodonu

Trazodon byl syntetizován v polovině 60. let v Itálii na základě hypotézy předpokládající, že deprese souvisí s dysfunkcí neurotransmiterových systémů v mozku (8). Jako účinné antidepresivum se rozšířil do celého světa a stal se jedním z nejpředepisovanějších psychofarmak. Později v souvislosti s objevením látek typu SSRI byla jeho dominantní pozice umenšena, ale zůstává nadále oblíbeným a vhodným preparátem v určitých indikacích. Vzhledem k tomu, že s ním bylo po mnoho let léčeno velké množství pacientů a ví se o jeho přednostech i nedostacích, je možné ho dobře zařadit do našeho terapeutického rejstříku. U nás je k dispozici ve výhodné formě s řízeným uvolňováním (Tritico AC).

SARI

Trazodon patří do skupiny antidepresiv nazývaných dle Stahla (8) SARI – Serotonin Antagonists Reuptake Inhibitors. Jeho mechanismus účinku je mezi antidepresivy zcela unikátní a komplexní. Z terapeutického hlediska je nejdůležitější jeho působení na serotoninergní systém, protože jeho ovlivnění centrálního noradrenergního a dopaminergního systému je minimální. Trazodon je především blokátorem postsynaptických 5HT₂ receptorů a mírným blokátorem zpětného vychytávání serotoninu. Jeho aktivní metabolit m-chlorophenylpiperazin (m-CPP) je přitom přímý 5-HT agonista. Trazodon nemá prakticky žádné anticholinergní účinky. Je mírným blokátorem presynaptických alfa-2 receptorů a silnějším antagonistou postsynaptických alfa-1 receptorů. Má též mírné antihistaminergní vlastnosti.

Farmakokinetika

Velmi dobře se vstřebává při orálním podání. Maximální hladina v krvi je při podání na lačno za 1 hodinu, při plném žaludku za 2 hodiny. Z 90–95 % je vázán na plazmatické bílkoviny. Eliminace látky je bifázická s poločasem vylučování

3–6 hodin, resp. 5–9 hodin. Je z velké části metabolizován v játrech. Izoenzym P450 3A4 ho mění v jeho aktivní metabolit m-CPP.

Indikace

Hlavní indikací trazodonu je **depresivní porucha**. Existuje velké množství dvojité slepých, placebem kontrolovaných studií včetně jejich metaanalýz prokazujících jeho účinnost u těchto nemocných. Ve srovnávacích studiích byla nalezena podobná akutní účinnost jako u tricyklických antidepresiv či antidepresiv dalších generací (5). Stejně tak byl prokázán dlouhodobý efekt tohoto antidepresiva srovnatelný s jinými léky včetně venlafaxinu (2).

Trazodon je též účinný u gerontopsychiatrických pacientů s depresí, kde je výhodné jeho neovlivnění cholinergního systému. Je nutno však dát pozor na možnost vyvolání ortostatické hypotenze a bradykardie, které souvisí s jeho alfa-lytickou aktivitou. Je proto třeba u těchto nemocných vždy podávat nižší dávky léku. Neovlivňuje jako tricyklická antidepresiva vodivost srdečního svalu a nezhoršuje supraventrikulární arytmiie. Trazodon je možnou alternativou nebo doplňkem atypických antipsychotik při zvládání poruch chování u seniorů (6). Jeho efekt bývá v této indikaci srovnáván s haloperidolem.

Trazodon má též **anxiolytické vlastnosti** srovnatelné např. s chlórdiazepoxidem či diazepamem. Výhodou v těchto indikacích je jeho nenávykovost. S úspěchem byl použit u generalizované úzkostné poruchy. Nezdá se však, že by měl antiobsedantní účinky (7).

Mnoho lékařů využívá trazodon vzhledem k jeho sedativním vlastnostem a příznivému účinku na spánkovou architekturu **k léčbě nespavosti** jako alternativu k benzodiazepinům (10). Zvláště častá bývá indikace tohoto léku u depresivních pacientů, kde aplikace SSRI vyvolala insomnii. Není však zatím dostatek důkazů o tom, že by se hodil k léčbě primární nespavosti u jedinců bez jiné psychopatologie.

neovlivňuje
cholinergní systém

je možnou
alternativou
při zvládání poruch
chování u seniorů

nemá negativní
účinky na sexualitu

Na rozdíl od většiny antidepresiv nemá trazodon negativní účinky na sexualitu. Naopak v některých studiích se prokázal jeho prosexuální efekt, především na erektilní dysfunkce (9).

Dávkování

Léčbu deprese zahajujeme obvykle jednou večerní dávkou 50–150 mg. Samozřejmě u seniorů a oslabených nemocných je dávka spíše nižší. Po 3–4 dnech můžeme dávku zvyšovat o 50 mg až na cílových 300 mg rozdělených do dvou denních dávek. V ambulanci obvykle nepodáváme více než 400 mg za den. U hospitalizovaných pacientů je možno vystoupit až 600 mg denně. Když se trazodon dává jako hypnotikum, tak obvyklá dávka je 50 mg s relativně širokým rozmezím dle efektu a snášenlivosti 25–300 mg v jedné dávce před spaním. Lék se užívá po jídle a dostatečně se zapíjí.

Vedlejší účinky

Skutečnost, že trazodon je sedující látka, je dvousečná. Pro mnoho pacientů znamená rychlý ústup neklidu, úzkosti a nespavosti velké dobro. Pro jiné pacienty je však prohloubení psychomotorického útlumu velmi nepříjemné. Tomuto negativnímu efektu se vyhneme správným výběrem pacientů a podáváním trazodonu v jedné denní dávce před spaním.

Příznivé účinky na sexualitu mohou způsobit zcela výjimečně komplikaci ve formě priapismu, kterou je třeba řešit jako akutní urologickou příhodu předáním do specializované péče. Pravděpodobnost vzniku tohoto fenoménu je nižší než půl promile. Na rozdíl o jiných antidepresiv i při dlouhodobém podávání obvykle nevede ke změnám tělesné hmotnosti, což je pro mnohé pacienty velmi významné.

Další výhodou trazodonu je jeho relativní bezpečnost u předávkování ve srovnání s tricyklickými antidepresivy nebo inhibitory monoaminoxydázy. Fatální zakončení je zcela výjimečné. Byly popsány i případy požití 6–9 g, které proběhly bez závažných komplikací. Vždy je třeba sledovat krevní tlak pro možnost vyvolání závažné hypotenze.

Trazodon může potencovat účinky jiných látek tlumících centrální nervový systém včetně alkoholu. Při kombinaci s jinými serotoninergními látkami může vyvolat serotoninový syndrom. Při kombinaci s fluoxetinem byla zaznamenána zvýšená sérová koncentrace jak trazodonu, tak jeho metabolitu m-CPP. Trazodon blokuje antihypertenzní působení klonidinu, avšak sám působí hypotenzně. Doporučuje se proto snížení dávek antihypertenzivní terapie při podávání trazodonu. Je též třeba opatrnosti při kombinaci s warfarinem. Objevily se zprávy o snížení jeho protisrážlivých účinků (8).

Shrnutí pro praxi

Z výše uvedeného vyplývá, že trazodon se hodí především pro depresivní pacienty s úzkostí, nespavostí a pro ty, u kterých je sexualita velmi důležitou

životní hodnotou. Neovlivňuje tělesnou hmotnost. Jeho výhodou je neovlivnění anticholinergního systému. Je třeba správně využít jeho sedativní působení. Časté je jeho podávání u depresivních pacientů s lékově vyvolanou nespavostí. Nehodí se pro pacienty s psychomotorickým útlumem. Je možnou alternativou antipsychotik v léčbě poruch chování u pacientů s demencí. Je vhodné ho podávat v jedné denní dávce před spaním, ve vyšších dávkách se doporučuje rozdělení do dvou denních dávek. Pochopitelně pro trazodon platí stejné zásady jako pro ostatní antidepresiva. Každý pacient s depresí by měl být farmakologicky léčen v rámci dobrého léčebného vztahu a alespoň podpůrné psychoterapie v akutní etapě více týdnů do dosažení plné remise a poté v pokračovací etapě trvajících nejlépe 1 rok (minimálně 4 měsíce) by mělo být zabráněno relapsu afektivní poruchy a dosaženo plného návratu psychosociálních funkcí (3).

Literatura:

1. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with major depression. Arlington, Va, APA, 2000.
2. Hansen, R., Gaynes, B., Thieda, P., Gartlehner, G., Deveau-Geiss, A., Krebs, E., Lohr, K.: Meta-analysis of major depressive disorder relapse and recurrence with second-generation antidepressants. *Psychiatric Services*, 59, 2008, 10, s. 1121–1130.
3. Laňková, J., Raboch, J.: Deprese. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. CDP-PL, Praha 2008, s. 16.
4. Murray, Ch. J. L., Lopez, A. D.: The Global Burden of Disease. WHO, USA, 1996.
5. Papakostas, G. I., Fava, M.: A meta-analysis of clinical trials comparing the serotonin receptor antagonists trazodone and nefazodone with selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of major depressive disorder. *Eur. Psychiatry*, 22, 2007, 7, s. 444–447.
6. Pólez-Pousa, S., Garre-Olmo, J., Vilalta-Franch, J., Turon-Estrada, A., Pericot-Nierga, I.: Trazodon for Alzheimer's disease: a naturalistic follow-up study. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 47, 2008, 2, s. 207–215.
7. Raboch, J., Jiráček, R., Paclt, I.: Psychofarmakologie pro praxi. Triton, Praha 2007, s. 167.
8. Stahl, S.: Essentials of Psychopharmacology. Cambridge University Press, Cambridge, New York, 2005.
9. Stryker, R., Spivak, B., Strous, R. D., Shiloh, R., Harary, E., Polak, L., Bergen, M., Kotler, M., Weizman, A.: Trazodon for the treatment of sexual dysfunction induced by serotonin reuptake inhibitors: a preliminary open-label study. *Clin. Neuropharmacol.*, 23, 2008.
10. Wiegand, M. H.: Antidepressants for the treatment of insomnia: a suitable approach? *Drugs*, 68, 2008, 17, s. 2411–2417.

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. – promoval roku 1975 na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze. Poté nastoupil na Psychiatrickou kliniku VFN jako sekundární lékař, od roku 1986 působil jako odborný asistent 1. LF UK. V roce 1990 byl ustanoven do funkce zástupce přednosty kliniky prof. P. Zvolského. V roce 1992 se stal profesorem pro obor psychiatrie a od roku 1999 je přednostou kliniky. Je řešitelem nebo národním koordinátorem celé řady výzkumných projektů IGA MZD, MŠMT, 5. rámcového programu EU, WHO, ČLS i např. projektů univerzity v Berkeley (CA) nebo společnosti Zentiva. Je členem redakčních rad několika národních i zahraničních časopisů. Společně s prof. J. Vymětalem v roce 2003 založil interdisciplinární postgraduální vědecký program „Lékařská psychologie a psychopatologie“, který má již řadu úspěšných absolventů. Od roku 1996 je předsedou České psychiatrické společnosti a členem různých komisí Světové psychiatrické společnosti, jejíž je i čestným členem. Opakovaně byl členem Vědecké rady Ministerstva zdravotnictví a předsedou Komise pro neurologii, psychiatrii, psychologii a sociální problematiku IGA MZ ČR.

MUDr. Josef Effler

Neurologické oddělení, Neuropsychiatrické centrum, nemocnice Na Františku, Praha

Vertebrogenní poruchy

– systém červených praporeků (red flags)

Souhrn: Vertebrogenní onemocnění postihují během života alespoň jednou v životě téměř 90 % populace. Převážná většina vertebrogenních onemocnění je dobře léčitelná konzervativní léčbou a jejich průběh je benigní. Problémem je skutečnost, že existuje malá skupina nemocných, kde bolesti v zádech jsou prvním příznakem závažného organického onemocnění páteře. Jedná se o nádory, a to jak primární, tak i metastázy, záněty, trauma. Aby závažné organické onemocnění páteře nebylo přehlédnuto a byla usnadněna diferenciálně diagnostická rozvaha, byly vytipovány tzv. varovné příznaky, které jsou v anglické literatuře označovány jako red flags – červené praporky.

Funkce páteře

Páteř má tři základní funkce:

- a) tvoří pohybovou osu těla,
- b) je ochranou nervových struktur,
- c) podílí se na udržování rovnováhy.

Etiopatogeneze

vertebrogenních poruch

Etiopatogeneze vertebrogenních poruch je složitá, neboť vertebrogenní poruchy jsou výsledkem multifaktoriálního procesu, na kterém se podílejí anatomické, patofyziologické a v neposlední řadě i psychosociální faktory. Zásadní roli v patogenezi hraje porucha funkce jednotlivých úseků páteře. Dlouhodobá porucha funkce s chronickým přetěžováním předchází vzniku anatomických strukturálních změn. Běžný způsob života vede k přetěžování nejvíce pohyblivých úseků páteře, tedy krční a bederní páteře. Toto odráží poměr postižení bederní, krční a hrudní páteře – 4:2:1.

Degenerativní změny začínají v meziobratlové ploténce. Postupně dochází k rozvoji nestability meziobratlové ploténky, rozvoji osteofytů, degenerativních změn intervertebrálních kloubů. Důsledkem těchto změn může být výhřez meziobratlové ploténky, stenóza páteřního kanálu (viz obr. 1), event. vznik degenerativní spondylolistézy. Bolest při výhřezu meziobratlové ploténky nevzniká vždy jen v důsledku mechanického tlaku na nervový kořen, ale i v důsledku rozvoje zánětlivého aseptického procesu, který vzniká při kontaktu vyhřezlého disku jako nového imunitního materiálu s nervovými strukturami.

Prosté nespecifické bolesti zad tvoří většinu případů vertebrogenních onemocnění a jsou dobře léčitelné běžnou analgetickou léčbou,

rehabilitací a úpravou pohybového režimu. Na protipól této velké skupiny nemocných stojí skupina pacientů, u nichž akutní vertebrogenní bolest je příznakem závažného organického onemocnění. Jedná se o nádor, zánět, trauma páteře, event. postižení nervových kořenů či míchy.

K zajištění správné diferenciálně diagnostické rozvahy byl vypracován systém varovných příznaků, které již v počátku mají směřovat úvahu lékaře ve smyslu odhalení závažného organického postižení páteře. (Směrnice americké Agency for Health Care Policy and Research z roku 1994, Barsa, Häckel 2004.)

Varovné příznaky při podezření na tumor

- ▶ věk nad 55 let či věk pod 20 let
- ▶ přítomnost extravertebrálního nádoru
- ▶ úbytek na váze
- ▶ rozvoj bolestí po relativně nepatrné fyzické zátěži
- ▶ palpační bolestivost obratlů
- ▶ výrazné a dlouhodobé klidové a noční bolesti, bez výrazné reakce na analgetika

Metastázy svou četností vysoce převyšují primární nádory obratlů, a to až 25×. Asi 70 % nádorů metastázuje do páteře. Nejčastěji se jedná o karcinom prostaty, prsu, plic, ledvin, štítné žlázy, tlustého střeva.

Varovné příznaky při podezření na trauma obratlů

- ▶ trauma v anamnéze
- ▶ vyšší věk a zejména ženy v menopauze
- ▶ dlouhodobá léčba kortikoidy či jiná imunosuprese



MUDr. Josef Effler

poměr postižení bederní, krční a hrudní páteře = 4:2:1

degenerativní změny začínají v meziobratlové ploténce

většinu případů vertebrogenních onemocnění tvoří prosté nespecifické bolesti zad, které jsou dobře léčitelné běžnou analgetickou léčbou

metastázy svou četností vysoce převyšují primární nádory obratlů, a to až 25×

do páteře metastázuje asi 70 % nádorů

systém varovných příznaků usnadňuje rozlišení prostých, nespecifických vertebrogenních onemocnění od závažných organických postižení páteře

výrazné a dlouhodobé bolesti, bez odpovídající reakce na analgetika

Varovné příznaky při podezření na zánětlivý proces v oblasti páteře

- ▶ chronický zánět (ledviny, plíce, kůže)
- ▶ dlouhodobá léčba kortikoidy
- ▶ léčby cytostatiky
- ▶ pozitivita HIV
- ▶ operace páteře
- ▶ invazivní výkony v oblasti páteře (lumbální punkce, epidurální katetr)
- ▶ celková závažná onemocnění (diabetes mellitus aj.)
- ▶ palpační bolestivost obratle
- ▶ nejasné febrilie, úbytek na váze
- ▶ laboratorní známky zánětu

Nejčastější zánětlivé procesy v oblasti páteře: bakteriální spondylitida, spondylodiscitida,

spinální epidurální absces. Spondylodiscitida je asi ze 70 % lokalizována v oblasti bederní páteře.

Varovné příznaky při podezření na epidurální hematoma

- ▶ úraz páteře
- ▶ krvácivé stavy
- ▶ nepřiměřené užívání acylpyrinu
- ▶ chronická warfarinizace

Varovné příznaky při podezření na závažný neurologický stav

- ▶ rozvoj paretických příznaků míšních
- ▶ rozvoj paretických příznaků v rámci jednoho či více kořenů
- ▶ rozvoj sfinkterových příznaků

Obr. 1: Těžká degenerativní stenóza bederní páteře – muž, 83 let – perimielografie



Závěr

Systém varovných příznaků zvaných „červené praporky“ usnadňuje rozlišení prostých, nespecifických vertebrogenních onemocnění od závažných organických postižení páteře. Dále umožní odhalit závažný neurologický deficit ve smyslu míšní léze či léze míšních kořenů.

Literatura:

1. Barsa, P., Häckel, M.: Systém „Červených praporků“ v diagnostice a terapii bolestí zad. *Bolest* 2003, 3, s. 171–175.
2. Bednářík, J., Kadaňka, Z.: *Vertebrogenní neurologické syndromy*. Triton, 2000.
3. Bigos, S., Bowyer, O., Braen, G., Brown, K., Deyo, R., Haldeman, S.: *Acute Low Back Problems in Adults. Clinical Practice Guideline, Quick reference Guide Number 14. AHCPR Publication Number 95-0643*. Rockville: United States Department of Health and Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, December 1994.
4. Bogduk, N.: *The innervation of the lumbar spine*. *Spine* 1983, 8(3), s. 286–293.
5. Kasík, J. a kolektiv: *Vertebrogenní kořenové syndromy, diagnostika a léčba*. Grada, 2002.
6. Long, D. M.: *Contemporary diagnosis and management of pain*. Newton, PA: Handbooks in Health Care Co., 1992.

MUDr. Josef Effler – promoval v roce 1975. Roku 1980 složil atestaci z neurologie I. st., v roce 1985 atestaci z neurologie II. st. Od roku 1994 pracuje na neurologickém oddělení nemocnice Na Františku jako zástupce přednosty oddělení. 21. dubna 1997 byl jmenován znalcem Městského soudu v Praze.

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Inhalační kortikosteroidy zvyšují riziko pneumonie u stabilizované CHOPN

Klinická otázka: Jsou inhalační kortikosteroidy užitečné v léčbě dospělých se stabilizovanou chronickou obstrukční bronchopulmonální nemocí (CHOPN)?

Závěr: Tato meta-analýza náležitých randomizovaných kontrovaných studií zjistila, že inhalační kortikosteroidy (IKS) nesnižují riziko celkové mortality, ale naopak zvyšují riziko pneumonie u dospělých se stabilizovanou CHOPN. Riziko pneumonie bylo vyšší u pacientů, kteří užívali kombinovanou léčbu, vyšší dávky IKS, IKS v kratší délce podávání (2 roky nebo méně), nebo u těch, kteří měli závažnější formu stabilizované CHOPN (FEV1 méně než 40 %) na začátku studie. Jiné systematické přehledy zjistily, že IKS u podobných pacientů snižují frekvenci exacerbací a pokles kvality života. Klinici by měli využívat tyto informace pro rozhodování na základě individuálních charakteristik pacientů. (LOE = 1a)

Reference: Drummond MB, Dasenbrook EC, Pitz MW, Murphy DJ, Fan E. Inhaled corticosteroids in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2008;300(20):2407-2416.

Typ studie: Meta-analýza (randomizované kontrolované studie)

Financování: Vláda

Prováděcí prostředí studie: Různé (meta-analýza)

Synopse: Současné důkazy prokazují, že IKS snižují frekvenci exacerbací a pokles kvality života u dospělých s CHOPN. Autoři této meta-analýzy prohledali (bez jazykového omezení) četné databáze – včetně MEDLINE, EMBASE a Web of Science – a bibliografie vybraných článků s cílem identifikovat randomizované kontrolované studie, které srovnávaly léčbu IKS trvající minimálně 6 měsíců s nesteroidní inhalační léčbou u pacientů se stabilizovanou CHOPN. Dva nezávislé posuzovatelé prozkoumali studie určené k zařazení a příslušné recenzované články s ohledem na metodologickou kvalitu. Případy nesouhlasu byly řešeny cestou konsenzu. Kritéria kvality studií byla hodnocena pomocí standardního „Jadad score“ doplněného vyhodnocením s ohledem na požadavek tajného rozdělení. 11 studií (N = 14,426) splnilo kritéria podle Jadada na 3 a více (střední až vysoká kvalita). Léčba s IKS v období 1–3 let sledování významně nesnížila riziko celkové mortality. Léčba s IKS nicméně významně zvýšila riziko pneumonie (relativní riziko [RR] = 1.34; 95 % CI, 1.03–1.75), zvláště u pacientů, kteří užívali vyšší dávky IKS, léčbu dostávali po kratší dobu (2 roky nebo méně), měli na počátku léčby závažnější formu CHOPN (definovanou jako průměrné FEV1 méně než 40 % náležité hodnoty) a kteří užívali kombinovanou léčbu s dalšími léky. Léčba s IKS nezvýšila významněji riziko výskytu fraktur. Průkaz heterogenity mezi individuálními studiemi byl nevýznamný a formální hodnocení nezjistilo žádný důkaz pro publikační zaujatost.

Dlouhodobá léčba erytromycinem snižuje exacerbace CHOPN

Klinická otázka: Snižuje dlouhodobé užívání erytromycinu exacerbace u pacientů se středně těžkou až těžkou formou chronické obstrukční bronchopulmonální nemoci (CHOPN)?

Závěr: Erytromycin užívaný dvakrát denně snížil četnost exacerbací u pacientů se středně těžkou až těžkou formou CHOPN a měl podobný výskyt nežádoucích účinků jako placebo při sledování po jednom roce. (LOE = 1b)

Reference: Seemungal TA, Wilkinson TM, Hurst JR, Perera WR, Sapsford RJ, Wedzicha JA. Long-term erythromycin therapy is associated with decreased chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. Am J Respir Crit Care Med 2008;178(11):1139–1147.

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)

Financování: Nadace

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (specializace)

Rozdělení: Tajné

Synopse: Do studie byli zapojeni pacienti, kteří splňovali podmínky pro středně těžkou až těžkou formu CHOPN na základě spirometrického vyšetření a během zapojovacího období do studie neužívali žádná antibiotika nebo kortikosteroidy. Na rozdíl od jiných studií, kde pacienti dostávali sledovanou medikaci již během zapojovacího období s cílem vyloučit pacienty, kteří neadherovali k léčbě nebo nebyli schopni léčbu tolerovat,

v této studii bylo zapojovací období využito hlavně pro to, aby se zaručilo, že zařazení pacienti neměli žádnou exacerbaci před tím, než byla odebrána základní data. Pacienti byli randomizováni do 2 skupin, kde užívali buď 250 mg erytromycinu dvakrát denně (n = 53), nebo placebo (n = 56) po dobu 12 měsíců. Kromě fyziologických dat pacienti také zaznamenávali výskyt středně těžkých až těžkých exacerbací. Středně těžká exacerbace byla definována jako přetrvávající zhoršení symptomů po dobu minimálně 2 dnů léčených antibiotiky, kortikosteroidy nebo kombinací obou. Těžká exacerbace byla definována jako stav vyžadující přijetí k hospitalizaci. Exacerbace byly hodnoceny výzkumníkem, který si nebyl vědom zařazení pacienta do léčebné skupiny. K hodnocení výsledků použili výzkumníci analýzu zaměřenou na úmysl léčit. Na konci 12 měsíců sledování bylo ze studie vyřazeno 9 pacientů léčených erytromycinem a 10 pacientů ze skupiny léčené placebem (z nichž 1 zemřel). Obě terapeutické skupiny byly na začátku studie podobné. Mezi pacienty léčenými erytromycinem se vyskytlo 81 středně těžkých až těžkých exacerbací, zatímco u pacientů léčených placebem se vyskytlo 125 exacerbací. Střední četnost exacerbací byla 2 u pacientů užívajících placebo a 1 u pacienta užíujícího erytromycin. Střední doba do vzniku první exacerbace byla delší u pacientů, kteří užívali erytromycin (271 dnů vs 89 dnů). Trvání exacerbací bylo ve skupině s erytromycinem také kratší: 13 dnů (95 % CI, 16–24) versus 9 dnů (6–14). Ačkoliv se u pacientů léčených erytromycinem vyskytlo 6 hospitalizací (7,4 %) ve srovnání se 14 hospitalizacemi (11,2 %) u pacientů s placebem, neměla tato studie průkaznou sílu zjištění významného rozdílu u tohoto výsledku. U obou skupin se nezjistily žádné rozdíly ve výskytu vedlejších účinků léčby.

Ginkgo biloba není účinná na snížení rizika demence

Klinická otázka: Je Ginkgo biloba účinná na snížení rizika demence u seniorů?

Závěr: Tato dobře provedená studie nenalezla důkazy pro účinnost Ginkgo biloby na snížení rizika vzniku demence nebo kognitivního poklesu u seniorů. (LOE = 1b)

Reference: DeKosky ST, Williamson JD, Fitzpatrick AL, et al, for the Ginkgo Evaluation of Memory (GEM) Study Investigators. Ginkgo biloba for prevention of dementia. A randomized controlled trial. JAMA 2008;300(19):2253–2262.

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)

Financování: Nadace

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (specializace)

Rozdělení: Tajné

Synopse: Pro své antioxidační účinky by Ginkgo biloba mohla být účinná na snížení rizika demence u seniorů. Autoři zapojili do studie 3076 dospělých ve věku od 75 let výše (průměr = 79,1 let), kteří měli buď normální poznávací funkce, nebo lehkou kognitivní poruchu (Mild cognitive impairment – MCI). Kritéria pro stanovení diagnózy MCI na počátku studie vycházela z mezinárodních doporučení. Účastníci studie náhodně dostávali (tajné rozdělení) buď extrakt Ginkgo biloby (120 mg 2× denně), nebo placebo. Osoby, které hodnotily výsledky, byly zaslepeny k léčebné skupině. Kompletní data byla získána od 94 % pacientů za období 6 let sledování. Při použití analýzy zaměřené na úmysl léčit nebyl zjištěn významný rozdíl v incidenci celkové demence – podle definice standardů DSM-IV – mezi skupinou s aktivní léčbou a skupinou s placebem (17,9 % vs 16,1 % podle uvedeného pořadí). 92 % z celkového počtu demencí bylo klasifikováno jako Alzheimerova demence (AD), výskyt AD se v obou skupinách signifikantně nelišil. U obou skupin nebyl zjištěn ani žádný významný rozdíl ve výskytu nežádoucích účinků léčby, příhod většího krvácení nebo celkové mortality. Ginkgo biloba také signifikantně nesnížila četnost progresu do demence u pacientů s MCI na počátku studie. Studie měla 86 % sílu zjistit 25 % rozdíl výskytu demencí u dvou daných léčebných skupin.



Být praktickým lékařem ve Slovinsku...

přes různé nabídky z nemocnice jsem se jednoznačně rozhodl pro specializaci všeobecné lékařství, a tohoto rozhodnutí dodnes nelituji

Rozhovor se slovinským praktickým lékařem MUDr. Vojislavem Ivetičem, asistentem Lékařské fakulty v Mariboru.



Dovolte mi představit Vám slovinského kolegu MUDr. Vojislava Ivetiče:

Doktor Ivetič se narodil v Srbsku. Lékařskou fakultu ukončil v roce 1999 v Bělehradě. Následně v roce 2000 udělal zkoušku ze slovinského jazyka na Filozofické fakultě v Lublani a tamtéž získal v červnu 2002 nostrifikační zkoušku na Lékařské fakultě. Získal tedy titul MUDr. také ve Slovinsku. Klinickou praxi absolvoval v klinickém centru v Mariboru a část v nemocnici Slovenj Gradec. Atestaci z vnitřního lékařství (lékař sekundář) složil v červnu 2003, a tím také získal licenci Slovinské lékařské komory. V dubnu 2003 obdržel pan doktor slovinské občanství. Jako všeobecný lékař začal pracovat v malém městečku na severovýchodě Slovinska, od roku 2003 do roku 2007 jako obvodní lékař v Mariboru, od roku 2007 jako soukromý lékař s vlastní praxí (Ambulanta družinske medicine SAVA, www.ivetic.si).

V roce 2007 atestoval také ze všeobecného lékařství. V letech 2004–2006 absolvoval postgraduální studium biomedicíny v Lublani a v roce 2009 bude obhajovat magisterskou práci.

Pan doktor je velmi aktivní, podílí se na organizaci různých odborných setkání, domácích i zahraničních, pracuje ve výzkumných projektech. Často přednáší na různých fórech doma i v cizině (mj. získal cenu Award for oral presentation 18th WONCA World conference Singapore 24.–27. july 2007). Dále vyučuje obor všeobecné lékařství na Lékařské fakultě v Mariboru. Je členem Slovinské lékařské komory, členem Sdružení všeobecných lékařů Slovinska a Sdružení soukromých lékařů Slovinska.

• Pane doktore, proč jste se rozhodl být praktickým lékařem a co se Vám na této práci líbí?

Jako student medicíny jsem hodně přemýšlel o tom, na který obor medicíny se chci zaměřit po ukončení studia. Ze začátku jsem byl nadšen pro psychiatrii, o něco později jsem toužil být urologem. Po příchodu do Slovinska jsem začal pracovat jako obvodní lékař... vlastně než se definitivně rozhodnu. Při té práci jsem však najednou zjistil, že je to práce přesně pro mě šitá na míru a že tímto způsobem pomáhám lidem hodně. Přes různé nabídky z nemocnice jsem se jednoznačně rozhodl pro specializaci všeobecné lékařství, a tohoto rozhodnutí dodnes nelituji. Práci s lidmi mám velmi rád. Vidím v pacientovi celého člověka,

a nejen jednotlivé orgány. Práce všeobecného lékaře mi umožňuje vše, co jsem chtěl. Tím mám na mysli část praktickou, ale současně část akademickou, protože učím studenty. Léčím lidi staré, mladé... problémy řeším jak psychické, tak třeba i sociální. Prakticky neexistuje žádný obor medicíny, který bych jako lékař všeobecného lékařství nemohl řešit.

• Jaká je situace PL ve Slovinsku, kolik je tam PL?

Ve Slovinsku v současné době pracuje asi 840 všeobecných praktických lékařů. Více jak 70 procent lékařů jsou již lékaři s atestací z všeobecného lékařství, menší podíl je starších kolegů bez atestace. Atestace z všeobecného lékařství je od roku 2007 povinná, je nezbytná k získání licence pro samostatnou práci všeobecného praktického lékaře. V šedesátých letech minulého století začaly atestace, kdy příprava trvala tři roky. Od roku 2000 je platný čtyřletý přípravný program (momentálně také probíhají úpravy, v nichž jsem také zapojen). Každý rok atestuje ve Slovinsku asi 50–60 mladých kolegů a zájem o naši specializaci neustále narůstá.

• Můžete nám, pane doktore, stručně popsat Vaši soukromou praxi?

Jak jsem již řekl, od roku 2003 jsem přišel pracovat do obce Duplek (Duplek je menší město poblíž Mariboru). Momentálně tam jsme dva lékaři, předtím tam pracoval pouze jeden kolega, který byl chronicky přetížený. Od roku 2003 do roku 2007 jsem nabíral nové pacienty a prakticky budoval ordinaci. Dnes mám registrováno cca 2100 pacientů a druhý kolega cca 2700 pacientů. Průměrný počet pacientů je ve Slovinsku 1850 na jednoho praktického lékaře, takže naše praxe jsou nadprůměrné. S kolegou jsme oba lékaři soukromí a máme podepsanou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Prostory ordinací máme v pronájmu od obce. Ordinace jsou vybavené EKG přístrojem, ambuvakem, kyslíkem, základní laboratoří (CRP, analyzátor moče, krevní cukr, lipidy apod.). V blízkosti našich ordinací je umístěna lékárna, zubní ordinace, fyzikální léčba a pečovatelská služba. Všichni mají koncesní smlouvy s obcí Duplek. Průměrná návštěvnost mé praxe byla v roce 2008 cca 49 konzultací denně, můj kolega měl konzultací o trochu více – 55 denně.

• Jak u Vás probíhá další vzdělávání praktických lékařů (kontinuální)?

Od 1. ledna 2007 je atestace z všeobecného lékařství povinná a je jí podmíněna licence pro samostatnou praxi v oboru VL. Již během studia se studenti medicíny setkávají s předmětem všeobecné lékařství. Ve Slovinsku jsou dvě lékařské fakulty (Lublaň, Maribor). Specializace (příprava atestace) trvá čtyři roky a má dvě části. První část trvá dva roky a je to vlastně kolečko klinických oborů v nemocnici. Následuje část druhá, která také trvá dva roky a vypadá tak, že lékař pracuje ve své nebo školitelské ordinaci a chodí na organizované dvoudenní moduly, jež se konají na katedrách všeobecného lékařství lékařských fakult. Těchto studijních modulů je dvacet. Katedra všeobecného lékařství byla na Lékařské fakultě v Lublani založena roku 1995 a Katedra VL na fakultě v Mariboru v roce 2006. Všichni profesori, docenti i asistenti jsou všeobecní lékaři. Na obou fakultách máme

vidím v pacientovi celého člověka, a nejen jednotlivé orgány

prakticky neexistuje žádný obor medicíny, který bych jako lékař všeobecného lékařství nemohl řešit



jednoho řádného a jednoho mimořádného profesora, dva docenty a 35 asistentů. Aktivita lékaře se počítá – musí získat určitý počet bodů (70) a hodnotí se jakákoliv forma vzdělávání. Mohou to být odborná setkání doma nebo v cizině, přednášky, publikace apod.

• Jaký je systém výuky primární péče na univerzitě – jak nahlíží medicína na práci v primární péči, jakou mají možnost praxe před ukončením studia?

Program studia všeobecného lékařství je na obou fakultách poněkud odlišný.

Zatímco v Lublani (o něco starší kurikulum) je obor VL předmět, s kterým se studenti setkávají teprve v 6. ročníku a je organizován formou přednášek, seminářů, výuky praktických dovedností a konečně 7 týdnů trvající praxi ve školitelské ordinaci, v Mariboru studenti nastupují do praxe v ročníku čtvrtém (obdobně jako na 1. LF UK Praha – pozn. autorky). Již ve 4. ročníku zde mají studenti přednášky, semináře s interaktivní výukou a 21 hodin a více je pouze praxe v ordinaci. Pak se setkávají s oborem v ročníku 6., a to dvakrát v 11. semestru 60 hodin praxe a v semestru 12. pak 90 hodin ve formě praxe v ordinaci praktika. Studentům je zde též umožněna výuka všeobecného lékařství jako výběrového a volitelného předmětu. Výuka zahrnuje povinnou návštěvu rehabilitačního centra, domova důchodců, laboratoře záchranné služby apod.

• Co se Vám osobně v praxi podařilo, s čím jste spokojen a naopak, co chcete v budoucnu zlepšit?

Pacienti mají svoji zdravotní dokumentaci prozatím ještě v papírové formě. V dokumentaci je zaznamenán souhrn jejich chronických onemocnění, pravidelné terapie a zdravotní pomůcky (hole, plenky, postele atd.). Se sestřičkou máme počítačovou síť, a tak jakmile sestřička pacienta zapíše, já okamžitě vidím seznam pacientů, kteří čekají na ošetření (každý občan Slovinska má elektronickou zdravotní kartičku, se kterou prokazuje platnost svého nemocenského pojištění). Počítačově rovněž tiskneme recepty. V zapsané chronické medicíně já označím, co pacient potřebuje, a sestřička tyto recepty vytiskne. Každý náš pacient může telefonicky zavolat a na prohlídku se objednat. Pacienty, kteří nejsou objednaní, vyšetřím též, ale musí počkat. Ve své ordinaci jsem investoval hlavně do vybavení, takže mám menší základní laboratoř. Moje ambulance má smlouvu s Univerzitou v Mariboru a Katedrou všeobecného lékařství takže jsme školící pracoviště pro výuku studentů medicíny.

Největší problém, s kterým zápolíme, je každodenní tlak pacientů a vysoký počet každodenních konzultací. Velmi se mi i mým kolegům, se kterými jsem navštívil ambulance ve Vašem nádherném městě, líbil Váš nápad s poplatkem 1 euro při návštěvě. Pravděpodobně bychom i u nás zavedením takového poplatku snížili počet nepotřebných návštěv pacientů. Naše veřejnost je ovšem na tyto otázky velice citlivá a politici zase opatrní, takže pochybuji o podobném řešení i u nás. Zdravotní pojišťovna stále snižuje obsah základního zdravotního pojištění pacientů a my jsme v první linii – „pytel, do kterého pacienti sypou svoji zlost a nespokojenost“.

• Jak vidíte postavení lékařů primární péče v systému Vašeho zdravotnictví... Jsou lékaři dostatečně finančně ohodnoceni? Zaujímají patřičné společenské postavení?

V našem zdravotním systému je kolem 75 % lékařů ještě stále zaměstnaných v poliklinickém systému

(veřejných zdravotních domech) a plat dostávají v souladu s kolektivní smlouvou platnou pro zdravotnictví. Zatím není definován systém na základě kvality udělané práce, ale pouze na základě kolektivní smlouvy. Ostatních cca 25 % jsou lékaři soukromí, kteří mají koncesní smlouvu, a na základě smlouvy se státní zdravotní pojišťovnou pečují v primární péči o svoje pacienty. Sami se musí postarat o kvalitu, odbornost a patřičnou péči. Jejich výdělek je závislý na vlastním provádění péče a udržování chodu ordinace. Musím ale podotknout, že máme častější kontroly všeho druhu (finanční, odborné), které provádí pojišťovna, lékařská komora a ministerstvo zdravotnictví, daňový úřad, hygienici apod., než naši kolegové na poliklinických pracovištích.

Letos začala platit nová kolektivní smlouva pro lékaře a zubaře, která vylepšila naše platy a placení povinných nočních a pohotovostních služeb. Sociální postavení lékařů je na velmi vysoké úrovni, ale je faktem, že jsme vystaveni velmi vysokému tlaku stran médií, soudů a ochránců práv pacientů. Existuje zákon o ochraně práv pacientů (o ochraně lékařů není psáno).

Všeobecného lékaře, tzv. „obvodáka“, si pacienti váží daleko více na venkově než ve městě. Ale to je již stará známá věc, nebo ne?

• Co byste vzkázal českým kolegům – praktickým lékařům a studentům lékařských fakult?

Každý systém a vše, co je v něm slabého, se dá změnit. Těžká práce a její závěrečné výsledky jsou fakta, která nelze zanedbat. Kolegové v nemocnicích jsou si toho vědomi.

Všeobecní lékaři ve Slovinsku toho za 15 let udělali velmi mnoho. Založili jsme dvě katedry všeobecného lékařství, sami kontrolujeme a určujeme program atestace. Naši všeobecní lékaři a obor jako takový jsou nyní velmi dobře hodnoceni nejen u nás, ale i v cizině. Všechno závisí jenom na Vás a zase na Vás samotných. Investujte do budoucnosti, přitáhněte mladé kolegy do oboru, rozvíjejte jejich schopnosti a ambice. Nezapomeňte na slova anglického profesora Denise Pereira Graye: „Všeobecné lékařství je nejlépejší práce na světě, jestli se dělá špatně, a nejtěžší, pokud se dělá dobře a správně.“

Ještě bych využil příležitosti, abych české kolegy, kteří mají zájem, pozval na tradiční 18. EURACT kurz pro učitele všeobecného lékařství, jenž se koná každé září na Bledu ve Slovinsku. Příští EURACT se bude konat 29. 9.–3. 10. 2009. Více informací získáte na <http://www.drmed.org/novica.php.id=16146>.

A úplně na závěr bych rád poděkoval kolegyni Janě Golubové (také lékařka VL ve Slovenské Bystřici – 24 km od Mariboru), která se snažila tento rozhovor přeložit do češtiny a byla organizátorkou našeho výletu do Prahy, bez kterého by tento rozhovor nevznikl.

připravila Jana Vojtíšková



velmi se mně i mým kolegům, se kterými jsem navštívil ambulance ve Vašem nádherném městě, líbil Váš nápad s poplatkem 1 euro při návštěvě



4. část: Poruchy nitrokomorového vedení

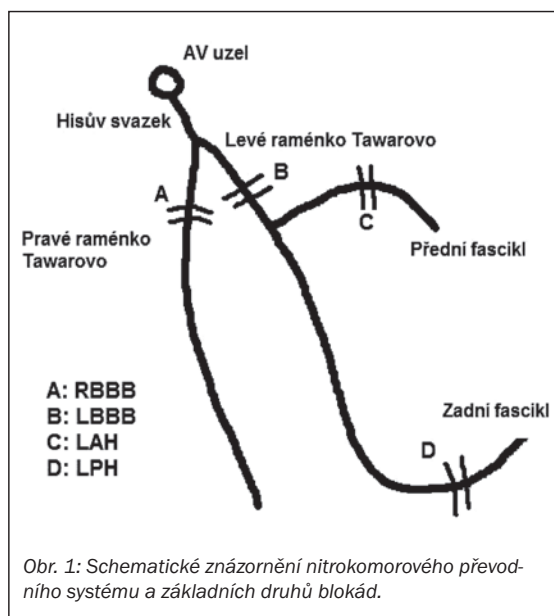


MUDr. Václav Durdil

LBBB bývá často obrazem organického onemocnění srdce

RBBB může být přítomen u významného ischemického postižení myokardu LK, systolické dysfunkce LK nebo u plicní embolizace

přítomnost iLBBB a iRBBB nemá velký význam



Obr. 1: Schematické znázornění nitrokomorového převodního systému a základních druhů blokád.

Poruchy nitrokomorového vedení mohou nastat v různých částech převodního systému komorového myokardu. Podle stupně blokády je dělíme na kompletní a inkompletní, podle lokalizace na raménkové, fascikulární, bifascikulární a trifascikulární. Anatomie nitrokomorového převodního systému a některé druhy blokád jsou schematicky zobrazeny na obr. 1.

Kompletní blokáda levého raménka Tawarova (left bundle branch block, LBBB)

EKG obraz je charakteristický rozšířením QRS komplexu na více než 120 ms, v prekordiálních svodech je hluboký kmit QS ve svodu V1, široký kmit R ve svodu V6, často rozštěpený do obrazu rSR' (obr. 2). Obdobně široké kmity R nacházíme v laterálních končetinových svodech I a aVL. Vlny T jsou diskordantní – mají opačnou polaritu než dominantní výchylka QRS komplexu. Osa srdeční bývá normální nebo skloněna doleva. LBBB bývá často obrazem organického onemocnění srdce – může být obrazem akutního infarktu myokardu, chronických forem ischemické choroby srdeční i těžké dysfunkce levé komory. Obecně má přítomnost LBBB u organického onemocnění srdce nepříznivý prognostický význam.

Inkompletní blokáda levého raménka Tawarova (iLBBB)

Pokud je na EKG morfologický obraz podobný bloku levého raménka Tawarova, ale šířka QRS komplexu nepřesahuje 120 ms, hovoříme o inkompletní blokáde levého raménka Tawarova. Ve svodu V1 je přítomen kmit QS, ve svodu

V6 izolovaný kmit R. V klinické praxi nemá přítomnost iLBBB velký význam.

Kompletní blokáda pravého raménka Tawarova (right bundle branch block, RBBB)

Mezi diagnostická kritéria RBBB patří rozšíření QRS komplexu nad 120 ms, ve svodech z pravého prekordia (V1-3) jsou široké rozštěpené kmity R s diskordantní vlnou T, QRS komplex zde má nejčastěji konfiguraci rSR' či rSR'. Ve svodech V6 bývá naopak přítomen hluboký kmit QS či rS. Osa srdeční je většinou normální. Obraz RBBB může být přítomen u významného ischemického postižení myokardu LK, systolické dysfunkce LK nebo u plicní embolizace.

Inkompletní blokáda pravého raménka Tawarova (iRBBB)

Tato blokáda bývá relativně častá a je typická rSR' konfigurací ve svodu V1 a šířkou QRS komplexu nepřesahující 120 ms (obr. 3). Její klinický význam je minimální.

Levý přední hemiblok (left anterior hemiblock, LAH)

Levým předním hemiblokem nazýváme blokádu předního fasciklu levého raménka Tawarova. Mezi elektrokardiografická kritéria patří sklon osy srdeční doleva ve frontální rovině (–45 až –90 stupňů), ve spodních svodech (II, III, aVF) je přítomen QRS komplex morfologie rS s hlubokou negativní výchylkou, ve svodech I a aVL nacházíme komplex obrazu qR.

Levý zadní hemiblok (left posterior hemiblock, LPH)

EKG obraz blokády zadního fasciklu Tawarova raménka je inverzí změn u blokády předního fasciklu. Ve spodních svodech nacházíme QRS komplex morfologie qR, v laterálních svodech pak morfologii rS. Osa srdeční je skloněna doprava (> 120 stupňů).

Obecně je k potvrzení diagnózy fascikulárních blokád vždy nutno vyloučit ostatní stavy, které způsobují deviace srdeční osy doleva (v případě LAH) či doprava (v případě LPH).

Nespecifická porucha nitrokomorového vedení (nonspecific intraventricular conduction defect, NSIVCD)

Řadíme sem všechny ostatní stavy, kdy je prodloužen komplex QRS na více než 120 ms a morfologie neodpovídá výše popsaným kompletním blokádám Tawarových ramének. Tyto



poruchy se mohou vyskytovat například u pacientů s pokročilou dysfunkcí LK a jsou známkou jejich horší prognózy.

Bifascikulární blokády

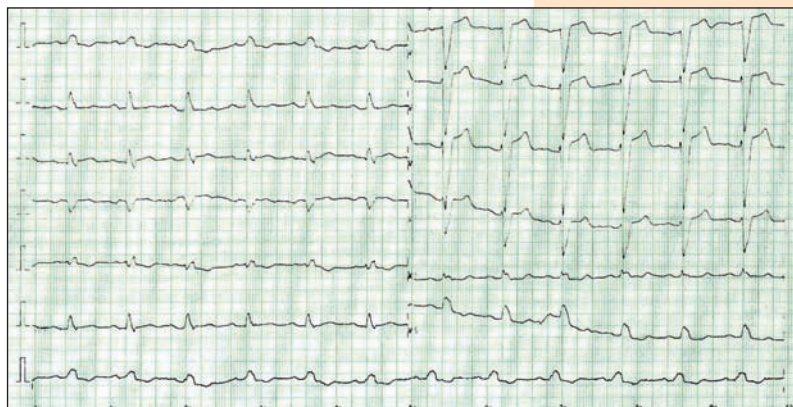
Nejčastější formy bifascikulární blokády jsou kompletní blok pravého raménka Tawarova současně s levým předním hemiblokem (RBBB+LAH) a kompletní blok pravého raménka Tawarova s levým zadním hemiblokem (RBBB+LPH). EKG obraz obsahuje charakteristické rysy daných blokád.

Trifascikulární blok

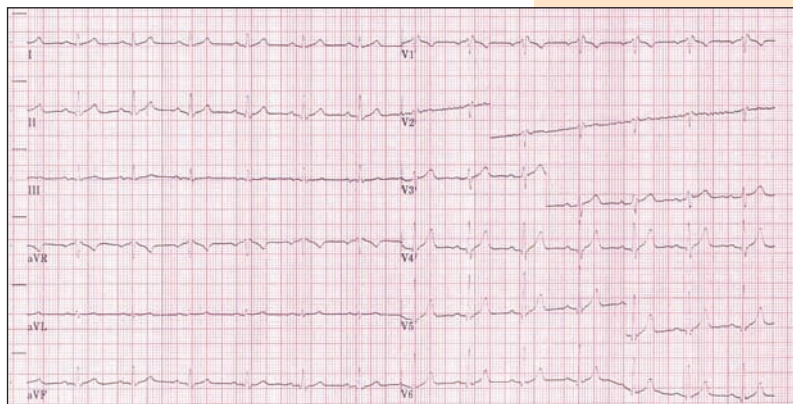
Při trifascikulární blokádě je blokováno pravé raménko Tawarova a současně jsou blokovány oba fascikly raménka levého. Blokádě v převodním systému komor však není úplná a alespoň jedna jeho část je blokována jen částečně, jinak by došlo ke kompletnímu síňokomorovému bloku. Trifascikulární blokádě může mít obraz alternující raménkové blokády se střídáním obrazu LBBB a RBBB tak, jak se mění stupně blokád v jednotlivých raménkách. Porucha vedení ve všech fasciklech má často za následek prodloužení PR intervalu – běžně bývá tedy jako trifascikulární blok nazývána kombinace RBBB, LAH a prodlouženého PR intervalu na > 200 ms (obr. 4). Zda je prodloužení PR intervalu obrazem trifascikulární blokády nebo izolovaným postižením AV uzlu, lze však odlišit pouze elektrofyziologickým vyšetřením, proto by EKG obraz kombinace RBBB, LAH a prodlouženého PR intervalu neměl být automaticky nazýván trifascikulárním blokem.

Přítomnost bifascikulárního a trifascikulárního bloku bývá známkou pokročilého postižení převodního systému a v některých klinických situacích je indikací k implantaci trvalého kardiostimulátoru.

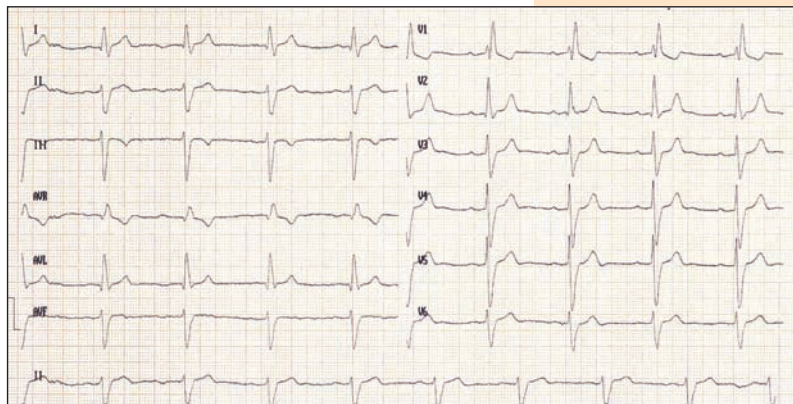
MUDr. Václav Durdil – promoval v roce 2000, atestoval z vnitřního lékařství I. stupně v roce 2003 a v roce 2007 z kardiologie. V současné době pracuje na oddělení arytmologie v Kardiovaskulárním centru FN v Motole. Jeho odborným zájmem je srdeční elektrofyziologie a kardiostimulace.



Obr. 2. Sinusový rytmus, 78/min, osa intermediální, PZ V4-5, PR interval 240 ms, QRS 160 ms, LBBB.



Obr. 3. Sinusový rytmus, 60/min, osa intermed., PZ V3, PR interval 180 ms, QRS 110 ms, iRBBB.



Obr. 4. Sinusový rytmus, 54/min, osa doleva, PZ V3, PR interval 240 ms, QRS 160 ms, AV blok I. st., LAH, RBBB.

KOMPLEXNÍ PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ PRO ORDINACE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

BTL-08 Win

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

~~45.000 Kč~~

36.000 Kč



BTL-08 MT Basic

- ◇ dvanáctikanálové přímopíšící EKG
- ◇ barevný dotykový displej
- ◇ nejlepší poměr výkon/cena

~~59.000 Kč~~

56.000 Kč



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

Ceny jsou uvedeny bez 9% DPH.



Prevenice klíšťové meningoencefalitidy

Klíšťová meningoencefalitida je virové onemocnění centrální nervové soustavy přenosné klíšťaty. Průběh onemocnění je jen vzácně těžký, či dokonce smrtelný, ale často dokáže u dospělého člověka na řadu měsíců omezit jeho psychickou a fyzickou výkonnost, nemluvě o pracovní efektivitě. Vzhledem k velmi účinné prevenci je tedy na místě správně indikovat doplňkové očkování.



MUDr. Adam Vítouš

Úvod

Podle klinického nebo histologického zhodnocení neurologického postižení lze hovořit o klíšťové encefalitidě, meningitidě, myelitidě nebo kombinovaném postižení, v praxi běžně používáme termín evropská klíšťová meningoencefalitida (KME). V ČR je ročně hlášeno kolem 500 onemocnění KME a dvě až tři úmrtí, v Evropě a Asii ročně evidují přibližně 13 tisíc nemocných, z toho 10 tisíc v Rusku (ruská jaro-letní encefalitida) (1). Dlouhodobé nebo trvalé následky po onemocnění evropskou KME mívá 3–7 % pacientů.

Epidemiologie

Komplex příbuzných virů klíšťové meningoencefalitidy (subtyp dálněvýchodní, evropský, západní) je přenosný všemi vývojovými stádii klíšťat – ve střední Evropě klíšťe obecné, Ixodes ricinus. Vzácně se lze infikovat neošetřeným mlékem nakažených krav, ovcí či koz. Rezervoárem viru v přírodě jsou lesní zvířata, na nichž se při sání infikuje klíšťe a z jeho slinných žláz se i při relativně krátkém sání virus může dostat do krve dalšího hostitele. Promořenost klíšťat virem KME se v ČR pohybuje v rozmezí 0,5 až 21 % (1, 2). Incidence onemocnění je vázána na výskyt a aktivitu vektoru – klíšťe, závisí tedy na klimatických podmínkách, vlhkosti, výskytu zvěře, pohybu a chování člověka v přírodě. Přirozeným biotopem s vysokým výskytem aktivních klíšťat jsou tradičně povodí řek a okraje listnatých či smíšených lesů v nadmořské výšce pod 800 m n. m. v období jaro až podzim.

Klinický obraz

Onemocnění KME je typicky dvoufázové. Jeden až dva týdny (resp. 4–28 dnů) po přisátí klíšťe v první fázi dojde k necharakteristickým potížím provázejícím viremii (horečka, únava, myalgie, artralgie, bolesti hlavy). Po 2–5 dnech trvající první fázi dojde spontánně k přechodné úlevě a poté začnou příznaky provázející fázi druhou: meningeální syndrom s horečkou anebo horečka se zpomalením psychomotorického tempa, inverzí spánku, extrapyramidovým třesem, mozečkovými příznaky, chabými parézami hlavových nervů (např. n. VII) nebo pažního pletence. Serózní likvorový nálezh podpoří pozitivita protilátek v séru (Elisa IgM a IgG, od druhého týdne po začátku onemocnění). Vedlejším nálezem v séru bývá leukocytóza s neutrofilii, středně zvýšený C reaktivní protein a elevace jaterních enzymů. Léčba je symptomatická. Pravděpodobnost těžšího průběhu onemocnění KME stoupá s věkem. Zatímco u dětí bývá průběh často inaparentní či benigní, u seniorů mohou následovat dlouhodobé až trvalé následky a vzácně i úmrtí.

Prevenice

Před vstupem do rizikové oblasti je vhodné se chránit před klíšťaty, neboť mohou přenášet i další onemocnění. Volíme vhodnou obuv, oděv a repelenty, po návratu následuje prohlédnutí a při případném nalezání klíšťe jeho správné odstranění (dezinfekce, pinzeta, vykládání, dezinfekce). Postexpoziční profylaxe KME ani lymeské boreliózy v současné době není doporučována.

Rozhodující prevencí KME je očkování. V ČR jsou dostupné dva základní typy vakcín: FSME-Immun (Baxter AG) a Encepur (Novartis Vaccines), obě s variantou dětskou a dospělou. Jedná se o inaktivované vakcíny s podobným složením a podobnou účinností (1, 3, 4). Základní schéma očkování je 0.–1.–12. měsíc, aplikace do deltového svalu. Solidní protektivita (> 90 %) nastupuje 14 dní po druhé dávce. Pokud chceme dosáhnout ochrany dříve, lze použít zrychlené schéma, zde se však časování jednotlivých dávek již liší (tab. 1). Po tomto základním očkování následuje první přeočkování po 3 letech a dále každých 3–5 let až do 60 let věku, kdy se interval doporučuje opět zkrátit na 3 roky. 97–100% ochrana platí nejenom pro evropský typ KME, ale i pro dálněvýchodní a západní typ, čili toto očkování lze doporučit cestovatelům do endemických východních zemí zejména z důvodu těžších a mnohem častěji smrtelných průběhů ruské jaro-letní encefalitidy. Kontraindikací k očkování je alergie na kteroukoli součást vakcíny nebo probíhající akutní horečnaté infekční onemocnění. Relativní kontraindikací je těhotenství a onemocnění CNS. Vzhledem k prakticky shodné účinnosti obou vakcín je lze v případě potřeby zaměnit (1).

Závěr

Klíšťová meningoencefalitida je vektorově přenosná antropozoonóza. Proto nebude v dohledné době toto onemocnění eradikováno. Vzhledem k faktu, že ji nyní neumíme kauzálně léčit, zůstává jedinou ochranou vakcinace. Očkování lze doporučit všem osobám vstupujícím do endemických oblastí, s důrazem na očkování zejména seniorů a starších dospělých.

Literatura

1. Beran, J., Havlík, J., Vonka, V.: Očkování. Minulost, přítomnost, budoucnost. Galén, 2005.
2. Hygienická stanice hl. města Prahy. Sběr klíšťat v Praze. 2005, 5.
3. Souhrn údajů o přípravku (SPC) FSME-Immun 0,5ml, Baxter AG, poslední revize 28. 2. 2007.
4. Souhrn údajů o přípravku (SPC) Encepur pro dospělé, Novartis Vaccines, poslední revize 7. 11. 2007.

virus je přenosný všemi vývojovými stádii klíšťat

vzácně se lze infikovat neošetřeným mlékem nakažených krav, ovcí či koz

postexpoziční profylaxe KME ani lymeské boreliózy v současné době není doporučována

solidní protektivita (> 90 %) nastupuje 14 dní po druhé dávce

první přeočkování po 3 letech a dále každých 3–5 let, po 60 letech věku

	1. dávka	2. dávka	3. dávka	1. přeočkování	další přeočkování		m. = měsíc
					mladší < 60 let	starší > 60 let	
FSME	0	1–3 m.	5–12 m. po druhé	3 rok	5 let	3 roky	běžné schéma zrychlené
	0	14 den	5–12 m. po druhé	3 rok	5 let	3 roky	
Encepur	0	1–3 m.	9–12 m. po druhé	3 rok	3 roky	3 roky	běžné schéma zrychlené
	0	7. den	21. den	12.–18. m.	3 roky	3 roky	



Odpovědi na vaše otázky...

Dotaz:

Potřebovala bych se zeptat, jak je to s akreditací, resp. rezidenturou ordinace praktického lékaře, není mi jasné, jaký je mezi nimi rozdíl. Ráda bych ve své praxi měla školenec, kterému bych praxi chtěla do budoucna předat, a nevím, kde a hlavně kdy požádat. Můžete mi (a asi nejen mně) toto objasnit?

K. M., Brno

Odpověď:

Pokud chceme, aby náš obor do budoucna pokračoval a abychom jednoho dne měli, komu praxi předat (prodat), musí zde být nová generace praktických lékařů. Na většině fakult se již více či méně vyučuje praktické lékařství jako samostatný obor a mezi studenty je o PL zájem. Ve většině kruhů se objeví 2–3 zájemci, kteří mají chuť VPL do budoucna dělat. Bohužel po jejich rozhodnutí přichází „studená sprcha“ ve chvíli, kdy zjišťují, jak je předatestační příprava náročná, že není kde se „vyučit“, jak je těžké a finančně náročné sehnat stáž a v neposlední řadě též povinné kurzy. Od revoluce byl tento problém řešen různými více či méně (spíše méně) systémovými opatřeními, která byla závislá na libovůli dané vlády, resp. ministra nebo dokonce ministerského úředníka. Teprve od zákona 95/2004, který dal vzdělávání lékařů (nejen) rámcem, se začíná vzdělávání institucionalizovat. Mnoho let bylo vzdělávání financováno prostřednictvím IPVZ, v loňském roce grantem ministerstva zdravotnictví a od roku 2009 by měla začít fungovat tzv. rezidenční místa financovaná MZ. Tolik úvod.

Nyní konkrétní odpovědi:

Akreditace: Podle výše uvedeného zákona 95/2004 Sb. musí předatestační vzdělávání probíhat pouze na pracovištích, která obdrží od ministerstva akreditaci. Je to vlastně rozhodnutí, resp. potvrzení MZ, že je dané pracoviště vhodné, dostatečně vybavené personálně i věcně k tomu, aby kvalitně vzdělávalo budoucí (v našem případě praktické) lékaře.

Co je k udělení akreditace nezbytné:

- 1) Atestace v oboru všeobecné lékařství pro dospělé (všeob. p. I.) – doklad
- 2) Praxe minimálně 5 let
- 3) Doložení registrace
- 4) Úvazek 1,0

Pokud PL chce akreditaci obdržet, musí o ní požádat na příslušném formuláři, zaplatit kolek

1000,- Kč, doložit všechny potřebné listiny a vše ve 3 kopiích a 1 elektronické zaslat na MZ ČR.

Rezidenční místo: Je to školicí místo (pro konkrétního lékaře – v předatestační přípravě), které na základě rozhodnutí ministerstva zdravotnictví obdrží finanční prostředky na plat školenice a též částečnou refundaci nákladů školiště. Důležité je, že pokud je místo schváleno, má zajištěno financování vzdělávání po celou dobu (minimální dle zákonných předpisů) vzdělávání konkrétního lékaře. (Nemůže tedy dojít k situaci, která se stala v minulosti, že škrtnutím ministerského pera se octlo náhle mnoho lékařů v přípravě v existenčním vakuu). Pokud bude místo i „atestant“ správně plnit své povinnosti, má financování vzdělávání zajištěno.

Jak bude výběr rezidenčních míst probíhat?

Ministerstvo vypíše na konkrétní období určité množství rezidenčních míst, do něhož se může přihlásit jakékoli akreditované pracoviště. Komise vybere příslušný počet pracovišť, která budou následně zveřejněna. Na základě zveřejnění se na pracoviště přihlásí zájemci. Pokud jich bude více než jeden, vyhlásí pracoviště „výběrové řízení“, resp. vybere si zájemce/rezidenta a následně s ním uzavře pracovní smlouvu.

Zde jsou nejdůležitější termíny, tak jak je MZ přislíbilo:

- Zveřejnění počtu rezidenčních míst 31. 12. 2008 (termín splněn, v tuto chvíli vypsáno celkem 149 rezidenčních míst s dotací 1 032 000 na místo).
- Podání žádostí o dotaci: do 16. 3. 2008
- Zveřejnění vyloučených žádostí: 17. 4. 2008
- Zveřejnění rezidenčních míst: 30. 6. 2008
- Výběrového řízení na rezidenty: 15. 7. 2008
- Přijetí rezidentů do: 30. 9. 2008

Veškeré formuláře i termíny jsou zveřejněny na www.mzcr.cz.

Za redakci MUDr. Cyril Mucha
mucha@doktor-mucha.cz

Případným zájemcům zašleme podrobný návod k akreditačnímu řízení.

Errata: Omlouváme se, v posledních dotazech odpovědích se vloudila chyba: **VI. část formuláře PN se samozřejmě zasílá na OSSZ.** Současně děkujeme pozorným kolegům za upozornění.

**rezidenční místo
je státem financované
školicí místo
pro lékaře
v předatestační
přípravě**

**této problematice je
také věnován článek
v tomto čísle v oddíle
„Info SVL“: Rezidenční
místa pro rok 2009**



Převádění neznámých/nečitelných souborů



MUDr. Cyril Mucha

Vážené kolegyně a vážení kolegové,

jistě se vám již také stalo, že jste dostali např. e-mailem soubor, který váš počítač neuměl otevřít, hlásil např. „neznámý soubor“, takže vám podobná „zásilka“ byla k ničemu, a vy jste museli žádat odesílatele o převedení do jiného typu, popř. jste sami museli příslušný program shánět.

Že to nemusí být nějaký „obskurní“ soubor od firmy sídlící kdesi v jihovýchodní Asii ukazuje skutečnost, že i např. slovník Microsoft má několik textových editorů, které s radostí prodává zákazníkům a které mezi sebou poté nekomunikují a nedají se mezi sebou převádět. (Např. programy z MS Works nebo nové kancelářské programy 2007 versus starší verze – to bylo probíráno v jednom z minulých Practicusů.) Podobná situace může také nastat, když chcete převést hudbu z hudebního CD např. do MP3 přehrávače.

V dnešním pokračování seriálu počítač a doktor si ukážeme velmi elegantní možnost, jak můžeme víceméně kterýkoli nám neznámý soubor převést do pro nás čitelné podoby. Existuje totiž několik webových stránek, které zdarma tento převod provedou.

Jako příklad uvádíme web **www.zamzar.com**.

Jak služba funguje:

Na webovou stránku vložíte soubor určený ke konverzi, vyberete, na jaký soubor chcete konvertovat, a na vámi udanou e-mailovou adresu vám změněný soubor přijde.

1. Přihlaste se na www.zamzar.com (není nutná žádná registrace).
2. Na stránce v části „Step 1“ pomocí aktivního okna procházet vyberte libovolný soubor umístěný kdekoli ve vašem počítači.
3. Pod zelenou oblastí stránky se objeví vybraný(é) soubory („Files to convert“).
4. Vyberte v oblasti „Step 2“ typ souboru, na který chcete převod provést (je zde rolovací nabídka).
5. Do oblasti „Step 3“ napište e-mailovou adresu, na niž chcete nový, konvertovaný soubor zaslat.
6. V oblasti „Step 4“ stiskněte tlačítko „Convert“.
7. Ve své e-mailové schránce si vyzvedněte konvertovaný soubor.

Výhody:

Rychlost, nenáročnost, bezplatnost.

Nevýhody:

Max. velikost (bezplatná) 100 MB, soubor je odeslán a opět přijímán přes e-mail – určitě by tedy nebylo vhodné konvertovat soubory s intimní nebo tajnou tematikou.

MUDr. Cyril Mucha



***pokud potřebujeme
přečíst nám neznámý
soubor, můžeme použít
bezplatné webové
převaděče***



Hypertenzní špička

Dlouhodobá léčba hypertenze je „denní chléb“ praktického lékaře. Pokud se však objeví hypertenzní špička, popř. hypertenzní krize, je to stav, který vyžaduje okamžité řešení, neboť může pacienta akutně ohrozit na životě. Nebezpečná může být i hypotenze způsobená „přeléčením“ hypertonika.

I.

10.24: Dispečink ZS přijímá výzvu: „Manžel se od rána motá, je mu na zvracení, má bolesti na hrudi.“

10.36: Příjezd na místo, 56letý pacient s mírným tlakem na prsou a vertigem, anamnesticky hypertonik, vetrigo i v leže tlak na prsou, tachykardie 110 min. TK 180/120 na PHK, 190/100 LHK. Dle sdělení pacienta tyto pocity, i když v mírnější podobě, měl již před týdnem. Na tlak užívá chronicky ACE inhibitor, ranní medikaci užil. Na místě pacient ponechán v sedě, přestože si neustále chce sám dojít pro kartičku VZP (tu lékař RLP potřebuje k vyplnění údajů), podán Capoten 1 tbl per os. Pacient téměř násilím nucen, aby zůstal v klidu a nesnažil se pobíhat a balit si věci k případné hospitalizaci. Na EKG sinusová tachykardie a známky zatížení LK. Zajištěna i. v. kanyla (ponechán pouze set a injekční stříkačka s proplachem).

11.08: Vertigo přetrvává. Přeměřena hodnota TK, nadále 180/90. Podán Isoket spray 3× subl. Byt pacienta je v 6. patře, výtah je pro rekonstrukci mimo provoz, je proto do vozu RLP transportován pomocí „schodolezu“ (sedačky, která svezle pacienta po schodišti).

11.36: Při předání pacienta na interním příjmu hodnota TK 150/90 HR 100 min, pacient hospitalizován s pracovní dg. dekompenzovaná hypertenze.

II.

05.30: ZZS: „Můj otec upadl cestou na toaletu, stěžuje si na tlak na prsou, špatně se mu dýchá.“

05.41: Příjezd na místo, 66letý pacient leží na zemi, je dušný s tlakem na prsou. Anamnesticky kuřák, stav po CMP před 5 lety. Poslechově bilat. bazálně chrůpky, tlak na prsou bez propagace, cefalea a nauzea. Zornice izo, jazyk plazí středem. TK 220/140. Isoket subl. 3× hned. Pacient ponechán v naprostém klidu na lůžku. Chce si však dojít na toaletu. Lékař RLP to nedoporučuje, pacient ale velmi naléhá a odmítá v tomto směru poslechnout. Zajištěna i. v. kanyla, podán Furosemid forte 1 amp i. v. Natočeno

EKG: sinusová tachykardie, blok levého raménka. Absolvoval toaletu bez větších obtíží.

05.59: Opět na lůžku v sedě náhle neklidný, setřelá řeč a upadá do bezvědomí. Okamžitě provedena ETI v medikaci Hypnomidat 20 mg, SCCHJ 80 mg, poté podán Fentanyl 4 ml, Tracrium 30 mg i. v. Pacient přeložen na nosítka, zvýšená horní polovina těla.

06.11: Transporován do vozu RLP. Rozvoj anizokorie širší levá zornice, TK 140/80. SpO2 96 %. SF 88/min, na monitoru sinus. Vysloveno podezření na akutní CMP ischemické nebo hemoragické, nicméně vzhledem k rychlosti vzniku a bezvědomí spíše na hemoragickou příčinu.

06.23: Transport do nemocničního zařízení, zde provedeno statim CT vyšetření mozku, kde ruptura aneurysmatu SAH (subarachnoidální krvácení), kontaktováno neurochirurgické pracoviště a poté transport pacienta k operačnímu výkonu.

III.

15.10: Dispečink ZZZ volá 53letý muž, je léčný hypertonik. Má závratě, nucení na zvracení a celkově mu není dobře.

15.22: Po příjezdu RLP mírně opocení, bledý. Zajištěn i. v. vstup, kontrola TK hodnoty 80/60. HR 110/min SpO2 98. Na cílený dotaz udává změnu antihypertenzní terapie před 2 dny. Tonometr k domácímu měření nemá, na kontrolu ke svému lékaři je objednan za týden. Nasazena infuze Plasmalyte 1000 ml i. v., vzhledem ke změně terapie pacient transportován na interní oddělení k hospitalizaci.

Komentář:

U dekompenzovaných hypertoniků obecně platí ponechat je v naprostém klidu, v případě vysokých hodnot tenze nedovolit pacientovi pohybovat se po bytě před transportem do nemocnice nebo při čekání na sanitu. Podobné instrukce by měl dát i PL lékař, pokud komunikuje s pacientem po telefonu jako první. V případě, že se jedná o povolání RLP praktickým lékařem, který je u pacienta dříve, je potřeba setrvat do příjezdu RLP na místě s pacientem. Terapie by měla směřovat k co nejrychlejšímu poklesu TK. Vhodný je notoricky známý krátkodobý ACE inhibitor (např. Captopril), i. v. Furosemid. V případě změny antihypertenzní terapie je třeba pacienty poučit (což se jistě děje) o možných komplikacích ve smyslu poklesu tenze a doporučit kontrolu ve vhodném termínu (např. do 5 dnů).



prim. MUDr. Jaroslava Ščamburová

hypertenzní špička může pacienta akutně ohrozit na životě, zejména haemoragickou CMP

Co je nového v organizaci a provádění sociálního zabezpečení?



Informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu.

**kompetence ČSSZ
a OSSZ ve vztahu
k občanovi
a zaměstnavateli**

Vážené kolegyně a vážení kolegové, od 1. 1. 2009 bude docházet k těsnější komunikaci mezi OSSZ a praktickými či ošetřujícími lékaři jako hodnotiteli zdravotního stavu v koordinaci se zaměstnavateli, nemluvě o těch z nás, kteří dělají i závodní preventivní péči (viz *Practicus* 10/2008). Proto pokládáme za dobré znát i vybrané části aktuálního znění **zákona č. 582/1991 Sb.** ze dne 17. prosince 1991 o organizaci a provádění sociálního zabezpečení ve znění pozdějších předpisů (zákona č. 479/2008 Sb.) s účinností od 1. 1. 2009. Informace podržené čarou anebo **tučně** jsou důležité, modře jsou platné novinky.

§ 5

Česká správa sociálního zabezpečení

a) rozhoduje

1. o dávkách důchodového pojištění, pokud není v tomto zákoně stanoveno, že o nich rozhoduje jiný orgán sociálního zabezpečení, a zařizuje výplaty těchto dávek,
2. o povinnosti občana vrátit dávku důchodového pojištění poskytnutou neprávem nebo v nesprávné výši, pokud je o této dávce oprávněna rozhodovat,
3. o povinnosti zaměstnavatele nahradit neprávem vyplacené částky na dávce důchodového pojištění, pokud je o této dávce oprávněna rozhodovat,
4. o odvoláních ve věcech, v nichž v prvním stupni rozhodla okresní správa sociálního zabezpečení,
5. o odstranění tvrdostí, které by se vyskytly při provádění sociálního zabezpečení, pokud jí bylo v jednotlivých případech svěřeno,
6. o převezech důchodových práv podle § 105a zákona o důchodovém pojištění a zařizuje tyto převody,
- b) vymáhá neprávem vyplacené částky na dávkách důchodového pojištění; přitom je oprávněna provádět správní výkon rozhodnutí ve věcech důchodového pojištění,
- c) jedná před soudem v řízení o přezkoumání rozhodnutí ve věcech sociálního zabezpečení,
- d) plní úkoly při výplatě dávek sociálního zabezpečení do ciziny,
- e) řídí a kontroluje činnost okresních správ sociálního zabezpečení,
- f) zajišťuje plnění úkolů vyplývajících z práva

Evropských společenství a plnění úkolů vyplývajících z mezinárodních smluv v oblasti důchodového pojištění,

g) zajišťuje vydávání tiskopisů předepsaných podle tohoto zákona,

h) vede registr pojištěnců důchodového pojištění (dále jen „registr pojištěnců“),

ch) vyrozumívá okresní správu sociálního zabezpečení [§ 6 odst. 4 písm. s)] o tom, že občan, který je dočasně práce neschopným, byl uznán plně nebo částečně invalidním na základě soudního řízení o žalobě.

§ 6

(1) **Okresní správy sociálního zabezpečení** se zřizují pro obvody, které jsou shodné s územními obvody okresů.

(2) Na území hlavního města Prahy vykonává působnost okresní správy sociálního zabezpečení Pražská správa sociálního zabezpečení.

(3) Okresní správy sociálního zabezpečení plní v rámci své působnosti úkoly stanovené tímto zákonem, pokud není jinými obecně závaznými předpisy stanoveno, že tyto úkoly plní jiný orgán.

(4) Okresní správy sociálního zabezpečení

a) rozhodují

1. ve sporných případech o vzniku a zániku důchodového pojištění,
3. ve sporu mezi občanem a jeho zaměstnavatelem o správnost zápisu v evidenčním listu důchodového pojištění (dále jen „evidenční list“),
7. o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti včetně záloh, o penále a o přírážce k pojistnému na sociální zabezpečení a o zřízení zástavního práva v případě dluhu na pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a na penále,
9. o odstranění tvrdostí, které by se vyskytly při provádění sociálního zabezpečení, pokud jim bylo v jednotlivých případech svěřeno,
10. o pokutách za nesplnění povinností zaměstnavatelů a osob samostatně výdělečně činných (§ 120c) v sociálním zabezpečení,
11. o době a rozsahu péče muže o dítě ve věku do 4 let, jde-li o dobu péče o toto dítě po 31. prosinci 1995 do 30. června 2007, a o době a rozsahu péče o dítě ve věku do 18 let, je-li dlouhodobě těžce zdravotně postižené a vyžadující

mimořádnou péči, a péče osoby pečující osobně o převážně nebo úplně bezmocnou osobu nebo částečně bezmocnou osobu starší 80 let, jde-li o doby péče o tyto děti a bezmocné osoby po 31. prosinci 1995 do 31. prosince 2006,

12. o době a rozsahu péče osoby pečující osobně o osobu, která je podle zvláštního právního předpisu závislá na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost), jde-li o dobu péče o tuto osobu po 31. prosinci 2006, a o době a rozsahu péče osoby pečující osobně o osobu mladší 10 let, která je podle zvláštního právního předpisu závislá na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost),

13. o tom, zda osoba samostatně výdělečně činná pečuje o osobu mladší 10 let, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost), nebo o osobu, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo ve stupni III (těžká závislost) anebo ve stupni IV (úplná závislost), v největším rozsahu,

17. o započtení celého kalendářního roku do doby zaměstnání před 1. lednem 1976, jestliže člen jednotného zemědělského družstva neprocal stanovený počet pracovních dnů, popřípadě v rámci jinak určeného pracovního úvazku,

c) vrací zaměstnanci přeplatek na pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti,

h) vedou potřebnou statistiku a účetní evidenci předepsanou v sociálním zabezpečení,

ch) vedou evidenci pro účely důchodového pojištění osob samostatně výdělečně činných a občanů dobrovolně účastných důchodového pojištění, kteří si platí pojistné na důchodové pojištění,

i) sepisují žádosti o dávky důchodového pojištění v případech stanovených tímto zákonem,

j) opatřují a předkládají České správě sociálního zabezpečení na její žádost podklady pro rozhodnutí o dávkách důchodového pojištění a pro vymáhání neprávem vyplacených částek dávek důchodového pojištění,

k) navrhují České správě sociálního zabezpečení zápočet dob pojištění a náhradních dob pojištění ve sporných případech a zápočet doby vojenské služby v jiných než spojeneckých armádách, kterou konali povinně občané v době nesvobody, včetně doby zajetí,

l) poskytují občanům a zaměstnavatelům odbornou pomoc ve věcech sociálního zabezpečení,

o) kontrolují plnění povinností občanů a zaměstnavatelů v sociálním zabezpečení a plnění povinností plátců pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti,

q) posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost občanů v rozsahu stanoveném tímto zákonem (§ 8),

r) vybírají pojistné na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti včetně záloh podle zvláštního zákona a vymáhají pohledávky ve věcech pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti; přitom jsou oprávněny provádět správní výkon rozhodnutí,

s) vyrozumívají písemně ošetřujícího lékaře o tom, že občan, který je dočasně práce neschopný, byl uznán plně nebo částečně invalidní na základě soudního řízení o žalobě,

u) mohou převzít plnění některých úkolů spojených s prováděním důchodového pojištění zaměstnanců zaměstnavatelů, kteří neplní povinnosti při provádění důchodového pojištění,

v) vydávají na žádost osob samostatně výdělečně činných potvrzení o výši měsíčního vyměřovacího základu pro stanovení záloh na pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti pro účely posouzení nároku na dávky státní sociální podpory,

y) navrhují živnostenskému úřadu zrušení živnostenského oprávnění podnikateli z důvodu neplnění závazků podnikatele vůči státu.

§ 7

Místní příslušnost okresní správy sociálního zabezpečení se řídí

a) sídlem zaniklého zaměstnavatele v případech uvedených v § 6 odst. 4 písm. u),

b) místem trvalého pobytu občana nebo místem hlášeného pobytu v České republice, jde-li o cizince, v případech uvedených v § 6 odst. 4 písm. c), ch), i), k), o), r) a v) a v § 82 odst. 1,

c) sídlem zaměstnavatele v případech uvedených v § 6 odst. 4 písm. o), r) a u), nelze-li určit místní příslušnost podle písmene d); je-li zaměstnavatelem fyzická osoba, řídí se místní příslušnost okresní správy sociálního zabezpečení místem trvalého pobytu fyzické osoby, popřípadě, jde-li o cizince, místem hlášeného pobytu v České republice, a nemá-li fyzická osoba hlášený ani trvalý pobyt v České republice a její místo trvalého pobytu je v cizině, místem jejího podnikání na území České republiky, popřípadě je-li zaměstnavatelem fyzická osoba, která nemá trvalý ani hlášený pobyt na území České republiky a ani na území České republiky nepodniká, avšak zaměstnává pro svou potřebu na území České republiky zaměstnance, řídí se místní příslušnost okresní správy sociálního zabezpečení místem výkonu práce těchto zaměstnanců v případech uvedených v § 6 odst. 4 písm. o), r) a u),

d) místem útvaru zaměstnavatele, ve kterém je vedena evidence mezd, v případech uvedených v § 6 odst. 4 písm. a) bodě 3, písm. o), r) a u),

e) místem výkonu samostatné výdělečné činnosti v případech uvedených v § 6 odst. 4 písm. ch),

OSSZ - rozhoduje o péči o osoby dle stupně závislosti na jiné osobě
 • posuzuje zdravotní stav a pracovní schopnost občanů v rozsahu § 8 – viz dále
 • vyrozumívá písemně ošetřujícího lékaře o tom, že dočasně práce neschopný byl uznán plně nebo částečně invalidní

místní příslušnost OSSZ – dle místa trvalého pobytu občana nebo místa hlášeného pobytu v ČR, jde-li o cizince, či dle sídla zaměstnavatele

posuzování plné nebo částečné invalidity hodnotí zdravotní stav z hlediska schopnosti k výkonu občanského povolání osoby.

OSSZ zašle úřadu práce do 7 dnů kopii posudku, pokud o to úřad práce požádá z důvodu zjištění zdravotního stavu osoby pro účely sociální péče, státní sociální podpory, posouzení stupně závislosti na péči jiné osoby nebo posouzení osoby zdravotně znevýhodněné

o), r) a v), nemá-li osoba samostatně výdělečně činná místo trvalého pobytu na území České republiky, **popřípadě jde-li o cizince, místo hlášeného pobytu v České republice**; je-li několik míst výkonu samostatné výdělečné činnosti, je místně příslušná okresní správa sociálního zabezpečení, v jejímž obvodu podle prohlášení fyzické osoby převažuje výkon samostatné výdělečné činnosti,

f) místem útvaru služebního úřadu, ve kterém je vedena evidence platů státních zaměstnanců, pokud jde o kontrolu odvodu pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti,*)

g) místem trvalého pobytu, popřípadě jde-li o cizince, místem hlášeného pobytu v České republice, osoby, která byla bezmocná před 1. lednem 2007 nebo která je závislá na péči jiné osoby, v případech uvedených v § 6 odst. 4 písm. a) bodech 11 až 13; přitom je rozhodné místo trvalého, popřípadě hlášeného pobytu ke dni skončení péče, a v případě trvání péče místo trvalého, popřípadě hlášeného pobytu ke dni podání návrhu na zahájení řízení (§ 85 odst. 2).

§ 8

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti občanů

(1) Okresní správa sociálního zabezpečení posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost občanů ve věcech sociálního zabezpečení, státní sociální podpory a sociální péče při zjišťovacích a kontrolních lékařských prohlídkách; za tím účelem posuzují

a) plnou invaliditu nebo částečnou invaliditu, b) dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu soustavou výdělečnou činnost,

c) zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou, d) zda si fyzická osoba může zvýšit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu příjem vlastní prací, e) zda jde o fyzickou osobu těžce zdravotně postiženou a druh a stupeň tohoto postižení pro účely poskytnutí mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu, příspěvku na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže, příspěvku na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla a příspěvku na individuální dopravu,

f) zda jde pro účely dávek státní sociální podpory o fyzickou osobu dlouhodobě těžce zdravotně postiženou, dlouhodobě zdravotně postiženou nebo o dítě dlouhodobě nemocné,

g) stupeň závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči.

(2) Okresní správa sociálního zabezpečení kontrolní lékařskou prohlídku a uskuteční

a) v době určené při předchozím jednání okresní správy sociálního zabezpečení, nebo

b) zjistí-li posudkově významné skutečnosti, které odůvodňují provedení kontrolní lékařské prohlídky, nebo

c) z podnětu jiného orgánu sociálního zabezpečení nebo z podnětu úřadu státní sociální podpory anebo z podnětu úřadu práce; okresní správa sociálního zabezpečení je povinna informovat orgán, který dal podnět k provedení kontrolní lékařské prohlídky, o jejím výsledku.

(3) Úkoly okresních správ sociálního zabezpečení uvedené v odstavcích 1, 2 a 8 může plnit pouze lékař.

(4) Místní příslušnost okresní správy sociálního zabezpečení v případech uvedených v odstavci 1 se řídí místem trvalého pobytu posuzovaného občana, pokud se dále nestanoví jinak.

(6) Na žádost občana, jehož zdravotní stav a pracovní schopnost má být posouzena, nebo s jeho souhlasem může okresní správa sociálního zabezpečení příslušná podle odstavců 4 a 5 požádat o posouzení jeho zdravotního stavu a pracovní schopnosti okresní správu sociálního zabezpečení, v jejímž správním obvodu má občan přechodný pobyt nebo pracoviště, pokud s tím tato okresní správa sociálního zabezpečení souhlasí. V případě, že zdravotní stav občana vzhledem k charakteru nemoci vyžaduje posouzení specializovaným zdravotnickým zařízením, může Česká správa sociálního zabezpečení na žádost občana nebo s jeho souhlasem pověřit posouzením jeho zdravotního stavu a pracovní schopnosti okresní správu sociálního zabezpečení, v jejímž správním obvodu se nachází toto zdravotnické zařízení, a to odchylně od příslušnosti podle odstavců 4 a 5; to platí obdobně, jde-li o občanského zaměstnance zpravodajských služeb, s tím, že žádost může podat též tato služba.

(7) Okresní správy sociálního zabezpečení podávají posudky o tom, zda zdravotní stav osob, jejichž důchodové pojištění provádějí orgány uvedené v § 9, odůvodňuje poskytnutí dávky důchodového pojištění. Při posuzování plné invalidity nebo částečné invalidity osob podle věty první se hodnotí zdravotní stav z hlediska jejich schopnosti k výkonu občanského povolání.

(8) Při posuzování plné invalidity a částečné invalidity podle odstavce 1 musí **okresní správy sociálního zabezpečení vycházet z lékařských zpráv a posudků vypracovaných odbornými lékaři o zdravotním stavu občanů.**

(9) Okresní správa sociálního zabezpečení zašle úřadu práce do 7 dnů kopii posudku vydaného podle § 8 odst. 1, pokud o to úřad práce požádá z důvodu zjištění zdravotního stavu fyzické osoby pro účely sociální péče, státní sociální podpory, posouzení stupně závislosti na péči jiné osoby nebo posouzení osoby zdravotně znevýhodněné.

§ 11

(1) Orgány sociálního zabezpečení jsou oprávněny v mezích své působnosti vyžadovat od státních orgánů, zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení, jakož i **zaměstnavatelů** pomoc a bezplatná sdělení potřebná pro provádění sociálního zabezpečení a pro plnění úkolů vyplývajících pro orgány sociálního zabezpečení z práva Evropských společenství a z mezinárodních smluv; státní orgány, zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení a **zaměstnavatelé** jsou **povinni** v mezích své působnosti těmto žádostem vyhovět, a to do 30 dnů ode dne vyžádání; státní orgány a zdravotní pojišťovny mohou sdělení poskytovat v elektronické podobě způsobem umožňujícím dálkový přístup.

§ 12

Orgány sociálního zabezpečení mohou vyzvat

a) zaměstnavatele, aby podal hlášení a předložil záznamy o skutečnostech rozhodných pro nárok na dávky sociálního zabezpečení, jejich výši a výplatu,

b) příjemce dávky sociálního zabezpečení, aby osvědčil skutečnosti rozhodné pro nárok na dávku, její výši a výplatu,

c) příjemce dávky sociálního zabezpečení podmíněné nepříznivým zdravotním stavem a žadatele o tuto dávku, aby se podrobil vyšetření zdravotního stavu, popřípadě jinému odbornému vyšetření,

d) osobu samostatně výdělečně činnou, aby se za účelem provedení kontroly plnění jejích povinností v sociálním zabezpečení, včetně placení pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, dostavila v určeném termínu na příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení, popřípadě na místo určené touto správou; osoba samostatně výdělečně činná je povinna této výzvě vyhovět, pokud se předem z vážných důvodů neomluví; to platí obdobně pro zaměstnavatele, který ke dni vyhotovení výzvy okresní správou sociálního zabezpečení má v registru pojištěnců evidováno méně než 26 zaměstnanců účastných důchodového pojištění,

e) občana, aby se za účelem osvědčení skutečností rozhodných pro provádění důchodového pojištění dostavil v určeném termínu na příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení; občan je povinen této výzvě vyhovět, pokud se předem z vážných důvodů neomluvil.

§ 13

(1) Orgány sociálního zabezpečení jsou oprávněny přezkoumat správnost a úplnost záznamů a hlášení, které jsou **zaměstnavatelé** pro účely provádění sociálního zabezpečení **povinni** vést, včasnost a způsob jejich předložení a podání.

(2) Orgány sociálního zabezpečení jsou oprávněny kontrolovat účetní a další podklady, které jsou rozhodné pro určení výše pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, popřípadě výše záloh; **zaměstnavatelé** a osoby samostatně výdělečně činné jsou **povinni** poskytnout jim potřebnou součinnost. **Orgány sociálního zabezpečení mohou v rámci oprávnění podle věty první kontrolovat též správnost určení náhrad mezd a jiných příjmů poskytovaných po dobu prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény zaměstnavatelem za účelem určení správné výše pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.**

§ 14

Povinnost zachovávat mlčenlivost

(1) Zaměstnanci orgánů sociálního zabezpečení jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, se kterými se seznámili při plnění úkolů orgánů sociálního zabezpečení nebo v přímé souvislosti s nimi, pokud se dále nestanoví jinak. Tato povinnost trvá i po skončení pracovního vztahu. Povinnosti zachovávat mlčenlivost mohou být zaměstnanci orgánů sociálního zabezpečení zproštěni pouze tím, v jehož zájmu tuto povinnost mají, a to písemně s uvedením rozsahu a účelu.

§ 15

Pověření zaměstnanci orgánů sociálního zabezpečení jsou oprávněni vstupovat na pracoviště zaměstnavatelů a kontrolovat plnění povinností uložených předpisy o sociálním zabezpečení; k odstranění zjištěných nedostatků jsou oprávněni vyžadovat přijetí opatření k nápravě. Zaměstnavatelé jsou povinni poskytnout pověřeným zaměstnancům potřebnou součinnost.

§ 16

Součinnost orgánů sociálního zabezpečení a zdravotnických zařízení

(1) Zdravotnická zařízení jsou povinna pro orgány sociálního zabezpečení provést za úplaty vyšetření zdravotního stavu občanů v řízení o dávkách sociálního zabezpečení a pro účely odvolacího řízení správního podle zvláštních právních předpisů (§ 4 odst. 2), zapůjčovat lékařům orgánů sociálního zabezpečení potřebnou zdravotnickou dokumentaci a umožnit jim nahlížet do ní, vydávat výpisy z chorobopisů a podávat lékařské nálezy, posudky a zprávy o průběhu nemoci a potřebná hlášení a podklady, jichž je třeba k rozhodování v těchto řízeních, a to ve lhůtě stanovené tímto orgánem, a není-li určena, do 15 dnů od doručení výzvy.

zdravotnická zařízení jsou povinna pro OSSZ provést za úplatu vyšetření zdravotního stavu občanů v řízení o dávkách sociálního zabezpečení a pro účely odvolacího řízení, zapůjčovat lékařům orgánů sociálního zabezpečení potřebnou zdravotnickou dokumentaci a umožnit jim nahlížet do ní, vydávat výpisy z chorobopisů a podávat lékařské nálezy, posudky a zprávy o průběhu nemoci a potřebná hlášení a podklady

v příštím čísle o právech a povinnostech zaměstnavatelů



Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 5 kreditů ČLK. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejpozději do 5. 3. 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 2/2009

Správné
odpovědi
testu
č. 1/2009:

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

Profylaxe venózního tromboembolismu v ambulantní péči

1. Nejčastěji užívaným lékem v primární prevenci VTE je dnes:

- a) Anopyrin
- b) Warfarin
- c) LMWH

2. Nejčastěji dnes užívaným lékem v sekundární profylaxi VTE je:

- a) Warfarin
- b) Anopyrin
- c) LMWH

3. Při užívání Warfarinu je zcela nezbytné:

- a) pravidelně kontrolovat INR
- b) dodržovat „Warfarinovou dietu“
- c) užívat vitaminy, včetně vitamínu K

Diagnostika a léčba exacerpace chronické obstrukční plicní nemoci

4. Exacerpace CHOPN je charakterizována:

- a) přetrvávajícím zhoršením stavu nemocného vůči sta-

- bilnímu stavu, které přesahuje normální denní kolísání
- b) akutním začátkem
- c) potřebou změny pravidelné medikace nemocného

Zařazení antidepresiva trazodonu (SARI) v klinické praxi

5. Trazodon je antidepresivum ze skupiny:

- a) SSRI
- b) SARI
- c) NaSSA

6. Trazodon je vhodný především u pacientů s:

- a) úzkostnou depresí
- b) psychotickou depresí
- c) depresí s poruchami spánku

Vertebrogenní poruchy – systém červených praporků

7. Co je příčinou kořenového syndromu při výhřezu meziobratlové ploténky?

- a) mechanický tlak na nervový kořen
- b) mechanický tlak a aseptický zánět
- c) reaktivní spasmus paravertebrálních svalů

Prevence klíčové meningoencefalitidy (KME)

8. S ohledem na zdravotní následky je infekce KME nejvíce riziková:

- a) u dětí předškolního věku
- b) u dorostenců
- c) u seniorů

9. Solidní protektivita (> 90 %) po očkování proti KME nastupuje:

- a) 14 dní po první dávce
- b) 14 dní po druhé dávce
- c) týden po třetí dávce

10. Režim přeočkování pro udržení imunity u KME je doporučen následovně:

- a) první přeočkování po 3 letech, dále po 3–5 letech a po šedesátce opět po 3 letech
- b) pravidelné přeočkování minimálně po 3 letech
- c) pravidelné přeočkování každých 5 let

Správné mohou být všechny tři možnosti.

odpovědní lístek – test č. 2/2009

Jméno a příjmení

Adresa pracoviště

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla nemohou být kredity 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 |