



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 6/2009

ročník 8

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem tohoto čísla je
Doporučený postup

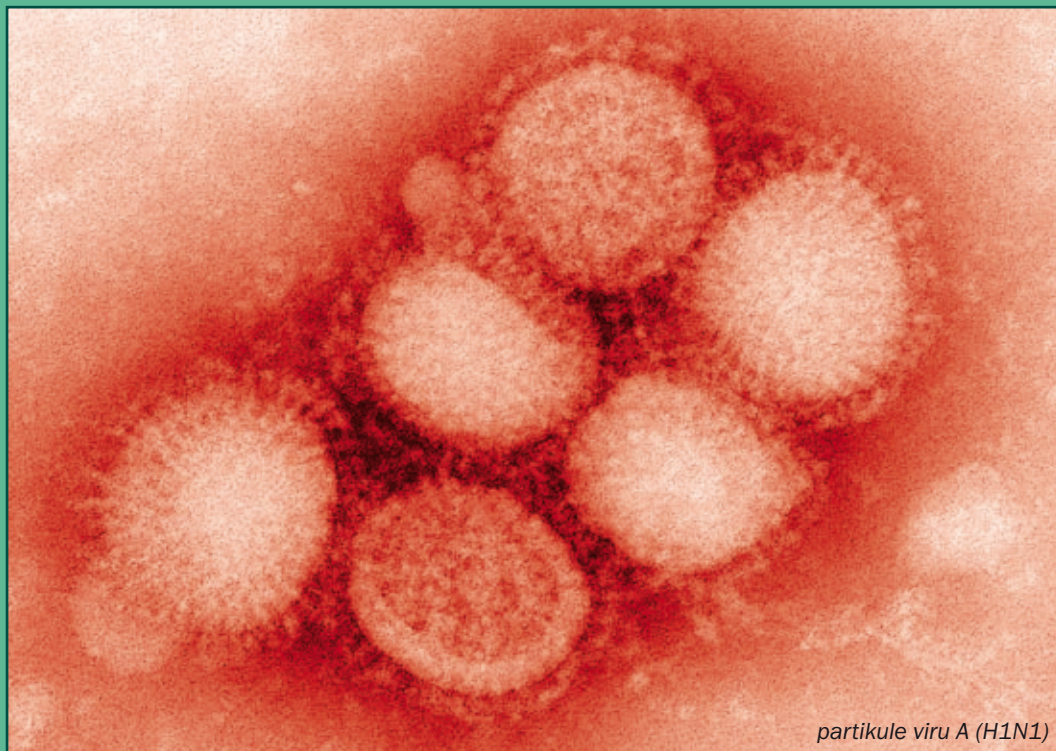
**Očkování
v ordinaci PL,
profylaxe malárie
a cestovních průjmů**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Tip tohoto čísla: čtěte na str. 22 a 31

Mexická chřipka - přijde skutečně pandemie?



partikule viru A (H1N1)

Z obsahu čísla:

- Zpráva z II. jarní konference SVL – 2. část
 - Definice a epidemiologie onemocnění ledvin
 - Diferenciální diagnostika hematurie
 - Hydrogely v léčbě chronických ran
 - Incontinence associated dermatitis
 - Screening kolorektálního karcinomu v ČR
 - Hypertenze a alkohol
- Výroční zpráva SVL ČLS JEP za rok 2008
- Diagnostika a terapie závrativých stavů
- Anafylaktická reakce, anafylaktický šok

ČSOB

Obsah

SVL ČLS JEP informuje 5

Výroční zpráva SVL ČLS JEP za rok 2008

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v září 2009

Zpráva ze 3. Jarní interaktivní konference - II. část

Definice a epidemiologie onemocnění ledvin

Diferenciální diagnostika hematurie

Hydrogely v léčbě chronických ran

Incontinence associated dermatitis

Screening kolorektálního karcinomu v ČR

Hypertenze a alkohol

Diagnostika a terapie závrativých stavů 19

doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.

Mexická (prasečí) chřipka 22

rozhovor s profesorem MUDr. Jiřím Beranem CSc.



...EKG pro praxi 24

Stanovení a význam QT intervalu



...POEM: Patient oriented evidence that matters 26



...počítač a doktor 29

Datové schránky



...dotazy a odpovědi 31



...z případů záchranné služby 33

Anafylaktická reakce, anafylaktický šok



...prevence v primární péči 34

Kouření "z třetí ruky"



...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa 36

Podmínky pro zacházení s léčivými

přípravky při poskytování zdravotní péče



...znalostní test 38

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
6/2009, 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 Konšacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Zuzana Miškovská, MUDr. Anna Nejedlá, MUDr. Miloš Ponížil, MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Helena Štěpánková, MUDr. Milada Vinická

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **28. 5. 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 v odborných článcích. ••• Texty neprochází jazykovými korekturami. ••• Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP, 2009**



MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

Marnivé mlýny

V jednom z posledních čísel *Mojí psychologie* byla zmíněna sociologická studie ze středomoří. Uvádí se v ní, že tamní muži (všichni, i politici) jsou marniví, vzteklí, náladoví a prchlívi v podstatě jen následkem nevhodné výchovy od dětství. Protože se tam ženy - matky ráno vypraví do práce, celý den jen pracují, aby uživily rodinu, večer se vrací unavené, o děti se nestarají, nechávají je napospas dalším příbuzným. Puntičkáři by jistě vrtalo hlavou, proč jsou z těchto dětí v dospělosti marniví jen muži, to já ale neřeším.

Já jsem si hned vybavila naše marnivé (a/nebo marné?) politiky, jak se dohadují, kdo má větší auto, menší mobil, vyšší blondýnu a nižší daně, zda je v oranžové barvě obsažena červená a zda je barva zelená příbuzná modré.

Ale zdá se mi, že jsou marniví i leckteří „zdravotvůrci“: nejdříve nám vysvětlují, že v ordinacích praktiků platí jen tvrdá mortalitní data - EBM. Humanita ani empatie nikoho nezachrání..., úředník nahradí zkušenosti ministerským certifikátem... Sotva se naučíme základům černobílého myšlení, kdy musíme napsat buď „0“ nebo „1“, nikoli „v.s. 0“, nebo „spíše 1“, nálada se změní a v ministerském návrhu zákonných norem o preventivní péči se objevují požadavky na vyšetření dle c.k. mustru: u mladých bezpříznakových žen palpaty mamy na potkání, u mladých bezpříznakových mužů potěžkávat testes, také hned ve dveřích, u všech ihned vyšetření per rektum.

Jistě, mnozí máme ve svých praxích případy, kdy se na klinicky zjevný nádor přišlo jen díky řádnému vyšetření. Jenže to byly klinicky zjevné nálezy - zde selhala spolupráce s pacientem, že s takovým nálezem a takovou obtíží nepřišel k diagnostickému výkonu včas. Zákonná norma má řešit celopopulační programy, které jsou vytvářeny pro bezpříznakové ženy a muže, kdy jednoduchou metodou diagnostikujeme nádory v časných stádiích. Je jen několik případů, kdy medicína pozná onkologické onemocnění dříve než sám pacient: nádory prsu, nádory kolorekta a nádory děložního čípku a s určitými výhradami nádor prostaty.

Upřímně doufám, že nakonec bude zákon hovořit rozumně, že bude stačit mladým nerizikovým nemocným při prevenci jen nabídnout klinické vyšetření prsů, testes a rekta a edukovat o samovyšetření a o významu screeningových programů dle věku.

Začínám závidět donu Q, že bojoval s větrnými mlýny- na boj se mohl aspoň trochu připravit dle větru!

Ale co my zmůžeme proti nečekaně se měnícím rozmarům našich zákonodárců? Na to, nechodit do práce a své marnivce si hýčkat, je asi pozdě. O náladě a chuti nemluvě. Takže SVL bude opět vyjednávat a připomínkovat. Pro lepší vyjednávací pozici je vhodné mít svá tvrdá data: proto o prevencích pište své zkušenosti, pozorování, kasuistiky na svl@cls.cz.

Dobrý vítr přeje

Zuzana Miškovská

Poznámka redakce: Chápeme, že mnozí čtenáři nemohou být plně v obraze o legislativním dění ve zdravotnictví. Proto si dovoluujeme stručné vysvětlení k výše uvedenému textu. Autorka editoriału naráží na návrh novelizace vyhl. č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. Tento návrh nedávno obdrželo vedení SVL ČLS JEP k připomínkování. Hlavním sporným bodem je onkologická prevence, kde se mj. požaduje provádění manuálního vyšetření per rectum, testes a prsou ve dvouletých intervalech u všech osob od 18 let věku. Z pohledu SVL nejsou tato masová vyšetření odůvodněná a SVL zatím ne příliš úspěšně navrhuje úpravy s ohledem na rizikovitost a věk pacienta a také s ohledem na svobodnou vůli pacienta. Vyšetření by pacientovi mělo být nabízeno, ne však vnucováno formou vyžadování podpisu pod zápis o odmítnutém vyšetření. Větší význam, než plošná manuální vyšetřování intimních oblastí u obyvatelstva, vidí SVL v pečlivé edukaci pacienta o prevenci a samovyšetřování.

Výroční zpráva SVL ČLS JEP za rok 2008

V průběhu roku 2008 se výbor SVL ČLS JEP (SVL) zejména soustředil na zdokonalování kontinuálního vzdělávání praktických lékařů (PL), výzkumných aktivit v oblasti kvality péče a hlavních civilizačních chorob, tvorbu doporučených postupů pro PL, problematiku organizace primární péče a jejího personálního zabezpečení, přípravu XXVII. výroční konference v Karlových Varech a II. jarní interaktivní konference v Praze a řešení koncepčních otázek oboru. Dalším okruhem problémů bylo navržení nového kurikula pro specializační přípravu v oboru všeobecného praktického lékařství (VPL) a ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů (SPL ČR) zvládnutí problematiky rezidenčních míst, uvolnění preskripčních omezení a zlepšení podmínek práce PL.

Výbor a jeho složení

Předseda: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Místopředseda: MUDr. Otto Herber

Vědecký sekretář: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Pokladník: MUDr. Pavel Brejník

Místopředsedkyně pro vzdělávání: MUDr. Jaroslava Laňková

Členové: MUDr. Marcela Bradáčová, MUDr. Rudolf Červený, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Miloš Ponížil, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Předseda revizní komise: MUDr. Petr Herle

Členové: MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Jiří Apelt

Výbor se scházel v plánovaných termínech 1x měsíčně mimo období prázdnin a průběžně řešil otázky související s činností společnosti a koncepční otázky týkající se rozvoje oboru. Uskutěčnilo se i plánované setkání s krajskými konzultanty (KK), které se koncentrovalo zejména na vyhodnocení dosavadního kontinuálního vzdělávání a jeho další zkvalitnění.

Informační servis

Výbor SVL pro všechny PL v ČR zajistil vydávání a rozesílání svého odborného časopisu Practicus, a pro členy SVL navíc rozesílání časopisu Medicína po promoci a novin Medical Tribune zdarma. Dále byly aktualizovány www stránky SVL, které byly rozšířeny o 50 e-learningových lekcí, jsou zde zveřejňovány aktuality v oboru včetně opakovaně aktualizovaných podkladů pro vyplňování přihlášek o granty Ministerstva zdravotnictví nebo o rezidenční místa.

Doporučené postupy

V roce 2008 byly vytvořeny nebo novelizovány následující doporučené postupy (DP):

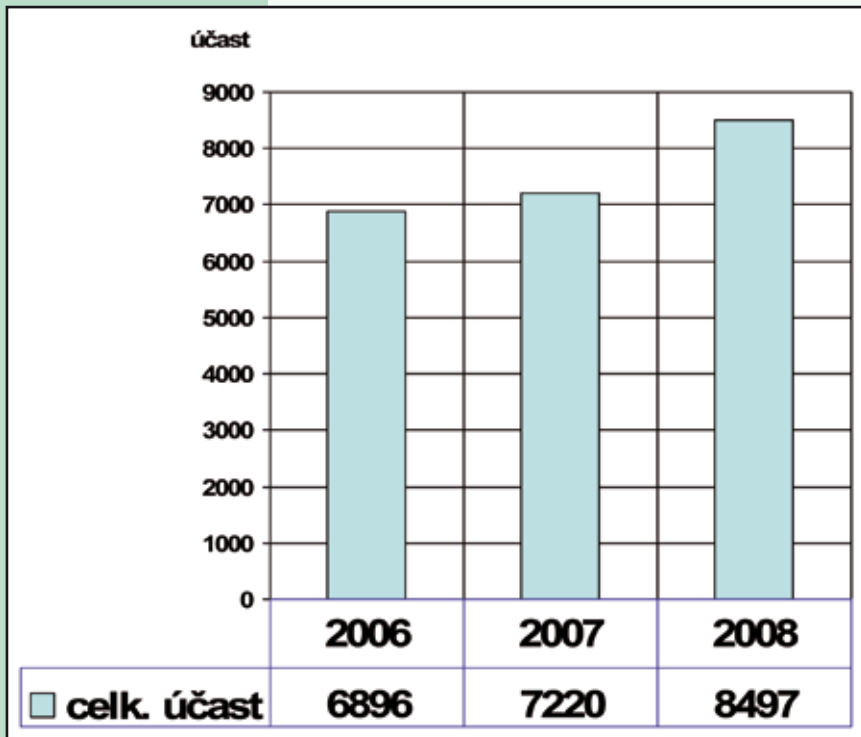
DP 2008	Garant za SVL
Prevence KVO	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Dyslipidémie	MUDr. Otto Herber
Obezita	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Paliativní léčba	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Astma	MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
CHOPN	MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Diabetes mellitus	MUDr. Igor Karen

Uvedené DP byly představeny na XXVII. výroční konferenci SVL ČLS JEP konané v Karlových Varech a postupně distribuovány spolu s časopisem Practicus. V roce 2008 byla rovněž věnována pozornost řádnému naplňování cyklů implementačních seminářů pro tato témata.

Je potřebné podtrhnout, že DP chápeme jako expertní doporučení, které v současné době odpovídá postupu lege artis u většiny pacientů. PL má ale vždy právo zvolit odlišný individuální postup podle zdravotního stavu konkrétního pacienta.

Doporučené postupy jejichž tvorba je plánována v roce 2009:

tvorba i implementace 2009	
	Garant za SVL
Vakcinace	MUDr. Igor Karen
Antikoagulační léčba	MUDr. Jaroslava Laňková
tvorba 2009, implementace 2010	
Metabolický syndrom	MUDr. Igor Karen
Dif. dg. bolestí hlavy	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Chronická onemocnění pohybového ústrojí-revmatologie	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Geriatric	doc.MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Onkologická prevence v prim. péči	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Přednemocniční péče	MUDr. Rudolf Červený
ICHs	doc.MUDr. Svatopluk Býma, CSc.



Graf č. 1: Vývoj celkové účasti na seminářích 2006 - 2008

Vzdělávání

V roce 2008 SVL ČLS JEP uspořádala celkem 159 seminářů, z toho 30 seminářů v hlavním městě Praha, a po 10 seminářích ve všech dalších regionálních centrech s výjimkou Liberce, kde v roce 2008 proběhlo 9 seminářů.

Celková roční účast na seminářích v r. 2008 byla 8497 účastníků. Lze pozorovat významný nárůst meziroční účasti v porovnání s rokem 2007 (kdy zaznamenáno 7220 účastí) o 17,6% a s rokem 2006 (kdy zaznamenáno 6896 účastí) o 23%. Viz graf č. 1.

Nárůst účastí svědčí o zlepšující se kvalitě a atraktivitě seminářů, které jsou nyní v plné organizační režii sekretariátu SVL a příslušných krajských konzultantů. Nárůst účastí lze pozorovat napříč regiony, jak ukazuje graf č. 2.

Semináře jsou členěny na dvě části. První část

se věnuje tématu, které je plánováno centrálně a je shodné ve všech regionech, obvykle jde o problematiku aktualizace nebo uvedení nového doporučeného postupu nebo o jiné celospolečensky důležité téma, které je třeba komunikovat praktickým lékařům. Druhá část je věnována volnému výběru podle rozhodnutí regionálního garanta, čili krajského konzultanta SVL. Takto jsou zařazována např. témata vyžádaná posluchači nebo jiná aktuální témata podle potřeb jednotlivých regionů. Vzdělávání formou seminářů je důležitou součástí celoživotního vzdělávání lékařů, mimo vlastní setkání s odborníkem přednášejícím dané téma nabízí cennou platformu pro diskuse a kuloární výměnu zkušeností mezi lékaři.

Konference

V roce 2008 proběhly dvě celonárodní konference:

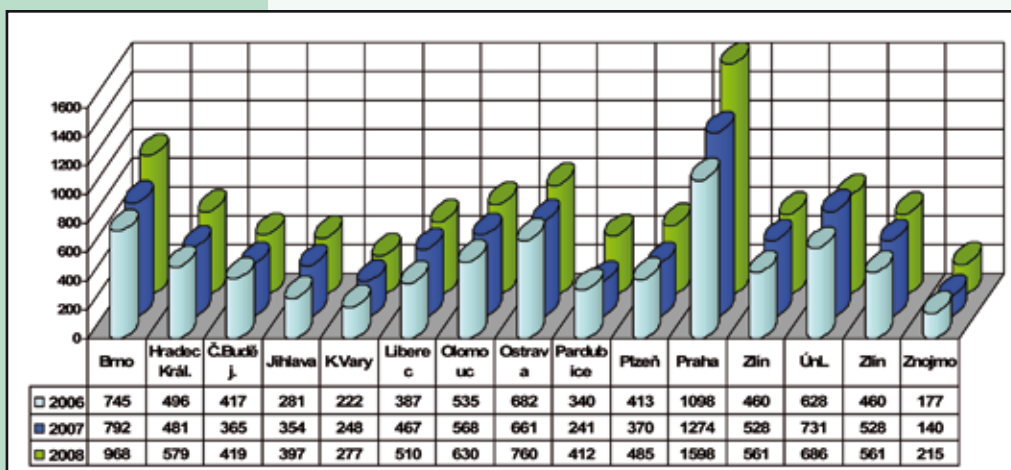
1. **II. Jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP**, Slovanský dům, Praha, 4.-6. dubna 2008. Celkem zaregistrováno okolo 800 lékařů. Na programu se podílela řada odborných lékařských společností, které jej posunuly do roviny mezioborové spolupráce praktických lékařů s jednotlivými specializacemi. Atraktivitu konference značně podpořila možnost aktivního zapojení účastníků do průběhu přednášek pomocí interaktivního hlasování.

2. **XXVII. Výroční konference SVL ČLS JEP**, hotel Thermal, Karlovy Vary, 12.-15. listopadu 2008. Prezidentem konference byla MUDr. Alena Šimurdová. Zaregistrováno bylo více než 1200 účastníků. Předneseno přes 60 sdělení. Vedle sekce lékařské se uskutečnila také sekce sesterská, ve které se pozornost zaměřila na praktické aspekty týkající se práce sester v ordinaci praktického lékaře.

Časopis Practicus

1.9.2007 SVL ČLS JEP odkoupila od dosavadního vlastníka (společnosti Practicus s.r.o.) vydavatelská práva k časopisu Practicus. Practicus jako odborný časopis SVL ČLS JEP je tak kompletně řízen SVL. Redakční tým pracoval ve stejném obsazení jako v roce minulém – šéfredaktorka MUDr. Jaroslava Laňková, odborní redaktori MUDr. Jozef Čupka, MUDr. Cyril Mucha a MUDr. Jana Vojtíšková, manažerka časopisu paní Hana Čížková a asistentka manažerky paní Romana Hlaváčková. Redakční rada byla i nadále tvořena všemi členy výboru SVL ČLS JEP a všemi krajskými konzultanty SVL ČLS JEP. Technickou stránku vydávání časopisu zajišťovala firma Practicus s.r.o., se kterou byla uzavřena

Graf č. 2: Vývoj roční účasti v regionech v letech 2006 - 2008



smlouva o vzájemné spolupráci na 3 roky počínaje zářím 2007. Časopis Practicus vyšel v r. 2008 celkem 10x, byl rozeslán zdarma všem praktickým lékařům v ČR. Celkový náklad časopisu byl v r. 2008 zvýšen na 6000 ks. Kromě praktických lékařů je dodáván i do lékařských knihoven, na lékařské fakulty, je rozeslán lékařům v postgraduální přípravě do oboru a také rozeslán 21 předplatitelům. S časopisem bylo v r. 2008 distribuováno i 10 doporučených postupů vydávaných CDP-PL. Pravidelnou součástí časopisu je znalostní test hodnocený 5ti kredity ČLK.

Věda a výzkum

V roce 2008 byly řešeny následující vědecko-výzkumné projekty a projekty na podporu kvality:

ATLET

Vedoucí projektu: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Odborný garant projektu: MUDr. Otto Herber

Spoluřešitelé: Praktičtí lékaři ve vybraných praxích

Stručný popis projektu: Cílem projektu je zjistit, zda jsou PL schopni dosáhnout ukazatele kvalitní léčebně preventivní péče v oblasti prevence KVO a dyslipidemií pomocí připravených DP. Zejména zda pacienti jsou správně Dg v souladu s DP. Zda jsou správně indikována nefarmakologická a farmakologická opatření a u kolika pacientů je dosaženo ukazatelů kvalitní LPP. Získané údaje budou průběžně publikovány doma i v zahraničí a využity při tvorbě DP a jejich implementaci.

Doba trvání: 2005-2007 V roce 2008 byly prezentovány a publikovány výstupy z projektu

Zdroj financování: Nadační fond Praktik

Kontakt: byma@lfhk.cuni.cz

MOET-DIABETES

Společný projekt SVL a Diabetologické společnosti ČLS JEP na podporu kvality péče o diabetiky v ordinacích praktických lékařů.

Hlavní řešitel: MUDr. Igor Karen, prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc,

Spoluřešitelé: MUDr. Zdeněk Hamouz, Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc,

MUDr. Dana Moravčíková

Stručný popis projektu: Cílem projektu je zajistit vysokou kvalitu péče o diabetiky podle platných doporučených postupů a podpořit praktické lékaře v zajišťování péče o diabetiky 2.typu. Cílem je zapojit dostatečný počet praktických lékařů, poskytnout jim metodickou a odbornou podporu a monitorovat jejich péči tak, aby bylo možné vyhodnotit efekt edukace a celého projektu.

Doba trvání: 2008 - 2009

Zdroj financování: Quatro Solutions, komerční podpora

Kontakt: igor.karen@seznam.cz, svl@cls.cz

PŘÍSTUP PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ K GASTROINTESTINÁLNÍM CHOROBÁM A JEJICH PREVENCI

Mezinárodní průzkum v deseti zemích střední a východní Evropy

Hlavní řešitel: doc.MUDr.Svatopluk Býma, CSc. SVL ČLS JEP

Spoluřešitelé: prof. Adam Windak (Polsko), Jan-ko Kersnik (Slovinsko), doc.Bohumil Seifert,Ph.D., a další

Stručný popis projektu: Projekt navazuje na pražskou konferenci ISGP. V roce 2007 a 2008 byl realizován průzkum mezi praktickými lékaři 10 zemí střední a východní Evropy. Byl zaměřen zejména na mezinárodní srovnání přístupů PL v oblasti kardiovaskulární prevence a gastrointestinální symptomatologie. Dotazník byl vytvářen v dominantní spolupráci české a polské strany. V současné době jsou k dispozici data z ČR, Slovenska, Polska, Lotyšska, Litvy, Estonska, Maďarska, Bulharska a Slovinska. Data budou zpracována pro domácí i zahraniční publikace.

Zdroj financování: nezávislý grant Zentiva

Kontakt: bohumil.seifert@svl.cz, svl@cls.cz

HODNOCENÍ KVALITY ORDINACÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ VČETNĚ BEZPEČÍ PACIENTŮ

Hlavní řešitel: doc.MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Spoluřešitelé: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc, MUDr. Mgr. Petr Struk

Stručný popis projektu: Cílem projektu je vytvoření národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení, poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství, a vytvoření systému a rámce hodnocení kvality a srovnávání všeobecných praxí. Cílem je podpora standardizace praxí, zvyšující bezpečnost pacientů v ordinacích praktických lékařů. Bezpečnosti pacientů byl věnován i seminář na výroční konferenci. Řešitelé žádají o následný projekt k implementaci vytvořeného nástroje.

Trvání: 2008

Zdroj financování: grant MZ ČR z programu Kvalita zdravotních služeb

Kontakt: bohumil.seifert@svl.cz

Posudková a znalecká činnost

Členové výboru MUDr. Pavel Brejník a MUDr. Petr Herle zastupovali obor všeobecné praktické lékařství při jednáních Ústřední znalecké komise Ministerstva zdravotnictví při řešení složitých posudkových případů.

Na základě doporučení SVL a SPL působili MUDr. Pavel Brejník a MUDr. Karel Janík jako znalci oboru zdravotnictví, specializace všeobecné lékařství při řešení soudních sporů, kde figurovali praktičtí lékaři.

Zahraníční aktivity

Členové SVL v roce 2008 působili v orgánech a pracovních skupinách WONCA:

Rada WONCA (doc. MUDr. Bohumil Seifert, PhD.)
EQuIP (doc. MUDr. Bohumil Seifert, PhD., MUDr. Mgr. Petr Struk), ESPCC (MUDr. Rudolf Červený), Diabetes group (MUDr. Otakar Maňas), UEMO (MUDr. Václav Šmatlák), ESPCG (doc. MUDr. Bohumil Seifert, PhD.). V září 2008 proběhla za účasti více než 25 zástupců SVL ČLS JEP evropská konference WONCA v Istanbulu. V odborném programu byli zastoupeni doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Jaroslava Laňková, MUDr. Otto Herber a doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. SVL podpořilo účast dvou českých zástupců v programu Vasco de Gama pro mladé začínající praktické lékaře.

V rámci příprav na konferenci WONCA Praha 2013 byla v Istanbulu uskutečněna schůzka mezi COE (tajemníkem) WONCA World panem Lohem, prof. Robertsem (budoucí prezident WONCA) a doc. MUDr. Bohumilem Seifertem, Ph.D. Česká skupina účastníků na konferenci

WONCA aktivně přispěla k propagaci konference.

Existuje dobrý předpoklad, že smlouva mezi ČLS a WONCA World bude podepsána během roku 2009, nejlépe na kongresu WONCA v Basileji.

MUDr. Zuzaně Miškovské byl přijat abstrakt na významné konferenci o paliativní péči v Kanadě.

MUDr. Stanislav Konštacký, CSc. se aktivně podílel na přípravě kongresu frankofonních lékařů v Praze.

MUDr. Jaroslava Laňková připravila a vedla sekci na mezinárodním psychiatrickém kongresu Psychiatrie in Primary Care v Granadě, Španělsko.

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. byl zvaným řečníkem na kongresu IDCA na téma screening kolorektálního karcinomu.

Podrobný originální dokument výroční zprávy je k dispozici na sekretariátě SVL ČLS JEP.

*Z originálního dokumentu pro tisk připravila
MUDr. Jaroslava Laňková*

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v září 2009

Hlavní téma:

Novinky v léčbě kardiovaskulárních onemocnění a hypertenze

Po prázdninovém odpočinku budeme v září pokračovat v pravidelných regionálních seminářích. Hlavním tématem bude problematika kardiovaskulárních onemocnění a hypertenze ve světle nových doporučení. Ve druhé části seminářů budou jako obvykle v jednotlivých regionech zahrnuta aktuální témata podle výběru garantů – krajských konzultantů SVL – sledujte prosím písemné pozvánky, které obdržíte s cca 3-4 týdenním předstihem.

Pozn.: Pokud někdo nedostáváte pravidelné pozvánky na semináře, nahlaste prosím tuto skutečnost na sekretariát SVL – seminare.svl@cls.cz.

Datum	Čas	Město, místo konání
Čtvrtek 3.9.2009	16:00 - 20:00	Liberec, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14
Čtvrtek 3.9.2009	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Pondělí 7.9.2009		Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372 - Přesunuto na 14.9.2009
Úterý 8.9.2009	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127
Sobota 12.9.2009	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota 12.9.2009	9:00 - 13:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Pondělí 14.9.2009	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372 - Přesunuto z 7.9.2009
Středa 16.9.2009	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek 17.9.2009	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek 17.9.2009	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Čtvrtek 17.9.2009	17:00 - 20:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Sobota 19.9.2009	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Středa 23.9.2009	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Středa 23.9.2009	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Sobota 26.9.2009	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Úterý 29.9.2009	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6

Zpráva ze 3. Jarní interaktivní konference II. část

Praha 17. - 19. 3. 2009

Blok nefrologie a praktický lékař Definice a epidemiologie akutních a chronických onemocnění ledvin

Toto aktuální sdělení z oblasti nefrologie přednesla doc. MUDr. Romana Ryšavá CSc., Klinika nefrologie 1. LF UK a VFN Praha

Nová terminologie

V úvodu doc. Ryšavá uvedla nově platnou terminologii pro renální poškození.

V dnešní době se místo termínu „akutní renální selhání“ užívá název **Akutní poškození ledvin (AKI – acute kidney injury)**, přičemž selhání (failure) je považováno za jednu z manifestací AKI.

Naproti akutnímu poškození pak stojí **Chronické onemocnění ledvin (CKD – chronic kidney disease)**, kde chronické selhání je opět jedním z stádií (nejvyšší) CKD.

Přednášející se dále věnovala definicím akutního a chronického poškození ledvin, z přednášek vybíráme:

AKI (Akutní poškození ledvin)

Je definováno jako náhlé zhoršení renálních funkcí daných vzestupem hladiny sérového kreatininu a/nebo výdeje moči a poklesem glomerulární filtrace. Celosvětová incidence AKI je ve věku do 50 let 17/1milion/rok, ve věku 80-90 let 620/1 milion/rok (Pisoni R The epidemiology of severe acute kidney injury: from BEST to PICARD in AKI. Nephron Clin Pract, 109, 2008).

Diagnostická kritéria akutního selhání ledvin (RIFLE):

R (risk – riziko) – při akutním vzestupu s-kreatininu 1,5x a/nebo při poklesu diurézy na $< 0,5 \text{ ml/kg/h} \times 6 \text{ h}$

I (injury – poškození) – při akutním vzestupu s-kreatininu 2x a/nebo při poklesu diurézy na $< 0,5 \text{ ml/kg/h} \times 12 \text{ h}$

F (failure- selhání) – při akutním vzestupu s-kreatininu 3x či s-kreatinin $> 354 \mu\text{mol/l}$ s akutním vzestupem o více než $44 \mu\text{mol/l}$ a/nebo při poklesu diurézy na $< 0,3 \text{ ml/kg/h} \times 24 \text{ h}$ nebo anurie $\times 12 \text{ h}$

L (loss – ztráta funkce) - závažné akutní selhání ledvin s nutností RRT (renal replacement treatment - náhrada funkcí ledvin) > 4 týdny a < 3 měsíce

E (end-stage kidney disease) – konečné stádium ledvinového onemocnění - závažné akutní selhání ledvin > 3 měsíce

(pozn. autora zprávy: Dlužno říci, že na přesné a konečné definici AKI jako nosologické jednotky se do dnešní doby stále pracuje.)

Jsou navrhovány 3 stupně AKI:

- I. vzestup s-kreatininu o $26,4 \mu\text{mol/l}$, nebo $1,5-2\times$ a pokles diurézy $< 0,5 \text{ ml/kg/h} \times 6 \text{ h}$
- II. vzestup s-kreatininu $2-3\times$ a pokles diurézy $< 0,5 \text{ ml/kg/h} \times 12 \text{ h}$
- III. s-kreatinin $3\times$ zvýšen nebo s-kreatinin $> 354 \mu\text{mol/l}$ s akutním vzestupem o $44 \mu\text{mol/l}$ a pokles diurézy $< 0,3 \text{ ml/kg/h} \times 24 \text{ h}$ nebo anurie $\times 12 \text{ h}$

Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit akutní renální poškození (AKI) od akutního zhoršení chronické insuficience ledvin (CKD). To je nezřídka diagnostický problém i pro specialisty. U obou stavů dochází k signifikantnímu zvýšení **sérové urey** a sérového **kreatininu**, kreatinin ale významněji stoupá u CKD, u AKI se nemění hodnota **hematokritu** a **B-hemoglobinu**, zatímco u CKD klesá, u AKI klesá **sérový fosfát** oproti CKD, kdy naopak stoupá a u CKD klesá **sérové kalcium**, které se u AKI nemění.

V **obecné populaci** není AKI častým onemocněním, speciální skupinou nemocných, která je spojena s vyšší incidencí AKI, jsou kriticky nemocní pacienti na jednotkách intenzivní péče, kardiokirurgičtí pacienti po operacích na hrudní a břišní aortě. Přednášející uvedla výsledky studie BEST, podle které je **nejčastější příčinou AKI sepse**, dále pak v sestupném

„akutní renální selhání“ je jen jednou z manifestací širšího „akutního poškození ledvin“ (AKI)

RIFLE =
Risk
Injury
Failure
Loss
End-stage

nejčastější příčinou AKI je sepse

pořadí operace, kardiogenní šok, hypovolémie, léky, hepato-renální syndrom a obstrukce. AKI je spojeno s vysokou mortalitou dosahující až 20% u AKI I. stupně, 25% u AKI II. stupně a 50% u AKI III. stupně (Ostermann M: Correlation between AKI classification and outcome. Crit Care, 12, 2008).

Klinické dopady AKI jsou vážné – vysoká mortalita a riziko přechodu do CKD. **Reziduální CKD 3. stádie (klasifikace viz níže) se objeví u 45% pacientů po proběhlém AKI.** Vzájemný vztah AKI a CKD je komplexní.

CKD (Chronické onemocnění ledvin)

Definice CKD dle K/DOQI/NKF 2002: Jde o poškození ledvin trvající 3 a více měsíců definované jako strukturální či funkční patologie ledviny, s nebo bez snížené glomerulární filtrace (GF), projevující se jako patologie ukazatelů

torů kardiovaskulárních nemocí

2 - Poškození ledvin s mírně sníženou GF, (60-89 ml/min), opatření - odhad progrese onemocnění

3 - Středně snížená GF (30-59 ml/min), opatření - přehodnocení, léčba komplikací

4 - Těžce snížená GF (15-29 ml/min), opatření - příprava na dialýzu či transplantaci

5 - Chronické selhání ledvin, GF<15 ml/min nebo dialýza, opatření - dialýza, transplantace

Nejčastější příčiny CKD:

- Diabetická nefropatie (USA – 43%)
- Hypertenzní a aterosklerotické poškození ledvin (USA – 26%, PREVENT)
- Glomerulonefritidy (Japonsko – 47%, UK – 30%, Austrálie – 30%)
- Chronické tubulointericiální nefropatie
- Obstrukční uropatie a nefropatie

Příčiny CKD se však v průběhu let mění.

Nejčastější projevy CKD:

- Asymptomatické močové nálezy
- Arteriální hypertenze
- Nefritický syndrom
- Nefrotický syndrom
- Renální insuficience nebo selhání
- Uroinfekce
- Náhodné nálezy při zobrazovacích vyšetřeních

Vznik CKD predikuje pokles GF a přítomnost proteinurie resp. albuminurie. Ve studii PREBEND se **mikroalbuminurie** vyskytovala u 17% „zdravých“ osob, **u 11% osob s CKD**, u 9% osob s nově diagnostikovaným DM, u 7% osob s již známým DM, u 37% osob s nově diagnostikovanou hypertenzí a u 19% osob s již známou hypertenzí. Podle stejné studie byly hodnoty albuminurie v obecné populaci bez u 75% normální (0-10 mg/l), u 16,6% vysoké-normální (10-20mg/l), u 7,2% byla mikroalbuminurie 20-200 mg/l a u 0,7% více než 200 mg/l.

Spojení poklesu GF a albuminurie znamená vysoké riziko časně potřeby dialýzy, která se však dá významně oddálit časnou intervencí. Pozdní intervence také, i když významně méně, dokáže posunout potřebu dialýzy. Pozvolný pokles GF bez přítomné mikroalbuminurie je projevem normálního stárnutí.

Incidence CKD je vysoká a stoupající. Počet pacientů s potřebou RRT (náhrady funkce ledvin – hemodialýza, peritoneální dialýza nebo transplantace ledvin) vzrůstá. Celosvětově v r. 1990 mělo RRT 426 000 pacientů, v r. 2000 to bylo 1 490 000 pacientů a odhad na rok 2010 je 2 500 000 pacientů (Lysaght, J Am Soc Nephrol, 2002).



poškození ledvin včetně patologie složení krve nebo moči nebo zobrazovacích metod.

CKD může být také definováno jako pokles GF $\leq 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ ($<1,0 \text{ ml/s}$) po ≥ 3 měsíce s/bez poškození ledvin.

CKD celosvětově trpí asi 500 miliónů lidí.

Stadia CKD (1-5) – klasifikace dle eGF (vypočtené GF, tj. neměřené ze sběru moči):

0 - Zvýšené riziko CKD, GF >60 (ml/min/ $1,73\text{m}^2$) s rizikovými faktory, opatření – screening, ovlivnění rizikových faktorů

1 – Poškození ledviny s normální nebo zvýšenou GF (≥ 90 ml/min), opatření - diagnostika a léčba směřující k potlačení progrese onemocnění, léčba komorbidit, ovlivnění rizikových fak-

vznik CKD predikuje
pokles GF a přítomnost
albuminurie

pozvolný pokles
GF bez přítomné
mikroalbuminurie
je projevem
normálního stárnutí

Diferenciální diagnostika hematurie

Z úst doc. MUDr. Ivana Rychlíka, CSc., z 2. interní kliniky 3. LF UK v Praze zaznělo další nefrologické téma zaměřené na diferenciální diagnostiku hematurií (HU)

V úvodu připomněl, že první identifikace všech močových korpusek se podařila již koncem 19. století, kdy byly popsány i hlavní močové syndromy. V dnešní době je vyšetření močového sedimentu běžným, široce dostupným, levným, jednoduchým a přitom vysoce výtěžným vyšetřením.

Hematurii (HU) **etiologicky rozdělil na extrarenální, glomerulární a subglomerulární:**

• **U extrarenálních příčin** jde výhradně o poruchy koagulace, které mohou být navozeny iatrogeně (předávkování antikoagulační léčby nebo léčby antiagregační (ASA), nebo může jít o hematologické choroby (hemoblastózy, polycytemii vera, koagulační a destičkové poruchy a ostatní).

• **U glomerulárních příčin** je třeba odlišit izolovanou HU a HU ve spojení s proteinurií. U **izolované HU** může jít v případě mikrohematurie o mesangioproliferativní glomerulonefritidu (IgAN) nebo syndrom tenkých bazálních membrán glomerulů (TBM), v případě makrohematurie pak o ataky IgAN. Při spojení výskytu **mikro-HU a proteinurie** se může jednat o primární (proliferativní) glomerulonefritidu (GN), dále o GN u systémových a jiných chorob, o vaskulární choroby (maligní nefroskleróza, tromboembolie ledvin, cholesterolová embolizace, trombóza renální žíly) a také možnost akutní intersticiální nefritidy (alergickou, při leptospiroze, infekci Hanta-virem, akutní urátovou nefritidu, nefritidu při vysokodávkované chemoterapii- zejména metotrexátem).

• **U subglomerulárních příčin** rozlišujeme úroveň intrarenální, postrenální, vesikální a subvesikální. **Intrarenální postižení** může mít mnoho příčin a zahrnuje nefrokalcinózu, houbovitou ledvinu, tumory, kaliko- a pyelolithiázu, polycystózu, papilární nekrózu (analgetická nefropatie), tuberkulózu, trauma, poškození po renální biopsii, hydronefrózu, ale i ptózu anebo podkovovitou ledvinu. **Postrenální postižení** může být způsobeno litiázou ureteru, uroteliálními tumory, pelviuretrální obstrukcí, Ormondovou chorobou, varikositami a divertikly ureteru, malformacemi močových cest nebo ledviny. Mezi **vesikální příčiny** hematurie patří papilokarcinom, hemoragická cystitis, vesikolitiáza, cizí tělesa v měchýři, postiradiační nebo postchemoterapeutická cystopatie, trauma, mikrotrauma, cystocoele, (pseudo)divertikly, fistule rektovesikální (m. Crohn), vagíno-vesikální (karcinom), endometrióza močového měchýře. **Subvesikální příčinou** HU může být benigní

hypertrofie prostaty, karcinom prostaty nebo afekce močové trubice (trauma, zánět, jiné).

Přednášející se pak věnoval nejčastějšímu praktickému problému, kterým je **přístup k pacientovi s asymptomatickou mikrohematurií (ASMH):**

Diagnostickým kritériem pro ASMH je přítomnost minimálně 3 erytrocytů v zorném poli močového sedimentu, pozitivní nález v **minimálně 2 vzorcích ze 3 vyšetření** čerstvé moče odebrané ze středního proudu (AUA, 2000). Prevalence ASMH se globálně udává mezi 0,2-21%, s výraznou závislostí na pohlaví a věku a na rizikových faktorech (kouření, profesionální expozice chemikáliím -benzeny, aromatické aminy, anamnéza makro-HU, věk ≥40 let, anamnéza urologické choroby, anamnéza IMC, abúzus NSA, anamnéza iradiace malé pánve).

Přednášející si odpověděl na řečnickou otázku „kdo má pečovat o pacienta s ASMH?“ následovně:

Vstupní vyšetření u pacienta s ASMH provádí **praktický lékař**, který by měl v první řadě vyloučit benigní příčiny včetně menzes, infekce močových cest, předcházející excesivní sexuální aktivity, trauma a podobně.

Indikací k **nefrologickému vyšetření** je současná přítomnost **proteinurie** (>1,0 g/24 h), přítomnost erytrocytárních válců nebo průkaz glomerulární erytrocyturie.

Pokud není přítomno podezření na glomerulonefritidu a jsou přítomny rizikové faktory (viz výše), pacient by měl být pacient vyšetřen **urologicky**. Provádí se zobrazovací vyšetření horních cest, případně cytologie + cystoskopie.

Ze zobrazovacích metod horních močových cest je běžně dostupné **ultrazvukové vyšetření**, které je optimální pro parenchymatosní ložiska (zejména cysty), je ale limitováno velikostí ložisek (do 10mm) a má nízkou senzitivitu (jen 20%) pro detekci litiázy. Dalším možným vyšetřením je **intravenózní urografie**, která je často považovaná za nejlepší vstupní vyšetření. Je dobře dostupná a cenově přijatelná. Její limitací je nedostatečná senzitivita na malé léze parenchymu a na cystické útvary. Senzitivita na detekci litiázy je 52-59%. **CT vyšetření** je preferovaným vyšetřením na solidní útvary. Je stejně výtěžné na ložiskové změny jako magnetická rezonance, ale je cenově příznivější, dostupnější a je nejlepší pro detekci litiázy se senzitivitou 94-98%.

etiologické příčiny hematurie:
extrarenální
glomerulární
subglomerulární

subglomerulární příčiny:
intrarenální
postrenální
vesikální
subvesikální

asymptomatická mikrohematurie (ASMH)
= **přítomnost minimálně 3 erytrocytů v zorném poli v minimálně 2 vzorcích ze 3 vyšetření**

Blok Ošetrovateľská péče

Incontinence Associated Dermatitis

– a poorly appreciated clinical problem

Hostem této konference byl profesor dermatologie Hans Smola, z univerzity v Kolíně nad Rýnem v Německu.

Ve svém sdělení simultánně tlumočeném z angličtiny do češtiny se zabýval problematikou dermatitidy u inkontinence. Sdělil, že inkontinence je běžným problémem v populaci, ženy jsou více postiženy než muži a také obezita, diabetes a deprese jsou významnými rizikovými

faktory pro její vznik. Současná medicína má k dispozici konzervativní, chirurgickou a medikamentózní léčbu, nicméně s progresí základního onemocnění dochází ke zhoršování inkontinence a hlavním pilířem péče u těchto pacientů se stávají absorpční pomůcky.

Nicméně dlouhodobé užívání absorpčních pomůcek má i svoje úskalí. Jedním z pro-

blémů spojených s používáním absorpčních pomůcek je **dermatitida vzniklá v souvislosti s inkontinencí** – tzv. plenková dermatitis. Jde o erytém postihující oblast pokrytou plenkami, který se olupuje, v těžkých případech se tvoří až eroze, svědí nebo se tvoří bolestivé povrchní vřidky. Zánětlivé poškození kůže je nejvýznamnější dlouhodobou komplikací inkontinence. Několik velkých studií odhalilo, že 6,9-69% všech inkontinentních osob mají známky zánětlivých změn kůže.

Profesor Smola se krátce zabýval patofyziologickým podkladem vzniku těchto zánětlivých reakcí kůže a připomněl základní anatomické poměry kůže. Epidermis má významnou funkci bariéry proti infekci a škodlivinám. Desquamující keratinocyty jsou nepřetržitě nahrazovány buňkami z bazálních vrstev a každý cyklus takového diferenciací trvá 4 týdny. Ochranná funkce kůže je u inkontinentních osob významně kompromitována. Většinou se jedná o starší osoby, jejichž kůže již jeví známky atrofie a ztenčení stratum spinosum, která tvoří pool budoucích korneocytů. Při kontaktu kůže s fekálními enzymy je povrchní stratum corneum digestováno a tím je významně narušena vstupní bariéra.

Detergenty (např. čistící emulze na kůži) odstraňují kromě nečistot i epidermální tukovou vrstvu a vodnaté substance pak snadno prostupují do povrchových vrstev epidermis a stimulují produkci zánětlivých mediátorů. Hyperhydratace stratum corneum znamená další omezení funkce bariéry. Vysoké pH moče (> 6,5) může rozrušit kyselý povlak kůže a vytvořit tak vhodné prostředí pro růst potenciálně patologických bakterií a kvasinek, proteázy důležité pro desquamaci v podmínkách neutrálního nebo alkalického pH nepracují, neodloučené korneální šupiny pak slouží jako živná půda pro bakteriální růst. Bakterie navíc tvoří z urey amoniak, který má pH > 10 a tím se dále prohlubuje alkalizace a začarovaný kruh se uzavírá.

Jako základní přístup k plenkové dermatitidě přednášející zdůraznil **prevenci jejího vzniku:**

- 1. správnou péčí o kůži** - využívat vhodné čistící prostředky na kůži (nemající detergentní vlastnosti), krémy bránící hyperhydrataci stratum corneum, polymerové bariérové filmy
- 2. minimalizací kontaktu kůže s močí a fekáliemi** pomocí moderních plenek,

V této souvislosti zdůraznil význam správného výběru absorpčních pomůcek, kde jasně vedou **moderní, sofistikované materiály, které mají vysokou propustnost pro vzduch** (až 1200 l/m²/s) a **propouštějí páry vlhkosti** (až 3500g/m²/d), obsahují tzv. **zkaďená vlákna**, která kromě výrazně lepších absorpčních vlastností také **sníží bakteriální aktivitu, absorbují pachy** a omezují jejich tvorbu tím, že zamezují růstu bakterií produkujících amoniak.

Mezi léčebnými možnostmi shrnul následující přístupy:

1. léčba precipitujících faktorů (jako je např. diarrhoea)
2. kortikosteroidy
3. antimykotika
4. intenzivní péče o kůži

Na dotaz z pléna, zda-li je vhodné u plenkové dermatitidy indikovat systémová nebo lokální antibiotika, tuto možnost, zejména jako první volbu, jednoznačně odmítl s poukázáním na nutnost kauzální léčby – tj. správnou péčí o postiženou kůži a posílení její bariérové funkce.



Obr. č. 1: Plenková dermatitis

detergenty odstraňují kromě nečistot i epidermální tukovou vrstvu a vodnaté substance pak snadno prostupují do povrchových vrstev epidermis a stimulují produkci zánětlivých mediátorů

HR - inkontinence

Hydrogely v léčbě chronických ran

Další se série sdělení z oblasti ošetrovatelské péče byla přednáška MUDr. Sabiny Švestkové, Ph.D. z dermatovenerologické kliniky LF MU a FN v Brně na téma využití hydrogelů v léčbě chronických ran.

**hydrogelová krytí
ovlivňují
hojení rány
ve všech fázích**

V úvodu přednášející vzpomněla dr. George Wintera, který v r. 1962 prokázal, že „**vlhké prostředí na ráně dokáže až dvojnásobně urychlit proces hojení**“. Vlhké prostředí v ráně usnadňuje buněčný růst a proliferaci kolagenu uvnitř zdravé nebuněčné matrix. V souladu s těmito poznatky byly vyvinuty moderní materiály pro ošetřování ran s cílem dosáhnout **kvalitní ochrany rány, aktivního vlivu na průběh hojení a celkového zkrácení doby léčby**. To znamená dosáhnout vyšší efektivity léčby při snížených nákladech na léčbu, při poskytnutí **komfortu pacientovi a snížení nutnosti frekvence výměn obvazového materiálu**. Mezi **tyto moderní sofistikované** obvazové materiály s výše popsanými vlastnostmi patří zejména hydrogelová krytí, složená z polyuretanových polymerů.

MUDr. Švestková o hydrogelech uvedla, že díky vysokému obsahu vody podporují a urychlují čisticí proces v ráně, dokáží změkčit a odloučit nekrotické povlaky, absorbují exudát, udržují

vyrovnanou vlhkost a teplotu, podporují buněčnou aktivitu, chrání granulační tkáň a mladý epitel a poskytují chladivý a utišující účinek, snižují bolestivost. Hydrogelová krytí ovlivňují hojení rány ve všech fázích:

Ve fázi čištění je autolytický debridement nekrotické tkáně podporován endogenními enzymy. Vlhké prostředí je podmínkou pro autolytický debridement. Pouze ve vlhkém prostředí mohou fagocytózu zprostředkující buňky a proteolytické enzymy odstranit devitalizovanou tkáň liquefakcí. Makrofágy potom mohou tuto zkapalněnou tkáň požít a odstranit.

V granulační fázi je vlhkým prostředím stimulována především činnost fibroblastů, které do značné míry iniciují výstavbu tkáně.

V epitelizační fázi je podporováno dělení buněk a buněčná migrace

Přiměřené vlhké prostředí pod hydrogelovým obvazem vydrží i několik dnů a při převazu není nově vytvořená tkáň traumatizována. Výměnu je však potřeba provádět pravidel-

Hydrosorb® Gel – maximální hydratace pro účinnou léčbu suchých a hlubokých ran

- výborné zvlhčující vlastnosti
- rychlé čištění rány a podpora granulace
- zvláště vhodný pro hluboké i nekrotické rány
- chladivý efekt díky vysokému obsahu vody
- vysoká kapacita absorpce exsudátu
- vynikající snášenlivost
- neobsahuje konzervační látky ani propylenglykol

Více informací na
www.hartmann.cz
nebo volejte infolinku
800 100 333



ně, podle sekrece z rány, nejpozději 1x za 72 hodin. Nevýhodou může být macerace okolí rány.

Hydrogelová krytí se hodí zejména:

- na rány se suchou nekrotickou spodinou
- na čisté rány se středně silnou sekrecí
- na rány s čistou spodinou
- na vředy venózní, arteriální, diabetické, neuropatické, dekubitální
- na popáleniny 1. a 2. stupně
- na místa odběru transplantátů, po dermabrazích
- po ošetření laserem

Hydrogelových krytí existuje od různých výrobců celá řada a jsou k dispozici jako tzv. amorfní gely nebo jako kompaktní gely ve formě plošných polštářků s nebo bez adhezivních okrajů. Na pěti kazuistikách demonstrovala přednášející vlastní zkušenosti s použitím amorfního gelu (konkrétně Hydrosorb gel), který je indikován hlavně pro suché rány s nekrotickou spodinou nebo pro suché rány s čistou spodinou a lze ho kombinovat s dalšími materiály pro vlhkou terapii. Na 5-ti kazuistikách fotograficky zdokumentovala proces hojení různých typů defektů při použití tohoto gelu.

Screening kolorektálního karcinomu v ČR

O výsledcích screeningu kolorektálního karcinomu (KRCa) v ČR v letech 2000- 2008 mluvil doc. Bohumil Seifert, PhD. z Ústavu všeobecného lékařství I. LF UK v Praze.

Podle doc. Seiferta získané výsledky byly skromnější než se očekávalo, na druhé straně přinesly cenné zkušenosti, inspiraci k novým možnostem a motivaci do dalších let.

V porovnání screeningu KRCa a screeningu karcinomu prsu (Ca prsu) byla účast ve screeningu Ca prsu výrazně častější (> 30%) než u KRCa (< 20%). Je pravda, že mediální kampaň byla u KRCa ve srovnání s Ca prsu chabá, na druhou stranu ale praktičtí lékaři byli k provedení TOKS (test na okultní krvácení ze střeva) finančně stimulováni oproti dispečerskému odeslání ke screeningu Ca prsu.

V letech 2000 - 2007 se screeningu zúčastnilo více než 600 000 osob a bylo přitom odečteno více než 1 500 000 guajakových testů a provedeno více než 90 000 kolonoskopií na základě zjištěné pozitivní testu, což čítalo 10% ze všech kolonoskopií v ČR.

V r. 2006 - 2007 bylo vyšetřeno 16% cílové populace (tj. osob ≥ 50 let), 97% praktických lékařů (PL) provedlo alespoň 1 test a 20% PL bylo bonifikováno za pokrytí registrované populace testem. Nejlepší PL provedli 150-200 testů do roka. 80-90% pacientů vrátí test do 3 měsíců, 10% pacientů odmítne kolonoskopii po tom, co byl zjištěn pozitivní TOKS. Čekací doby na screeningovou kolonoskopii nepřesáhnou 3 týdny.

V letech 2000 - 2005 bylo provedeno 977 973 guajakových testů, karcinom byl diagnostikován u 2 797 (0,29%) a adenomy byly odstraněny u 19 257 (1,97%) jedinců.

V návaznosti na tyto výsledky byl **ve věstníku MZdr ČR 1/09 vydán Standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorekta v ČR, platný od 1.1.2009.** Podle

tohoto standardu se mění frekvence a metody screeningového vyšetření:

**ve věku od 50 do 54 let
se provádí TOKS každý rok**

**od 55 let je možnost volby
screeningové metody**

- a) provedení TOKS 1x za 2 roky nebo
b) primární screeningová kolonoskopie (PSK) 1x za 10 let, pokud je nález PSK normální** (tj. pacient je na 10 let vyřazen se screeningu a může po 10 letech buď podstoupit další kolonoskopii nebo pokračovat ve 2-letých vyšetřeních metodou TOKS)

**PSK se provádí na pracovištích,
akreditovaných k programu screeningu
– seznam na stránkách
MZ ČR (www.mzcr.cz),
SVL ČLS (www.svl.cz),
SPL ČR (www.splcr.cz).**

**Možnost provádění TOKS je nově rozšířena
i na registrující gynekology.**

**Typ TOKS testu není specifikovaný, může
se tedy provádět jak test guajakový tak
imunochemický. Úhrada za provedení
TOKS se nemění.**

**nový standard
při poskytování
a vykazování
výkonů screeningu
nádorů kolorekta
platný od 1.1.2009**

**„Český praktický lékař
by měl systematicky
nabízet screening
rakoviny tlustého střeva
a konečníku“.**

S ohledem na povolení možnosti nově provádět ve screeningu i imunochemické TOKS se přednášející zmínil o hlavních charakteristikách obou metod:

Guajakový TOKS (g-TOKS)

- jeho používání má oporu ve studiích
- má uspokojivou specifitu
- má nízkou senzitivitu, ale při odběru ze tří stolic se senzitivita zvyšuje
- je levný a máme s ním zkušenost

ale:

- vyžaduje dietní omezení
- vyžaduje manipulaci se stolicí
- nelze vyhodnotit okamžitě
- vyhodnocení je zatíženo subjektivní chybou

Imunochemický TOKS (i-TOKS)

- detekuje pouze lidský Hgb z dolní části GIT
- nevyžaduje dietní omezení
- má stejnou specifitu a vyšší senzitivitu než guajakový test
- může se vyhodnocovat automaticky a okamžitě
- jednorázový odběr je přijatelnější pro pacienta
- i-TOKS jsou dražší, ale zlevňují

Hypertenze a alkohol

Velmi zajímavé sdělení na téma souvislosti hypertenze s příjmem alkoholu přednesl Prof. MUDr. Václav Monhart, CSc., z Interní kliniky 1. LF UK a ÚVN v Praze.

1 standardizovaný „drink“ obsahuje 10 g absolutního alkoholu

„Vino je mezi nápoji nejušlechtilejší, mezi léky nejchutnější, mezi pokrmy nejpříjemnější“ (Plutarchos)

„Vino je věc podivuhodně vyhovující člověku - jak zdravému, tak nemocnému; budiž však podáváno ve správné míře“ (Hippokrates)

V úvodu zopakoval obecně známé skutečnosti o škodlivém vlivu nadměrného příjmu alkoholu, jako je vyšší riziko vzniku alkoholismu, provádění násilných trestních činů, častější úrazovost a sebevražedných činů, vznik maligních onemocnění a orgánová poškození jater, slinivky a srdce.

Na druhou stranu ale udal, že umírněný příjem může mít pozitivní vliv v prevenci srdečních onemocnění, cévních mozkových příhod, snižovat riziko vzniku diabetu a vzniku demence.

Evropská unie dle sdělení prof. Monharta má největší spotřebu alkoholu na světě a to 11 litrů na 1 dospělou osobu a rok, z toho konzumace piva činí 44%, vína 34% a destilátů 23%.

V Evropské unii patří Češi se svými 15 litry čistého alkoholu na osobu starší 15 let za rok mezi největší alkoholiky hned po Lucemburčanech (17 l) a po Irech a Portugalcích (16,6 l).

Každý Čech včetně kojenců vypije 170 litrů piva, 19 litrů vína a 8 litrů tvrdého alkoholu za rok. Na následky nadměrné konzumace alkoholu zemře ročně v ČR 5 000 osob a 8 000 jich onemocní. Závislostí na alkoholu trpí 350 000 osob.

Dávku přijímaného alkoholu počítáme v **jednotkách („drincích“) alkoholu**, jejichž hodnoty se ale v různých zemích mohou lišit. Zatímco obecně v Evropě 1 standardizovaný „drink“ obsahuje 10 g absolutního alkoholu (= 250 ml 10° piva nebo 1 dcl kvalitního Suchého vína nebo 2 cl 40% destilátu), ve Velké Británii mají měřítka přísnější a jeden drink obsahuje 8g absolutního alkoholu, naproti tomu v USA jeden drink obsahuj 12-14 g absolutního alkoholu a v Japonsku dokonce 19,75 g absolutního alkoholu.

Obsah alkoholu ve vybraných typech nápojů je:

- pivo (obvykle 5 vol.% etylalkoholu) obsahuje 40 g absolutního alkoholu /l
- víno (12,5 vol.% etylalkoholu) obsahuje 99 g absolutního alkoholu/l
- whisky (obvykle 43 vol.%) obsahuje 340 g absolutního alkoholu/l

Jaký vliv má alkohol na krevní tlak?

Přednášející uvedl následující poznatky včetně citací prací, ve kterých byly zveřejněny a které se zabývaly **účinkem vyšších dávek alkoholu na hypertenzi:**

1. „Velká dávka (více než 3 jednotky denně) přechodně sniží a následně zvýší TK“
2. „Dlouhodobý efekt velkých dávek alkoholu se projeví zvýšením výskytu hypertenze“
3. „Ukončení konzumace u těžkých pijáků přinese významný pokles TK“.

Naopak ale citoval práce, které zjistily následující příznivé **účinky malých dávek alkoholu:**

1. Zlepšení glukózové tolerance a citlivosti tkání na inzulín
2. Snižování lipoproteinu (a) a zvýšení HDL cholesterolu
3. Snižování interleukinu-6 a C-reaktivního proteinu
4. Snižování rizika infarktu myokardu
5. Snižování komplikací po infarktu myokardu
6. Snižování rizika srdečního selhání
7. Snižování rizika iktu Snižování komplikací po iktu
8. Snižování rizika vzniku diabetu 2. typu
9. Snižování KV komplikací u diabetiků 2. typu
10. Snižování výskytu metabolického syndromu
11. Zvýšení kostní denzity u starších žen
12. Snižování rizika demence u osob nad 55 roků a nad 65 roků

Orion - okultní test

pivo nebo víno?

**milovníci vína
nakupovali zdravější
potraviny než pivaři**

**umírněné dávky
alkoholu mají
kombinovaný
kardiovaskulární
protektivní efekt
a snad i specifické
antihypertenzní
působení, a to
v dávkách 20-30 g
pro muže
a 10-20 g pro ženy**

**i tzv. „zdravé pití“
může mít
nežádoucí účinky**

Předpokládá se tedy, že umírněné dávky alkoholu mají kombinovaný kardiovaskulární protektivní efekt a snad i specifické antihypertenzní působení, a to v dávkách 20-30 g pro muže a 10-20 g pro ženy. Patrně nejsou rozdíly v tom, zda-li se pijí destiláty, pivo nebo víno. Podle některých prací se předpokládá větší prospěšnost vína, které však také odráží zdravější životní styl a sociální postavení konzumentů vína ve srovnání s pijáky piva a destilátů. Osoby upřednostňující víno byly obecně zdravější, požívaly méně tuků, méně kouřily a měly více pohybu. Podle průzkumu nákupů v supermarketech se např. zjistilo, že milovníci vína nakupovali více olivy, zeleninu, ovoce, drůbež, nízkotučné sýry, mléko a ryby a pivaři preferovali hotová jídla, cukr, vepřové, maso, uzeniny, hranolky, máslo a margarín.

Přednášející dále uvedl výsledky práce Stampera (2005), kde u 12 500 dobrovolnic ve věku 70 až 81 let byl po dobu 11-ti let sledován vliv 1 sklenky alkoholu denně (víno, pivo či likér v dávce do 15 g alkoholu) na stav mentálních funkcí. Příznivý vliv alkoholu se u žen projevil po dvou letech pravidelného užívání tím, že o 20% pokleslo riziko poruchy mentálních funkcí ve srovnání s absolutními abstinentkami.

I v Česku máme výsledky výzkumů zaměřených na tzv. „zdravé pití“. Např. u 45 mužů s denní konzumací 375 ml Veltlínského zeleného (40,2 g alkoholu) bylo po 4 týdnech zjištěno významné zvýšení HDL-cholesterolu a snížení hladiny fibrinogenu. V jiné studii u 200 mužů a žen

při denní konzumaci 375 ml Müller Thurgau došlo za 1 měsíc ke zvýšení HDL-cholesterolu a snížení hladiny volných radikálů.

Profesor Monhart ale varoval, že i malé dávky alkoholu - tzv. „zdravé pití“ mohou mít své nepříznivé účinky. Je to zejména vznik návyku a nadměrného pití ve stáří, vznik dny, atrofie mozku a vyšší riziko vzniku Ca prsu u menopauzálních žen.

1 g alkoholu zničí v mozku 100 neuronů (z celkových 100 miliard). Alkohol neničí jen neurony, ale také zabraňuje jejich tvorbě. Po vysazení alkoholu se ale tvorba neuronů obnoví.

Alkohol není možno doporučit dětem a mladistvým do 18 let věku, ženám v graviditě a v době kojení, dále u osob s anamnézou závislosti (i rodinnou), interním onemocněním a také např. ne u osob, které mají náboženská omezení.

V žádném případě nelze vnucovat alkohol jako preventivní prostředek abstinentovi či příležitostnému konzumentovi.

V problematice tzv. „zdravého pití“ stále existují dosud nezodpovězené otázky:

- 1) Zajistí pití 1-3 drinků denně očekávané příznivé působení na srdce a mozek?
- 2) V jakém věku má konzumace začít a jak dlouho má pokračovat - celoživotně?
- 3) Existuje určité množství alkoholu, které je třeba za celý život vypít k dosažení „prokazatelného pozitivního účinku“?

zprávu připravila MUDr. Jaroslava Laňková

PC a doktor na Jarní interaktivní konferenci

MUDr. Cyril Mucha, ve výboru SVL odpovědný za IT

e-preskibce

centrální úložiště dat

**IZIP možná ano,
ale až po výrazných
úpravách**

I v rámci Jarní interaktivní konference probíhaly přednášky věnované využití počítačů v ordinaci praktického lékaře. V sobotu přes brzké ráno (8,00) zaplnilo téma elektronického receptu, resp. centrálního úložiště dat téměř celý sál. Ředitel SÚKL PharmDr. Martin Beneš představil e-recept jako pomocníka státní, lékáren i lékařů. Kromě toho, že se dozví, jaké léky byly u pacienta předepsány, zjistí též, kdy a zda byly pacientem vyzvednuty. V nadstavbových aplikacích zjistí např. jak drazé léčí v poměru k ostatním kolegům apod. V diskusi zazněly dotazy na nutné vybavení ordinací, byla zpochybňována dostatečná „počítačová gramotnost“ i případný benefit pro ordinace PL. V závěru byla nakonec vyslovena podpora tomuto projektu a bylo konstatováno, že pokud bude dobře fungovat, může zrychlit i racionalizovat práci resp. preskripci ordinací praktických lékařů.

kých lékařů.

V neméně brzkých hodinách následující den - v neděli byl blok věnovaný IZIPu - tedy elektronické zdravotní knížce pacienta. Blok byl nazván „Restart IZIPu“, medicínsky bychom ho možná mohli spíše nazvat „resuscitace IZIPu“ neboť v poslední době kontraktem s VZP získal nový impuls ke svému životu. Na přednášku navazovala bohatá diskuze, kde zazněly výhrady zejména na počáteční financování, bezpečnost dat, nebezpečí neúplnosti informací, komerční využití dat apod. V závěru bylo konstatováno, že IZIP je velmi dobrá myšlenka, která vyžaduje ještě mnohá zdokonalení. Pokud má být IZIP odpovědně doporučen lékařům - členům SVL, musí dojít k větší komunikaci mezi vlastnickou firmou a SVL. Název přednášky byl tak nakonec parafrázován na „start komunikace IZIP s praktickými lékaři“.

doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.

Neuro-otologické centrum FN Motol, Neurologická klinika UK v Praze, 2.lékařská fakulta

Diagnostika a terapie závrativých stavů

Souhrn: předkládaná práce sumarizuje základní diagnostický přístup k závrativým stavům a shrnuje terapeutické postupy u nejčastějších typů závrativých potíží.

Klíčová slova: závrať, vertigo, nestabilita, nystagmus, vestibulární neuronitida, vestibulární migréna, Ménièreova choroba, hypakcuse, tinnitus, oscilopsie, benigní paroxysmální polohové vertigo, pulsní test.

Závrať je většinou vnímána jako subjektivně nepříjemný pocit prostorové desorientace. Terminologicky je závrať asociována se subjektivním pocitem rotačního pohybu. V řadě případů jde spíše o nestabilitu, nerovnováhu, někdy je velice obtížné získat od pacienta přesný popis potíží. To je hlavně způsobeno tím, že subjektivní pocit rovnováhy, resp. jejího porušení, je fenomén kortikální, který je výsledkem zpracování informací z více senzorických systémů (vestibulární aparát, zrak, propriocepce). Rovnováha je tedy zajištěna multisenzoricky a jedná se o komplexní děj, který v sobě zahrnuje senzomotorické a kognitivní procesy.

Praktickému návodu na vyšetření pacienta se závratěmi byl věnován článek v tomto časopise v roce 2004. Základní diferenciální diagnostiku shrnuje tabulka č.1, která vychází z hodnocení spontánního nystagmu, provedení pulzního testu, polohových manévrů a přidružené symptomatiky.

Ve studiích založených na analýze populačních vzorků, se závratě vyskytují zhruba v 16-35% a jsou výrazně závislé na věku. Relativní četnost závrativých stavů, kterou potvrzují i naše zkušenosti je uvedena v tabulce č. 2. Zajímavým faktem je, že u 5% pacientů se nepodaří ani na specializovaných pracovištích etiologii závratí ozřejmit.

Nejčastější závrativá onemocnění a jejich léčba

Statisticky nejčastějším postižením **periferního vestibulárního systému je benigní paroxysmální polohové vertigo (BPPV)**. Benigní polohové vertigo nejčastěji postihuje zadní polokruhový kanálek a je charakterizováno záchvatovitou závratí, která se objeví vleže na postiženém uchu. S latencí několika vteřin až desítek vteřin se objeví záchvat rotační závratě, většinou doprovázený vegetativní symptomatikou s nauzeou. Během záchvatu je v objektivním nálezu

rotační nystagmus (event. horizontálně rotační), bijící směrem ke spodnímu uchu a k čelu, nystagmus je naznačeně disociovaný, výraznější na spodním oku. Záchvat většinou do minuty spontánně odezní. Teorie **kanalolitíazy**, podle které jsou potíže podmíněny přítomností volně plovoucí vápennou hmotou v endolymfě kanálku, nejlépe vysvětluje klinický obraz. Léčebným postupem BPPV je provedení repozičních manévrů dle Sémonta nebo Epleyho, jejichž cílem je odstranit otokoniální hmotu z postiženého kanálku.

Druhou nejčastější chorobou postihující periferní vestibulární systém je **vestibulární neuronitida**. Vestibulární neuronitida je charakterizována náhle vzniklou rotační závratí bez doprovodné sluchové symptomatiky. Klinicky je vestibulární neuronitida charakterizována periferním vestibulárním syndromem s výrazným nystagmem (horizontálně rotačním, bijícím k nepostiženému uchu), spontánními tonickými vestibulárními úchyly (s tendencí k pádu na postiženou stranu) a většinou výraznou vegetativní symptomatikou. Etiologicky se uvažuje o infekci virem herpes simplex 1, který byl prokázán ve vestibulárních gangliích a nověji bylo prokázáno postižení vestibulárního nervu pomocí MRI

Pro klinický průběh vestibulární neuronitidy je typické, že během 2-3 dní dochází k ústupu klinické symptomatiky. V akutním stadiu vestibulární neuronitidy podáváme antivertiginóza ke zmírnění doprovodné vegetativní symptomatiky. Kontrolované studie prokázaly terapeutický efekt methylprednisolonu, podaného v dávce 100 mg denně, po dobu 3 dní s následným poklesem dávky po dobu 1-3 týdnů. Indikovaný je betahistin, který může ovlivnit míru residuálního postižení. Residuum je nepřímo úměrné výši dávky. Součástí léčebného postupu je od počátku rehabilitace, která může významně urychlit rozvoj kompenzačních procesů.



doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.

rovnováha je zajištěna multisenzoricky a jedná se o komplexní děj

závratě jsou výrazně závislé na věku

rotační závrať s vegetativní symptomatikou a nauseou

Tab. 1: Syndromologická dg

Syndrom	Nystagmus	Halmagyiho test	VS jevy	Dix Hallpike	Přidružená symptomatika
Periferní vestib. sy nekompenzovaný	horizontálně rotační tlumící se fixací	pozitivní	pozitivní, ve směru slabšího	negativní	není
periferní vestib. sy kompenzovaný	není	pozitivní	pozitivní, ve směru slabšího	negativní	není
Centrální vestibulární sy	vertikální, rotační, diagonální	negativní	dysharmonické	negativní	symptomatika kmenová, mozečková, z ost. mozk. Nn.
BPPV	rotační nystagmus ke spodnímu uchu a k čelu při záchvatu	negativní	negativní	pozitivní pro postiženou stranu	není
Oboustranná periferní vestibulopathie	není	oboustranně pozitivní	nejistota při chůzi ve tmě a na nerovném povrchu	negativní	oscilospie a neostřý visus při chůzi a pohybech hlavy

triáda příznaků

Meniérova choroba je charakterizovaná záchvaty s klasickou triádou příznaků: závratí, kolísající perцепční nedoslýchavostí a tinnitem. Záchvaty bývají provázeny pocitem plnosti v postiženém uchu. Etiopatogeneticky se na vzniku záchvatů podílí hydrops labyrintu. Většina léčebných postupů je založena na režimových a dietních opatřeních, zejména neslané dietě. Příznivě mohou působit diuretika (hydrochlorothiazid). K základním léčebným postupům patří vysoké dávky betahistinu, podávané dlouhodobě. V situaci, kdy dochází ke zhoršení sluchu a nedaří se záchvaty kontrolovat výše uvedenou léčbou, je možno použít intratympanickou aplikaci gentamycinu zavedeným katétrelem.

vysoké dávky
betahistinu
dlouhodobě

Centrální vestibulární syndromy jsou disharmonické, bývá u nich diskrepance mezi intenzitou subjektivních potíží a objektivními příznaky. U centrálních syndromů se setkáváme s projevy otolitové dysfunkce (reakcí náklonu: inklinace hlavy, vertikální divergence bulbů a rotace očních bulbů), určitými charakteristickými nystagmickými projevy, mezi které patří např. vertikální dolní nystagmus. Časté a typické je neurologické postižení, které často symptomatice dominuje. Akutně vzniklá závrať bývá častým příznakem. Z chorob, u kterých se projevuje centrální vestibulární postižení nejčastěji, lze uvést vaskulární léze a vestibulární migrénu. Ischemické léze v oblasti vertebrobasilárního povodí (vb) mohou vyvolat jak periferní, tak i centrální postižení. K periferní lézi dojde při ischemii v terminálním povodí a. labyrintu. Mezi nejcharakterističtější syndromy z postižení vb povodí patří syndrom postižení PICA a AICA, u kterých je v klinickém obraze dominující závrať. Pro diagnózu je rozhodující přítomnost charakteristické neurologické symptomatiky. Ischemické léze v oblasti vertebrobasilárního

povodí mohou být transienční (transienční ischemická ataka, TIA), mohou mít charakter reversibilního ischemického deficitu (RIND) nebo jde o dokonanou cévní příhodu v daném povodí. Akutní závratí se může manifestovat i cerebelární či kmenová hemorragie. Na tyto možnosti musíme vždy myslet v diferenciální diagnostice akutního vertiga. Diagnostický postup i léčba se shoduje se standardními postupy u cerebrovaskulárních onemocnění, navíc v terapii podáváme antivertiginóza k utlumení vegetativních příznaků. I v těchto případech je důležité upozornit na nutnost včasné rehabilitace.

Vestibulární migréna je považována za druhou nejčastější příčinu paroxysmálních závratí. Diagnóza je většinou založena na anamnéze migrenózních potíží, asociaci bolestí hlavy s vertigem, při vyloučení jiné příčiny. Závrať může být auroou migrenózního záchvatu, ale též může proběhnout jako migrenózní ekvivalent, aniž by došlo k rozvoji bolestí hlavy. Terminologie a klasifikace není zcela jednoznačná. Mluví se o vestibulární migréně. Zajímavým zjištěním je, že migréna je často asociována s postižením vestibulárního systému, ať již BPPV nebo Meniérovou chorobou. Známou skutečností je, že pacienti s migrénou mají významně vyšší tendenci ke kinetózám. K léčbě akutního záchvatu vestibulární migrény lze použít antivertiginóza. V profylaktické léčbě byla popsána účinnost prakticky všech standardních profylaktických postupů, včetně betablokátorů (verapamil), antiepileptik (valproát), režimových opatření. Byl popsán i příznivý efekt podávaného betahistinu.

Role praktického lékaře

Rozhodující místo v diagnostickém a terapeutickém postupu u závrativých potíží má prak-

symptomatice
dominuje
neurologické
postižení

Tab. 2

Diagnóza	Četnost v %
Benigní paroxysmální polohové vertigo	18
Fobické posturální vertigo	16
Centrální vestibulární vertigo	13
Vestibulární migréna	9
Vestibulární neuronitida	8
Méniérova choroba	8

tický lékař. Odhaduje se, že praktický lékař by měl léčit více jak dvě třetiny závrativých stavů. Pokud se týká vestibulárních závratí, pak podle charakteru nystagmu a nálezu při vyšetření pulzního testu, lze s velkou pravděpodobností rozhodnout, zda se jedná o periferní vestibulární postižení, které je možno léčit v běžné praxi nebo jde o závažnější onemocnění, pro které by měl být pacient odeslán na specializované pracoviště.

Pro toto rozhodování platí následující doporučení:

- Většina periferních vestibulárních syndromů má tendenci se spontánně upravit. Přetrvávají-li potíže déle než 3-6 týdnů, nemůže se již jednat o prostou periferní vestibulární patologii. V těchto případech se jedná o progredující onemocnění nebo o centrální poruchu, způsobující nedostatečnost kompenzace.

- Akutně vzniklý vestibulární syndrom s rotačním vertigem, vegetativním doprovodem, omezující mobilitu pacienta představuje vždy diferenciálně diagnostický problém, protože se může jednat o ischemii v oblasti CNS. Zejména jde o mozečkové ischemické příhody, ale i drobné mozečkové hemorrhagie, které v prvních okamžicích mohou napodobovat symptomatiku periferního vestibulárního postižení. V těchto případech je indikováno akutní vyšetření, včetně neurologického a neuro-radiologického dořešení. Důležitá je doprovodná symptomatika a dynamika nálezu.

- Pokud u pacienta akutní závrať během hodin až dnů odezní, zmírňují se projevy vestibulární nerovnováhy, odeznívá spontánní nystagmus, s největší pravděpodobností jde o periferní postižení v rámci vestibulární neuronitidy. Mělo by být doplněno vyšetření vestibulární reaktivity po odeznění akutní fáze.

- Každý pacient s poruchou sluchu, ať již hypakuzí nebo tinnitem, doprovázejícími závratě, by měl být vyšetřen na ORL bez dlouhého odkladu.

Role specializovaného pracoviště

Neuro-otologie je svojí podstatou interdisciplinárním oborem, ve kterém není možné vystačit pouze se znalostmi základního specializačního oboru (neurologie, ORL). Zejména to platí v situ-

aci posledních let, kdy došlo k významným pokrokům ve vědomostech o vestibulárních syndromech a k vývoji metodologie daného oboru. Správná diagnostika a léčba těchto klinických obrazů vyžaduje spolupráci specialistů a systémový přístup. V rámci specializova-

ného vyšetření musí být vždy provedeno podrobné vyšetření sluchu, včetně audiometrie, vyšetření stapediálního reflexu a případné vyšetření evokovaných potenciálů. Nedílnou součástí je i přístrojové vyšetření okulomotoricky a vestibulárních funkcí, které by mělo zahrnovat Elektro-nystagmografii (ENG), videookulografii (VOG), vyšetření subjektivní zrakové vertikály (SVV), stabilometrii, vestibulární evokované myogenní potenciály a funkční zátěžové testování. Toto mohou umožnit pouze specializovaná centra pro diagnostiku a léčbu poruch rovnováhy, jako je např. motolské centrum, ale i jiná pracoviště, ve kterých spolupracují neurologická, ORL a rehabilitační kliniky.

Úkolem těchto center je detailně vyšetřit onu výše zmiňovanou třetinu pacientů, kterou by měl praktický lékař indikovat.

Literatura:

1. Citace článku Practicus 2004
2. Ambler Z, Jeřábek J. Diferenciální diagnostika závratí. Praha: Triton, 2008.
3. Jeřábek J. Polohové vertigo. Čes Slov Neurol Neurochir 2001;64/97:333-7.
4. Arbusow V, Theil D, Strupp M, et al. HSV-1 not only in human vestibular ganglia but also in the vestibular labyrinth. Audio Neurotol 2001;6:259-62.
5. Strupp M, Zingler VC, Arbusow V, et al. Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. N Engl J Med 2004;351:354-61.
6. Smith PF, Darlington CL. Pharmacology of the vestibular system. Baillieres Clin Neurol 1994;3:467-84.
7. Waterston J. Chronic migrainous vertigo. J Clin Neurosci 2004;11:384-8.

doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc. - promoval v roce 1976 na FVL UK v Praze. Od roku 1981 pracuje na neurologické klinice 2.LF UK a FN Motol a v roce 2002 byl habilitován. Problematice vestibulárního aparátu a závratí se věnuje od roku 1983, kdy se spolupodílel na založení vestibulární laboratoře neurologické kliniky v Motole. Je zapojen do pregraduální i postgraduální výuky neurologie a neuro-otologie. Na neurologické klinice organizuje se svými spolupracovníky kurzy praktické neuro-otologie. Tyto kurzy probíhají již 5. rokem a prošlo jimi více než 500 praktických lékařů, neurologů a otorhinolaryngologů. Je vedoucím lékařem Neuro-otologického centra UK v Praze, 1. a 2. LF a FN Motol.

**praktický lékař
by měl léčit 2/3
závrativých stavů**

**akutní vestibulární
syndrom se většinou
upraví spontánně**

**neuro-otologie -
interdisciplinární
obor**

Mexická (prasečí) chřipka

- rozhovor s profesorem MUDr. Jiřím Beranem CSc.

Úvod redaktora:

Na přelomu ledna a února zaznamenaly orgány stálého dohledu nad výskytem chřipky v Mexiku signifikantní zvýšení počtu případů chřipkovitých onemocnění (Influenza-like Illness – ILI). Předpokládalo se, že jde o běžnou sezónní chřipku smíšené A a B etiologie.

Mexické úřady odhadují, že k prvnímu výskytu případů influenzy A/H1N1 – tzv. prasečí chřipky – došlo asi v polovině března t.r. V polovině dubna se začaly objevovat skupinové případy s těžkou pneumonií u dříve jinak zdravých dospělých. 14. dubna byl ve státě Oaxaca v Mexiku hospitalizován pacient ve věku necelých 40 let s neobvyklým průběhem těžké atypické pneumonie, které po několika dnech podlehl. Post mortem bylo zjištěno, že pacient byl infikován nově identifikovaným virem prasečí chřipky A/H1N1. První oficiální zprávy WHO přinesly dne 26.4.2009 informaci o výskytu celkem 38 případů prasečí chřipky a to 18 případů v Mexiku a 20 případů v USA. Od té doby bylo (ke dni 27.5.2009) ve světě infikováno 13 398 osob v celkem 48 zemích a celkem 95 úmrtí, z toho v Evropě 362 případů bez zatím hlášeného úmrtí. V České republice byl zatím v médiích 25.5. hlášen jeden případ, ve světových statistikách však zatím zveřejněn nebyl. (viz obrázek 1).

Mluví se o počínající pandemii, která může v konečném důsledku způsobit stamiliónové ztráty na životech. Média nás denně straší dalšími a dalšími poplašnými zprávami.

Zeptali jsme se proto na názor jednoho z našich špičkových odborníků v oblasti epidemiologie a očkovacích látek **pana profesora Jiřího Berana CSc., ředitele Centra očkování a cestovní medicíny v Hradci Králové.**

Dotaz:

O viru A /H1N1 se mluví jako o novém viru. Je však skutečně novým? Vždyť přece víme, že virus chřipky A/H1N1 je v posledních desetiletích vedle H3N2 identifikován jako nejčastější příčina chřipkových epidemií. V čem se tedy liší a v čem spočívá odlišnost viru A/H1N1 způsobujícího prasečí chřipku od jiných chřipkových virů A/H1N1? Proč se musí vyvíjet nová vakcína, když současné vakcíny proti chřipce jsou také cíleny proti antigenům H1 a N1, tj. proti stejným antigenům, jako je tomu u „mexické“ chřipky.

Odpověď:

Původcem prasečí/mexické/nové chřipky je virus chřipky A, který nese sice označení A/H1N1, ale není vůbec ve struktuře antigenů podoben viru A/H1N1, který v současnosti cirkuluje a je obsažen ve vakcíně aplikované pro sezónu 2008/09. Analýzou genetické informace viru chřipky izolovaného

v USA v Atlantě vyplynulo, že obsahuje jak genetickou informaci prasečího, lidského tak i ptačího chřipkového viru a tato kombinace nebyla předtím u výše uvedených virů zaznamenána.

Dotaz:

Kdo je nejvíce touto „mexickou“ chřipkou ohrožen?

Odpověď:

Vnímavost je u všech osob stejná – všichni jsme vnímaví k novému viru A/H1N1. V každém případě je těžší A/H1N1 průběh a smrtelnost u osob s chronickým onemocněním. Nevýhodou rozvojových ekonomik včetně Mexika je skutečnost, že chronická onemocnění zde vznikají u osob v podstatně nižším věku, což opticky vypadá na vysokou smrtelnost do 50 let věku. Zdá se ale také, že dosti značná část populace v okolí nemocných se bezpříznakově promořuje.

Dotaz:

V médiích slyšíme, že se předpokládá, že nyní dojde k dočasnému utlumení aktivity tohoto viru a že v plné síle by mohl vypuknout v podzimních nebo zimních měsících. Myslíte si, že je možné, aby se hrozící pandemii nakonec podařilo zamezit?

Odpověď:

Současný nízký výskyt onemocnění v populaci na konci jara a v létě je na jednu stranu výhodný, protože sluneční záření a jeho ultrafialová složka je výrazným faktorem proti dobrému šíření viru. Dá se ale očekávat, že by se virus mohl daleko více objevovat v podzimních a zimních měsících v tzv. druhé vlně. Během podzimních a zimních měsíců onemocní v ČR na akutní respirační onemocnění okolo 1,2 – 1,5 mil obyvatel. Z toho bývá chřipka diagnostikována u 15 – 35% nemocných. Dá se očekávat, že díky všeobecné vnímavosti k novému chřipkovému viru, by na chřipku mohlo onemocnět dvoj- až trojnásobné množství osob v porovnání s běžnou sezónní chřipkou.

Rozšíření viru se asi nedá úplně zabránit, neboť existuje vysoká vnímavost. Dá se ale v tuto chvíli předpokládat, že maximum případů onemocnění by mohlo dojít během klasické chřipkové sezóny 2009/10. Vzhledem k tomu, že se v tuto chvíli ukazuje, že celá řada případů onemocnění probíhá skrytě bez vyjádřených klinických symptomů, může se dosti velká část populace promořit, aniž by neonemocněla. Zdá se tedy, že by se mohlo podařit pandemii zbrzdít a opozdit. Otázkou je jen, zda onemocnění nakonec nepřejde v další chřipkové sezóně (2010/11), vzhledem k počtu promořených (nemocní bez příznaků) a případně očkováných, ke klasickému sezónnímu výskytu, tak jak tomu bylo v posledních několika letech,

virus prasečí chřipky A /H1N1, i když nese stejné označení, se antigenně liší od viru A/H1N1, který v současnosti cirkuluje a je obsažen ve vakcíně aplikované pro sezónu 2008/09

těžší průběh a vyšší smrtelnost je u osob s chronickým onemocněním

bez velkého excessu nemocných v krátké době. Určitě tomu napomůže strategie očkování (jsou nutné dvě injekce), protože by vakcína mohla být k dispozici již na počátku klasického chřipkového období na severní polokouli.

Dotaz:

Jak se onemocnění projevuje. Lze již klinicky pojmut podezření, že by se mohlo jednat o tento druh infekce?

Odpověď:

V současnosti cirkulující chřipkový virus A/H1N1 se v klinickém obraze výrazně neodlišuje od běžné sezónní chřipky, a tak dominujícími příznaky bývá horečka vyšší než 38 °C, suchý dráždivý kašel, bolesti svalů, kloubů, velký stupeň únavy znemožňující každodenní aktivity a v některých případech se může objevovat průjem či zvracení. Je velmi těžké pouze na základě klinického obrazu rozlišit sezónní chřipku od onemocnění novým virem chřipky. Zdá se, že u onemocnění, kde nebyl použit žádný typ kauzální léčby, má onemocnění tendenci přejít v primární zápal plic. Pro lékaře první linie by měl být varující výše uvedený klinický obraz uprostřed léta. Potvrdit se ale musí onemocnění laboratorně.

Dotaz:

Jaké léčebné možnosti v současné době máme?

Odpověď:

K dispozici je jednak léčba symptomatická – ta se neodlišuje od léčby sezónní chřipky a léčba kauzální inhibitory neuraminidázy zanamivir a oseltamivir.

Zanamivir:

- Inhalační podání pomocí inhalátoru „Relenza Diskhaler“
- K léčbě chřipky dospělých, mladistvých a dětí (≥ 5 let)
- Aplikace v průběhu prvních 48 hod
- Dospělí - celková DD je 20 mg
- Seniorům ani dětem není třeba dávkování upravovat
- U pacientů s poruchou funkcí jater nebo ledvin není třeba dávku upravovat
- **Léčba:** Dvě inhalace (2 x 5 mg) po 12 hod po dobu 5 dnů
- **Profylaxe:** Po kontaktu s nemocným do 36 hod 2 inhalace (2 x 5 mg) jednou denně po dobu 10 dní
- **Prevence:** Dvě inhalace (2 x 5 mg) jednou denně v období nejvyššího výskytu onemocnění maximálně po dobu 28 dnů

Oseltamivir (75 mg) u dospělých:

- Léčba chřipky u dospělých a adolescentů od 13 let
- I děti s váhou nad 40 kg
- Zahájit do 2 dnů
- **Léčba:** Jedna tobolka (75 mg) 2x denně po dobu 5 dnů
- **Profylaxe:** Po kontaktu s nemocným do dvou dnů 1 tobolka (75 mg) 1x denně po dobu 7-10 dní





Stanovení a význam QT intervalu



MUDr. Václav Durdil

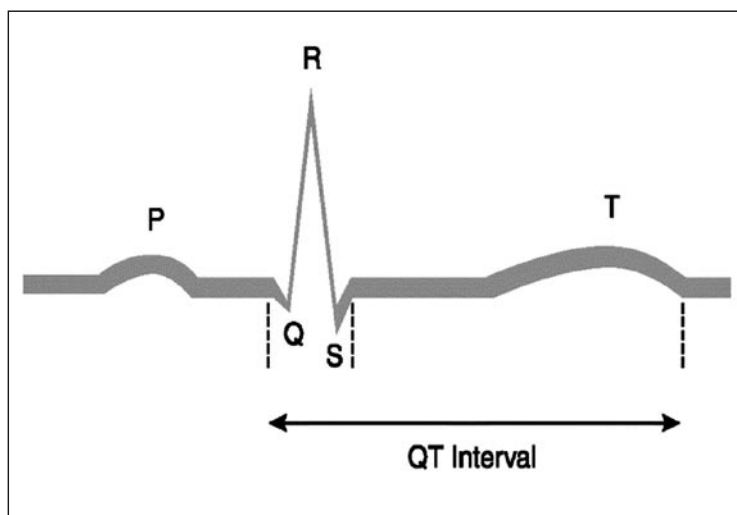
**k eliminaci vlivu
srdeční frekvence se
QT interval koriguje
na tzv. korigovaný
QT interval (QTc)**

**v jednotlivých
svodech bývá QT
interval různě dlouhý**

Interval QT je na EKG vymezen počátkem komplexu QRS a koncem vlny T (obr. 1). Časově odpovídá depolarizaci a následné repolarizaci komorového myokardu, souhrnně označovaným též jako elektrická systola komor. Vzhledem k relativně stabilnímu a krátkému trvání komo-

rové depolarizace jsou změny délky intervalu QT ovlivněny zejména změnami v trvání komorové repolarizace. QT interval je tedy ukazatelem délky trvání komorové repolarizace. Ještě přesněji hodnotí trvání komorové repolarizace interval JT (vymezený bodem J a koncem vlny T), ten se ale

v klinické praxi často nepoužívá. Komorová repolarizace a s ní i délka QT intervalu jsou závislé na srdeční frekvenci. Se vzrůstající srdeční frekvencí dochází ke zkracování QT intervalu. K eliminaci vlivu srdeční frekvence se QT interval koriguje dle různých vzorců, jejichž výsledkem je tzv. korigovaný QT interval (QTc). Mezi nejznámější vzorce pro výpočet QTc patří Bazettova a Fridericiova formule (obr. 2). Fyziologické hodnoty QTc intervalu jsou nejčastěji udávány v rozmezí 350-440 ms u mužů a 350-450 ms u žen. V jednotlivých svodech je bývá QT interval různě dlouhý. Rozdíl mezi nejdelším a nejkratším QT intervalem na 12 svodovém EKG je nazýván disperzí QT intervalu, bývá označován za výraz nehomogenity komorové repolarizace a předpokládá se jeho prognostický význam. Při manuálním hodnocení QT intervalu je důležité dobře určit konec vlny T, měření provádět ve svodech II, V5, V6 a zaznamenat největší hodnotu měření - pro klinickou praxi však zcela postačuje počítačová analýza QT a QTc intervalu, která je k dispozici u většiny současných EKG přístrojů.



Obr. 1: Schematické znázornění QT intervalu na EKG křivce

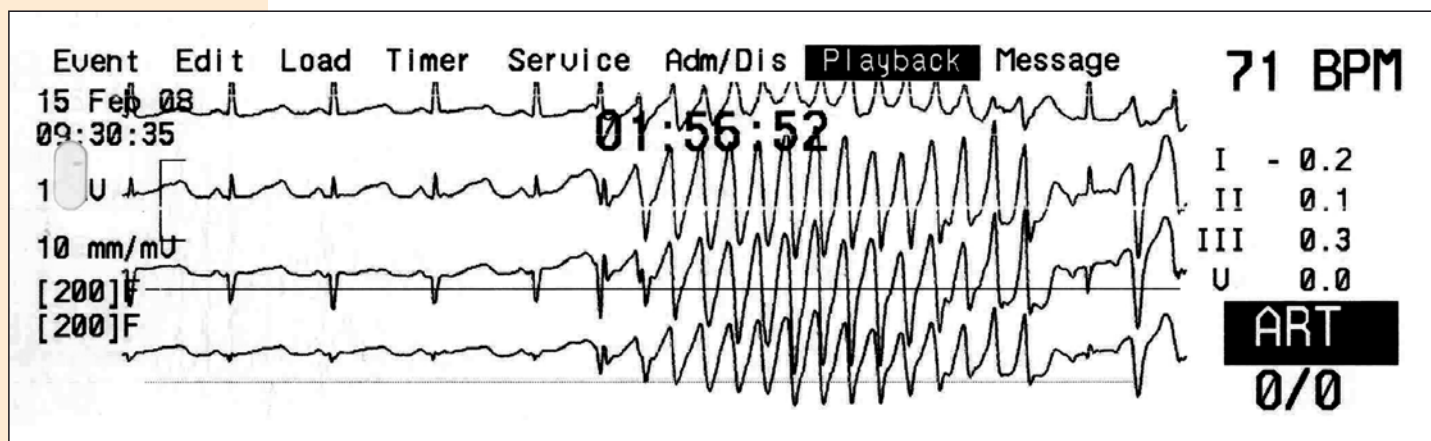
Bazettova
formule

$$QT_c = \frac{QT}{\sqrt{RR}}$$

Fridericiova
formule

$$QT_F = \frac{QT}{RR^{1/3}}$$

Obr. 2: Vzorce pro výpočet QTc



Obr. 3.: Nesetrválá polymorfní komorová tachykardie typu torsade de pointes u pacienta s iatrogeně navozenou hypokalemií



Abnormální prodloužení či zkrácení QT intervalu představuje riziko pro vznik a udržení komorových tachyarymií, jenž se mohou klinicky manifestovat palpitacemi, prekolapsovými stavy, synkopou či náhlou srdeční smrtí. Nejčastější arytmii v těchto případech je polymorfní komorová tachykardie. Pokud má tato arytmie typický obraz s pravidelně se měnící morfologií a osou QRS komplexu a současně je prodloužen QT interval, hovoříme o komorové tachykardii typu torsade de pointes (TdP) - obr. 3.

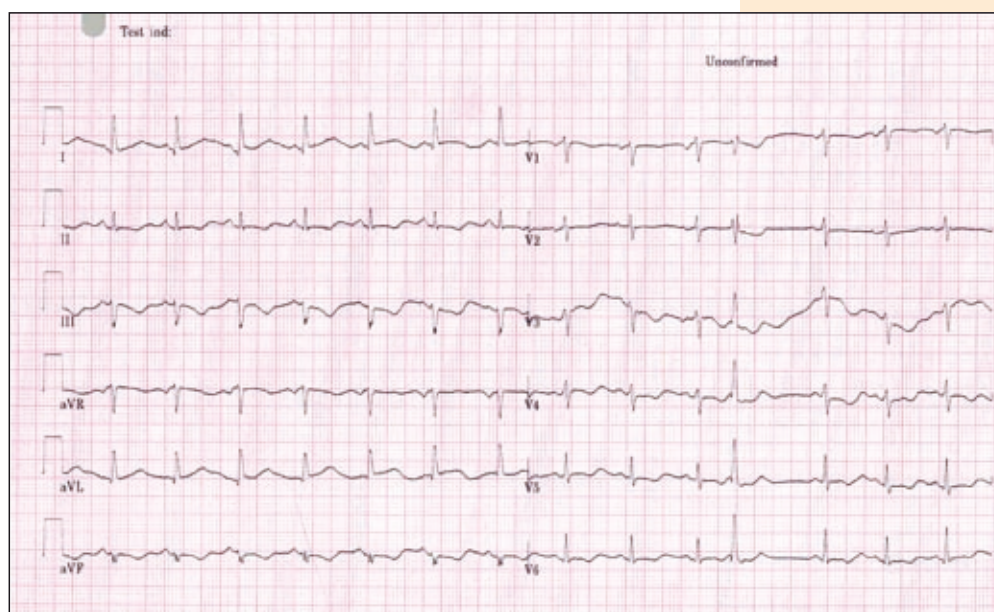
Prodloužení QT intervalu je nejčastěji způsobeno vlivem farmak, minerálovou dysbalancí, nebo jejich kombinací. Další možnou příčinou prodloužení QT intervalu je ischemie myokardu. Vzácně může být prodloužení QT intervalu vrozené. V tabulce 1 jsou uvedena nejčastější farmaka prodlužující QT interval. Minerálové dysbalance způsobující prodloužení QT intervalu jsou zejména hypokalémie, hypomagnezémie a hypokalcémie. Mezi další příčiny prodloužení QT intervalu patří např. hypotermie, hypotyreóza a cerebrovaskulární léze. Na obr. 4 je zobrazena EKG křivka pacienta se získaným prodloužením QT intervalu na podkladě diuretiky navozené hypokalémie.

Zkrácení QTc intervalu na méně 340ms bývá též spojeno se zvýšeným rizikem náhlé srdeční smrti. Takto abnormální zkrácení QTc intervalu je vzácné a jeho vrozená forma je nazývána syndromem krátkého QT.

V klinické praxi je důležité znát a pravidelně sledovat QT interval u pacientů léčených farmaky, která ho mohou prodloužit, a to zejména v případě současného rizika minerálové dysbalance či ischemie myokardu. Zhodnocení QT intervalu je důležité též u pacientů s anamnézou palpitací, prekolapsových stavů či synkop. V tomto případě by mělo být prodloužení QT intervalu indikací ke kardiologickému vyšetření.

Tabulka 1: Farmaka prodlužující QT interval

antiarytmika	amiodaron
	sotalol
	chinidin
	dofetilid, ibutilid, azimilid
	procainamid
psychofarmaka	thioridazin
	fenothiaziny
	tricyklická antidepresiva
	haloperidol a ostatní butyrophenony
	SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors)
	risperidon
	metadon
antimikrobiální látky	makrolidová antibiotika - erythromycin, clarithromycin, telithromycin, azithromycin
	pentamidin
	některé fluorochinolony (sparfloxacin, gatifloxacin, levofloxacin, moxifloxacin)
antihistaminika	terfenadin
	astemizol
ostatní látky	mibefradil
	diuretika - prostřednictvím minerálové dysbalance (hypokalemie, hypomagnezémie)
	ketanserín
	prokinetika - cisaprid, domperidon
	droperidol
	ranolazin
	kokain, papaverin



Obr. 4.: EKG křivka pacienta s iatrogeně navozenou hypokalemií. Sinusový rytmus, TF 86/min., osa horizontální, přechodová zóna V4, PR interval 140 ms, QRS 90ms, QT interval 414 ms, QTc interval 495 ms. STE 0,5 mm I, aVL, STD 0,5 mm + preterminálně negativní T III, aVF, V4-6. Týž pacient jako na obr. 3

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Escitalopram a sertralin jsou účinnější a lépe tolerované než jiná novější antidepresiva

Klinická otázka: Která antidepresiva nové generace jsou více účinná ve studiích „head-to-head“ (tj. přímo srovnávajících jeden lék proti druhému – pozn. překladatele)?

Závěr: Ve studiích, které přímo srovnávaly novější antidepresiva byly escitalopram a sertralin obecně účinnější a lépe tolerované. Pamatujme, že ve studiích kontrolovaných placebem se žádné z antidepresiv nezdá být tak impozantní. (LOE = 1a-).

Reference: Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009;373(9665):746-758.

Typ studie: Meta-analýza (randomizované kontrolované studie)

Financování: Vlastí financování nebo nefinancované

Prováděcí prostředí studie: Různé (meta-analýza)

Synopse: Autoři, z nichž většina měla vazby k několika farmaceutickým firmám, prohledali databázi Cochrane registry, aby vyhledali randomizované studie srovnávající antidepresiva nové generace (obecně všechna kromě tricyklických antidepresiv a inhibitorů mono-amino oxidázy-IMAO) a to způsobem přímého srovnávání mezi přípravky během prvních 8 týdnů léčby dospělých s depresí. Vyloučili studie kontrolované placebem. Ačkoliv tyto „head-to head“ studie jsou nejlepším způsobem, jak srovnat účinnost, pamatujme, že většina studií na antidepresiva zjistila, že jsou jen minimálně více účinná než placebo. Dva výzkumníci nezávisle hodnotili vhodnost studií k zařazení a jejich kvalitu. Autoři zahrnuli 117 randomizovaných studií s celkem téměř 26 000 pacienty. Protože ve studiích bylo používáno široké rozmezí dávek, autoři se pokusili hodnotit srovnatelnost dávek. Hlavními výsledky byly terapeutická odpověď (definovaná jako alespoň 50% zlepšení skóre deprese) a všechny důvody odpadu pacientů ze studie. Při srovnávání léků A, B a C je možné dostat náhodné výsledky jako: A je lepší než B, B je lepší než C (což naznačuje, že A je také lepší než C), ale C je lepší než A. Autoři použili zcela komplexní přístupy, aby bylo zajištěno, že porovnávání není náhodně nesouhlasné. Zjistili, že data napříč studiemi byla zcela heterogenní. Mezi jednotlivými látkami obecně nebyly zjištěny významné rozdíly v účinnosti a snášenlivosti.

Následující text prezentuje nenáhodné výsledky v abecedním pořadí:

Bupropion (Wellbutrin) byl účinnější a lépe tolerován než reboxetin.

Citalopram (Celexa) byl účinnější a lépe tolerován než fluvoxamin a reboxetin.

Duloxetin (Cymbalta) byl lehce méně účinný než escitalopram, mirtazapin a venlafaxin. Byl účinnější než reboxetin a byl hůře tolerován než escitalopram a sertralin.

Escitalopram (Lexapro) byl účinnější než duloxetin, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin a reboxetin. Byl lépe tolerován než duloxetin, fluvoxamin, paroxetin, reboxetin a venlafaxin.

Fluoxetin (Prozac) byl lehce méně účinný než escitalopram, mirtazapin, sertralin a venlafaxin. Byl účinnější a lépe tolerován než reboxetin.

Fluvoxamin (Luvox) byl lehce méně účinný než escitalopram, mirtazapin a venlafaxin. Byl účinnější než reboxetin. Byl hůře tolerován než citalopram, escitalopram, a sertralin.

Milnacipran (Savella) byl účinnější než reboxetin.

Mirtazapin (Remeron) byl účinnější než duloxetin, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin a reboxetin.

Paroxetin (Paxil) byl méně účinný než escitalopram, mirtazapin, sertralin a venlafaxin. Byl účinnější než reboxetin. Byl hůře tolerován než escitalopram a sertralin.

Reboxetin (Edronax, Vestra) byl méně účinný oproti každému srovnávanému přípravku a byl méně tolerován než většina ze srovnávaných látek.

Sertralin (Zoloft) byl účinnější než fluoxetin a paroxetin. Byl lépe tolerován než duloxetin, fluvoxamin, paroxetin a reboxetin.

Venlafaxin (Effexor) byl účinnější než duloxetin, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin a reboxetin. Byl lehce hůře tolerován než escitalopram.

Autoři poukázali na důkazy o ovlivňování ve prospěch komerčně sponzorovaných studií a na to, že mnoho novějších léků (mirtazapin, escitalopram, bupropion, and duloxetin) z toho může mít zvláštní užitek.

Vitamin D ve vysokých dávkách je prevencí fraktur

Klinická otázka: Může vitamin D zabraňovat důležitým frakturám v důsledku osteoporózy?

Závěr: Vitamin D v dávkách vyšších než 400 IU denně je účinný na snížení počtu nevertebrálních fraktur, včetně fraktur kyčelního kloubu. Účinek je závislý na dávce; dávky nižší než 400 IU denně jsou neúčinné. Praktický způsob jak implementovat tento nízkonákladový přístup je podpořit předepisování vitaminu D v dávkách 800 IU denně; tímto způsobem se i při opomenutí denní dávky bude stále udržovat průměrná denní dávka v rozsahu účinnosti. (LOE = 1a)

akutní léčba deprese escitalopramem a sertralinem může mít lepší výsledky než u jiných běžně předepisovaných antidepresiv

escitalopram a sertralin byly lépe tolerované

dávky vitaminu D nižší než 400 IU denně jsou neúčinné

dávky nižší než 400 IU denně jsou neúčinné

předepisování vitaminu D v dávkách 800 IU denně = nenákladný přístup k prevenci fraktur

Pfizer - Zoloft

účinek byl více vyjádřen u cholecalciferolu (vitamin D3) než u ergocalciferolu (vitamin D2)

nejdůležitější v léčbě obezity je motivace a dodržování diety

za prvořadou motivaci je považována účast na skupinových sezeních

větší snížení váhy a udržení snížené váhy bylo pozorováno u disciplinovaných pacientů

Reference: Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, et al. Prevention of nonvertebral fractures with oral vitamin D dose dependency. A meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med 2009;169(6):551-561.

Typ studie: Meta-analýzy (randomizované kontrolované studie)

Financování: Nadace

Prováděcí prostředí studie: Různé (meta-analýza)

Synopse: Tato meta-analýza, nyní čtvrtá v této problematice v posledních 5ti letech, šla dále než ty ostatní a hledala vztah mezi dávkou a účinností vitaminu D v prevenci nevertebrálních fraktur, zejména fraktury kyčle. K vyhledání článků autoři prohledali 3 databáze, včetně Cochrane Controlled Trials Register, a hledali abstrakta konferencí a referenční seznamy vyhledaných článků a kontaktovali experty v této problematice. Takto identifikovali 12 dvojité zaslepených randomizovaných kontrolovaných studií, které celkově zahrnovaly 42 279 pacientů v průměrném věku 78 let a obsahovaly data o tom, jak se fraktury přihodily a data týkající se adherence, takže ne mohla kalkulovat přijímaná dávka vitaminu D. Data ze všech studií byla abstrahována třemi nezávisle pracujícími výzkumníky, potom porovnávána. Kombinací všech studií se zjistilo, že suplementace vitaminem D přinesla malé snížení nevertebrálních fraktur (relativní riziko = 0,86; 95% CI, 0,77 - 0,96). Nicméně výsledky napříč studiemi byly heterogenní pokud nebyly rozříděny podle dávky. Dávky 400 IU denně nebo méně nesnižovaly riziko fraktur. Dávky vyšší než 400 IU denně signifikantně snižovaly nevertebrální fraktury, přičemž jedné fraktuře bylo zabráněno u každých 93 pacientů užívajících vitamin D oproti placebo po dobu od 12 měsíců do 84 měsíců (number needed to treat [NNT] = 93; 66-160). Účinek byl více vyjádřen u cholecalciferolu (vitamin D3) než u ergocalciferolu (vitamin D2). Podobně bylo zabráněno frakturám kyčle také při vyšších dávkách vitaminu D (NNT = 202; 114-823). Přídavek kalciového suplementu nezlepšil výsledky.

Všechny diety fungují stejně špatně

Klinická otázka: Která z diet je neúčinnější pro snížení váhy?

Závěr: Tato největší, nejpečlivěji rozvržená a dosud nejdelší studie různých diet ukázala, že ve skutečnosti nezáleží na tom, kterou vyberete. Nejdůležitější je motivace (kde za prvořadou je považována účast na skupinových sezeních) a dodržování diety. Je také důležité pamatovat na to, že cílem jakékoliv diety by nemělo být pouze snížení váhy, ale také udržování a zlepšování zdraví. (LOE = 1b)

Reference: Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. N Engl J Med 2009;360(9):859-873.

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojité slepá)

Financování: Vláda

Prováděcí prostředí studie: Populace

Rozdělení: Tajné

Synopse: Předchozí studie zaměřené na diety byly omezeny malou velikostí, krátkým trváním, nedostatečným zamaskováním, a významným úbytkem účastníků při sledování. Tato studie se pokusila zaměřit na omezení uvedené výše a randomizovala 811 osob s nadváhou (body mass index [BMI] 25 - 40 kg/m²) do skupin s dietou 1 až 4: (1) nízkotučná s průměrným příjmem proteinu, (2) nízkotučná s vysokým příjmem proteinu, (3) vysokotučná s průměrným příjmem proteinu, a (4) vysokotučná s vysokým příjmem proteinu. Procento karbohydrátů se u všech 4 diet pohybovalo od 35% do 65%. Porovnání proto mohlo být prováděno mezi dietami s vysokým a nízkým příjmem proteinu, tuku a karbohydrátů. Pacienti obdrželi jídelníčky s podobnými jídly, ale rozdílným makro-nutrientním obsahem jak popsáno výše, aby tak bylo zachováno maskování diet. Každá dieta byla připravena tak, aby dodávala čistý deficit o 750 kalorií oproti potřebě k udržení aktuální váhy. Skupinová sezení byla organizována 3x do měsíce po dobu 6ti měsíců, dále 2x do měsíce po dobu zbývajících 18 měsíců studie. Po účastnících bylo požadováno, aby cvičili 90 minut týdně. Pacienti s diabetem, nestabilním srdečním onemocněním nebo nedostatečnou motivací, určenou podle vstupního dotazníku, byli ze studie vyloučeni. Tímto bylo mnoho pacientů, kteří potřebují pomoc, vyloučeno (tj. obézní, nemotivovaní diabetici). Skupiny byly vyrovnané; průměrný věk účastníků byl 51 let; 64% tvořily ženy; 79% bylo bělochů; a průměrné BMI bylo 33 kg/m². Podle analýzy zaměřené na léčebné výsledky došlo po šesti měsících ve všech 4 skupinách k průměrnému úbytku 6 kg. Nicméně účastníci začali opět přibírat o 6 měsíců později a ve 24. měsíci kolísal ve všech skupinách průměrný váhový úbytek mezi 2,9 kg a 3,6 kg. Mezi skupinami nebyl zjištěn žádný významný rozdíl. Pacienti v každé skupině taktéž snížili obvod pasu přibližně o 4 cm. Jedním z nejlepších prediktorů úspěchu byla účast na skupinových sezeních. Celkově, pacienti ve všech skupinách byli podobně spokojeni s dietou a hlásili podobný stupeň sytosti, hladu, nebo touhy po jídle. Ve studii se prokázal malý rozdíl v kardiovaskulárních rizikových faktorech mezi začátkem a koncem studie, a to zejména větší pokles LDL u nízkotučných a vysoko-karbohydrátových diet ve srovnání s nízkokarbohydrátovou nebo vysokotučnou dietou, a větší zvýšení HDL u nízkokarbohydrátové diety. Větší snížení váhy a udržení snížené váhy bylo pozorováno u disciplinovaných pacientů.

Copyright © 2009
by Wiley Subscription Services,
Inc. All rights reserved.

Připravila J. Laňková

Datové schránky

Také Vás často rozzlobí oznámení o uložení dopisu s pruhem na poště a Vy nemáte čas ani chuť na poštu jít? Také se Vám zdá, že se poplatky za poštovní služby neustále zvyšují, ale kvalita tomu neodpovídá? Od 1.7.2009 však dochází k zásadní změně (dá se říci přímo k revoluci) ve formě komunikace s úřady. Na stejnou úroveň se dostane elektronická i papírová forma komunikace. Úřady budou povinné zaslat dopis elektronickou formou. Nebude muset pro něj jít na poštu, ale zásilku si vyzvednete přes Váš počítač (obdobu elektronického bankovníctví). K tomuto účelu potřebujete mít zřízenou tzv. datovou schránku.

Co to je datová schránka?

Datová schránka je elektronické úložiště (můžeme si jej představit jako určité místo v paměti příslušného počítače kdesi u oficiální státní instituce), které je určeno k doručování dokumentů (datových zpráv) orgány veřejné moci. Zjednodušeně řečeno, datová schránka slouží k přijímání a posílání úředních (elektronických) dopisů mezi Vámi a orgány veřejné moci – tedy státními a místními úřady, soudy apod. Dopisy (podání) musí být podepsány zaručeným elektronickým podpisem.

Proč se právě nyní o datových schránkách hovoří?

Datové schránky budou zřizovány dle zákona číslo 300/2008Sb., který nabude účinnosti 1.července 2009. Plná funkčnost systému s napojením všech povinných subjektů lze očekávat po třech měsících od data účinnosti, tedy od 1.10.2009.

Pro koho jsou datové schránky určeny?

Rozeznávají se dva typy subjektů – subjekty pro které je datová schránka povinná a subjekty, pro které je dobrovolná.

Datová schránka je povinná pro:

- orgány veřejné moci
- pro právnické osoby zapsané v obchodním rejstříku nebo zřízené zákonem.

Každé právnické osobě zapsané v obchodním rejstříku bude datová schránka zřízena automaticky a bude ji **muset** používat.

Datová schránka je dobrovolná pro:

- podnikající fyzické osoby
- nepodnikající fyzické občany – tedy každého občana.

Z toho vyplývá, že pokud je lékař OSVČ je pro něj datová schránka dobrovolná a bude mu zřízena na jeho žádost, pokud má lékař ordinaci jako s.r.o, je pro něj povinná a bude mu zřízena automaticky.

Jaké výhody přináší datové schránky?

Orgány státní správy budou povinné majiteli zasílat veškerá podání prostřednictvím datových schránek – tedy zejm. veškeré dopisy „s pruhem“ by již nechodily papírovou poštou.

S kým mohu komunikovat přes datové schránky? S kým nemohu komunikovat přes datové schránky?

Zprávy lze posílat orgánům veřejné moci (úřady apod.). Každý úřad bude mít právě jednu datovou schránku. Přes datové schránky nemohou (zatím) mezi sebou komunikovat právnické osoby, fyzické osoby.

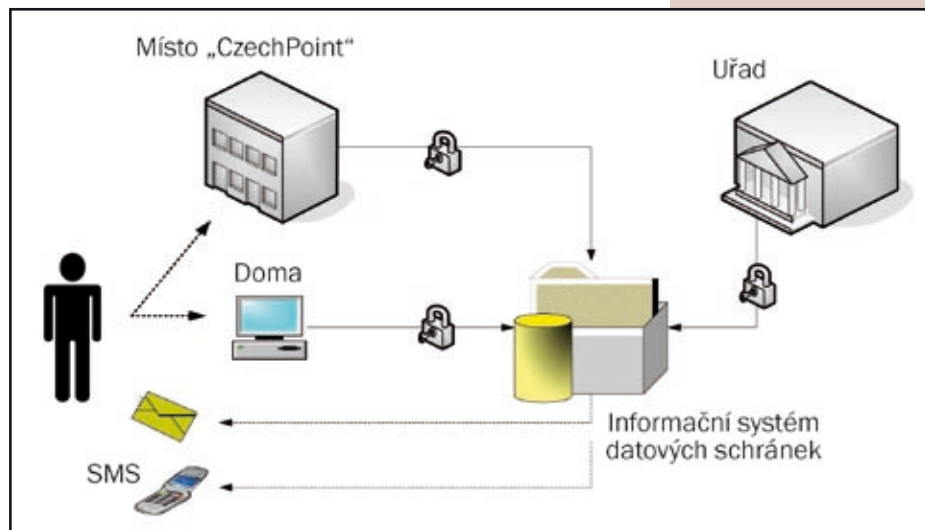
Jak „to“ celé funguje: Úřad chce zaslat dopis s pruhem do ordinace. Úředník povinně zjistí, zda lékař vlastní datovou schránku, pokud ano povinně zašle zprávu do datové schránky. Systémem je odesláno elektronické avizo na mail lékaře (zdarma) nebo na mobil (za poplatek). Příjemce si ve svém počítači nebo na veřejném místě (např. CzechPoint) vyzvedne dopis. Pokud



MUDr. Cyril Mucha



Ing. Patrik Šolc



na něj bude chtít elektronicky odpovědět, napíše zprávu, podepíše ji zaručeným elektronickým a odešle do datové schránky příslušného úřadu.

Základní pojmy:

Elektronický podpis

Obsahuje elektronické identifikační údaje autora (odesílatele, adresy, sídla, rodné nebo identifikační číslo) a elektronického dokumentu, připojené k němu. Zaručený elektronický podpis obsahuje certifikát od příslušné certifikační autority (podobně jako ověření podpisu notářem u papírových dokumentů). Elektronický dokument opatřený elektronickým podpisem



má stejnou platnost jako papírový dokument s úředně ověřeným podpisem.

Kdo je „orgán veřejné moci“?

státní orgány, orgány územních samosprávných celků (kraje, obce), Pozemkový fond ČR a jiné státní fondy, dle posledních sdělení též VZP. Ty budou od platnosti zákona povinně komunikovat mezi sebou prostřednictvím datových schránek.

Jak získám přístup do datové schránky?

Odpovědné osobě právnické osoby budou zaslány přihlašovací údaje dopisem do vlastních rukou, a to po datu účinnosti zákona 300/2008 Sb., tedy po 1.7.2009. Datovou schránku si musí těmito klíči aktivovat.

Kolik mne „to“ všechno bude stát?

Samotná aktivace datové schránky je zdarma. Poplatek za zřízení elektronického podpisu je od 150 Kč (některé banky zřizují elektronický podpis zdarma ke svým účtům a většinou je lze použít i pro datové schránky).

Žádost o datovou schránku

Ke zřízení datové schránky je potřeba vyplněná žádost. Formulář ke stažení na <http://www.datoveschranky.info>. Po 1. 7. 2009 bude možné požádat o zřízení datové schránky na kontaktních místech veřejné správy Czech POINT, kde zároveň ověří podpis a předají Vám přístupové údaje v zapečetěné obálce (vše na jednom místě).

Budu potřebovat nějaký speciální počítač nebo programy?

Obecně lze říci, že každý počítač s připojením na internet, na kterém si můžete běžně prohlížet webové stránky, je vhodný i pro práci s aplikací datových schránek.

Kdy je zpráva považována za doručenou?

Dokument, který byl dodán do datové schránky, je doručen okamžitě, kdy se do datové schránky přihlásí osoba, která má s ohledem na rozsah svého oprávnění přístup k dodanému dokumentu. Nepřihlásíte-li se do datové schránky ve lhůtě **10 dnů** ode dne, kdy byl dokument dodán do datové schránky, považuje se tento dokument za doručení posledním dnem této lhůty (podobně jako když si nedojdeme na poštu pro dopis s modrým pruhem).

Jak se dozvím, že mi přišla nějaká zpráva do datové schránky?

Informační systém datových schránek umožňuje, nastavení upozornění o doručení zprávy odesláním emailu do Vaší emailové schránky nebo odesláním SMS zprávy na Váš mobilní telefon. SMS zprávy budou zpoplatněné, odesílání oznámovacího emailu bude zdarma. V případě emailu doporučujeme využít ty emailové služby, které

garantují provoz. Je totiž v tomto případě nebezpečné využívat emaily zdarma (např. Centrum, Seznam apod.), které nezaručují jistotu doručení. Může se totiž stát, že oznámení o doručení zprávy se někde ztratí a vy se o zprávu vůbec nedozvíte, že zákona je však považována za doručenou (viz výše). Pokud nemáte vlastní email server, je doporučováno „řešení 3. stran“. Tedy garantovaný email, kde provozovatel smluvně zodpovídá za správný chod. Kromě garance doručení nabízejí provozovatelé další služby: možnost šifrování pošty, sdílení kalendářů a úkolů atd. Typickým příkladem je např. služba ProfiMail. Výhody a informace o službě na <http://www.profiemail.cz> nebo na tel.: 800 167 429.

Co budou umět datové schránky?

Přes datové schránky bude možné odesílat a přijímat zprávy, zjišťovat stavy odeslaných zpráv, přijímat doklady o dodání a doručení dokumentu do datové schránky. V rámci datových schránek bude možné využívat elektronické formuláře. Dle posledních informací bude možnost komunikovat prostřednictvím datových schránek i se zdravotními pojišťovnami (včetně dávek).

Jak dlouho budou datové zprávy uschovávány v datové schránce?

Ty zprávy, které jsme již vyzvedli, jsou po uplynutí devadesáti dnů automaticky smazány. Příjemce si může tyto zprávy sám archivovat. (nejlépe uložením zprávy z datové schránky na počítač). Nevyzvednuté zprávy zůstávají v datové schránce trvale (příjemce si s odstupem času může zjistit, co všechno promeškal tím, že si schránku nevyzvedával).

Kolik platím za odesílání zpráv přes datové schránky?

Právnické osoby, fyzické osoby a další subjekty kromě orgánů veřejné moci využívají systém datových schránek zdarma a neplatí ani za příjem ani za odesílání zásilek. To znamená, že v případě, že veškeré zásilky převedete do systému datových schránek, ušetříte 100 % poštovních nákladů.

Důležité odkazy:

www.datoveschranky.info

www.ceskaposta.cz

www.profiemail.cz

MUDr. Cyril Mucha

Ing. Patrik Šolc,

ředitel podpory prodeje služeb AutoCont CZ

Čerpáno z materiálů ministerstva vnitra o datových schránkách (www.datoveschranky.info), České pošty (www.ceskaposta.cz) a služby ProfiEmail (www.profiemail.cz).

Článek vznikl za podpory firmy AutoCont CZ a.s.

SVL ČLS JEP

a AutoCont CZ a.s.

uzavřely smlouvu

o spolupráci, která

přináší pro praktické

lékaře zvýhodněnou

nabídku nákupu HW, SW

a poskytování služeb

pro výpočetní techniku

(připojení na Internet,

vzdálená technická

podpora, servisní služby

v místě u lékaře apod.)



Odpovědi na vaše otázky...

Prasečí/mexická chřipka a ordinace PL

Dotaz:

V poslední době dorazilo do redakce množství dotazů k problematice tzv. prasečí/mexické chřipky, správněji nákaze virem A (H1N1). Několik z vás vyslovovalo rozhořčení nad tím, že v rozhlase i televizi bylo opakovaně deklarováno, že jsou (praktičtí) lékaři plně informováni, jak postupovat při podezření resp. výskytu této formy chřipky a přitom žádné informace nebyly poskytovány. V následujícím textu se pokusíme shrnout informace, tak jak je získala SVL od ministerstva zdravotnictví a které jsou určeny především pro lékaře prvního kontaktu. Je nutno konstatovat, že jsou některá nařízení „lehce zmatečná“. SVL se snaží veškeré validní informace aktuálně umísťovat na svůj web www.svl.cz. Další informace je možné též nalézt na:

www.mzcr.cz, www.who.int
či www.ecdc.europa.com.

Odpověď:

Stanovení diagnózy:

Anamnéza: Je třeba klást zvýšený důraz na cestovatelskou anamnézu – návrat z oblastí se zvýšeným výskytem infekce H1N1

Inkubační doba: 7 dní

Infekčnost: 1 den před začátkem onemocnění a 7 dní po začátku onemocnění

Klinická diagnóza: typické symptomy: horečka, rychlý nástup obtíží, kašel, bolest hlavy, bolest v krku, myalgie, eventuálně průjem a zvracení
Výrazně podezřelá je každá osoba s jedním z následujících tří stavů:

- horečka a příznaky akutní respirační infekce
- pneumonie
- úmrtí na neznámé akutní respirační onemocnění

Epidemiologická kritéria: alespoň jeden z následujících bodů:

- osoba, která cestuje z oblasti s potvrzenými případy onemocnění prasečí chřipkou A(H1N1)
- osoba, která byla v blízkém kontaktu s potvrzeným případem prasečí chřipky A (H1N1) v průběhu onemocnění
- osoba s anamnézou nedávného kontaktu se zvířetem s potvrzenou nebo suspektní prasečí chřipkou A (H1N1)

Doporučený postup:

Izolace:

Každý pacient u kterého vznikne podezření na nákazu prasečí chřipkou, musí být izolován (je třeba vyloučit odesílání na další vyšetření) a po dohodě neprodleně transportován na příslušnou infekční kliniku či infekční oddělení krajské nemocnice (seznam pracovišť přijímajících suspektní případy – viz na konci).

Transport suspektního pacienta bude uskutečněn sanitou vyčleněnou pro převozy těchto pacientů, objednáva se přímo na infekční klinice, resp. přes dispečink ZZS s upozorněním na podezření na infekci A (H1N1).

Podezření musí být hlášeno pracovníkům orgánů ochrany veřejného zdraví, kteří provedou další opatření – dohledání kontaktů, nařízení izolace apod.

Odběr vzorků biologického materiálu: probíhá stejným způsobem jako u běžné chřipky – nazofaryngeální výtěr do virologického média a nutnost odběru párových sér. Všechny vzorky budou odesílány do NRL pro chřipku, SZÚ – tel. 724 362 602. Adresa: SZÚ, Šrobárova 48, Budova 4 – NRL pro chřipku, Praha 10

Opatření k zabránění šíření:

Bezpriznakové osoby, které byly v úzkém kontaktu s osobami vyšetřovanými, či s pravděpodobnými nebo potvrzenými případy se musí podrobit zvýšenému dohledu resp. izolaci (domácí).

Úzký kontakt je definován jako:

- a) společná domácnost
- b) společný pokoj v nemocnici či jinde
- c) osoby sdílející pokoj s případem nebo vyskytnuvší se v blízkosti (méně než 1 metr) případu alespoň po dobu 4 hodin
- d) osoby, které přišly do kontaktu s materiálem kontaminovaných sekrety z dýchacích cest (např. manipulace s použitými kapesníky, dotyk rukou s infekční osobou, která měla předtím v ruce kapesník nebo si sáhla na nos)
- e) cestující v letadle sedící ve stejné řadě nebo ve dvou řadách před / za pacientem, který byl symptomatický (smrkání, kašláni) na letu s trváním alespoň 4 hodiny

Ochranné pomůcky pro ordinace PL (základní):

respirační maska FFP 3, rukavice jednorázové, návleky na obuv.

Ochranné pomůcky pro ordinace PL (rozšířené) – dle MZ ČR:

- Čepice operační (621500-15), např. firma MOLN- LYCKE HEALTH CARE
- Ústenka chirurg. se štítem (1835F), např. firma 3M Česko, spol.s.r.o.
- Polomaska filtrační s ventilem (1873V), např. firma 3M Česko, spol.s.r.o.
- Plášť návštěvníkový (21500), např. firma Panep s.r.o.
- Návleky na obuv (21400), např. firma Panep s.r.o.
- Rukavice operační latex. s pudrem sterilní, např. Lohmann&Rauscher s.r.o.

Za redakci MUDr. Cyril Mucha

nejdůležitějším opatřením při důvodném podezření na infekci mexickou chřipkou je odeslání pacienta speciálně vyčleněným sanitním vozem na příslušné spádové infekční oddělení (seznam viz str. 32)


Seznam infekčních pracovišť vyčleněných pro příjem pacientů podezřelých z nákazy H5N1:

FN Na Bulovce inf.klinika MUDr.Roháčová, Ph.D. Budínova 2 180 81 Praha 8	Fakultní Thomayerova nemocnice inf. oddělení MUDr. Šimková Víteňská 800 140 59 Praha 4
Fakultní nemocnice Motol inf.oddělení MUDr. Hobstová, CSc. V Úvalu 84 150 00 Praha 5	Nemocnice Příbram infekční oddělení U nemocnice 84 261 26 Příbram 1
Mělnická zdravotní a.s. NsP infekční oddělení Pražská 528 276 01 Mělník	Nemocnice České Budějovice, a.s. inf.odd. MUDr. Chmelík Boženy Němcové 54 370 87 České Budějovice
Nemocnice Písek a.s. inf.odd. prim. MUDr. Bouzková Čapkova 589 397 23 Písek	Nemocnice Tábor a.s. inf.odd. prim.MUDr. Sysová Tř. kpt. Jaroše 2000 390 03 Tábor
Fakultní nemocnice Plzeň infekční klinika Dr. E. Beneše 13 305 99 Plzeň	Fakultní nemocnice Hradec Králové infekční klinika Sokolská 581 500 05 Hradec Králové
Oblastní nemocnice Náchod a.s. infekční odd. Purkyňova 446 547 69 Náchod	Masarykova nemocnice v Ústí n.L., KZ a.s. infekční oddělení Sociální péče 3316/12A
Pardubická krajská nemocnice a.s. infekční oddělení Kyjevská 44 532 03 Pardubice	Karlovarská krajská nemocnice a.s. infekční oddělení Bezručova 19 360 66 Karlovy Vary
Nemocnice Jihlava, p.o. infekční oddělení Vrchlického 57 586 33 Jihlava	Nemocnice Havlíčkův Brod infekční oddělení Husova 2624 580 01 Havlíčkův Brod
Nemocnice Třebíč infekční oddělení Purkyňovo nám. 133/2 674 01 Třebíč	Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o. infekční oddělení Žďárská 610 592 31 Nové Město na Moravě
Fakultní nemocnice Brno Klinika inf.chorob, Prof. Husa, CSc. Jihlavská 20 625 00 Brno	Fakultní nemocnice Brno Klinika inf.chorob, Doc.Bartošová, CSc. Jihlavská 20 625 00 Brno
Nemocnice Břeclav infekční oddělení U Nemocnice 1 690 74 Břeclav	Nemocnice Kyjov infekční oddělení Strážovská 976 697 01 Kyjov
Nemocnice Znojmo infekční oddělení MUDr. J. Janského 2675/11 669 02 Znojmo	Nemocnice Hranice a.s. infekční oddělení Zborovská 1245 753 22 Hranice na Moravě
Středomoravská nemocniční a.s. infekční oddělení Mathonova 291/1 796 04 Prostějov	Slezská nemocnice v Opavě infekční oddělení Olomoucká 86 746 01 Opava
Fakultní nemocnice s poliklinikou infekční klinika ul. 17. listopadu 1790 708 52 Ostrava-Poruba	Nemocnice s poliklinikou infekční oddělení Ul. Dělnická 1132/24 736 01 Havířov-Město
Baťova nemocnice Zlín infekční oddělení Havlíčkovo nábř. 600 762 65 Zlín	Nemocnice Vsetín infekční oddělení Nemocniční ul. 955 755 32 Vsetín
Nemocnice s poliklinikou infekční oddělení Purkyňova 365 686 68 Uherské Hradiště	



Anafylaktická reakce, anafylaktický šok

I.

9, 34 dispečink ZZS: volá 52 letý muž, že je poštípán včelou do ucha, udává zhoršené dýchání a zvětšující se otok obličeje.

9,46 příjezd na místo: Pacient mírně somnolentní ale oslovitelný, udává že si vzal Dithiaden 1 tbl. (v anamnéze již poštípání včelou). Na těle splyvavý exantém a drobné světlé makuly. Pruritus celého těla. Pacient udává také pocit většího jazyka. Zavedena i.v. kanyla podáno Ca gluconicum 1 amp, i.v. Solu Medrol 500 mg i.v. Kape infuse 500ml H1/1. Oběhově stabilizovaný, spontánně ventilující dostatečně. SpO2 97%. Dýchání bilaterálně skřípkové s malým množstvím BF, AS reg. 80 min.

10,04: Transport do nemocničního zařízení pacient subjektivně udává mírně ústup pruritu subjektivně se mu dýchá dobře poslechový nález je nadále skřípkové, dýchání v celém rozsahu. AS reg SpO2 98%.

10,21: Předání pacienta rovněž na příjmu přetrvává výrazný exantém a již jen mírný pruritus celého těla.

II.

14,10: Před cca 30 minutami 52 letý pacient při práci v lese poštípán sršněm. Po chvíli na místě poté dušný, po chvíli kolabuje. Spolupracovníky transportován v sedě do blízké ordinace praktického lékaře. V ordinaci hodinu před začátkem ordinace doby přítomná sestra. Ta volá ihned ZZS. Na místě je pacient již v bezvědomí s cyanózou v obličeji, pulsace centrálně nehmátná. Dle pokynů dispečinku ZZS prováděná KPR sestrou a řidičem náhodně projíždějícího sanitního vozu. Pokus o zavedení i.v. kanyly neúspěšný, Adrenalin sestrou aplikován i.m. celkem 2 mg.

14,24: Příjezd RLP, pacient s cyanózou v obličeji, zornice mydriatické šíře cca 8mm na místě provedena bez medikace ETI (endotracheální intubace) - ta velmi obtížná, pacient obězní s výrazným otokem v obličeji a jazyka. Podán ihned Adrenalin do ET kanyly, pokračováno v KPR zavedena kanyla do v. femoralis opakovaně podán Adrenalin i.v. celkem 8 mg, Solu Medrol postupně 2g i.v., do ET kanyly přes spacer Ventolin. Po 30 minutách KPR se obnovuje užitečná AS, pulsace centrálně hmatná. TK 80/60 nasazen NOA, startovací rychlost 0.5 mg/hod, postupně dávka zvyšována na 1.5 mg/hod.

14,46: Pacient transportován na odd. RES. K transportu podán Fentanyl 4 ml. Pacient na maximální terapii.

6. den: Vysazena sedace. V neurologickém nálezu dominuje těžké posthypoxické poškození mozku (apalický syndrom) prognóza v.s. infaustní.

III.

23,50: Na dispečink ZZS volá manželka 28 letého pacienta u kterého cca 20 minut po druhém požití tbl. Augmentinu dochází k dušnosti se zarudnutím v obličeji a pocitu brnění jazyka. ATB ordinována ten samý den PL při infektu HCD a tonsilitidě a febriliích 38 st.C.

0,06: Příjezd RLP na místo: pacient opocený, exantém v obličeji a horní polovině trupu, mírně klidově dušný. V anamnéze bez alergie. Vážněji nikdy nestonal. Zavedena i.v. kanyla, podáno Ca gluconicum 1amp

i.v., Solu Medrol 500 mg. TK 120/80, SpO2 97 %. Poslech bilat. dýchání s menším množstvím BF, více vpravo. AS reg. kolem 90 min. Postupně cca 10 min. od příjezdu RLP udává pacient pruritus celého těla. Dochází k nárůstu dušnosti, poslech bilat. s již větším množstvím BF, dýchání je oproti vstupnímu vyšetření oslabené. AS tachykardie 120 min. Pokles tenze 80/60, pokles SpO2 89%. Podán Adrenalin 1mg do F1/1 100ml frakcionovaně. Pro další pokles SpO2 80%, při nárůstu dušnosti přistoupeno k ETI s UPV (umělou plicní ventilací) v medikaci Hypnomidat 20 mg a SCCHJ 80mg (i s vědomím možné potenciace alergické reakce) pacient zaintubován. Poté podán Fentanyl 4ml, UPV s PEEP 6 a FiO2 1.0, kape infuse Plasmalyte 1000ml. Další pokles tenze 95/65. Zajištěn druhý žilní vstup: infuse Plasmalyte 1000ml. Pro spastický nález aplikován Ventolin spacerem.

0,46: Pacient převezen na RES nemocnice k další terapii.

Po 24 hodinách: vysazena sedace, pacient postupně plně oslovitelný, spolupracuje.

3. den: Pacient extubován. Po zaležení bronchopneumonie v celkově stabilizovaném stavu přeložen 4. den na interní JIP. Doporučeno alergologické vyšetření.

Komentář:

V případech alergické reakce je nutno vždy myslet na možný velmi rychlý rozvoj anafylaktického šoku. Naštěstí ne každá alergická reakce musí přejít do anafylaxe.

U závažného stavu je lékem první volby jednoznačně Adrenalin. U pacientů při vědomí ředíme 1mg Adrenalinu do F1/1 100 ml. (1: 100 000 tedy 10ug v 1 ml). V případě urgentního stavu (dušení, otok obličeje, jazyka, nárůst těžké dušnosti, závažný pokles tenze) je podán Adrenalin 1 mg i.v. neředěný a maximální dávka u těchto závažných život ohrožujících stavů není striktně uváděna. Je nutná dokonalá oxygenace pacienta co nejdříve zajistit i.v. vstup mít připravenou nálož tekutin a být připraven k zahájení KPR.

U dětí v případě těžké anafylaxe je úvodní dávka Adrenalinu 10ug (mikrogramu) na kg. Dávku možno zvýšit na 100ug/kg, uvádí se interval 3-5 minut až do dávky 200ug /kg. Při resuscitaci není rovněž maximální dávka striktně uváděna.

Kortikosteroidy ovlivňují pozdní reakci při anafylaxi, doporučuje se podání methylprednisolonu (Solu-Medrol). Hydrokortison je možný taktéž, má však pomalejší nástup účinku a je poměrně zdoluhavé jeho ředění do dostatečné dávky.

Antihistaminika jsou rovněž indikována. Nejlépe ještě před příjezdem RLP, ihned po vzniku obtíží.

Je velmi důležité si uvědomit že poléková alergie může probíhat i dvoufázově, proto je nutné sledovat pacienta a podávat kortikoidy 24 hodin poté. Jednoznačně se doporučuje hospitalizace v nemocničním zařízení. Pokud je vysloveno podezření na alergickou reakci, mělo by být k ozřejmění noxy provedeno alergologické vyšetření. To může, při budoucí medikaci zachránit pacientovi život. Rovněž je nezbytné nutně pečlivě uvádět a doplňovat aktuální alergickou anamnézu při jakémkoli předoperačním vyšetření nebo před hospitalizací pacienta.



prim. MUDr. Jaroslava Ščamburová

při alergické reakci je vždy nutno myslet též na anafylaxi

lékem volby je jednoznačně adrenalin – nejlépe i.v., antialergikum (např. Dithiaden) může pomoci do příjezdu ZZS



Kouření “z třetí ruky” (Third hand smoke)

Souhrn: Tabákový kouř obsahuje přibližně 4000 různých škodlivin. V průběhu přibližně 10 minut poté, co byl tabákový kouř vydechnut do vzduchu, se na povrchu nábytku, zdí a věcí začíná usazovat tenká vrstva respirovatelných (vzduchem přenášených) suspendovaných částic (Respirable Suspended Particles – RSP), která obsahuje celou škálu toxinů z tabákového kouře. Děti, které vyrůstají v místnostech, kde se kouřilo (i když se dobře větralo) jsou neustále vystavovány RSP z tabákového kouře na povrchu všeho, čeho se dotknou. Pokud si pak vloží ruce do úst, dostanou se RSP do jejich organismu a oni se stávají nedobrovolně pasivní kuřáci. To nejlepším, co kuřáci mohou udělat pro své děti je přestat kouřit.



MUDr. Peter Pribiš,
Dr.P.H.

**tabákový kouř
obsahuje přibližně
4000 různých
škodlivin**

**kotinin jako metabolit
nikotinu lze detekovat
v moči nebo krvi ještě
několik dnů poté, co
osoba byla vystavena
tabákovému kouři**

O škodlivosti kouření tabáku

Možná, že si teď myslíte, že psát do lékařského časopisu o škodlivosti kouření tabáku je “nošení dříví do lesa”. Kdo jiný, než právě zdravotníci, ví nejlépe o katastrofálních zdravotních důsledcích nikotinové závislosti. Statistiky o kouření v České republice se za poslední léta zlepšují, ale žel nejsou stále moc optimistické. V ČR kouří cigarety stále cca 27% dospělé populace; ročně umírá 18 tisíc lidí na nemoci způsobené kouřením. Přibližně 30% lékařů a 40% zdravotních sester stále ještě kouří, i když počty kuřáků-mediků již začínají klesat. V posledních několika letech přinesl výzkum o kouření několik velice zajímavých studií.

Kvalita vzduchu

Výzkum čistoty vzduchu identifikoval celou řadu částic (partikul) a látek, které se nacházejí ve vdechovaném vzduchu. Vědci pojmenovali tyto částice RSP (Respirable Suspended Particles). Zdroj RSP může být velice různorodý - např. tabákový kouř, kouř produkovaný při spalování dřeva, benzínu, mikroby, viry, houby, plísňe, spóry, těžké kovy jako např. olovo, rtuť nebo azbest. Tyto partikule jsou tak malé, že neprecipitují - mají v průměru méně než 2.5 micrometru a lze je pozorovat pouze pod mikroskopem. Při nadechnutí se mohou dostat hluboko do plic a způsobit závažné respirační onemocnění (astma, bronchitida, karcinom plic, atd.).

Tabákový kouř obsahuje přibližně 4000 různých škodlivin - plynů, toxinů, nikotin, dehet, těžkých kovů a dalších kancerogenů jako např. kyanid, CO₂, benzopyren, čpavek, toluen, kadmium, arzén, olovo, radioaktivní polonium 210 a mnoho dalších.

Kouření “z třetí ruky” (Third hand smoke)

O neblahých důsledcích pasivního kouření již bylo napsáno hodně. V ČR každý rok umře přibližně 3500 lidí na důsledky pasivního kouření.

Je to proto, že se pohybovali v prostředí, kde někdo kouřil (partner, spolupracovník, zákazník, ...) a oni byli nuceni vdechovat kouř. Nekuřáci ve srovnání s kuřáky mají citlivější čich. Když vejdou do místnosti, kde se kouřilo a pak případně i intenzivně větralo, tak stále cítí zápach kouře. Kuřácké oddělení ve vlaku nekuřákům smrdí, stejně jako oblečení kuřáků a není žádné tajemství, že “líbat se s kuřákem je jako vylíztat popelník.” Důvodem tohoto trvalého zápachu jsou právě RSP.

V roce 2004 Dr. Matt se spolupracovníky na Universitě v San Diegu studovali povrch kobereců, nábytků, stěn, závěsů, oblečení nebo hraček dětí v domech kuřáků. Zjistili, že v průběhu přibližně 10 minut poté, co byl kouř vydechnut do vzduchu, se začíná na povrchu věcí usazovat tenká vrstva RSP, která obsahuje celou škálu toxinů z tabákového kouře. Tyto látky bylo možné prokázat ještě dlouho poté, co kouření přestalo.

Studie se účastnilo 47 rodin. Vědce zajímalo, jaký vliv má kouření na děti vyrůstající ve studovaných rodinách. Vědci je rozdělili do 3 skupin: nekuřácké rodiny (17 rodin); pasivní kouření - matka, otec či návštěvníci nekouřili v místnosti, kde byli děti, ale kouřili ve vedlejší místnosti nebo venku (15 rodin); aktivní kouření - matka, otec či návštěvníci kouřili v místnostech, kde byli děti (15 rodin). Vědci měřili množství nikotinu v místnostech, kde děti spaly a hrály si, dále množství nikotinu na povrchu věcí, kde děti spaly a hrály si, nebo množství nikotinu na povrchu nábytku v ložnici i obývací, množství nikotinu na ukazováku matky, hladinu kotininu (metabolit nikotinu) v moči dětí a množství nikotinu či kotininu ve vlasech dětí. Kotinin jako metabolit nikotinu s poločasem rozpadu přibližně 20 hodin lze detekovat v moči nebo krvi ještě několik dnů poté, co osoba byla vystavena tabákovému kouři.



Množství nikotinu ve vzduchu bylo 8-krát vyšší v rodinách, kde se kouřilo aktivně ve srovnání s rodinami, kde se kouřilo pasivně. V rodinách, kde se nekouřilo, nebyl nalezen žádný nikotin na povrchu nábytku a v prachu. V rodinách s pasivním kouřením byl nikotin na 53% povrchu ložnic a obývacích, či 88% povrchu v rodinách s aktivním kouřením. Žádný nikotin nebyl nalezen na ukazováku nekuřáček oproti kuřáčkům, kde byl ve 100% kontaminován nikotinem, nebo 92% v rodinách s pasivním kouřením. Hladina nikotinu v moči dětí v rodinách nekuřáků byla v průměru 0.33 ng/ml. V rodinách s pasivním kouřením byla průměrná hladina v moči 2.47 ng/ml a v rodinách s aktivním kouřením vzrostla hladina v moči až k 15.47 ng/ml. Rozdíl mezi rodinami s pasivním kouřením a nekuřáků byl signifikantní ($p < 0.001$) a ukazuje na to, že děti v rodinách s pasivním kouřením nebyli dostatečně ochráněny před tabákovým kouřem. Hladiny nikotinu a kotininu ve vlasech dětí v rodinách s pasivním kouřením byly 5x vyšší než u nekuřáků a 10x vyšší v rodinách s aktivním kouřením ($p < 0.001$).

Aplikace a doporučení

Jediná možnost eliminace toxinů z tabákového kouře je naprostý zákaz kouření v místnostech, kde bydlí (spí nebo si hrají) děti. To nejlepší, co kuřáci mohou udělat pro své děti je přestat kouřit. Děti, které vyrůstají v místnostech, kde se kouřilo (i když se dobře větralo) jsou stále vystavovány RSP z tabákového kouře na povrchu koberců, nábytku, hraček atd. Všechno, čeho se dotknou, zanechá na jejich rukou stopy RSP. Když si pak vloží ruce do úst, stávají se z nich nedobrovolně pasivní kuřáci. I když by kuřáci nikdy nekouřili doma, jejich oblečení a ruce jsou kontaminovány tabákovým kouřem. Nedobrovolně tak nutí své děti "kouřit z třetí ruky".

Literatura:

1. Tobacco Control 2004; 13:29-37
2. Pediatrics 2009; 123:e74-e79
3. Wikipedia: Cotinine Získáno 14. května 2009 z <http://en.wikipedia.org/wiki/Cotinine>

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

LACTOVAG

imuna

....pro život bez omezení

**řešení
na kvasinkové
vaginální
infekce**

SLOŽENÍ

1 čípek obsahuje:

bakterie mléčného kvašení (rod <i>Lactobacillus</i> a <i>Streptococcus</i>)	0,3g
laktóza monohydrát	0,1g
kyselina askorbová	0,03g
kyselina listová	0,015g
čípkový základ (tuhý tuk)	1,97g

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

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

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

**Chráníme to nejценnější....
Chráníme Vaše zdraví!**

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

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

www.imuna.sk

Podmínky pro zacházení s léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče



Informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu.

Níže uvedený text upřesňuje požadavky vyhlášky č. 84/2008 Sb. ve vztahu k podmínkám zacházení s léčivými přípravky ve zdravotnických zařízeních dle komentáře SUKL.

Před komentářem je uveden text daného ustanovení vyhlášky, **komentář SUKL je psán modře.**

ČÁST ŠESTÁ PODMÍNKY PRO ZACHÁZENÍ S LÉČIVÝMI PŘÍPRAVKY PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zacházením s léčivými přípravky se rozumí jejich úprava, uchovávání, používání při poskytování zdravotní péče a odstraňování nepoužitelných léčiv. Podmínky zacházení se týkají i přepravy léčivých přípravků, např. v rámci nemocnice. Účelem stanovení podmínek pro zacházení s léčivými přípravky ve zdravotnických zařízeních touto vyhláškou je zejména zajištění jejich vyhovující kvality po celou dobu, než dojde k jejich použití.

§ 34

Zdravotnickému zařízení dodává léčivé přípravky lékárna nebo provozovatel jiného pracoviště nebo zařízení připravující léčivé přípravky. Transfuzní přípravky dodávají zdravotnickým zařízením zařízení transfuzní služby, plyny používané při poskytování zdravotní péče, infuzní roztoky a vakcíny mohou být dodávány také distributory léčivých přípravků. Zdravotnické zařízení postupuje při zacházení s léčivými přípravky tak, aby byla zajištěna jakost, účinnost a bezpečnost používaných léčivých přípravků.

Jiným pracovištěm může být na základě zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), pracoviště nukleární medicíny zdravotnického zařízení, jde-li o radiofarmaka, imunologické nebo mikrobiologické pracoviště zdravotnického zařízení nebo zdravotnické zařízení vykonávající činnost podle zvláštního právního předpisu, jde-li o humánní autogenní vakcíny. Zdravotnické zařízení postupuje při zacházení s léčivými přípravky podle standardních operačních postupů schválených zdravotnickým pracovníkem, který je na daném pracovišti za zacházení s léčivými přípravky odpovědný. Standardní operační postup je dokument vypracovaný pro opakující se činnosti, který popisuje jednotlivé kroky určité činnosti, včetně způsobu vedení záznamů, které dokumentují jednotlivé prováděné operace. V případě, že na pracovišti je více pracovníků, musí být rovněž vymezeny odpovědnosti za jednotlivé činnosti.

§ 35

Úprava léčivých přípravků

Při úpravě registrovaných léčivých přípravků přímo ve zdravotnickém zařízení se postupuje podle souhrnu údajů o jednotlivých léčivých přípravcích nebo podle standardních operačních postupů, ve kterých se uplatní podmínky přípravy podle § 3 odst. 4 a 8,

§ 4 odst. 1, § 8 odst. 4 a § 9 odst. 7 přiměřeně.

Za úpravu se považuje ředění registrovaných léčivých přípravků (kromě úpravy, která je neúměrně náročná nebo nebezpečná: úprava radiofarmak, injekčně podávaných cytostatik, léčivých přípravků pro genovou terapii a úprava léčivých přípravků určených pro parenterální výživu – ta je definována jako příprava), **rozpuštění nebo ředění sirupů, prášku pro přípravu injekčních přípravků a přidávání injekčních roztoků do infuzí, pokud** jsou prováděny v obalech určených k tomuto účelu nebo v případě sterilních léčivých přípravků pomocí zdravotnických prostředků zaručujících sterilitu. Souhrn údajů o přípravku (SPC) je písemné shrnutí informací o léčivém přípravku, které jsou podstatné pro jeho správné používání zdravotnickými pracovníky; je součástí rozhodnutí o registraci léčivého přípravku.

Použití čištěné vody pro úpravu: čištěnou vodu lze uchovávat při teplotě nejvýše 25 st.C a používat ji pro úpravu léčivých přípravků nejdéle po dobu 24 hodin od její přípravy; je-li po přípravě uchovávána při teplotě 2 až 8 °C, lze ji používat nejdéle po dobu 72 hodin. Další použitelnost lze připustit, pokud je doložena studií stability. Čištěnou vodu uchovávanou v uzavřeném systému zařízení pro přípravu čištěné vody lze použít pro úpravu léčivých přípravků nejdéle po dobu stanovenou na základě validace procesu.

Použití vody na injekce pro úpravu: vodu na injekci uchovávanou ve vzduchotěsných obalech lze pro úpravu léčivých přípravků použít nejdéle po dobu 24 hodin od okamžiku narušení celistvosti obalu. Je-li však používána jako voda čištěná a uchovávána při teplotě 2 až 8 st.C, lze ji používat nejdéle po dobu 72 hodin.

Po úpravě léčivého přípravku se provede vždy kontrola vzhledu, množství a úplnosti označení. Doba použitelnosti upraveného HVLP (po naředění) je uvedena v SPC.

§ 36

Uchovávání

(1) Léčivé přípravky se uchovávají za podmínek uvedených v souhrnu údajů o přípravku nebo podle pokynů výrobce, dodávající lékárny nebo pracoviště nebo zařízení připravující léčivé přípravky a uplatňují se podmínky uchovávání podle § 21 přiměřeně. Při uchovávání se vždy upřednostní podmínky uvedené v SPC. Ostatní alternativy jsou uvedeny pouze pro případy, kdy z různých důvodů není SPC dostupný. SPC je třeba použít v aktuálním znění, protože dochází k poměrně častým změnám. Aktuální znění lze nalézt na webu SÚKL na adrese www.sukl.cz (rubrika Přehledy a databáze SÚKL, Databáze registrovaných léčivých přípravků, SLP /léčivé přípravky ve specifickém léčebném programu/ a PZLÚ /potraviny pro zvláštní léčebné účely/), ve veřejně dostupných komerčních informačních zdrojích, jako je např. AISLP, nebo jej jsou na vyžádání povinni

**rizika při přípravě
infuzí a sterilních
injekcí z prášku**

**aktuální znění SPC na
webu - www.sukl.cz**



poskytnout reprezentanti dané společnosti. Podmínky uchovávání jsou rovněž uváděny na obalu každého léčivého přípravku.

Léčivé přípravky musí být na pracovištích uloženy přehledně.

Musí být stanovena osoba zodpovídající za: - příjem,

- uchovávání za předepsaných podmínek,

- kontrolu doby použitelnosti léčivých přípravků.

Zkoumadla a dezinfekční roztoky musí být uloženy odděleně. Při uchovávání léčiv musí být dodržena a pravidelně sledována teplota uchovávání. Termolabilní léčivé přípravky musí být uchovávány v chladničce vybavené pro záznam teploty (teploměr, záznamové zařízení apod.).

Návykové látky musí být uchovávány v souladu se zákonem č. 167/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, tj. v uzamykatelných nepřenositelných kovových schránkách.

(2) Léčivé přípravky připravené v lékárně se uchovávají pouze v původních obalech.

Připravené léčivé přípravky se uchovávají dobře uzavřené, označení na signatuře musí být čitelné, musí být sledována a dodržována doba použitelnosti, stanovena připravující osobou.

(3) Léčivé přípravky se uchovávají tak, aby byly zachovány údaje, které je identifikují.

Léčivé přípravky nevyhovující jakostí, s prošlou dobou použitelnosti, uchovávané za jiných než předepsaných podmínek, zjevně poškozené nebo nespolehlivé musí být označeny jako nepoužitelné, uloženy odděleně a v nejkratší možné době předány jako nebezpečný odpad k likvidaci právnické nebo fyzické osobě, která provádí zneškodňování na základě souhlasu uděleného orgánem kraje.

§ 37

Dokumentace

(1) Činnost spojená s příjmem, přepravou, úpravou, uchováváním léčivých přípravků a používáním léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče se dokumentuje. Pokud je dokumentace vedena v elektronické podobě, údaje se zálohují obnovitelným způsobem.

(2) Dokumentaci tvoří:

a) záznamy o

1. příjmu léčivých přípravků,

Podepsané kopie příjmových dokladů – žádanek nebo objednávek potvrzené přijímající osobou a vydávající lékárníkem - mohou být dohledatelné na ekonomickém oddělení. Standardním operačním postupem lze určit jiný způsob převzetí léčivých přípravků v případě, že lékárna je součástí zdravotnického zařízení.

2. používání a úpravě léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče,

Použití jednotlivých léčivých přípravků musí být dohledatelné ve zdravotní dokumentaci pacientů. Úprava je popsána ve standardním operačním postupu, včetně případného ředění.

3. evidenci léčivých přípravků na pracovišti, Každé pracoviště má seznam léčivých přípravků nacházejících se na pracovišti, který je dle potřeby aktualizován. Seznam může být rozepsán na jednotlivá místa uchovávání. Způsob kontroly stavu zásob je součástí standardního operačního postupu pro uchovávání léčivých přípravků.

4. kontrole dodržení teploty uchovávání léčivých přípravků, v případě léčivých přípravků vyžadujících sníženou teplotu uchovávání se záznamy provádí minimálně jednou denně,

Snížená teplota uchovávání léčivých přípravků znamená doporučené rozmezí teplot obvykle 2 až 8 °C a 8 až 15 °C.

5. reklamací z důvodu závady v jakosti a o stahování léčiv z oběhu,

Zdravotnické zařízení průběžně sleduje hlášení SÚKL o reklamaci z důvodu závady v jakosti, stahování léčiv z oběhu a informací o podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek a jiné skutečnosti závažné pro zdraví léčených osob související s použitím léčivého přípravku. Záznamy o reklamaci musí obsahovat i provedená opatření.

Formulář hlášení se nachází na webových stránkách SÚKL na adrese www.sukl.cz (rubrika Hlášení pro SÚKL, Hlášení podezření na záadu v jakosti léčivého přípravku).

b) informace o podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek a jiné skutečnosti závažné pro zdraví léčených osob související s použitím léčivého přípravku,

Doporučuje se uchovávat kopie odeslaných formulářů (hlášení na SÚKL). Formuláře hlášení se nachází na webových stránkách SÚKL na adrese www.sukl.cz (rubrika Hlášení pro SÚKL, Hlášení podezření na nežádoucí účinky léčivého přípravku).

c) standardní operační postupy dokumentující v rozsahu odpovídajícím vykonávaným činnostem

1. příjem léčivých přípravků,

Popisuje systém příjmu na konkrétním oddělení, včetně dalšího rozdělení v rámci jednotlivých pracovišť, jsou v něm uvedeny osoby odpovědné za příjem a vedení evidence.

2. úpravu léčivých přípravků,

Standardní operační postup pro úpravu léčivého přípravku se vypracuje v případě, není-li tato úprava uvedena v SPC či jiném dokumentu, který ji dostatečně popisuje.

3. používání léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče včetně vybavování pacienta léčivými přípravky,

Postačuje zdravotní dokumentace pacienta.

4. uchovávání léčivých přípravků.

Uvádí místa uchovávání, teploty uchovávání a způsob sledování doby použitelnosti a vedení záznamů s uvedením osoby odpovědné za dodržování a kontrolu podmínek uchovávání.

(3) Standardní operační postupy jsou opatřeny datem a podpisem osoby, která je na daném pracovišti za zacházení s léčivými přípravky odpovědná.

(4) Dokumentace se eviduje podle § 22 obdobně.

Dokumentace se uchovává nejméně po dobu 5 let od data provedení posledního zápisu.

§ 38

Za účelem vybavení pacienta lze poskytnout pouze léčivý přípravek

a) v obalu, jehož celistvost nebyla narušena, nebo

b) v tuhých nebo polotuhých dělených lékových formách; takový léčivý přípravek se poskytne v dobře uzavřeném

obalu, na němž se uvede název léčivého přípravku včetně síly a způsobu jeho použití a podmínky jeho uchovávání.

**zkoumadla
(vyšetřovací přístroje)
a dezinfekční roztoky
musí být uloženy
odděleně**

**kontrola teploty
léků se sníženou
teplotou uchovávání
se provádí minimálně
jednou denně**

**vhodné uchovávat
kopie všech odeslaných
formulářů (hlášení na
SÚKL apod.)**

**dokumentace
je základem
pro hodnocení stavu**



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 3. 7. 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
6/2009

**Správné
odpovědi
testu
č. 5/2009:**

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

**Zpráva ze 3. Jarní interaktivní konference II. část
Screening kolorektálního karcinomu v ČR**

1. Imunochemický test se od guajakového liší:

- a) specificitou
- b) sensitivitou
- c) potřebou dietního omezení

2. Primární screeningová kolonoskopie:

- a) se provádí u všech osob v 50. roce věku
- b) se provádí v 50., 60. a 70. roce věku, v mezidobí se pokračuje ve 2-letém provádění TOKS
- c) je nabízena pacientům v 55 letech jako screeningová možnost místo opakovaného TOKS

3. Pacient, který měl normální kolonoskopii v 55 letech:

- a) je vyřazen na 5 let ze screeningu
- b) je vyřazen na 10 let ze screeningu
- c) absolvuje dále TOKS á 2 roky

**Zpráva ze 3. Jarní interaktivní konference II. část
Definice a epidemiologie akutních a chronických onemocnění ledvin**

4. Diagnózu akutního selhání ledvin v současné době stanovujeme podle:

- a) Měření glomerulární filtrace (GF)
- b) Výpočet glomerulární filtrace (eGF)
- c) Kritérií RIFLE

5. Nejčastější příčinou AKI je:

- a) Sepse
- b) Stavby spojené s operačním výkonem
- c) Kardiogenní šok

6. Který z následujících faktorů hraje nejdůležitější roli v predikci progresu CKD:

- a) Věk
- b) Mikroalbuminurie
- c) Leukocyturie

Diagnostika a terapie závrativých stavů

7. Head impulse test slouží

k vyšetření:

- a) Mozečkových funkcí
- b) Vestibulárního systému
- c) Pyramidové dráhy

8. Nejčastější příčinou závratí je:

- a) Méniérová choroba
- b) Migréna
- c) BPPV

9. Léčbou volby vestibulární neuronitidy jsou:

- a) Virostatika
- b) Kortikoidy
- c) Betahistin

Mexická (prasečí) chřipka - rozhovor s profesorem MUDr. Jiřím Beranem CSc.

10. Těžkým průběhem „Mexické chřipky“ jsou nejvíce ohroženi:

- a) spíše mladší osoby do 50 let věku
- b) osoby s vysokými titry protilátek proti „běžné“ chřipce
- c) osoby s chronickým onemocněním

Správné mohou být všechny tři možnosti.

odpovědní lístek - test č. 6/2009

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 |

Jansen Cilag - Jurnista

Solvay