



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 7/2009

ročník 8

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem tohoto čísla je
Doporučený postup

**Prevence
kardiovaskulárních
onemocnění**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Tip tohoto čísla: čtěte na str. 11

**Prevence kardiovaskulárních onemocnění
v ordinaci praktického lékaře**



Další typy z obsahu čísla:

- Máte problémy s nasmlouváním výkonu pro stanovení INR? str. 5
- Jak očkovat proti chřipce v době hrozící pandemie str. 16
- Trendy současné onkologie str. 20
- Časná revmatoidní artritida – diagnostika a léčba str. 28
- Základní principy edukace diabetiků str. 30
- Psychologické aspekty farmakoterapie erektilních dysfunkcí str. 33
- Vliv léků a metabolických změn na EKG str. 36
- Novinky v očkování proti tetanu str. 38
- Charakteristiky pacientů s chřipkou A H1N1 str. 40
- Lze ovlivnit karcinom prostaty změnou životního stylu? str. 44
- Požádali jste již o slevu na pojistném za zaměstnance? str. 46

Obsah

SVL ČLS JEP informuje	5
Prevence kardiovaskulárních onemocnění v ordinaci všeobecného praktického lékaře	11
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.	
Jak očkovat proti chřipce v době hrozící pandemie?	16
MUDr. Cyril Mucha	
Trendy současné onkologie	20
prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.	
Očkování proti sezónní chřipce ve Škoda Auto Mladá Boleslav	24
MUDr. Ján Moravík, CSc., MUDr. Ladislav Novotný	
Časná revmatoidní artritida z pohledu praktického lékaře	28
MUDr. Heřman Mann	
Základní principy edukace diabetiků	30
prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.	
Psychologické aspekty farmakoterapie erektilních dysfunkcí	33
prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.	
 ...EKG pro praxi	36
Vliv léků a metabolických změn na EKG	
 ...dotazy a odpovědi	38
 ...POEM: Patient oriented evidence that matters	40
 ...počítač a doktor	42
Nakupování na internetu	
 ...prevence v primární péči	44
Lze ovlivnit karcinom prostaty změnou životního stylu?	
 ...z případů záchranné služby	45
Pneumotorax	
 ...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa	46
Zákon o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti	
 ...znalostní test	50

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
7/2009, ročník 8

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 064

fax: 267 184 041

e-mail: practicus.svl@cls.cz

www.practicus.eu

Redakce:

MUDr. Jaroslava Laňková
šéfredaktorka, lankova@svl.cz

MUDr. Jozef Čupka
odborný redaktor

MUDr. Cyril Mucha
odborný redaktor

MUDr. Jana Vojtíšková
odborný redaktor

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

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **27. 8. 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 neprocházejí jazykovými korekturami. ••• Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP, 2009**



MUDr. Marie Manoušková

Budou praktičtí lékaři léčit diabetiky?

Výskyt cukrovky (DM) má u nás i celosvětově stoupající tendenci. Očekává se, že v České republice v nejbližší době dosáhne počet diabetiků 800 000. Rovněž výskyt komplikací spojených s DM má stoupající tendenci. Jen pro zajímavost, výskyt diabetu v populaci mužů ve věkové skupině 25 až 60 let je kolem 7%, pacientů diabetiků po prodělaném infarktu ve stejné věkové skupině je téměř 20%. Asi 92% diabetiků tvoří diabetici s DM 2. typu.

A teď vyvstává otázka léčby diabetika. Podle mých zkušeností objednání nového pacienta do diabetologické ambulance je záležitostí několika týdnů až měsíců. Jak bylo v posledních studiích prokázáno, zejména u nově zjištěných diabetiků, je efektivní včasná a intenzivní léčba, která přináší svůj efekt ve smyslu menšího výskytu komplikací při dlouhodobé léčbě.

Při nově zjištěném DM praktik jako první edukuje diabetika, i když tento kód v současné době proplácí v ČR pouze 2 pojišťovny. Ale poučení pacienta o nutnosti změny životního stylu, včetně dodržování diety, považují za důležité. Myslím si, že v současné době, zejména na základě vydaných doporučení, jsou praktičtí lékaři schopni léčit pacienty s DM, zejména diabetiky 2. typu. Je to otázka předepisování antidiabetik (metformin, deriváty sulfonylurey, thiazolidindiony) a provádění intenzivních kontrol, včetně doporučených odběrů. Otázka léčby inzulinem je mimo jiné i otázkou dalšího navýšení nákladů. Myslím si, že tito pacienti společně s pacienty, jejichž léčba v ordinaci PL není dostatečná, by měli být léčeni v diabetologických ambulancích.

DM není jen léčba glykémie, dalšími důležitými faktory, které přispívají k riziku vzniku komplikací je zejména hypertenze a dyslipidémie. Udržení tlaku na doporučených hodnotách u velké většiny diabetiků je otázkou kombinované léčby. Podle výsledků proběhlých studií jsou na prvním místě volby ACEI. Jejich protektivní, antiproliferativní, protizánětlivé, fibrinolytické a renoprotektivní vlastnosti je určují na toto místo. Samozřejmě, že důležitým antihypertenzivem jsou i AT1 blokátory, a to zejména proto, že se u nich nevyskytují nežádoucí účinky jako u ACEI, ale i proto, že až 40% angiotensinu I je přeměňováno na angiotensin II jinak, než prostřednictvím ACE. Naděje se rovněž vkládají do aliskirenu (inhibitor reninu), zejména u pacientů s diabetickou nefropatií. Léčba ACEI by měla být zahájena i u diabetiků s mikroalbuminurií bez hypertenze.

Léčba dyslipidémie také přispívá k lepší prognóze diabetika. Základní roli hrají statiny, které se staly v současné době součástí léčby mnoha onemocnění. U pacientů s kombinovanou hyperlipidémií byl prokázán dobrý účinek fenofibrátu, který by měl snižovat i riziko mikrovaskulárních komplikací. U některých pacientů je nutno přistoupit ke kombinované léčbě, ať už kombinace statin + fenofibrát nebo statin + ezetimib.

Jak je z výše uvedeného patrné, léčba diabetika 2. typu je ekonomicky náročná. Pokud má praktický lékař léčit diabetiky 2. typu, pak je nutno tuto otázku řešit se zdravotními pojišťovnami. Je to mimo jiné otázka předepisování vázaných léků, ale i četnost a finanční náročnost prováděných odběrů. Zejména v současné ekonomické situaci, kdy lze do budoucna předpokládat tlak ze strany zdravotních pojišťoven ke snížení nákladů ve všech segmentech. Řešením by, podle mého názoru, bylo zohlednění těchto nákladů ze strany pojišťoven, a pokud to nepůjde jinak, tak alespoň u těch praktických lékařů, kteří tuto léčbu provádějí.

MUDr. Marie Manoušková
členka výboru SVL ČLS JEP
praktická lékařka v Ostravě

Máte problémy s nasmlouváním výkonu pro stanovení INR?

Protože se stále vyskytují sporadické problémy při nasmlouvání podmínek výkonu stanovení INR v POCT režimu (v poslední době jsme obdrželi tuto zprávu např. od kolegů z Ostravy a z Kroměříže - konkrétně se týkalo VZP), chceme vyzvat všechny, kdo mají problémy nebo byli přinuceni podepsat podmínky, které nejsou v souladu s platnou vyhláškou ani podloženy dohodou mezi ZP, SPL a SVL, aby se znovu obrátili na příslušnou zdravotní pojišťovnu se žádostí o nasmlouvání podmínek pro výkon kódu v souladu s platnou vyhláškou. Pokud bude za strany pojišťovny trváno na dalších přídatných podmínkách, obraťte se prosím na sekretariát SVL nebo SPL a současně zašlete kopie příslušné korespondence a příloh s požadovanými podmínkami pro výkon tohoto kódu. Použijeme je jako důkazný materiál pro jednání se ZP.

Mezi neoprávněné podmínky pro nasmlouvání výkonu, které v některých místech pojišťovny stále požadují (na základě jakýchsi „vnitřních“ předpisů) patří např.

- požadavek na zahájení a ukončení antikoagulační léčby lékařem – specialistou,
- kontrolní vyšetření INR u každého sledovaného pacienta „standardním způsobem“ (tj. v příslušné spádové klinické laboratoři) min. 1x za 6 měsíců,
- požadavek na provádění interní kontroly kvality přístroje ve frekvenci 1x za měsíc (např. u přístrojů CoaguChek XS a XS Plus je interní kontrola prováděna automaticky při každém měření, v případě vnitřní kontroly je nutno sledovat doporučení výrobce daného přístroje a ne podmínky pojišťovny)
- požadavek na ověřování znalostí lékaře kontrolními otázkami zaměřenými na klinickou interpretaci výsledků (interpretace, úprava dávky a termín příští kontroly) ve vztahu k zadaným údajům o pacientech, které jsou zasílány v rámci kontrolního cyklu externího hodnocení kvality (EHK) v systému SEKK

Kvalifikační i další podmínky pro výkon stanovení INR v režimu POCT jsou stanoveny definicí výkonu v platné vyhlášce (poslední platná vyhláška seznamu výkonů má číslo 439/2008 Sb. a platí od 1. ledna 2009):

01443 KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ INR Z KAPILÁRNÍ KRVĚ (POCT)

„Indikací je sekundární prevence hluboké žilní trombózy a plicní embolie a prevence nitrosrdeční trombózy a jejich embolizačních komplikací ve velkém oběhu, lékař musí být proškolený v trombotickém centru. Není určeno k self-monitoringu pacientů. Výkon nelze vykázat, pokud je současně odebírána venosní krev za účelem i jiného laboratorního vyšetření. Podmínkou je dodržení externího hodnocení kvality (systém mezilaboratorních porovnávacích zkoušek) 1 x ročně“

Tedy pro nasmlouvání kódu stačí doložit:

- **potvrzení o proškolení v trombotickém centru**
- **doklad o externím hodnocení kvality (EHK) 1x ročně** (pokud jste ještě neabsolvovali cyklus EHK, stačí dodat kopii smlouvy se SEKK – blíže www.sekk.cz, nebo požádat na sekk@sekk.cz).

Žádné další podmínky není nutno plnit.

Součástí podmínek bývají někdy obecné požadavky typu např. „*vyšetření musí být prováděno podle zásad režimu POCT, který tvoří nedílnou součást laboratorní diagnostiky a má pevné místo v organizačním uspořádání laboratorní medicíny*“, které jsou bezobsažné a není problém je podepsat.

Do podmínek pojišťovna přiřazuje i souhlas se započtením výkonu do regulací indukované komplementární péče. Zde jde spíše o potvrzení, že poskytovatel bere tuto skutečnost na vědomí.

V systému externího hodnocení kvality u SEKK je zasílán kromě výsledkového formuláře i formulář s otázkami na interpretaci výsledků. Tato aktivita SEKK nemá souvislost s požadavkem na účast v externím hodnocení kvality. Pokud máte zájem, můžete zaslané otázky vyplnit a ověřit si své znalosti – obdržíte potom tzv. výsledkový list (kvalitativní výsledky klinické interpretace). Pamatujte ale, že výsledky Vašich testů používá hematologická společnost k hodnocení znalostí a schopnosti praktických lékařů léčit pacienty warfarinem. Je nám známo, že dříve lékaři různé bojkotovali tyto dotazy a zaškrtávali odpovědi zcela náhodně. Ovšem všechny výsledky byly zpracovávány a výstupy byly použity jako argument o nedostatečné schopnosti praktických lékařů pro tento výkon. Vyzýváme tedy kolegy, pokud chtějí na otázky interpretace výsledků odpovídat, aby toto vykonávali odpovědně.

Dokladem o splnění podmínky EHK je osvědčení o účasti, které obdrží každý, kdo se daného kontrolního cyklu zúčastní.

MUDr. Jaroslava Laňková

Odborný garant SVL pro problematiku POCT

lanкова@svl.cz

na znalostní otázky zasílané firmou SEKK není nutno odpovídat – znalostní test není součástí podmínky pro splnění účasti v EHK

Spolupráce SVL ČLS JEP a AutoContu

Společnost Všeobecného Lékařství a firma AutoCont připravili smlouvu o spolupráci v oblasti informačních technologií. Spolupráce přináší pro praktické lékaře výhodnější podmínky ve třech oblastech informačních technologií:

- nákup a dodávka výpočetní techniky
- školení v rámci vzdělávání lékařů
- instalace, servis, technická podpora a další služby

Nákup a dodávka výpočetní techniky

Každý praktický lékař může výhodně nakupovat výpočetní techniku (počítače, notebooky, tiskárny, software...) na elektronickém obchodu IT DNES (www.itdnes.cz).

Před první objednávkou je potřeba provést registraci, abyste získali zvýhodněné podmínky určené pro praktické lékaře (viz vložený text „Aktivace VIP účtu“). Pro praktické lékaře jsou připravené doporučené konfigurace počítačů, notebooků a tiskáren. V případě dotazů můžete využít kontaktů uvedených níže (obchodní linka).

Školení v rámci vzdělávání lékařů

Jsou připravené půldenní a celodenní kurzy pro praktické lékaře. Školící kurzy se zaměřují na základní zvládnutí práce s počítačem, operačním systémem a základní dovednosti v kancelářských programech MS Word a MS Excel. Termíny kurzů budou oznámeny na webu www.svl.cz

Instalace, servis a technická podpora a další služby

Seznam služeb:

- Zprostředkování připojení na Internet.
 - Instalace zařízení v ordinaci, včetně propojení s dosavadními zařízeními
 - Vzdálená technická podpora
 - Správa zařízení v místě u lékaře (opravy, preventivní prohlídky)
 - Nastavení profesionální komunikace (služba Profi Email – informace na www.profiemail.cz)
- Zástupci firmy AutoCont poradí s konfigurací počítače vhodné do ordinace, pomohou s instalací zařízení a připojením na Internet, navrhnou Vám i vhodný software a služby, které potřebujete.

Další informace si můžete vyžádat na obchodní lince (tel.: 596 152 222, e-mail: info@autocont.cz)

Návod na aktivaci VIP účtu (podrobně viz rubrika PC a doktor):

1. Na počítači spustíte Internet prohlížeč (např. Internet Explorer)
2. V prohlížeči napíšete: www.itdnes.cz
3. Zvolíte „Nový zákazník – registrace“
4. Vyberete obrázek „Podnikatelé a firmy“
5. Zadáte IČ
6. Vyplníte další registrační údaje
7. Do pole „referenční kód“ uvedete kód: **svlvip**
8. Dokončete postup registrace dle průvodce

MUDr. Cyril Mucha

Vzdělávací portál EUNI v ordinaci praktického lékaře

E-learningové vzdělávání nachází stále více příznivců i v oblasti zdravotnictví. Důvodem je především časová a finanční úspora, ale také interaktivita – v knize si nelze přehrát video, vyslechnout přednášku, seznámit se s aktuálními oborovými novinkami nebo konzultovat určitý problém s autorem lekce. Rovněž možnost skládání zkoušek z domova od vlastního počítače je jistě příjemný bonus.

Přesto nebyly začátky této formy kontinuálního vzdělávání snadné. Ne všichni lékaři byli ochotni „spřátelit se“ s počítačem a přijmout jinou variantu studia, než jakou nabízely fyzické semináře. Jak přijímají tuto podobu vzdělávání praktičtí lékaři? Na to jsme se zeptali **doc. MUDr. Bohumila Seiferta**, vědeckého sekretáře SVL ČLS JEP a přednosty Ústavu všeobecného lékařství, který je také autorem dvou lekcí na portálu EUNI (Elektronické univerzity na www.euni.cz).

Jak vzpomínáte na počátky internetového vzdělávání lékařů v ČR?

Věřil jste tehdy, že se do studia na EUNI během tří let zapojí téměř 10 000 lékařů?

Nevěřil. Uvědomoval jsem si možnosti a budoucnost internetu, ale nečekal jsem takový zájem během tří let. Průzkumy Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP ještě před spuštěním EUNI ukazovaly, že internet užívá zhruba jen dvacet procent praktických lékařů. Dnes je v EUNI registrováno přes dva tisíce praktických lékařů.

smlouva by měla pomoci PL orientovat se v počítačové technice, nabídnout výhodný nákup a zejména dlouhodobě pomáhat s řešením problémů

Jak jsme na tom v tomto směru v porovnání se světem?

Vzdělanost a zvědavost Čechů se projevuje i v této oblasti. Takže určitě nezaostáváme. Co se týká vzdělávání lékařů, v Evropě třetina z nich preferuje internet, třetina konference a třetina časopisy. Využívání internetu považuje za samozřejmé až šedesát procent lékařů, což je také hranice, kam by se mohla EUNI v blízké budoucnosti dostat.

V čem se podle Vás EUNI odlišuje? Vždyť odborných medicínských stránek je na internetu celá řada.

EUNI je jedinečná svou koncepcí, která propojuje akademickou medicínu s praxí a nabízí vysokou odbornou, didaktickou i technologickou úroveň lekcí. Daří se získávat vynikající autory. EUNI velmi dbá na zohlednění zpětné vazby studujících. Konečně úspěch je dán i vysokou profesionalitou a nasazením projektového týmu.

EUNI je v první řadě multioborový vzdělávací portál. Má ale co nabídnout praktickému lékaři? Pro jakého typického praktického lékaře je podle Vás vhodná?

Část lekcí je šitá na míru praktickým lékařům. Ale pro praktické lékaře jsou atraktivní i lekce

jiných odborností a aktuální informace, kterých na portálu přibývá. Asi neumím popsat typického praktického lékaře, studenta EUNI, ale nejspíš bude příznivcem počítače a internetu, bude zvědavý a náročný na své medicínské znalosti a přitom dost zaměstnaný. Nemyslím si, že by musel být z vesničky v pohraničí nebo tvorem nespolečenským.

Můžete ve stručnosti popsat, jak probíhá studium na EUNI?

Po zaregistrování na portálu www.euni.cz, které je pro všechny lékaře a lékárníky bezplatné, si stačí vybrat obor, který chcete studovat a v jeho rámci si pak zvolit konkrétní lekci. Ta se skládá z review a přednášky, kterou nahrává jako součást každé lekce její autor. Poté si lze nanečisto vyzkoušet nabyté znalosti kliknutím na odkaz Edukační otázky nebo Edukační kazuistiky. Případné dotazy lze po otevření záložky Konzultace zaslat e-mailem přímo přednášejícímu lektorovi.

A posledním krokem je samotná zkouška, která obsahuje devět otázek a tři kazuistiky. K dispozici jsou tři varianty zkouškových testů, tedy celkem tři možné pokusy. Podrobnosti si lze přečíst v odkazu Pravidla a rozsah zkoušky.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ

ve spolupráci s

Českou onkologickou společností ČLS JEP, Společností všeobecného lékařství ČLS JEP, Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP a Slovenskou lékařskou společností

pod záštitou



pořádá

XX. KONGRES ČLS JEP PRO LÉKAŘE V PRAXI S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ

PREVENCE A ČASNÁ DIAGNOSTIKA ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE



Kongres se koná v rámci Medical Fair Brno Central Europe 2009.

Výstaviště Brno, pavilon A3 - Rotunda
21. října 2009

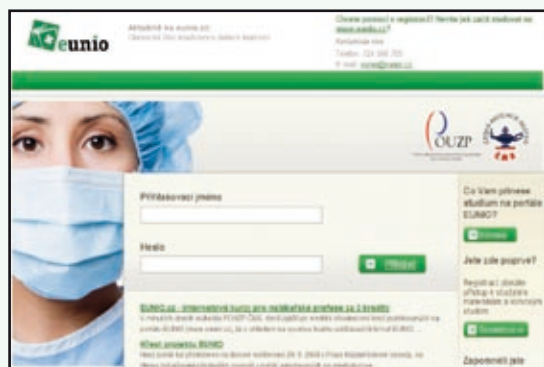
www.cls.cz

Akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLS JEP ve spolupráci s ČLK a ČAS (ohodnocena kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání – účastníci obdrží certifikát o účasti.

Sekretariát kongresu: AMCA, spol. s r.o., tel.: 257 007 629, 731 496 060, e-mail: amca@amca.cz, www.amca.cz

FINANČNÍ
PARTNER





Je tento zkouškový test kreditně ohodnocen?

Za úspěšné složení každého zkouškového testu získá studující ohodnocení od České lékařské komory v podobě osmi kreditů.

Co musí praktický lékař udělat, aby mohl začít studovat na portálu EUNI?

Může vstoupit přímo na portál www.euni.cz a zaregistrovat se nebo jít přes portál SVL www.svl.cz. Tam nalezne v sekci E-learning

seznam lekcí – po kliknutí na název lekce bude přesměrován na EUNI.

Tím jsme se dostali k dalšímu zajímavému bodu – spolupráci SVL a EUNI. Jak dlouho tato spolupráce trvá a v čem je její přínos pro praktické lékaře?

EUNI je zaměřena na praktické lékaře od svého vzniku. Spolupráce se SVL se formalizovala v listopadu 2008. SVL chce svým členům především zprostředkovat lekce na EUNI, dále zde umístit Doporučené diagnostické a terapeutické postupy a podílet se na hledání námětů a případně realizaci dalších lekcí na aktuální témata.

V průběhu loňského roku získala EUNI svoji mladší sestru EUNIO (www.eunio.cz). Pro koho jsou určeny tyto internetové stránky?

Portál EUNIO je určen pro nelékařské profese, tedy i pro sestry praktických lékařů.

Předpokládám, že i zde mohou sestřičky získávat kredity do kontinuálního vzdělávání?

Ano. Počátkem tohoto roku bylo vydáno rozhodnutí od POUZP ČMS, která zajišťuje kreditní ohodnocení lekcí publikovaných na portálu EUNIO, že s ohledem na vysokou kvalitu vzdělávacích témat EUNIO, jsou tyto lekce považovány za odbornou akci s délkou trvání čtyři a půl hodiny a jsou tedy ohodnoceny třemi kredity v rámci celoživotního vzdělávání jako školicí akce či odborný kurz.

Jsou na EUNIO stejná témata jako na EUNI?

Na portálu EUNIO je v současné době dvanáct lekcí. Další se připravují. Některé lekce z EUNI bude možné adaptovat pro použití na portálu EUNIO.

Za jakých podmínek je možné se na EUNIO vzdělávat?

Studium na EUNIO bylo až dosud zpoplatněno jednotnou roční přístupovou sazbou osm set korun. Od září tohoto roku dochází k úpravě podmínek, která umožňuje flexibilnější zapojování do dalšího studia. Studující zaplatí iniciační poplatek ve stejné výši jako dosud a získá přístup ke studiu deseti lekcí, které si sám zvolí. Kdykoli pak bude chtít pokračovat, stačí už jen „přikoupit“ další vybranou lekci za cenu sto devadesát korun, není už tedy třeba každoročně platit povinný paušální poplatek. Po rozšíření portálu lze rovněž využít možnosti zakoupit celý „balíček“ dalších deseti lekcí najednou, opět v hodnotě osmi set korun.

A ještě na závěr jeden praktický dotaz. Někteří praktičtí lékaři by jistě rádi své sestřičce toto vzdělávání umožnili a to nejen proto, že svou nepřítomností nezkomplikuje chod ordinace. Je poplatek za její školné daňově uzna-

telným nákladem ordinace?

Vzhledem k velké časové úspoře, kterou e-learning nabízí, mohou samozřejmě tyto „domácí kurzy“ doporučit i lékaři svým sestrám, jako vhodnou alternativu dalšího vzdělávání. Je rovněž na jejich rozhodnutí, zda jim takovou formu nebudou jako zaměstnavatelé hradit v rámci svých motivačních programů.

Všichni mí kolegové vědí, že praktický lékař potřebuje vzdělanou sestru. Každý praktický

lékař by měl proto vytvářet podmínky a motivovat svou sestru k profesionálnímu rozvoji, k účasti na vzdělávacích akcích, splnění povinnosti získání kreditů a získání registrace. Registrovaná sestra má mimo jiné možnost vykazovat více výkonů zdravotní pojišťovně. Studium na EUNIO dobře zapadá do edukačního plánu všeobecné zdravotní sestry.

připravila MUDr. Jaroslava Laňková

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v říjnu 2009

Hlavní téma: Pacient s úzkostnou poruchou a možnosti praktického lékaře v diagnostice a léčbě.

Vedlejší téma: dle aktuálních potřeb jednotlivých regionů – sledujte pozvánky, které jsou rozesílány 3 týdny před konáním semináře. Pokud nedostáváte pozvánky, ohlaste prosím tuto skutečnost na sekretariát SVL ČLS JEP, seminare.svl@cls.cz

Hlavní téma bylo zvoleno v rámci přípravy aktualizace doporučeného postupu pro praktické lékaře z r 2006 pro diagnostiku a léčbu úzkostných poruch. Tento doporučený postup bohužel nebude v době konání seminářů ještě dostupný v tiskové verzi a to z důvodu neuzavřených jednání v oblasti preskripčních omezení pro PL. Nicméně to nebrání ke zopakování problematiky úzkostných poruch, jejich projevů a forem, možností jejich diagnostiky a léčby. Z pohledu praktického lékaře je významná zejména dobrá znalost projevů generalizované úzkostné poruchy a panické poruchy, které mohou dlouho nerozpoznatelné stát za somatickými problémy pacientů a být příčinou častých hospitalizací (pro bolesti na hrudi, dušnost, hypertenzní špičky, mdloby apod.), nezářka i s převozem ZZS. Při správné diagnostice a léčbě těchto poruch vymizí nejen akutní převozy k hospitalizaci, ale výrazně se snižuje i návštěvnost těchto pacientů ve zdravotnických zařízeních (včetně návštěv ordinací PL).

Další významnou oblastí je úzkost u pacientů s depresí. Odlišení smíšené úzkostně depresivní poruchy a generalizované úzkostné poruchy, které mají jiné léčebné přístupy, může být někdy pro praktika obtížné. Je proto třeba, aby dobře ovládal základní typy úzkostných poruch, rozpoznal, kdy je třeba žádat konziliární pomoc psychiatra nebo přímo předat pacienta do specializované péče. Podobně jako u depresí, se mnoho pacientů s úzkostnou poruchou necítí být psychicky nemocní a návrh léčby u psychiatra odmítají. To ovšem neznamená, že nepotřebují léčbu, kterou jim jejich vzdělaný praktický lékař může nabídnout. Proto klademe velký důraz na dostatečné vzdělání praktického lékaře v této problematice. Těšíme se na setkání s Vámi.

MUDr. Jaroslava Laňková, odborný garant SVL ČLS JEP pro psychiatrii v primární péči

Datum	Čas	Město, místo konání
Čtvrtek 1.10.2009	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Čtvrtek 1.10.2009	16:00 - 20:00	Liberec, Klášterní 131/14
Pondělí 5.10.2009	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Čtvrtek 8.10.2009	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Sobota 10.10.2009	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota 10.10.2009	9:00 - 13:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Středa 14.10.2009	16:00 - 20:00	Litomyšl, Hotel Zlatá hvězda, Smetanovo nám. 84
Středa 14.10.2009	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křižová
Čtvrtek 15.10.2009	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Sobota 17.10.2009	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Sobota 17.10.2009	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Středa 21.10.2009	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Středa 21.10.2009	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Čtvrtek 22.10.2009	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota 24.10.2009	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

MUDr. MICHAEL VÍT, Ph.D.
hlavní hygienik České republiky
a náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví

V Praze dne 18. srpna 2009
Č. j.: 36086/2009

Vážené kolegyně,
vážení kolegové,

rád bych Vás informoval, že dne 12. srpna 2009 byla podepsána kupní smlouva na očkovací látky v rozsahu vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění vyhlášky č. 65/2009 Sb. Ve spojení s předcházejícím uzavřením kupní smlouvy na zabezpečení hexavakciny je tak zajištěna dostatečná kapacita očkovacích látek na 2. pololetí roku 2009 a roky 2010 i 2011.

Uzavírání obou smluv negativně ovlivnilo nepřijetí legislativních změn v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, které měly stanovit nový systém úhrad včetně nového distribučního systému. Bohužel k těmto změnám nedošlo a Ministerstvo zdravotnictví muselo řešit zabezpečení očkovacích látek prostřednictvím „krizového scénáře“.

Chtěl bych se Vám ještě jednou omluvit za komplikace, které Vám případně mohly nastat, a velice poděkovat, že i přes nepříznivou situaci při zajišťování očkování dětí nedošlo k žádným závažným problémům.

Věřím, že nový kvalitnější systém distribuce předejde možným nedostatkům a bude sloužit ke spokojenosti Vás i Vašich klientů.

S pozdravem

Všem všeobecným praktickým lékařům a
praktickým lékařům pro děti a dorost



ČR - Ministerstvo zdravotnictví, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2
tel./fax: +420224972433/+420224915996, e-mail: KHH@mzcr.cz, www.mzcr.cz

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.¹, prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.²Ústav sociálního lékařství – oddělení praktického lékařství LF UK v Hradec Králové¹III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha²

Prevence kardiovaskulárních onemocnění v ordinaci všeobecného praktického lékaře

Souhrn: Prevence kardiovaskulárních onemocnění aterosklerotického původu je založena na komplexním ovlivnění všech ovlivnitelných rizikových faktorů. Je tím účinnější, čím je vyšší pravděpodobnost, že dotyčný jedinec do určité doby onemocní nebo zemře na kardiovaskulární onemocnění, tedy čím vyšší má absolutní kardiovaskulární riziko. Stanovení kardiovaskulárního rizika je proto klíčové pro rozhodnutí, zda a jak razantní preventivní intervence u dotyčného jedince realizovat. Protože tíha kardiovaskulární prevence leží v naprosté většině na všeobecných praktických lékařích, je velmi důležité, aby měli k dispozici stručný a srozumitelný doporučený postup pro prevenci KVO, připravený jejich vlastní společností a vycházející z jejich potřeb.

Klíčová slova: absolutní kardiovaskulární riziko, prevence kardiovaskulárních onemocnění, rizikové faktory, doporučené postupy

Úvod

Přestože žijeme v době mimořádně překotného rozvoje medicíny prakticky ve všech jejích oblastech, i nyní v roce 2009 můžeme pouze výjimečně odhadovat absolutní riziko budoucího vzniku nějaké choroby. Kardiovaskulární prevence je jednou z mála oblastí klinické praxe, ve které se stanovení absolutního kardiovaskulárního rizika stalo nedílnou součástí diagnostických a léčebných doporučení. Je samozřejmé, že stanovení absolutního kardiovaskulárního rizika pomocí existujících algoritmů není dokonalé. Předpověď kardiovaskulárního rizika je správná u přibližně 80 % populace. Stále tedy zůstává zhruba 20 % populace, kde je stanovené riziko buď falešně vysoké nebo falešně nízké.

Co je a jak stanovujeme celkové kardiovaskulární riziko?

Etiologie kardiovaskulárních onemocnění způsobených aterosklerózou, tj. ischemické choroby srdeční (ICHs), cerebrovaskulární ischemické choroby a ischemické choroby dolních končetin, je multifaktoriální. Na vzniku a progresi těchto onemocnění se podílejí vlivy vrozené (genetické) i vlivy získané a jejich vzájemná interakce. Souhrnně se tyto vlivy nazývají rizikové faktory aterosklerózy. Koncept rizikových faktorů a multifaktoriální etiologie aterosklerózy a jejích klinických manifestací vznikl již před 50 lety na základě výsledků dnes již legendární framinghamské studie. Větší část rizikových faktorů je ovlivnitelných.

A právě na jejich úspěšném ovlivnění intervencemi nefarmakologickými i farmakologickými je založena kardiovaskulární prevence. Má-li být tato prevence účinná, musí být nezbytně také multifaktoriální. Musí být příznivě ovlivněny všechny ovlivnitelné rizikové faktory současně. Preventivní kardiovaskulární opatření jsou tím účinnější, čím je větší riziko, že dotyčný jedinec onemocní aterosklerózou. Proto je v rozhodování o tom, zda vůbec a jak intenzivní preventivní opatření provádět, klíčová výše absolutního kardiovaskulárního rizika.

Ke stanovení absolutního kardiovaskulárního rizika používáme různé algoritmy (v praktické podobě tabulek, skórovacích systémů nebo jednoduchých počítačových programů), které berou v úvahu přítomnost a event. i závažnost (tíži) hlavních rizikových faktorů. V současnosti je nejpropracovanější a pro evropskou populaci nejvalidnější algoritmus pro stanovení absolutního kardiovaskulárního rizika, který byl vypracován na základě projektu Evropské kardiologické společnosti SCORE. Bere v úvahu hlavní rizikové faktory, a to: pohlaví, věk, kouření, výši systolického krevního tlaku, plazmatickou koncentraci celkového cholesterolu. Absolutní kardiovaskulární riziko se vyjadřuje jako pravděpodobnost, že dotyčný jedinec v následujících 10 letech zemře na kardiovaskulární onemocnění aterosklerotické etiologie (např. na akutní infarkt myokardu nebo na ischemickou cévní mozkovou příhodu) a vyjadřuje se v procentech. U diabetiků se z tabulek odečtené riziko násobí u mužů dvakrát a u žen dokonce čtyřikrát. Pro českou



doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.



prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.

účinná prevence musí být multifaktoriální

výše absolutního kardiovaskulárního rizika je klíčovou informací pro rozhodnutí o zahájení a razanci preventivních opatření

snížení plazmatické koncentrace homocysteinu nesnižuje kardiovaskulární riziko

homocystein i CRP jsou markerem vyššího rizika, nikoliv rizikovým faktorem

9 sledovaných rizikových faktorů představuje > 90 % rizika vzniku IM

naprostá většina případů ICHS je preventabilní

populaci byl stejným postupem vypracován specifický algoritmus vycházející z národních údajů o kardiovaskulární mortalitě (které shromažďuje a každoročně publikuje Státní ústav zdravotnických informací MZ ČR – ÚZIS) (1) a z údajů o prevalenci hlavních rizikových faktorů získaných na reprezentativním vzorku české populace (studie MONICA a postMONICA) (2). Tento algoritmus se stal v podobě tabulek součástí současných společných doporučení 9 českých odborných společností pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění (KVO) v dospělém věku (3) i stručnějšího Doporučeného postupu pro prevenci KVO určeného pro praktické lékaře (4).

Výše absolutního kardiovaskulárního rizika je tedy klíčovou informací pro rozhodnutí o zahájení a razanci preventivních opatření a jako taková by měla být součástí zdravotnické dokumentace u každého člověka, u kterého to je věkově relevantní.

Nové rizikové faktory

Mezi hodně diskutované a široce medializované „nové rizikové faktory“ patřily v posledních letech např. homocystein a C-reaktivní protein stanovovaný vysoce senzitivní metodou (hsCRP). Mezi plazmatickou koncentrací obou těchto látek a budoucím výskytem kardiovaskulárních příhod (infarktů myokardu, cévních mozkových příhod a kardiovaskulárních úmrtí) totiž existuje úzká korelace (asociace). Zapomíná se však na to, že v observačních epidemiologických studiích zjištěná asociace mezi plazmatickou koncentrací nějaké látky a kardiovaskulární prognózou neznamená, že tato látka je kauzálním faktorem v etiopatogenezi a že její snížení povede ke snížení kardiovaskulárního rizika.

Názorným případem je hyperhomocysteinémie a její léčebné ovlivnění. Jak ukázaly mnohé epidemiologické studie, je vyšší plazmatická koncentrace homocysteinu nepochybně spojena s vyšším kardiovaskulárním rizikem. Koncentraci homocysteinu přitom umíme poměrně efektivně a levně snížit podáváním vitaminů ze skupiny B (vit B1, B6 a B12). Nicméně, dnes již máme k dispozici celou řadu intervenčních klinických studií, které uniformně ukazují, že snížení plazmatické koncentrace homocysteinu nesnižuje kardiovaskulární riziko. Homocystein je markerem vyššího rizika, nikoliv rizikovým faktorem.

Také u CRP je situace obdobná jako u homocysteinu. Neexistují přesvědčivé důkazy, že CRP má kauzální vztah k ICHS. Jedná se takřka jistě pouze o marker vyššího kardiovaskulárního rizika.

Nedávno byly publikovány výsledky nesmírně zajímavé studie ARIC (Atherosclerotic Risk in Communities). Tato prospektivní studie zhodnotila význam 19 netradičních rizikových faktorů, jako jsou např. biochemické ukazatele zánětu, endoteliální funkce, fibrinogeneze, fibrinolýzy, koncentrace vitaminů komplexu B a protilátky proti některým infekčním agens, pro které byla v observačních studiích prokázána statisticky významná a nezávislá aso-

ciace s výskytem aterosklerotických onemocnění. Autoři statisticky testovali, zda zařazení některého z těchto nových rizikových faktorů do stávajících algoritmů zpřesní stanovení absolutního kardiovaskulárního rizika. Ukázalo se, že žádný ze studovaných netradičních rizikových faktorů spolehlivost stanovení celkového kardiovaskulárního rizika významně nezlepšil (5).

Studie INTERHEART

U zařazených 15 000 osob z 52 zemí po prodělaném prvním IM byly získány údaje o 9 ovlivnitelných rizikových faktorech ICHS – z tradičních to byly: kouření, hypertenze, dyslipidémie, diabetes mellitus, z méně tradičních pak obvod pasu vyjadřující stupeň abdominální obezity, stravovací zvyklosti (konzumace ovoce a zeleniny), pití alkoholu a některé psychosociální faktory (deprese a úzkost). Pro všechny tyto rizikové faktory bylo vypočítáno, jaký mají v různých populacích relativní podíl na riziku vzniku infarktu myokardu.

Ukázalo se, že těchto 9 sledovaných, snadno měřitelných a potenciálně ovlivnitelných rizikových faktorů je celosvětově odpovědné za více než 90 % rizika vzniku infarktu myokardu. Zbývajících necelých 10 % procent populačního rizika může být s velkou pravděpodobností připsáno na vrub neovlivnitelným rizikovým faktorům, zejména genetickým. Je tedy evidentní, že nelze očekávat, že by byly odhaleny další, dosud neznámé rizikové faktory, které by se významnou měrou podílely na celopopulačním riziku vzniku infarktu myokardu, potažmo ICHS.

Co z výsledků této nesmírně důležité studie vyplývá? Především to, že naprostá většina případů ICHS je preventabilní. Postupy prevence ICHS mohou být na celém světě založeny na stejných zásadách. Celosvětově lze využít známých a jednoduchých postupů k ovlivnění známých rizikových faktorů, které mohou být v různých zemích a regionech modifikovány podle sociálních podmínek a ekonomických možností. Soubor těchto postupů je obsahem existujících doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění (3,4).

Proč nejsou doporučené postupy v každodenní praxi realizovány?

Tradiční rizikové faktory nám dávají dobrou možnost identifikovat osoby s vysokým rizikem vzniku kardiovaskulárních onemocnění aterosklerotické etiologie a jsou hlavními nástroji ke stanovení absolutního kardiovaskulárního rizika. Účinné a komplexní ovlivnění všech rizikových faktorů, které jsou ovlivnitelné, je základem kardiovaskulární prevence. Nástroje, které máme v současnosti pro stanovení kardiovaskulárního rizika k dispozici a známé účinné postupy kardiovaskulární prevence, shrnuté ve stávajících doporučených postupech, musíme co nejširší uplatňovat v klinické praxi. Musíme se všichni snažit odstranit propast, která zeje mezi prokázanými možnostmi kardiovaskulární prevence a realitou. Neu-

věřitelným způsobem se zlepšily naše možnosti diagnostikovat hypertenzi, dyslipidémie, diabetes mellitus. Je neomluvitelné, že jen malé procento těch, kteří jsou nositeli těchto rizikových faktorů, je mají dobře kontrolované.

Doporučené postupy jsou tvořeny proto, aby pomohly lékařům rozhodovat se v denní klinické praxi. Nicméně, konečné rozhodnutí u individuálního nemocného musí udělat jeho ošetřující lékař. Ve skutečnosti se lékaři často podle doporučených postupů nechovají. Důvody bývají různé. Lékaři mohou být skeptičtí k radám, které jim doporučené postupy dávají. Mohou mít pocit, že jejich nemocní jsou odlišní od nemocných, kteří byli zařazeni do klinických studií, jejichž výsledky byly základem pro doporučené postupy. I když lékaři s obsahem doporučených postupů většinou souhlasí, mnozí je považují za příliš komplexní a obtížně aplikovatelné v denní praxi (7). Beze zbytku to platí pro poslední evropský společný doporučený postup, vytvořený několika evropskými odbornými společnostmi. Tento doporučený postup má 113 stran textu (!!!), je to jasně zdrojový dokument, který má velmi blízko k učebnici, a jeho rozsah a obsah je příliš rozsáhlý, než aby byl použitelný v každodenní praxi (8). Proto také musí existovat jejich daleko stručnější kapesní verze. Společná doporučení devíti zainteresovaných českých odborných společností jsou v tomto směru daleko lepší, protože jsou nesrovnatelně stručnější a srozumitelnější (3). Nicméně, největší šanci na to, že budou všeobecnými praktickými lékaři pro dospělé široce akceptovány a také používány, by měly mít velmi stručné, přehledné a srozumitelné doporučené postupy, které připravuje Společnost všeobecných lékařů ČLS JEP. Ty totiž vycházejí z potřeb všeobecných praktických lékařů, jsou napsány jejich reprezentanty ve spolupráci se specialisty z příslušných oborů a respektují to, že všeobecný praktický lékař se nemůže zaměřit pouze na jeden medicínský obor, že pro něho je stejně důležitý např. doporučený postup pro prevenci kolorektálního karcinomu v populaci jako doporučený postup pro prevenci KVO (4).

Literatura

1. Zdravotnická ročenka České republiky 2004. Ústav zdravotnických informací a statistiky Ministerstva zdravotnictví České republiky, Praha 2007.
2. Cífková R, Škodová Z, Lánská V, et al. Trends in blood pressure levels, prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the Czech population from 1985 to 2000/01. *J Hypertens* 2004;22:1479-85.
3. Cífková R, Býma S, Češka R, et al. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. Společné doporučení českých odborných společností. *Cor Vasa* 2005;47, Suppl:3-14.
4. Býma S, Hradec J.. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2009. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře, ISBN: 978-80-86998-32-9, 2009, s 12
5. Folsom AR, Chambless LE, Ballantyne CM, et al. An assessment of incremental coronary risk prediction using C-reactive protein and other novel risk markers. *The Atherosclerosis Risk in Communities Study*. *Arch Intern Med* 2006;166:1368-1373.
6. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effects of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-952.

7. Hobbs FD, Erhardt LR. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Fam Pract* 2002;19:596-604.

8. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(Suppl 2): S1-S113

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. - promoval v r. 1979 na LF UK a VLVDÚ JEP v Hradci Králové. V roce 1984 získal atestaci I. stupně z vnitřního lékařství, v roce 1988 atestaci I. stupně a v r. 1991 II. stupně ze všeobecného lékařství. Od roku 1984 do r. 1993 byl odborným asistentem katedry VL VLA JEP, poté zástupcem vedoucího katedry a prorektorem pro studijní a pedagogickou činnost VLA JEP, v letech 1997-2002 byl rektorem VLA JEP. Od roku 2003 dosud je zástupcem vedoucího ústavu sociálního lékařství a vedoucím oddělení praktického/rodinného lékařství LF UK v Hradci Králové. Od roku 2002 je předsedou Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Je autorem řady vědeckých publikací na národní i mezinárodní úrovni, zejména z oblasti kvality péče, pregraduálního vzdělávání, prevence kardiovaskulárních nemocí.

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

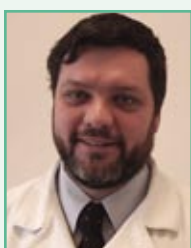
doporučené postupy jsou tvořeny proto, aby pomohly lékařům rozhodovat se v denní klinické praxi. Nicméně, konečné rozhodnutí u individuálního nemocného musí udělat jeho ošetřující lékař

MUDr. Cyril Mucha

odborný asistent ÚVL 1. LF UK

Jak očkovat proti chřipce v době hrozící pandemie?

Zejména v letošním roce, kdy hrozí více než jindy pandemie chřipky, je mnoho laiků, ale i lékařů, desorientováno. Je vhodné/smysluplné/nutné očkování proti chřipce klasickou vakcínou? Nemá se raději počkat na pandemickou vakcínu? Jak správně objednat a následně vykázt očkování pojišťovně? Je vhodné oslovit i další subjekty – firmy, jednotlivce? Mohu očkovat i pacienty neregistrované v mé ordinaci? Na tyto i další otázky se snaží odpovědět následující článek



MUDr. Cyril Mucha

v době hrozící pandemie je třeba naočkovat co nejvíce lidí „normální epidemickou“ očkovací látkou

největším problémem předpisu vakcíny na recept je neznalost, jak bylo s vakcínou nakládáno v době mezi lékárnou a ordinací

I. Čím v letošním roce očkovat

Konsensus hlavních medicínských autorit (WHO, MZČR, Hlavní hygienik, Česká vakcinologická společnost) je jednoznačný:

Zejména v době hrozící pandemie se snažit naočkovat co nejvíce lidí „normální epidemickou“ očkovací látkou, která je na trhu.

Zdůvodnění:

- očkování pacienti se nenakazí sezónní chřipkou, resp. bude mít u nich lehčí průběh,
- v případě pandemie nové varianty chřipky nemůže dojít k infekci oběma typy, což výrazně zlepšuje vyhlídky pacienta na přežití, resp. lehčí průběh a i méně komplikací,
- pokud se podaří vyrobit pandemickou očkovací látku, je možné ji „doočkovat“ dodatečně, dojde tím k žádoucí synergii,
- i v případě existence „pandemické“ vakcíny je jasné, že jí nebude nejen dostatek, ale že bude dodávána jen velmi postupně, takže k dostatečnému proočkování populace by mohlo dojít i za více než rok (odhaduje se kapacita 100 000/týden, tedy k 90% proočkovanosti v ČR by došlo za 90 týdnů – tedy téměř 2 roky!)
- pokud bude pandemická vakcína k dispozici, bude zpočátku distribuována jiným cílovým skupinám než běžná vakcína a též nejspíše jinými cestami než přes praktické lékaře (hygienické stanice?)

II. Skupiny, které by měly být očkovány „epidemickou vakcínou“:

a) pacienti, kteří mají na očkování nárok „zdarma“ (na účet zdravotních pojišťoven):

- pacienti starší 65 let.
- pacienti po splenectomii.
- pacienti po transplantaci krve tvorných buněk.
- pacienti trpící závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce, cév, nebo dýchacích cest, ledvin nebo DM léčený inzulinem.

b) skupiny osob pro které je medicínsky nebo ekonomicky nevýhodné případné onemocnění chřipkou (hradí očkovací látku i aplikaci):

- gravidní nebo těhotenství plánující ženy (je prokázána vyšší úmrtnost gravidních žen na chřip-

ku, naopak aplikace očkovací látky v graviditě nevykazuje teratogenitu)

- nemocní trpící některým chronickým onemocněním – revmatologické, hematologické, onkologické aj. (při onemocnění chřipkou dochází velmi často k prudkému zhoršení nemoci, naopak očkování neživou vakcínou zhoršení nepřináší)
- příbuzní a rodinní příslušníci výše uvedených skupin. Pokud mají dostatečnou imunitu proti chřipce, nemohou ji přenést a tedy tyto osoby nakazit firmy, jejichž pracovníci jsou v kontaktu s větším množstvím lidí (např. prodej) resp. pracují ve velkých kolektivech (školství, výrobní haly, kanceláře typu „ospace“ apod.)
- zaměstnavatelé, pro něž je onemocnění zaměstnanců pracovním popř. finančním problémem (téměř všichni, neboť 11 dní vyplácí dávky v PN ze svých prostředků - viz dále)

III. Jak očkovací látky získat:

1) Předepsání vakcíny na recept a vyzvednutí pacientem v lékárně.

Výhody: od lékaře nevyžaduje žádnou invenci ani plánování předem, žádné riziko, že očkovací látky nespotřebuje.

Nevýhody: pacient musí minimálně dvakrát navštívit ordinaci (vypsání receptu, aplikace vakcíny), vyšší cena – pacient (jemuž hradí očkování zdravotní pojišťovna) musí zaplatit kromě doplatku v lékárně (cca 20-50 Kč) též poplatek 30 Kč za recept. Největším problémem tohoto postupu zejm. pro aplikujícího lékaře je neznalost, jak bylo s vakcínou nakládáno, zejm. zda nebyl porušen chladový řetězec, nicméně právě lékař vakcínu parenterálně podává a řeší případné problémy.

2) Nákup očkovacích látek lékařem přímo od distributora do ordinace.

Výhody: Výrazně výhodnější způsob aplikace: levnější pro pacienta a možný zdroj financí pro lékaře (čím více vakcín nakoupí, tím výhodnější cenu dostane). Největší výhoda je znalost „anamnézy“ vakcíny – lékař ji má ve své lednici a z té ji aplikuje. Nehrozí nebezpečí zkažení z důvodu porušení chladového řetězce.

Nevýhody: nutnost dobrého odhadu, jaké množství vakcín nakoupit – riziko, že zbudou.

Postup objednání, aplikace a vykazování:

- 1) Telefonát distributorovi (seznam viz dále)
- 2) Převzetí dodané vakcíny přímo v ordinaci (doprava bezplatná, splatnost faktury většinou měsíc)
- 3) Uskladnění vakcín v lednici (nesmí zmrznout) – kontrola teploměrem
- 4) Aplikace vakcín pacientům
- 5) Vykázání očkování pojišťovnám, resp. přímá platba od samoplátců (viz dále)

IV. Jak vykázat očkování pojišťovnám:

a) samoplátcí: pojišťovnám se nic nevykazuje, klient platí cenu vakcíny + marži + cenu aplikace.

b) pojištěnci s nárokem na „bezplatné“ očkování:

Pojišťovny uhradí smluvnímu zařízení kód 02110 aplikaci očkovací látky. (oproti loňskému roku se úhrada zvýšila téměř dvojnásobně (cca 180,- Kč). Pokud je vakcína napsaná na recept, zaplatí v lékárně pacient rozdíl mezi cenou vakcíny a maximální úhradou pojišťovny (132,47 Kč) + 30,- Kč regulační poplatek.

VZP i většina ostatních pojišťoven opět pro tento rok přislíbila lékařům proplacení předem zakoupené očkovací látky do částky 132,47 Kč v rámci ZULP (zvlášť účtovaný léč. prostředek), pokud ji lékař nakoupil za vyšší cenu, zaplatí tento rozdíl pacient (v lékárně by ji zaplatil též a navíc ještě regulační poplatek). Protože některé medicínské programy zadávání ZULP ztěžují, **na obrázcích 1-5 dáváme k dispozici návod „krok za krokem“ v jednom z nejrozšířenějších programů Medicus.** V ostatních programech to je podobné.

V. Jak oslovit klienty:

Je neoddiskutovatelnou skutečností, že asi jedinou nebo určitě nejvýznamnější skupinou, lékařů, která ovlivňuje množství očkovaných, jsou praktičtí lékaři. Je v našich rukách, zda se podaří

dostat Českou republiku z chvostu počtu očkovaných, kdy jsou před námi i takové státy jako Chile, Uruguay apod. (WHO doporučuje 30% proočkovanost, v ČR je kolem 7% ...).

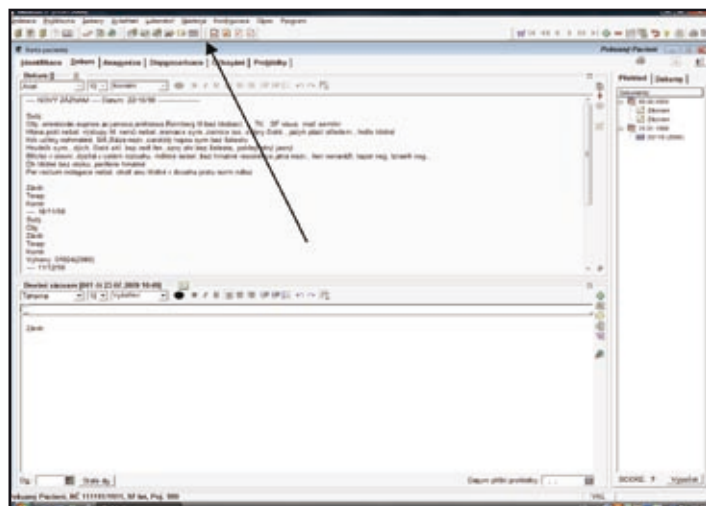
Nejdůležitější a nejúčinnější metodou, jak pacienty pro očkování získat je s nimi o něm hovořit a zejména se dotazovat „jste již letos očkován/a proti chřipce?“ Je prokázáno, že již tato „krátká intervence“, která nezabere žádný čas, zvyšuje množství očkovaných cca o 50%. Další možností jak pacienty oslovit je např.:

- upozornění na probíhající očkování v čekárně typu „Právě probíhá očkování proti chřipce na sezonu 2009/2010“
- vyvěšení letáku v čekárně „Proč očkovat proti chřipce“ (např. na webu www.ockovani-chripka.cz)
- zaslání oznámení o očkování pacientům pomocí mailů, pokud je má lékař k dispozici,
- vyvěšení oznámení o očkování na webovou stránku ordinace – pokud ji ordinace má,
- oslovit firmy, o které se ordinace stará smluvně v rámci závodní preventivní péče, návrh dopisu je k dispozici na webu www.ockovani-chripka.cz
- pokud PL sám nemá kapacitu na očkování, nebo neočkuje z jiných důvodů, může odkázat pacienty na webovou stránku www.ockovani-chripka.cz, kde se dozví, kde by se proti chřipce mohli nechat naočkovat a dozví se i telefonní číslo ne kterém je možno se o očkování domluvit.

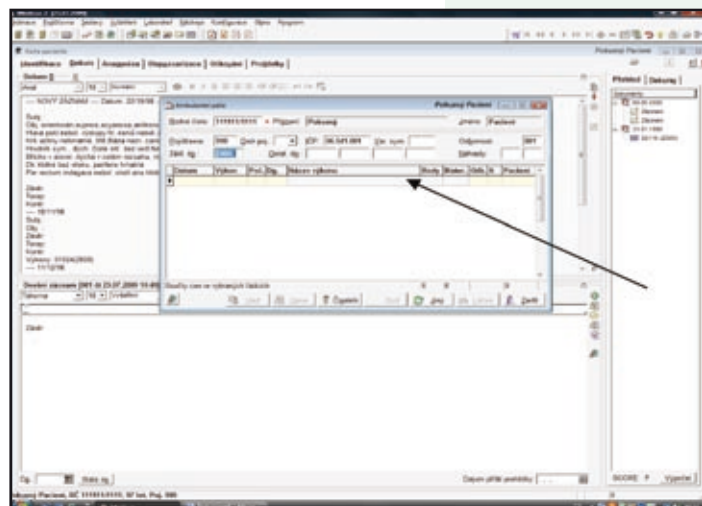
VI. Ekonomika očkování

Jako u většiny nemocí má i očkování proti chřipce obrovský význam nejen medicínský, ale i ekonomický. Je to jedna z aktivit, která se vyplatí všem zúčastněným stranám:

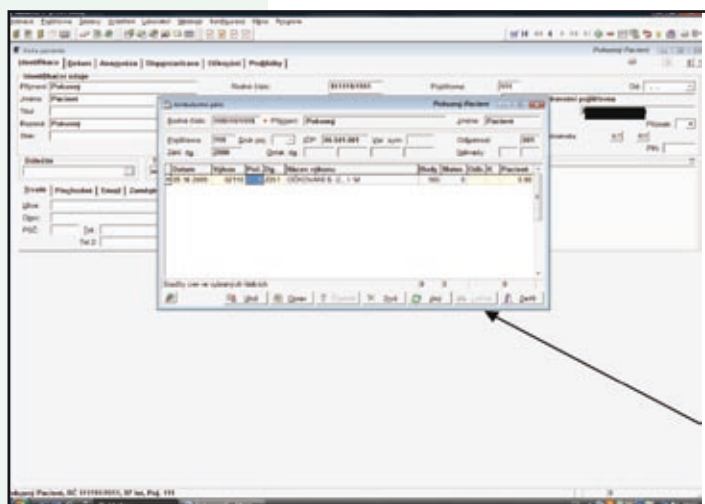
- **pacientovi** (až 6x nižší riziko onemocnění, resp. následné komplikace),
- **pacientovu okolí a rodinným příslušníkům** (snížení rizika přenesení nákazy),
- **zdravotní m pojišťovnám** (výrazně nižší náklady na očkování než na léčení nemocných),



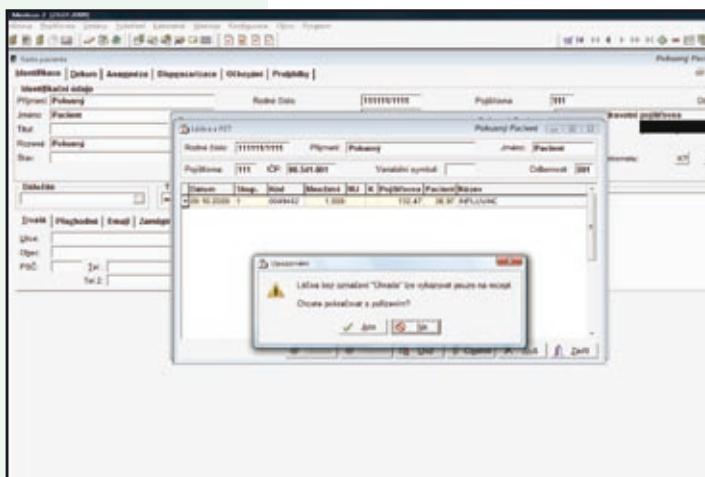
Obr. 1: V otevřené kartě pacienta klikneme na symbol A



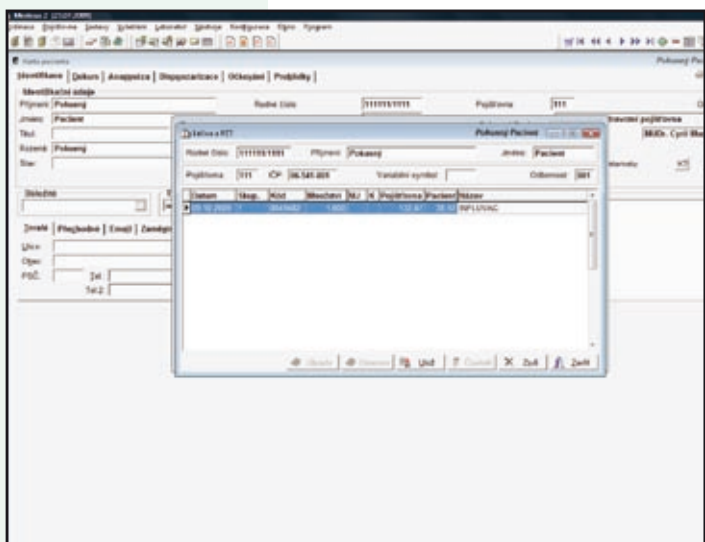
Obr. 2: Objeví se okno s vykazováním amulantních výkonů



Obr. 3: Do řádku zadáme 02110 (kód očkování) a dg Z251 očkování chřipky, v momentě, kdy proklikáme celou řádku, stane, se aktivním tačítka „Léčiva“



Obr. 4: Obej se okno pro léčiva, kam zadáme kód příslušné (konkrétní) očkovací látky, v tomto případě např. Influvac 0049482. Po doklikání na konec řádku se objeví hlášení: „Léčiva bez označení „Úhrada“ lze vykazovat pouze na recept. Přestože je předvyplněna odpověď „Ne“ změníme ji na „Ano“, To umožní zadat očkování, včetně ceny očkovací látky



Obr. 5: Poté klikneme již jen na „Uložit“ a tím budou kód očkování i cena očkovací látky automaticky zahrnuty do příští dávky pojišťovně.

- **státu resp. společnosti** (nižší nemocnost přináší menší hospodářské škody, navíc každý očkováný nechrání jen sám sebe, ale též okolí, neboť nemůže chřipku přenést a tedy je nižší šance na šíření v populaci),
- **výrobci očkovacích látek** (kromě samozřejmého hospodářského benefitu, též možnost udržovat dostatečné výrobní kapacity pro případ nutnosti náhlého zvýšení výroby např. pandemické očkování)
- **očkovacími lékaři** (nejenže k lékaři bude v době epidemie chodit o cca 20% pacientů, ale bude mít i zdravější klientelu.

Očkování má i nezanedbatelný přímý přínos ekonomický. Pojišťovny od letošního roku výrazně navýšili úhradu za očkování – tedy kód 02110: dříve 89, nyní 165 bodů. Pokud navíc lékař nakoupí vakcíny přímo od distributora, může mít za jednoho očkovaného příjem přes 200,- Kč, což při pouhém množství 100 očkovaných činí více než 20 000 Kč navíc k běžným platbám. Pokud by měla být splněna direktiva WHO o 30% proočkovanosti – je to u průměrné ordinace s 2000 pacienty 6x tolik...).

VII. Závěr

Článek se pokusil na reagovat na problém nízké proočkovanosti vakcínou proti chřipce v České republice. Méně než čtvrtina (7% vs. 30%) očkování oproti doporučení WHO je alarmující a zejména praktičtí lékaři by měli aktivně na své pacienty apelovat, aby se nechali očkovat. Důležité je též pacientům vysvětlovat rozdíl mezi chřipkou a rýmou popř. nachlazením, které bývají někdy (a to nejen v laické populaci) zaměňovány. Očkování patří mezi preventivní medicínská opatření, kde každá koruna (Dolar, Euro...) se vrátí více než desetinásobně – o očkování proti chřipce to platí beze zbytku.

Kontakty na některé distributory očkovacích látek:

- Alliance Healthcare s.r.o.
Podle Trati 624/7, Praha 10 – Malešice
tel.: 800 310 101, www.alliance-healthcare.cz
- Gehe Pharma Praha s.r.o.
K Vypichu 497, Rudná
tel.: 225 996 272, www3.gehe.cz
- JK-Trading spol. s r.o.
Závodu Míru 579/1, Karlovy Vary
tel.: 800 123 986, 353 449 191
www.jktrading.cz
- Pharmos a.s.
Hudcova 72, Brno
tel.: 538 727 201-8, www.pharmos.cz
- Phoenix a.s.
K Pérovně 945/7, Praha 10 – Hostivař
tel.: 272 077 111, www.phoenix.cz

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

Prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.

přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha; přednosta Ústavu radiační onkologie, 1. LF FN Bulovka, Praha

Trendy současné onkologie

Onkologických pacientů přibývá a přibývat nadále bude. Tento trend má minimálně dvojí příčinu. Populace stárne – konkrétně dožívá se vyššího věku a právě vyšší věk je nejdůležitějším rizikovým faktorem výskytu zhoubných onemocnění. Druhým důvodem nárůstu onkologických pacientů je delší trvání onemocnění. Zatímco před dvaceti lety byla diagnóza – karcinom předznamenáním úmrtí v řádu týdnů až měsíců, v současnosti nejsou výjimkou vyléčení lidé (kteří však zůstávají ve sledování) a v mnoha případech se z onkologického onemocnění stává chronická choroba, s níž žijí nemocní roky stejně jako s diabetem, CHOPN, astmatem, depresí nebo hypertenzí. Je pochopitelné, že se tedy častěji než kdysi objevují v ordinaci praktického lékaře pro nejrůznější zdravotní obtíže, které nemusí s onkologickým onemocněním souviset. Proto přinášíme stručnou informaci o nejnovějších trendech v moderní onkologii. Praktický lékař je pro onkologicky nemocné často tím nejbližším odborníkem, který je žádán o radu nejen samotným nemocným, ale i jeho rodinnými příslušníky.



prof. MUDr. Luboš
Petruželka, CSc.

**cílená molekulární
léčba nádorů**

**adresná onkologie
- jedinečný pacient**

**molekulární nebo
genetický popis nádoru**

Nádorových onemocnění bude přibývat na celém světě a podle kvalifikovaných odhadů za příštích dvacet let se počet onkologicky nemocných ztrojnásobí. Česko na tom nebude lépe. V současnosti je u nás ročně stanovena diagnóza u 70 tisíc nových případů (včetně kožních nádorů) a 28 tisíc lidí na onkologické onemocnění zemře.

Personalizovaná onkologie

V červnu letošního roku se konalo, jako každým rokem, celosvětové setkání onkologů – Výroční konference Americké společnosti pro klinickou onkologii (ASCO 2009) v americkém Orlando. Krátce po ní se sešli onkologové v Barceloně na Světovém kongresu o nádorech zažívacího traktu (World Congress on Gastrointestinal Cancer, WCGIC). Trojici významných akcí uzavírá 10. mezinárodní seminář o cílené molekulární léčbě nádorů (X. International Workshop on Molecular Targeted Therapy of Cancer, MTTC 2009). K němu se sjeli významní vědci a onkologové do Prahy. Mottem všech tří akcí bylo hledání optimalizovaných možností léčby onkologických pacientů.

Trendem je snaha personalizovanou neboli adresnou onkologii, která vychází z pochopení jedinečnosti každého pacienta. Už nejde jen o správnou léčbu ve správný čas správnému pacientovi, ale je nutné respektovat výlučnost každého jedince z hlediska jeho rodinného, sociálního a ekonomického zázemí. Dalším hlediskem léčby nádorů je co nepřesnější znalost jeho typu. Už před rozhodnutím o postupu léčby bychom měli mít molekulární nebo genetický popis nádoru a až na jeho základě rozhodovat o léčbě, včetně nebo zejména o zařazení nových cílených (molekulárních) biologických

léků do léčebného schématu. U několika přípravků této skupiny známe prediktivní faktory jejich účinnosti. Jde například o stav HER2/neu receptorů u karcinomu prsu pro účinnost trastuzumabu (Herceptin) a stav onkogenu KRAS u kolorektálního karcinomu. Přirozená forma KRAS (tzv. wild typ, přítomna asi u 65 % pacientů s kolorektálním karcinomem) je pozitivní prediktivní známkou účinnosti cetuximabu (Erbix) (1) a panitumumabu (Vectibix). Znalost prediktivních biomarkerů má i ekonomické hledisko: nákladnou cílenou biologickou léčbu dostávají jen ti pacienti, u nichž je podložený předpoklad dobré účinnosti.

Optimální by bylo, kdyby každému nově diagnostikovanému pacientovi doporučila terapeutický postup komise složená ze všech zainteresovaných odborníků (například klinického onkologa, chirurga, radioterapeuta, specialistů diagnostických metod, popřípadě dalších – psychologů apod.). V některých komplexních onkologických centrech péče již tímto způsobem funguje a snahou je, aby byl tento postup zaveden do rutinní praxe všech onkologických pracovišť. Konzultace v komplexním onkologickém centru znamená i rozšíření terapeutického spektra o již zmíněnou cílenou biologickou léčbu.

Kolorektální karcinom – v Česku nejčastější

Kolorektální karcinom je v České republice nejčastějším nádorovým onemocněním, v celoevropském měřítku jsme ve výskytu této diagnózy u mužů na prvním a u žen na druhém místě. Kolorektální karcinom zároveň patří i k nejčastějším příčinám úmrtí na maligní onemocnění u nás. Výskyt kolorektálního karcinomu stoupl za posledních 20 let zhruba o 200 %. V roce

jen 5% nemocných s metastatickým CRC přežije déle než 5 let od stanovení dg.

cílené biologické léky zaměřené proti receptorům na povrchu nádorových buněk

jiná skupina brání zásobení nádorových buněk živinami

celková biologická léčba je často podávána v kombinaci s chemoterapií

2005 bylo v naší republice zachyceno 8 059 nových případů kolorektálního karcinomu a zemřelo na něj 4 332 pacientů (SVOD). Pouze 5 % nemocných s metastatickým kolorektálním karcinomem (mCRC) přežije déle než 5 let od stanovení diagnózy (2). Proto se nyní věnuje velká pozornost zavedení screeningových programů, o nichž jsou praktičtí lékaři informováni.

Na příkladu tohoto onemocnění můžeme demonstrovat přínos cílené (molekulární) biologické léčby pro konkrétní pacienty z pohledu klinických studií.

Z analýzy pivotní studie CRYSTALa vyplynulo, že přidání cetuximabu (Erbix) k režimu FOLFIRI významně (téměř dvojnásobně) zvýšilo léčebnou odpověď a prodloužilo průměrnou dobu přežití na 24,9 měsíce u pacientů s mCRC s přirozenou formou onkogenu KRAS (Výroční konference Americké společnosti pro klinickou onkologii, ASCO 2009). (3)

Kompletní resekce (R0) jaterních metastáz je předpokladem vyléčení pacientů s mCRC. Neresekabilní metastázy se mohou stát resekabilními po účinné chemoterapii nebo chemoterapii v kombinaci s cetuximabem. Nové údaje ze studie CELIMb prezentované na letošním Světovém kongresu o nádorech zažívacího traktu (WCGIC) prokázaly, že kombinace cetuximabu s chemoterapií zvýšila počet léčebných odpovědí u pacientů s nemutovanou formou KRAS (70 %). Nová analýza, která byla provedena retrospektivně nezávislou skupinou sedmi chirurgů u 75 pacientů ze studie CELIM, uvádí, že resekabilita jaterních metastáz stoupla po přidání cetuximabu z původních 32 % na 60 % ($p < 0,01$). (4,5)

Cetuximab (Erbix) je chimérická monoklonální protilátka, která blokuje receptory pro epitelální růstový faktor (EGFR), brání neoangiogenezi, stimuluje cytotoxické působení imunitního systému na nádorové buňky a omezuje regenerační schopnosti nádorových buněk. Používá se i v první linii léčby karcinomu hlavy a krku, v závěrečných fázích klinických studií je cetuximab v indikaci plicního karcinomu, nadějně jsou výsledky u karcinomu žaludku a žlučových cest.

U kolorektálního karcinomu se používají další monoklonální protilátky s dobrými výsledky: bevacizumab (Avastin), který blokuje neoangiogenezi, a panitumumab (Vectibix), inhibitor receptorů pro epitelální růstový faktor.

Výhled do blízké budoucnosti

Ve vývoji jsou další léčebné přípravky, které rozšíří spektrum terapeutických možností a zlepší prognózu onkologických pacientů. Velmi nadějně výsledky přináší v klinických studiích terapeutická liposomální vakcína BLP 25 (Stimuvax) u pacientů s pokročilým karcinomem plic, která v současnosti vstoupila do závěrečných fází klinických studií také u pacientek s pokročilým

karcinomem prsu. Zcela novou léčebnou skupinou jsou tzv. inhibitory intergrinů. První lék z této skupiny (Cilengitide) prokazuje v klinických studiích velmi slibné výsledky u pacientů s multifokálním glioblastomem.

Poradte pacientům

Z téměř roční činnosti Poradenského oddělení pro cílenou biologickou léčbu 1. LF UK a VFN v Praze vyplývá, že je o cílenou biologickou léčbu mezi pacienty velký zájem, avšak chybí informovanost o této léčebné modalitě. K nejčastěji odpovídaným otázkám patří následující:

Co to je biologická léčba a čím se liší od klasické chemoterapie?

Cílená (molekulární) biologická léčba je jedna z modalit, které má k dispozici současná onkologie. Nejčastěji používané cílené biologické léky jsou zaměřené proti receptorům, které jsou jen na povrchu nádorových buněk a/nebo dokážou zablokovat reakci, která po aktivaci těchto receptorů v buňkách probíhá a vede k množení nádorové buňky. Jiná skupina cílených biologických léčiv ovlivňuje cévy, které se tvoří uvnitř nádorů, a tím brání zásobení nádorových buněk živinami. Cílená biologická léčba je zaměřena převážně proti nádorovým buňkám.

Cílená biologická léčba tedy nemá žádné nežádoucí účinky?

Má. Jsou jiného charakteru – převážně se jedná o možnost vyvolat alergickou reakci v těle pacienta, která se nejčastěji projeví zarudnutím nebo dušností při první aplikaci, nebo dojde postupně k výsevu kožní vyrážky. Později se může objevit i průjem, kašel, dechové potíže a další reakce, celkově však lze říct, že intenzita i četnost těchto reakcí je menší než u chemoterapie. Často však je cílená biologická léčba podávána v kombinaci s chemoterapií, tehdy se nežádoucí účinky obou typů léčby projeví současně.

U kterých diagnóz lze cílenou biologickou léčbu využít?

V současnosti se používá v léčbě nádorů prsu, tlustého střeva, jater, ledviny, plic, nádorů v oblasti hlavy a krku a u gastrointestinálních stromálních nádorů (GIST). Pro každou z těchto diagnóz platí, že cílenou biologickou léčbu lze použít pouze za určitých okolností, jako je histologický typ nádoru, stádium nemoci, přítomnost určitého receptoru na povrchu nádorových buněk. I když je cílená biologická léčba zatížená menší intenzitou nežádoucích účinků, její podání vyžaduje dobrou kondici pacienta. Cílená biologická léčba se používá i v léčbě hematologických malignit, informace o této indikaci lze získat na hematooonkologických pracovištích.



Jak se může pacient k cílené biologické léčbě dostat?

V současnosti je v České republice situace taková, že každý onkologický pacient, pro něhož je cílená biologická léčba indikována, ji dostane buď na onkologickém oddělení, kde je léčen, nebo je ošetřujícím onkologem odeslán do nejbližšího komplexního onkologického centra. Tento proces probíhá automaticky, přesto by se všichni pacienti měli aktivně ptát, zda byla možnost použití cílené biologické léčby v jejich případě zvažovaná a zda bude použita. Cílená biologická léčba je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Jak se cílená biologická léčba podává?

Část cílených biologických léků se podává krátkou infusí v týdenním, nebo třítydenním intervalu, část je užívána perorálně, obvykle denně.

Telefonní číslo Poradenského oddělení pro cílenou biologickou léčbu 1. LF UK a VFN v Praze je 724 151 028.

E-mailová adresa: biolecba@vfn.cz.

CRYSTAL^a: Cetuximab combined with iRinotecan in first line therapy for metastatic colorectal cancer

CELIM^b: Randomized multicenter study of CETuximab plus FOLFOX or FOLFIRI in neoadjuvant treatment of non-resectable colorectal Liver Metastases

Literatura:

1. Winer E, et al. J Clin Oncol 2009;27:812-26.
2. Bechstein WO, et al. ASCO 2009. Abstract No: 4091.
3. Koehne C, et al. ASCO Congress 2009; Abstract No: 4068.
4. Rougier P, et al. WCGIC 2009. Abstract No: O-0028.
5. Köhne CH, et al. WCGIC 2009. Abstract No: PD-0022.

Prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc. - na Onkologickou kliniku 1. LF UK nastoupil po ukončení vysokoškolského studia, v době, kdy byla onko-

logie považována za neúspěšný obor a byla na okraji zájmu lékařské veřejnosti. Originální vlastní výzkumný projekt zabývající se současnou kombinací intraarteriální chemoterapie a radioterapie v léčbě nádorů ORL oblasti vycházel z tehdejší velmi úzké spolupráce s Klinikou otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a byl podkladem pro disertační a habilitační práci. Projekt konkomitantní radiochemoterapie byl rozšířen později na léčbu karcinomu plic a v rámci aplikovaného výzkumu vyústil ve vytvoření originálního

léčebného protokolu. Výsledkem originálního projektu byl nejen publikační výstup, ale vyzvání k přednášce na prestižní konferenci ASCO v roce 1992, kde byl historicky prvním přednášejícím v plenární sekci jako reprezentant České republiky. Po přesunu Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK do Fakultní nemocnice v Motole nebylo již technicky možné pokračovat v další úzké spolupráci. V rámci výzkumného programu laboratoře biologie nádorů provozované společně s UMG AV a dalších grantových úkolů se zaměřil dále na problematiku karcinomu plic a karcinomu prsu. Rozšíření výzkumné činnosti v oblasti karcinomu prsu umožnil vývoj úzké spolupráce s Ústavem biologie a experimentální onkologie 1. LF UK, která vedla k založení genetického poradenství a rozvoji klinické výzkumné činnosti zaměřené na cílenou molekulární léčbu včetně do této modality náležící léčby hormonální. Organizace unikátního projektu péče o ženy mladší věkové skupiny je jednou ze současných priorit kliniky. Je spoluzakladatelem středoevropské iniciativy organizující prestižní středoevropskou konferenci „Central European Lung Cancer Conference“, poprvé pořádané v Praze v roce 1992, v roce 2006 se konal již jubilejní 10. ročník. Tato vědecká konference se postupně zařadila mezi nejvýznamnější evropské konference s touto tematikou. V rámci spolupráce v oblasti karcinomu plic a prsu byl prof. Petruželka zvolen členem nově vytvořené středoevropské skupiny Central European Cooperative Group (CECOG). Při přípravě 6. rámcového programu byla Onkologická klinika 1. LF UK vybrána jako koordinační centrum pro celoevropský výzkumný projekt cíleného výběru adjuvantní systémové léčby na podkladě molekulárního profilu nádoru u žen s časným stadiem karcinomu prsu. Jeho současné odborné zaměření je orientováno na využití cílené molekulární biologické léčby v komplexní léčbě solidních nádorů.

každý onkologický pacient, pro něhož je cílená biologická léčba indikována, ji dostane

cílená biologická léčba je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění

všichni pacienti by se měli ptát na možnost použití cílené biologické léčby

**poradenské oddělení
biolecba@vfn.cz**

MUDr. Ján Moravík, CSc.¹, MUDr. Ladislav Novotný²¹Pracovní lékařství, ŠKODA Škoda Auto, Mladá Boleslav, ²1. LF UK a VFN, Ústav hygieny a epidemiologie, Praha

Očkování proti sezónní chřipce ve Škoda Auto Mladá Boleslav

O potřebě očkování proti takové „banální“ infekci jako je chřipka se v odborné i laické veřejnosti živě debatuje. Většina odborných autorit se přiklání k názoru, že očkování má medicínský význam především u rizikových segmentů populace. U zdravých pracovně aktivních lidí se uznává především ekonomický prospěch. Očkování méně často onemocní chřipkou a zejména v sezonách epidemického výskytu méně dní chybí v práci.



MUDr. Ján Moravík, CSc.

Ve společnosti Škoda Auto Mladá Boleslav se zaměstnanci očkují proti sezónní chřipce od roku 1997. Během 11ti let byly použity vakcíny různých typů a výrobců. Začalo se očkovat Agrippalem, potom postupně Begrivacem, Influvacem a Vaxigripem. V prvních letech programu se očkovanosť pohybovala na průměru ČR, postupně však dosáhla až trojnásobku českého průměru. K tomu, aby zaměstnanci podniku akceptovali preventivní vakcinační program a očkovanosť se zvýšila, se hledali různé cesty. Hlavním motivačním nástrojem je bezplatnosť vakcíny i aplikace. O významu očkování a termínech sezónního zahájení akce jsou zaměstnanci pravidelně informováni v regionálním rozhlasu, firemním tisku i prostřednictvím intranetu. V některých letech byli očkováni zaměstnanci odměnění drobným dárkem a po ukončení epidemické sezóny byli vylosovaní výherci dále ocenění. Ve firemním tisku jsou také publikovány zkušenosti samotných zaměstnanců s očkováním.

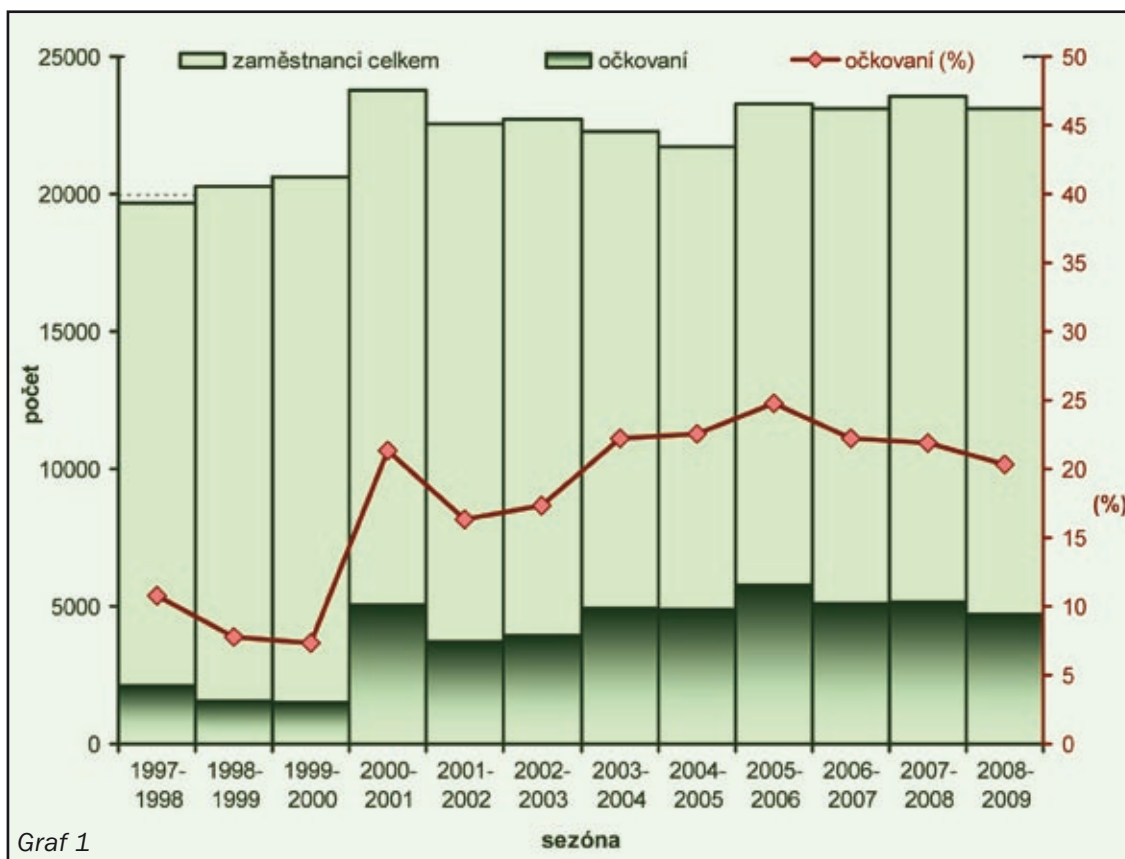
Očkování zaměstnanců začíná po dodání vakcíny zpravidla v polovině září a probíhá do konce prosince. Respektují se možné kontraindikace. Neočkují se především osoby se zvýšenou teplotou. Osobám s normální teplotou, které však uvádějí, že se necítí dobře a že „na ně něco leze“, se podle principu předběžné opatrnosti doporučuje odložit očkování na pozdější dobu. Ve spolupráci s praktickými lékaři, kteří pracují v podnikové poliklinice se na základě klinického posouzení dlouhodobě sleduje výskyt onemocnění na chřipku. Vyhodnocuje se nemocnosť mezi očkovánými a neočkovánými zaměstnanci a dosavadní výsledky podporují očekávání, že očkování snižuje nemocnosť na chřipku (Moravík a Beran 2001, Beran a Moravík 2003). Někteří očkováni upozornili na skutečnost, že po několikaletém opakovaném očkování se jim zlepšil stav bronchiálního astmatu, mají méně často a méně závažné exacerbace onemocně-

ní. Také ti, kteří onemocněli na akutní respirační onemocnění, sdělují, že průběh nemoci byl lehčí a kratší.

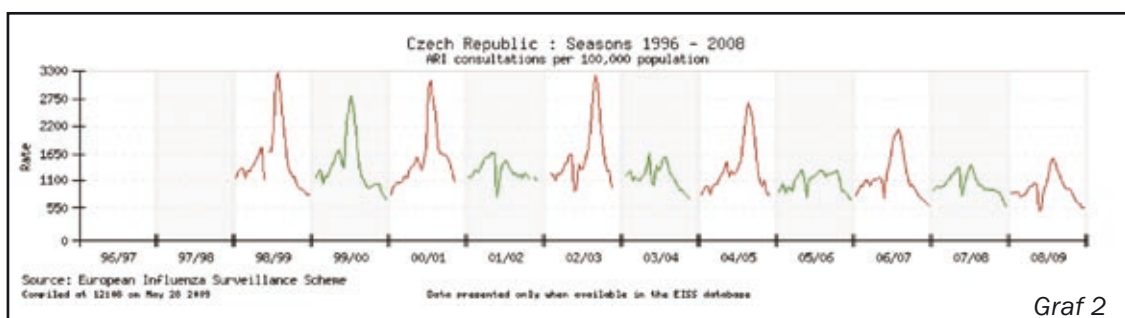
V grafu č.1 je zachycen vývoj očkovanosť na chřipku v letech 1997 až 2008. V sezóně 200/2001 došlo ke skokovému nárůstu očkovanosť oproti předchozím letům a v posledních 6ti sezónách očkovanosť neklesla pod 20%. Nejlepší výsledek byl dosažen v sezóně 2005-2006, kdy byl zájem o očkování proti sezónní chřipce skokově zvýšen, patrně také proto, že obyvatelé ČR měli obavy z ptačí chřipky a SARS.

V tabulce č.1 jsou shrnuty údaje o nemocnosti na chřipku a chřipce podobná onemocnění v (ILI) podniku u očkové a neočkové části zaměstnanců v letech, kdy probíhala v podniku a regionu epidemie sezónní chřipky. V tabulce jsou uvedeny použité vakcíny a odhadnutá vakcinační účinnost. Rozdíly v podnikové nemocnosti na chřipku a ILI korelují s regionálními i celostátními epidemiologickými přehledy v jednotlivých letech. V obdobích, kdy převládal virus chřipky jako hlavní původce akutních respiračních onemocnění (ARI), byly rozdíly v nemocnosti mezi očkovánými a neočkovánými nejvyšší. V sezóně 2000/2001, kdy bylo vakcinováno více než 20% zaměstnanců byla podrobněji kontrolována nemocnosť na akutní respirační onemocnění (1). Během období od 4 do 13 týdne 2001 onemocnělo chřipkou nebo chřipce podobným onemocněním 1,3% očkové a 6,9% neočkové a VE dosáhla 81.2%. Vrchol incidencí byl v 5. a 6. týdnu. Nejvyšší morbidita na akutní respirační onemocnění v okrese Mladá Boleslav 484 na 10000 obyvatel. Celkově byla ve společnosti Škoda Auto nemocnosť na ARI 4-7x nižší než v okrese a u očkové skupiny zaměstnanců až 10x nižší (2).

**v sezóně 2005-6
byl zájem o očkování
zvýšen patrně proto,
že obyvatelé měli obavy
z ptačí chřipky a SARS**



Graf 1



Graf 2

Důležitým momentem pro hodnocení účinku vakcinace je intenzita infekce v populaci a shoda složení vakcíny a převažujícím typem viru, způsobující epidemii. Beran s kolektivem recentně v randomizované placebem kontrolované studii zdravých dospělých osob zjistil, že účinnost vakcíny v atypické sezóně 2005/2006 nemohla být prokázána jednak pro výjimečně nízký attack rate a protože dominantní cirkulující kmen B se neshodoval s vakcinačním kmenem (3). Nízká incidence chřipky v některých sezónách může nastolit otázku o nutnosti očkování dospělé populace. Musíme však vzít v úvahu, že hlavním populačním cílem, kromě seniorů, jsou zejména chronicky nemocní, kteří jsou vystaveni vysokému riziku komplikací chřipky a ti, kteří mohou infikovat oslabené osoby, tj. zdravotnický personál a pečovatelé. Ale ve velkém podniku s komplexně organizovanou činností jako je škodovka je eminentní zájemem udržet pracovní schopnost co největší části zaměstnanců. Přestože nelze předpovědět aktivitu chřipky v nadcházející sezóně v době, když

se každoročně aplikuje vakcína, není vhodné měnit vakcinační schéma a vystavovat populaci zbytečnému riziku (3).

Na grafu č. 2 je vidět kolísání týdenních incidencí ARI v ČR v letech 1996-2009. Dobře je patrné každoroční střídání sezón s vysokou a nižší/nízkou intenzitou ARI a trend v kolísání intenzity onemocnění jak u sezón epidemických (od roku 2004), tak i v sezónách s nízkou intenzitou (od 2001). Tendence ve slábnutí intenzity ARI jsou zřetelné i ve sledovaných sezónách v našem podniku u očkováných i neočkováných zaměstnanců, účinnost vakcinace je však ve všech sezónách zřetelně protektivní. Lze namítnout, že sledování vlivu očkování na nemocnost zaměstnanců ve Škoda Auto není randomizovanou kontrolovanou studií, je přesto nesmírně cenné, protože poskytuje reálný pohled na „fungování“ očkovacího programu. Možnost zkusení výsledků v pozorovacích studiích je věnována velká pozornost. Vliv zavádějících a neměřených faktorů v observační studii

Tabulka 1: Očkovanosť proti chřipce, incidence a asociace sezónního výskytu chřipky a chřipce podobných onemocnění (ILI A) s vakcinací u zaměstnanců ŠKODA Škoda AutoAUTO Mladá Boleslav v letech 1997-2009.

sezóna	počty zaměstnanců			použité vakcíny	incidence chřipky + ILI ^A (%)		vliv vakcinace		
	celkem	očkováni	(%)		očkováni	neočkovaní	RR ^B	RD% ^C	VE% ^D
1997-1998	19658	2123	10.8	Agrippal	- ^E	-	-	-	-
1998-1999	20305	1575	7.8	Influvac ^F Begrivac	2.5	8.5	0.29	-5.92	70.00
1999-2000	20616	1519	7.4	Begrivac	2.4	9.9	0.24	-7.47	75.93
2000-2001	23782	5079	21.4	Begrivac	1.3	6.8	0.20	-5.25	79.94
2001-2002	22562	3696	16.4	Begrivac	-	-	-	-	-
2002-2003	22729	3940	17.3	Begrivac	1.6	4.0	0.39	-2.41	60.57
2003-2004	22270	4953	22.2	Influvac	-	-	-	-	-
2004-2005	21702	4892	22.5	Vaxigrip	2.8	5.3	0.52	-2.55	47.90
2005-2006	23290	5780	24.8	Vaxigrip	-	-	-	-	-
2006-2007	23090	5137	22.2	Vaxigrip	1.1	1.9	0.58	-0.79	41.24
2007-2008	23559	5154	21.9	Vaxigrip	-	-	-	-	-
2008-2009	23100	4709	20.4	Influvac	-	-	-	-	-

^A ILI: Influenza-Like Illness, chřipce podobná onemocnění

^B RR: Relativní Riziko = (incidence očkováných + incidence neočkovaných), neočkovaní jsou referenční skupinou, vakcinace je protektivní, když $RR < 1$

^C DR: Diferenční Riziko = (incidence očkováných - incidence neočkovaných), vakcinace je protektivní, když $DR < 0$

^D VE: Vaccine Efficacy = účinnost vakcinace, $100 * (1 - RR)$, procentuální snížení rizika onemocnění, které lze připsat vlivu vakcinace za předpokladu, že vakcína vede k úplné imunizaci, $VE\% = 100$ znamená úplnou protekci, 0 žádný vliv, < 0 vakcinace zvyšuje riziko onemocnění

^E -: výskyt chřipky a ILI nebyl sledován, protože se neobjevily známky zvýšeného sezónního výskytu ARI

^F Influvac: kurzívou je označen subjednotkový typ vakcíny (Agrippal, Influvac), ostatní vakcíny jsou splítové (Begrivac, Vaxigrip)

účinnosti očkování proti chřipce byl nedávno sledován a ukázal, že zkrácení při ošetření nejzákladnějších ukazatelů je zanedbatelné (4). Vedení společnosti podporuje tento moderní způsob prevence. Zvýšení očkování zaměstnanců vede k vyšší kolektivní imunitě proti chřipce v podniku. Relativně velká a stabilní skupina zaměstnanců má s očkováním dobrou osobní zkušenost a s uspokojením akceptuje možnost každoročního očkování. Na druhé straně je větší skupina zaměstnanců, která z obavy z vpichu jehly nebo jiných důvodů, které zkoumáme, nabídku neakceptuje. Lékaři ZPP ve Škoda Auto mají zájem rozšířit dále počet očkováných zaměstnanců a proto přivítají podněty od kolegů, kteří mají zkušenosti s očkováním a budou ochotni se o ně podělit.

Literatura

1. Moravík, J. Beran, J. Efektivita vakcinace proti chřipce ve Škoda Auto v chřipkové sezoně 2000-2001. České Prac. Lék. 2001, 2 (3), s. 157-160

2. Beran, J., Moravík, J. Effectiveness of vaccination against influenza in SkodaAuto Company employees during the influenza season 2000-2001. Cent. Eur. J. Public Health. 2003, 11, p.209-212.

3. Beran, J., Wertzova, V., Honegr, K. et al. Challenge of conducting a placebo-controlled randomized efficacy study for influenza vaccine in a season with low attack rate and a mismatched vaccine B strain: a concrete example. BMC Infectious Diseases 2009, 9, doi:10.1186/1471-2334-9-2.

4. Groenwold, R.H.H., Hoes, A.W., Nichol, K.L., Hak, E. Quantifying the potential role of unmeasured confounders: the example of influenza vaccination. Int. J. Epidemiol. 2008, 37, p.1422-1429.

MUDr. Ján Moravík, CSc. - absolvoval LF UK v Praze v r 1974, v r. 1978 získal atestaci 1.st. z hygieny a epidemiologie, v r 1981 nástavbovou atestaci z pracovního lékařství, v r 1986 obhájil kadidátskou disertační práci a v r 1992 atestoval ze všeobecného lékařství. Od r 1997 je zaměstnán jako praktický lékař u Škoda Auto a.s. Mladá Boleslav

MUDr. Heřman Mann

Revmatologický ústav, Praha

Časná revmatoidní artritida

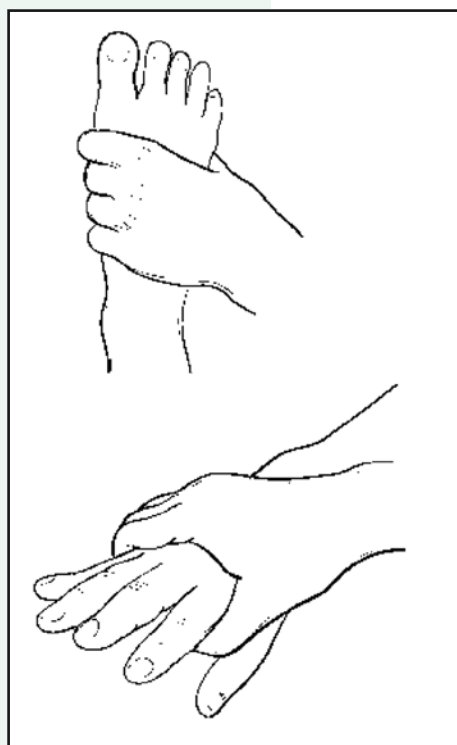
- diagnostika a léčba

Revmatoidní artritida (RA) je chronické systémové autoimunitní onemocnění charakterizované zánětem kloubů a různým stupněm mimokloubního postižení. Neléčená revmatoidní artritida vede nejen ke snížení kvality života a k výraznému funkčnímu omezení, ale je spojena i s vyšší mortalitou především v důsledku kardiovaskulárních komplikací. RA zatím zůstává nevléčitelným onemocněním, ovšem převratný pokrok dosažený v posledním desetiletí zejména v oblasti možnosti farmakoterapie a strategie léčby umožňuje u značné části nemocných dosáhnout klinické remise a zpomalit až zastavit vznik nevratného kloubního poškození. Opakovaně bylo prokázáno, že základním předpokladem úspěchu je včasná diagnóza a léčba. Současná doporučení České revmatologické společnosti včetně přehledu nejčastěji užívaných léků a jejich nežádoucích účinků byla již na stránkách tohoto časopisu shrnuta (1) a jsou k dispozici na internetových stránkách České revmatologické společnosti (2).



MUDr. Heřman
Mann

Obr. 1 - Test příčného stisku MCP a MTP kloubů



Jaká je úloha praktického lékaře v péči o nemocné s RA?

Revmatoidní artritida je nejčastější autoimunitně podmíněnou polyartritidou s prevalencí 0,5-1%. Nemocní často mívají další přidružená onemocnění a každý lékař si tedy jistě vybaví řadu nemocných s RA z vlastní praxe. Ovšem incidence revmatoidní artritidy je odhadována na 25-40/100 000 a proto se praktický lékař setká s novým případem v průměru jen jednou za jeden až dva roky. Úvodní příznaky navíc mohou být poměrně heterogenní a určení správné diagnózy může být v časných fázích onemocnění i pro zkušeného odborníka těžkým oříškem. Úkolem praktického lékaře tedy nemůže být precizní určení správné diagnózy, ale spíše záchyt a urychlené odeslání nemocných s podezřením na RA k odbornému vyšetření. U léčených pacientů s etablovanou RA by měl praktický lékař aktivně spolupracovat s ošetřujícím revmatologem při sledování aktivity onemocnění, léčbě komorbidit a monitorování případných komplikací léčby.

Koho odeslat na revmatologické vyšetření?

Revmatoidní artritida je klinická diagnóza a neexistuje žádné vyšetření, které by bylo zcela specifické pro toto onemocnění. Diagnóza se tradičně opírala o splnění klasifikačních kritérií Americké revmatologické společnosti z roku 1987 (Tab. 1), ta ale nejsou vhodná pro diagnózu časných fází onemocnění. Revmatoidní artritida většinou začíná u žen v produktivním věku a nejčastějším příznakem je postupný rozvoj symetrické polyartritidy postihující na horních končetinách zápěstí, metakar-

pofalangeální (MCP), proximální interfalangeální klouby (PIP) a metatarsofalangeální klouby (MTP) na dolních končetinách. V některých případech, zvláště u starších nemocných, může onemocnění začínat postižením jen jednoho nebo dvou kloubů. U asi 10% nemocných je prvním projevem RA náhle vzniklá polyartritida s výraznými celkovými příznaky. Onemocnění může postihovat i větší klouby (kolena, kyčle, lokty, ramena), ale většinou se vyhýbá distálním interfalangeálním kloubům (DIP). Tento rozdíl v distribuci pomáhá při odlišení častější nodální osteoartrózy ručních kloubů od RA. Postižené klouby bývají oteklé, teplé a citlivé na pohmat, zarudnutí nebývá přítomno. Jednoduchým klinickým screeningovým vyšetřením je bolestivost příčného stisku MCP nebo MTP kloubů (Obr. 1). Nemocní mívají také slabý stisk ruky, neúměrný intenzitě bolesti. Bolesti bývají horší ráno po probuzení a jsou typicky spojené s ranní ztuhlostí, která může trvat i několik hodin. Často je onemocnění provázeno celkovými příznaky jako je únava, nechutenství a subfebrilie.

U většiny nemocných je v laboratoři přítomna elevace zánětlivých parametrů (sedimentace erytrocytů, CRP, trombocytóza), může být i anemie a leukocytóza s neutrofilii. Revmatoidní faktor není, navzdory svému jménu, specifický pro revmatoidní artritidu a navíc u 1/3 nemocných není přítomný (tzv. seronegativní revmatoidní artritida). Nověji se v diagnostice uplatňuje vyšetření protilátek proti citrulinovaným proteinům (ACPA), které jsou nejčastěji v laboratoři určovány jako anti-CCP (protilátky proti cyklickému citrulinovanému peptidu). Ty jsou sice vysoce specifické pro revmatoidní artritidu (až 98%), ale nejsou přítomné u všech nemocných s tímto onemocněním. Nemocní s pozitivitou ACPA mívají závažnější průběh nemoci a větší pravděpodobnost mimokloubních komplikací. Rentgenové snímky jsou v začátku onemocnění většinou bez abnormalit a navíc jejich interpretace vyžaduje značnou zkušenost.

Diferenciální diagnóza časně revmatoidní artri-

tidy je poměrně široká a přesahuje rozsah tohoto textu. Nejdůležitější je odlišit RA od mnohem častější nezánettlivé osteoartrózy. Hlavní rysy, které tato dvě onemocnění odlišují jsou shrnuty v tabulce č. 2.

Přední evropští revmatologové zveřejnili jednoduché doporučení, kdy odeslat nemocné s podezřením na revmatoidní artritidu k odbornému vyšetření (3). Urgentní vyšetření revmatologem je indikováno u nemocných s otokem alespoň 3 kloubů, s postižením metakarpofalangeálních nebo metatarzofalangeálních kloubů (lze ověřit testem příčného stisku) a s ranní ztuhlostí trvající alespoň 30 minut. Aby nedocházelo ke zbytečnému zdržení, nemusí odesílající lékař u těchto nemocných provádět žádná laboratorní vyšetření ani rentgenové snímky.

K zajištění přednostního vyšetření a včasného zahájení léčby nemocných jsou již řadu let při předních akademických centrech zřizovány tzv. ambulance pro časnou revmatoidní artritidu. První ambulance tohoto typu v České republice vznikla při 2. interní klinice FN v Hradci Králové a od konce roku 2008 funguje také specializovaná ambulance v Revmatologickém ústavu v Praze. Nemocné, kteří splňují výše uvedená kritéria a mají obtíže méně než 3 měsíce, lze objednat k přednostnímu vyšetření v RÚ telefonicky nebo E mailem (731851636, jandova@revma.cz).

Jaké léky má nemocným s RA nasadit praktický lékař?

Bylo prokázáno, že tříměsíční zpoždění zahájení léčby tzv. chorobu modifikujícími léky (DMARD) vede k významnému rozdílu v rentgenové progresi po pěti letech trvání nemoci. U nemocných s tzv. nediferencovanou artritidou a s pozitivitou ACPA, dokonce léčba methotrexátem zabránila rozvoji do revmatoidní artritidy. Léčba DMARD by proto měla být zahájena co nejdříve. Nejpoužívanějším přípravkem v současné době je methotrexát, dále bývají užívány nejčastěji leflunomid, sulfasalazin a antimalarika. Léčba DMARD je často v první fázi kombinována s perorálně nebo s intraartikulárně podávanými glukokortikoidy, které vedou k rychlé úlevě obtíží. Při vysoké aktivitě onemocnění může být podávána i kombinace několika DMARD případně biologická léčba. Léčbu DMARD by měl zahajovat výhradně odborný lékař, ani glukokortikoidy není vhodné nasazovat před revmatologickým vyšetřením (mohou zakrýt příznaky onemocnění). Z těchto důvodů se praktickým lékařům doporučuje nemocným podávat pouze nesteroidní protizánětlivé léky a zajistit co nejdříve revmatologické vyšetření.

Jak dále sledovat nemocné s RA?

Zajištění včasné diagnózy je jen prvním krokem na společné cestě praktického lékaře a revmatologa při péči o nemocné s RA. Po nasazení DMARD je třeba monitorovat výskyt možných nežádoucích účinků léčby, u většiny přípravků je proto třeba podle doporučení revmatologa zajistit pravidelné krevní odběry a případně další vyšetření. Aktivita onemocnění většinou kolísá a mohou nastat období exacerbace, kdy je nutné ve spolupráci s revmatologem upravit nebo změnit léčbu. Praktický lékař

Tabulka 1: Klasifikační kritéria RA podle ARA

1. Ranní ztuhlost (trvající nejméně 60 minut)
 2. Artrtida 3 a více kloubních skupin (drobné ruční klouby, zápěstí, lokty, kolena, kotníky, drobné noční klouby)
 3. Artrtida kloubů rukou (otok alespoň jedné oblasti – zápěstí, metakarpofalangeální nebo proximální interfalangeální klouby)
 4. Symetrická artrtida (současné postižení kloubů na obou polovinách těla)
 5. Revmatické uzly (podkožní uzly nad kostními prominencemi nebo extenzorovými plochami)
 6. Revmatoidní faktory
 7. Rtg změny (změny typické pro revmatoidní artritidu na zadopředním snímku rukou a zápěstí – eroze nebo dekalcinace)
- Pro účely klasifikace je třeba splnění alespoň 4 kritérií, kritéria 1–4 musí trvat minimálně 6 týdnů*

Tabulka 2: Jak odlišit revmatoidní artritidu a osteoartrózu

	revmatoidní artritida	osteoartróza
postižené klouby	zápěstí, MCP,PIP, MTP	PIP, DIP, CMC palce
maximum bolesti	ráno	po námaze
ranní ztuhlost	>30 min	<15 min
otok kloubů	ano	kostní deformity
celkové příznaky	Ano	Ne
věk	jakýkoliv, typicky ženy v produktivním věku	>50 let
sedimentace, CRP	zvýšené	v normě

MCP - metakarpofalangeální kloub, PIP - proximální interfalangeální kloub, MTP - metatarzofalangeální kloub, CMC- karpometakarpální kloub, CRP- C reaktivní protein

by měl znát nejčastější mimokloubní projevy RA a u nemocných pátrat po jejich možném výskytu. V neposlední řadě je třeba zdůraznit, že revmatoidní artritida je stejně jako třeba diabetes mellitus samostatným rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění a proto je třeba u nemocných s RA aktivně přistupovat k léčbě hypertenze, dyslipidemií a k odvykání kouření.

Literatura:

1. Pavelka K, Bečvář R, Vencovský J et al. Doporučení pro léčbu revmatoidní artritidy České revmatologické společnosti. *Practicus* 2008;2:19-27
2. <http://www.revma.cz/crs>
3. Emery P, Breedveld FC, Dougados M et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:290-7

MUDr. Heřman Mann - po promoci na fakultě všeobecného lékařství 1. LF UK pracoval jeden rok jako výzkumný asistent na HIV/AIDS klinice Alabamské univerzity v Birminghamu v USA. Jako internista sbíral zkušenosti ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a absolvoval rezidenci v oboru vnitřního lékařství v Tennessee v USA. Od roku 2005 je zaměstnán v Revmatologickém ústavu v Praze. Mezi jeho odborné zájmy patří především idiopatické zánětlivé myopatie a časná revmatoidní artritida. V roce 2008 se podílel na vzniku ambulance pro časnou revmatoidní artritidu v RÚ.

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc

3. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Základní principy edukace diabetiků

Souhrn: Diabetes patří k onemocněním, které nelze léčit bez spolupráce dobře edukovaného pacienta. Tento článek se zabývá obecnými principy edukace pacientů s diabetem a předchází dalším článkům o edukaci. Především prakticky trvalá edukace režimu jako základního principu úspěšné léčby diabetu je i v ordinaci praktického lékaře dobře zvládnutelná. Je však nutné jí věnovat dostatečný časový prostor a využít i důležité výhody praktického lékaře - dobré znalosti osobnosti nemocného a jeho zázemí. Záznam, který je veden o edukaci, musí obsahovat nejen edukovaný problém, ale i zhodnocení, specifické závěry a konkrétní cíle léčby u každého pacienta individuálně. K plnění cílů se lékař vrací při každé příští kontrole resp. edukaci pacienta. Z pravidelně prováděné edukace profituje nejen nemocný, ale přináší i významné úspory nákladů na léčbu a zejména na léčbu komplikací diabetu.



prof. MUDr. Štěpán
Svačina, DrSc.

**časná léčba diabetiků
2. typu výrazně snižuje
rizika na desítky let
dopředu**

**z kapacitního hlediska
část diabetiků
bude léčena v ordinaci
praktického lékaře**

Úvod - Proč edukujeme diabetiky

Prakticky u každého onemocnění platí, že poučení o příčinách onemocnění a principech léčby je součástí péče o každého pacienta. Nemocné obvykle poučujeme o režimových opatřeních, o principu podávání léků, o načasování jejich podávání a o prognóze onemocnění. Edukace diabetika je specifická z několika důvodů:

1. Jde o velmi závažné onemocnění, které je bez výrazné spolupráce pacienta samotného prakticky neléčitelné.
2. Diabetes „nebolí“ a jeho projevy jsou po poměrně dlouhou dobu jen laboratorní, a proto je motivace pacienta dosažitelná jen opakovanou edukací. U jiných onemocnění nutí pacienta ke spolupráci v léčbě symptomy jako např. bolest, teplota či jiné subjektivní příznaky onemocnění, kterých by se chtěl nemocný zbavit a tím je motivován.
3. Diabetes je příkladem onemocnění, které je typicky kontinuálně den ode dne monitorováno ať už např. jde o monitoring glykemií, pohybu, hmotnosti. To klade na nemocného velké nároky, protože zodpovídá za každodenní samostatné rozhodování o léčbě (úpravy diety, úpravy dávek inzulínu apod.). Pacientova rozhodnutí o léčbě jsou vlastně prodloužením působnosti lékaře mimo ordinaci prostřednictvím edukace pacienta.
4. Edukace diabetika je důležitým opatřením v rámci jednotlivých systémů zdravotní péče. Léčba diabetu a zejména jeho komplikací extrémně zatěžuje každý zdravotní systém. Náklady vynaložené na individuální, skupinovou edukaci a zdravotní výchovu populace ve vztahu diabetu se tak logicky vrátí v úsporách na zdravotních výdajích.

Kdo by měl diabetiky edukovat

Téma edukace diabetiků je velmi důležité právě v ordinaci praktického lékaře, neboť právě zde je léčena řada nemocných, kteří jsou v „pouhém“ riziku diabetu a také diabetici v časně fázi diabetického syndromu. Právě v nedávné době bylo pro-

kázáno, že časná léčba diabetiků 2. typu výrazně snižuje rizika na desítky let dopředu (1). Naopak některé nové studie s léčbou diabetiků v pokročilých fázích diabetického syndromu ukázaly, že normalizace glykemií u těchto pacientů přináší již určitá rizika (2).

Z kapacitního hlediska je zřejmé, že část diabetiků bude léčena v ordinaci praktického lékaře, kde lze zároveň komplexně léčit i další komorbiditu jako např. dyslipidémii, obezitu či hypertenzi.

Rozhodně však platí, že diabetika 1. typu, diabetika 2. typu s komplikacemi a diabetika 2. typu, u kterého se nedaří docílit cílových hodnot kompenzace, by měl léčit i edukovat diabetolog.

Dále rovněž platí, že hovoříme-li o edukaci praktickým lékařem či diabetologem, máme na mysli i edukaci jeho zdravotní sestrou nebo v budoucnu i školeným edukátorem, pracujícím v dobré návaznosti a vzájemné důvěře s příslušnou ordinací. I v těchto situacích musí však edukaci pacientů ovládat i lékař, neboť se ho pacienti budou na problematiku ptát. Vzájemná důvěra je nutná, neboť diabetici jako závažně chronicky nemocní a motivovaní pacienti jsou všude ve světě z obchodních důvodů atakováni nevědeckými principy alternativní medicíny, potravinovými doplňky a podobně (3). Proto musí lékař dobře vědět s kým spolupracuje a měl by i dobře vědět, co z těchto produktů inzeruje jemu blízká lékárna, aby věděl s čím budou jeho pacienti konfrontováni při vyzvednutí léků.

Edukace diabetiků v ordinaci praktického lékaře

Témata edukace diabetiků v ordinaci praktického lékaře rozdělujeme do tří částí (samostatných článků). Na prvním místě informujeme o základních obecných principech edukace diabetiků a jednotlivých tématech. V samostatném článku popisujeme edukaci v režimových - tedy dietních opatřeních a edukaci o fyzické aktivitě. Třetí článek je věnován tzv. edukaci v primární a sekundární prevenci v diabetologii (tedy prevenci cukrovky samotné a diabetických komplikací).

Každý praktický lékař by měl vědět, že edukace diabetiků vyžaduje řadu specifických podmínek

(viz tabulka 1):

- Dostatek času. Edukovat s tlakem přeplněné čekárny v zádech se nedá. Edukaci je vhodné soustředit do speciálních ordinálních hodin. To platí i o edukaci zdravotní sestrou.
- Opakování témat a opakované se vracení k problémům pacienta.
- Zpětná vazba v edukaci - tedy ověření, co nemocný zná, dokončení a opakování edukace v oblastech, které hůře zná. Vhodné je i kladení otázek připomínajících zkoušení ve škole.
- Poznání osobnosti nemocného, tedy poznání, zda přikládá svému onemocnění dostatečný význam, zda a jak je motivován. K poznání osobnosti má praktický lékař znalosti nemocného i jeho rodinu větší možnosti než diabetolog.
- Účinná edukace předpokládá vzájemnou důvěru a ochotu odpovídat na otázky a respektování osobnosti nemocného a jeho sociálního zázemí.
- Vhodné pomůcky, edukační materiály apod. S ohledem na to, že diabetiků u nás přibývá a jejich počet přesáhl 7%, vyplatí se takové vybavení každému praktickému lékaři.

Edukace pacientů s diabetem má u nás velkou tradici, není však objevem českým. Věnuje se jí celá řada mezinárodních dokumentů.

Již tzv. Saintvincentská deklarace z r. 1989 konstatuje, že „komplikace ohrožují život a kvalitu života a že jen diabetik, který spolupracuje, může mít dlouhý a zdravý život.“ I když jsou regionální rozdíly v prioritách edukace, cíl je všude stejný - snížit nemocnost a výskyt komplikací. U takto závažného onemocnění by měly existovat celostátní i instruktažní a edukační programy pro všechny věkové skupiny a i pro zdravou populaci. Měly by být odstraněny překážky, které brání diabetikovi v rovném přístupu do společnosti. Tzv. skupiny Saintvincentské deklarace působí i v mnoha našich regionech (podrobně např. v odkazu 4).

Klasická diabetologická edukace (Tabulka 2) obvykle obsahuje v několika lekcích následující okruh znalostí a dovedností:

- Úplná informace o potřebném stravovacím režimu, fyzické aktivitě a sportu (těmto tématům se budeme věnovat v následujícím článku).
- Časový plán užívání léků, popis významu užívání léků, vztah k jídlu a podobná témata. Mnoho těchto informací je v lékových příbalových letácích, které by měl lékař dobře znát.
- Aplikace inzulínu včetně desinfekce kůže, používání dávkovače inzulínu a injekční stříkačky. Stříkačku by měl mít každý pacient k dispozici jako náhradní řešení při problému s inzulínovým dávkovačem. Diabetik musí znát principy skladování inzulínu.
- Úpravy léčby dle výsledků selfmonitoringu. Pacient může být vybaven schématy či tabulkami. Vždy je ale nutné probrání jeho záznamů o měřené glykémii a konkrétní diskuse o úpravách léčby. Monitorování však zahrnuje i sledování dalších parametrů kompenzace.
- Kriteria kompenzace (podrobně rozvádíme v článku o vztahu edukace ke komplikacím diabetu)
- Edukace v použití glukometru a to konkrétního, podle toho, pro který osobní glukometr se pacient rozhodne.
- Edukace o hypoglykemiích a příznacích ketoaci-

Tabulka 1: Podmínky úspěšné edukace diabetika u praktického lékaře

- dostatek času
- opakování témat a opakované se vracení k problémům pacienta
- zpětné vazby- tedy ověření, co nemocný zná, dokončení edukace v oblastech, které hůře zná,
- poznání osobnosti nemocného a jeho sociálního zázemí
- vzájemná důvěra pacienta a lékaře
- vhodné pomůcky a edukační materiály
- vyškolená vlastní sestra, návaznost na diabetologickou ordinaci, návaznost na psychologa a ebeny. profesionálního edukátor

Tabulka 2: Klasický obsah edukace realizovatelný v ordinaci praktického lékaře

- Informace o dietě, jejím množství a načasování
- Informace o fyzické aktivitě
- Časový plán podávání léků
- Aplikace inzulínu
- Edukace v použití glukometru
- Úpravy léčby dle selfmonitoringu
- Kriteria kompenzace
- Edukace o hypoglykemiích
- Edukace o komplikacích diabetu
- Edukace zaměřená na věk např. u staršího diabetika
- Edukace o vztahu diabetu k pracovnímu zařazení a řízení vozidel

Tabulka 3: Co by měl obsahovat zápis o edukaci v dokumentaci

1. Obsah edukace, čemu se edukace věnovala
2. Individuální zhodnocení edukace u pacienta a co z edukace vyplynulo.
3. Stanovení cíle edukace resp. cíle léčby.
4. Zhodnocení výsledku minulé edukace

dózy (podrobně rozvádíme v článku o vztahu edukace ke komplikacím diabetu).

- Edukace o hrozících chronických komplikacích diabetu včetně syndromu diabetické nohy.
- Edukace o problémech zaměstnání a edukace v řízení motorového vozidla. Diabetik by neměl vykonávat zaměstnání s nepravidelnou pracovní dobou, neplatí to však vždy a je třeba toto doporučení posuzovat vždy individuálně. Řízení osobního vozidla by mělo být omezeno jen při riziku závažných hypoglykemií. Diabetik s možným rizikem hypoglykemie ale nesmí být profesionálním řidičem, zejména v hromadné dopravě.
- Edukace o vztahu diabetu k infekci a zhoršení kompenzace při infekčních onemocněních. Opatření v prevenci infekcí - vhodnost očkování, sledování asymptomatických infekcí např. uroinfekce podrobně rozvádíme v článku o vztahu edukace ke komplikacím diabetu.

Způsob edukace je nutné přizpůsobit také věku a možnostem diabetika, odlišný přístup je nutný zejména u staršího diabetika. Pacienta obvykle informujeme o zvláštnostech v dietě, působení léků, lékových interakcích a riziku hypoglykemie ve stáří.

Nezbytnou součástí edukace je zpětná vazba. Ta při každé kontrole pacienta zahrnuje:

- analýzu záznamů (deníku diabetika)
- pohovor o změnách v nálezech nemocného a změnách v léčbě
- pohovor o individuálních problémech nemocného

způsob edukace je nutné přizpůsobit věku a možnostem diabetika

nezbytnou součástí edukace je zpětná vazba

edukační program pro nové diabetiky je vhodnější provádět individuálně než kolektivně

• dotaz a vyhodnocení osobní hygieny např. s ohledem na mykózy a praktickou péči o nohy. Edukace za specifických situací v diabetologii. Specifická edukace v diabetologii patří již do kompetence diabetologa. Patří k ní následující problémy:

- edukace v graviditě
- prekoncepční edukace
- edukace dítěte a mladého člověka s diabetem
- labilní diabetes s častými hypoglykémiami
- edukace v léčbě inzulinovou pumpou
- edukace diabetika se závažnými specifickými komplikacemi (retinopatie, nefropatie) včetně edukace při transplantaci pankreatu a ledviny
- edukace v souvislosti s indikací a následnou péčí u bariatrických výkonů

Při praktickém provádění je vhodné snažit se i o rozšíření možnosti edukace včetně rodiny pacienta i případně kolektivní způsob edukace (např. v rekondičních centrech).

Edukační program pro nové diabetiky je vhodnější provádět individuálně než kolektivně. Je možné indikovat také lázeňskou léčbu. Není však nad využití znalostí, které má v řadě případů praktický lékař o individualitě nemocného, o jeho rodině, možnostech a zázemí. Tyto znalosti zpravidla nemá diabetolog, ke kterému je nemocný poslán poprvé a nemá je ani specializovaný edukátor či lázeňský lékař. Výhodou těchto pracovníků je naopak, že mají obvykle na pacienta více času.

Jednou z nejdůležitějších součástí edukace je reagování na názory a pocity pacienta a podle toho individuální zaměření edukace. Edukaci je vhodné zakončit vydáním materiálů, ale vždy je třeba se vrátit příště k názorům a pocitům pacienta, které vznikly při jejich přečtení.

Cíle edukace a její zápis v dokumentaci

O edukaci je nutné vypracovat také záznam, který však není cílem edukace, spíše pomůckou v dalším průběhu edukačního procesu. Ne na posledním místě tento záznam je také dokladem skutečně realizované edukace a tedy potvrzení, že pacient informace obdržel. Zápis o edukaci (tabulka 3) by měl obsahovat individuální zhodnocení edukace u pacienta, plán pro příští edukaci a cíle edukace resp. cíle léčby. Nemocný by měl mít stanovenou cílovou hmotnost při příští kontrole a podobně cílovou kompenzaci diabetu a dalších metabolických parametrů, i cílové hodnoty fyzické aktivity a často i změny osobní hygieny např. péče o nohy. K těmto cílům by se lékař měl vždy vrátit při příští kontrole. Cíle pak je vhodné korigovat, uvolnit či zpřísnit podle individuálního vyhodnocení možnosti nemocného.

Rozhodně je třeba včas vystihnout psychologické problémy nemocného, které nemocný se svým lékařem nevládnou a vyžádat si případně konzultaci s psychologem. Spolupracujícího psychologa by měla mít ordinace vždy. Psychologii diabetu jsou věnovány rozsáhlé monografie (5) i samostatné konference, protože se jedná o problematiku velmi specializovanou.

Vyhodnocujeme-li výsledky edukace, pak bychom měli podle Americké diabetologické asociace

uvážít dosažení sedmi výstupů (6)

1. dosažení dostatečné fyzické aktivity
2. úspěšnost tzv. menu planning (plánování diety)
3. dostatečná compliance v medikaci
4. pravidelné monitorování glykémie
5. dosažení schopnosti řešit samostatně problémy
6. dosažení redukce rizik
7. úspěšné psychosociální přizpůsobení se chronické nemoci

Závěr – edukace diabetika jako kontinuální proces

Po edukaci základní přístupujeme k tzv. edukaci pokračující. Nejedná se o strnulé schéma. Diabetik se setkává s novými fenomény např. novými potravinami, novými sporty, novými léky, novými situacemi, novými nemocemi. Proto se i vlády a světové organizace k edukaci vrací (Akropolis deklaráce 1995, Lisabonská dohoda 1997, Istanbulské prohlášení 1999 a další). Otočecká deklaráce z roku 2004 například konstatovala, že v EU je 7,5% diabetiků a dalších 50% diabetiků o své nemoci neví. Právě o tyto nemocné pečují praktičtí lékaři již dnes. A jako jedna z posledních následovala v roce 2006 Vídeňská deklaráce (podrobně o deklaracích např. v 7).

Praktický lékař by se v edukaci diabetiků měl nejen vzdělat, ale měl by ji důsledně také prakticky provádět. Jedině tak může potom edukovat diabetika nejen se znalostí teoretickou, ale i praktickou a uplatnit v edukačním procesu i vlastní praktické zkušenosti. Významné je i diskutování problémů edukace na konferencích praktických lékařů a vzájemné poznávání problémů, které edukace přináší.

Literatura

1. Holman RR, Watkins PJ (eds) UKPDS: the first 30 years. Wiley-Bleekwell Oxford, 2008, 176s.
2. Skyler JS, Bergenstal R, Bonow RO, Buse J, Deedwania P, Gale EA, Howard BV, Kirkman MS, Kosiborod M, Reaven P, Sherwin RS; American Diabetes Association; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Intensive glycaemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes Trials: a position statement of the American Diabetes Association and a Scientific Statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *J Am Coll Cardiol*. 2009 Jan 20;53(3):298-304.
3. Svačina Š., Matoulek M., Jiráčková L.: Potravinové doplňky v diabetologii. *Trendy v diabetologii* 12, (ed. Haluzík, M.) Galén., Praha, 2008, s. 133-151
4. www.diazivot.cz
5. Snoek FJ, Skinner TC (Editors): *Psychology in Diabetes Care*. Wiley, New York, 2005.
6. Franz M. Core curriculum for diabetes education. American diabetes association Chicago, 2003
7. Mokřán M., Martinka E., Galajda P. (eds) *Diabetes mellitus a vybrané metabolické onemocnění*. P+M, Martin, 2008.

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. - absolvoval FVL UK v roce 1978, 1978-1981 asistent fyziologického ústavu FVL UK od roku 1981 pracuje na III. interní klinice VFN a 1. LF UK, od roku 2001 jako přednosta. Je členem výboru Diabetologické společnosti, České obezitologické společnosti, České společnosti zdravotnické informatiky a Společnosti klinické výživy a intenzivní metabolické péče, dále je členem předsednictva České lékařské společnosti JEP. 1999-2005 byl děkanem 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

o edukaci je nutné vypracovat záznam

prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

Sexuologický ústav 1.LF UK a VFN

Psychologické aspekty farmakoterapie erektilních dysfunkcí

Souhrn: Autoři uvádějí první základní výsledky reprezentativního výzkumu (1000 mužů a 1000 žen starších 15 let) týkajícího se postojů a vědomostí obyvatelstva v oblasti erektilních dysfunkcí. Podle dosažených výsledků většina českých mužů i žen se domnívá, že dominantní příčinou proč muži neřeší tento problém je stud a nedostatek odvahy, většina se domnívá, že při farmakoterapii by se mělo dbát především na vedlejší účinky, zdroj a spolehlivost léku. Realita je však taková, že pouze třetina mužů, kteří užili Viagra, ji získali na základě lékařského předpisu.

Klíčová slova: erektilní dysfunkce, farmakoterapie, postoje, zkušenosti

V rámci průzkumu sexuálního chování obyvatelstva ČR byl zkoumán i vztah obyvatelstva k farmakoterapii poruch erekce. Dotazováno bylo celkem tisíc mužů a tisíc žen. Soubory byly reprezentativním vzorkem populace České republiky starší 15 let. Terénní sběry dat pomocí anonymně vyplňovaných dotazníků administrovaných školenými tazateli (návrstnost byla 52,8 %). Výzkum byl financován Národní komisí pro řešení problematiky HIV/AIDS Ministerstva zdravotnictví ČR a společností Pfizer, spol. s r. o. Odborným garantem výzkumu byl Sexuologický ústav 1.LF UK a VFN, terénní výzkum provedla demoskopická agentura DEMA a.s.

V rámci longitudinálního výzkumu, opakovaného v letech 1993, 1998, 2003 a pak v roce 2008 (prezentovaný výzkum) jsme se zaměřili i na zjištění prevalence sexuálních dysfunkcí u respondentů. Ve srovnání s rokem 1993 se podstatně nemění počet žen, které trpěly někdy v životě nějakou sexuální poruchou – ze 17 % v letech 1993 počet v roce 2008 jen mírně vzrostl na 20 %. U mužů počet jedinců s poruchou se ze 16 % v roce 1993 podobně zvýšil v roce 2008 na 20 % (6). Především přitom jde o muže s poruchami ztopoření – ty tvoří 54 % z uvedených případů dysfunkcí. Z tohoto důvodu byly respondentům předloženy i otázky týkající se terapie této poruchy a jejích partnerských a psychologických aspektů.

Dvě třetiny respondentů (67 % mužů a 68 % žen) se domnívá, že poruchy erekce přicházejí jako nevyhnutelný důsledek stárnutí, a tudíž je nutné se s nimi smířit. Jak plyne z výsledků uvedených v grafu 1, většina mužů i žen zkoumaného souboru přitom připisuje vinu za pokles sexuální výkonnosti mužů především životnímu stylu, který s sebou přináší napětí a problémy, zdravotní stav je pak opět shodně u obou pohlaví hned

na druhém místě předpokládaných příčin. Zdá se, že respondenti si názory v této oblasti spíše na základě populárních časopisů (kde se často setkáváme s tím, že stres a nároky současného životního tempa jsou prezentovány jako hlavní příčina poruch v intimním životě) a tak je zde ještě velká rezerva pro osvětové působení – v oblasti erektilních poruch organické příčiny dle výzkumů z posledních dvaceti let jednoznačně převládají nad příčinami psychogenními.

Jak známo, poruchy erekce patří do obrazu „krize mužů středního věku“. Jejich zvyšující se incidence – jak o tom svědčí i poslední výzkum sexuálního chování v České republice (6) – souvisí s rozvojem arteriosklerozy, se změnami hladiny lipidů. Výskyt poruch erekce zvyšuje také diabetes, pozitivně koreluje s kouřením a výskytem ischemické choroby srdeční. Poruchy ztopoření tedy mohou v zásadě zapříčinit faktory neurogenní, vaskulární, endokrinní, anatomico-genitální, farmakogenní. Mezi psychogenními vlivy se uplatňuje zejména depresivní nálada nebo dlouhodobý stres (12, 14).

Dále jsme se respondentů dotazovali, proč podle jejich názoru muži trpící erektilní dysfunkcí svůj problém neřeší. Víme totiž, že pouze malá část mužů vyhledá v případě těchto problémů odbornou pomoc. Prvním poznatkem našeho předchozího výzkumu (5) bylo zjištění, že pouze 15 % z erektilně dysfunkčních mužů středního věku (přičemž erektilní dysfunkci různého stupně referovala více než polovina zkoumaného souboru) vyhledala kvůli svým problémům odbornou pomoc a i z těch, kteří o svých problémech s odborníkem mluvili, se začalo léčit pouze 61 %.



prof. PhDr. Petr Weiss, PhD.



doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

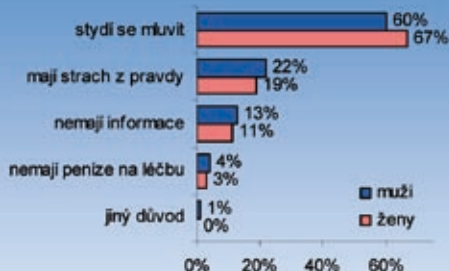
poruchy erekce zapříčiňují faktory neurogenní, vaskulární, endokrinní, anatomico-genitální, farmakogenní a psychogenní

Proč se muž stává méně sexuálně výkonným?



Graf 1: Příčiny poklesu sexuální výkonnosti mužů

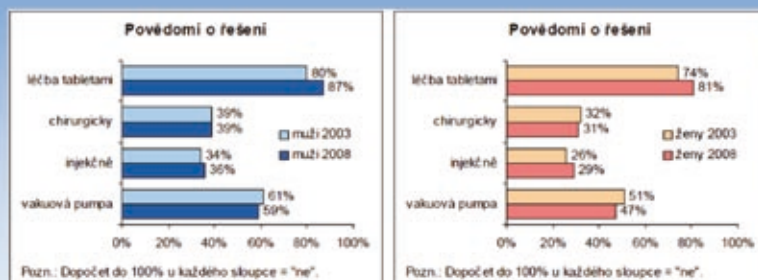
Proč muži problém neřeší?



- Dominantní příčinou je stud a málo odvahy
- Finanční důvody jsou minimální

Graf 2: Příčiny neřešení erektilních problémů

Jaké je povědomí o léčbě problémů s erekcí?



Graf 3: Znalosti terapeutických možností v léčbě erektilních dysfunkcí

Tento výsledek odpovídá zjištěním zahraničních autorů, podle nichž nastupuje do terapie skutečně pouze malá část mužů a žen trpících sexuálními poruchami. V britském souboru 436 žen (2) trpělo poruchou apetence, poruchou lubrikace, poruchou vzrušivosti nebo dyspareunií 142 respondentek, pouze 42 z nich si však bylo vědomo svého sexuálního problému a i z nich pouze 16 se chtělo léčit. Skutečně se přitom léčila pouze jedna respondentka. V americkém souboru Catanii a spol. (1) 43 % náhodně vybraných respondentů referovalo o problémech, které snižovaly sexuální spokojenost jejich nebo jejich partnerů. Kvůli těmto problémům se však léčilo pouze 7,5 % mužů a žen dysfunkční skupiny. Tyto průzkumy však vůbec nezjišťovaly příčiny nízkého zájmu sexuálně dysfunkčních respondentů o terapii.

Podle naší tehdejší studie příčinou nezájmu o odbornou pomoc bylo - alespoň u erektilně dysfunkčních mužů středního věku - především pasivní přijetí svého stavu jako normálního projevu stárnutí nebo stud mluvit o tomto problému (5). Stud se pak (graf č.2) ukázal i dle našich současných výsledků hlavní domnělou příčinou toho, proč muži svůj erektilní problém neřeší, a to shodně podle respondentů obou pohlaví.

Lze přitom předpokládat, že zlepšení osvěty, zkvalitnění informovanosti populace o možnostech léčby erektilní dysfunkce, ale i o tom, že sexuální aktivita je i ve vyšším věku normální součástí lidského života, by mohly vést k aktivnějšímu a k méně zbytečnými zábrany ovlivněnému postoji dysfunkčních mužů k problému. Jak přitom plyne z grafu 3, informovanost o existenci terapeutických možností, především o existenci farmakoterapie, je u našeho obyvatelstva velmi dobrá a ve srovnání s našim výzkumem z roku 2003 dokonce v současné době ještě vyšší.

Co se pak týká farmakoterapie, čeští muži i ženy považují jednoznačně za nejdůležitější možné vedlejší nežádoucí projevy léku (graf 4), pak jeho zdroj a spolehlivost. I zde, podobně jako při odpovědi na otázku proč muži svůj problém s erekcí neřeší, byla finanční otázka z hlediska důležitosti až poslední. Co se týče znalosti konkrétních léků na poruchu erekce, u obou pohlaví (graf 5 a 6) je jednoznačně nejznámější Viagra.

Konkrétní zkušenost s Viagrou mělo přitom 11% mužských respondentů, především muži ve věku 55 až 64 let, s maturitou, rozvedení, podnikatelé. Z hlediska bezpečnosti farmakoterapie je přitom až alarmující zjištění, že každý druhý (z těch, kteří ji vyzkoušeli) ji získal od kamaráda, známého nebo i nějaké cizí osoby rekrutující se z okolí (48%). Jen o něco více než jedna třetina respondentů se zkušeností s Viagrou ji měla od lékaře na předpis (37%). Ostatní si ji opatřili buď přes internet (9%) nebo od někoho jiného (6%): přímo od lékárníka,

od někoho z nemocničního personálu, v rámci zahraniční služební cesty ap. Z výsledků tedy jednoznačně plyne, že u většiny uživatelů léků na erektilní dysfunkci (není důvod se totiž domnívat, že situace v případě Cialisu nebo Levitra bude podstatně odlišná) hrozí riziko poškození zdraví po požití napodobeniny či padělků účinného léku získaného z nespolehlivého či podvodného zdroje.

Literatura:

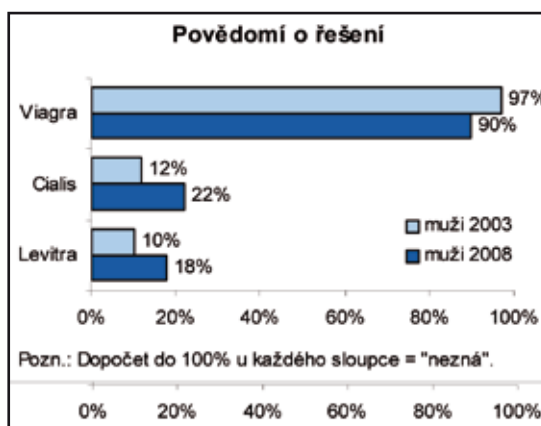
1. Catania, J.A., Pollack, L., McDermott, L.J. et al.: Help-seeking behaviors of people with sexual problem. Arch. Sex. Behav. 19, 1990, 235-230
2. Osborn, M., Hawton, K., Gath, D.: Sexual dysfunctions among middle age women in the community. Br. Med. J. 296, 1988, 959-962
3. Vaněk, J.: Erektilní dysfunkce a její terapie sildenafilem. Trendy v medicíně 3, No 1, 2001, 43-48
4. Zvěřina, J.: Poruchy erekce z pohledu sexuologa. Předneseno na sympoziu fy Upjohn, Praha 1995
5. Weiss, P., Zvěřina, J.: Komunikace lékaře s pacientem s erektilní dysfunkcí. Prakt. Lék. 82, 2002, 276-279
6. Weiss, P., Zvěřina, J.: Sex v České republice. Urologie pro praxi, 2009 (v tisku)

prof. PhDr. Petr Weiss, PhD. - V letech 1973-1978 absolvoval jednooborové studium psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V roce 1980 získal doktorát z oboru psychologie na téže fakultě. V roce 1985 získal na základě zkoušek v ILF Praha specializaci v oboru klinické psychologie a v roce 1999 získal funkční specializaci v psychoterapii. V roce 1999 obhájil doktorskou disertační práci a získal titul Ph.D. V roce 2000 na téže univerzitě obhájil i habilitační práci a byl jmenován docentem, 1.5.2003 pak byl jmenován profesorem klinické psychologie. V současné době je zaměstnán jako registrovaný klinický psycholog v Sexuologickém ústavu Všeobecné fakultní nemocnice a 1.LF UK v Praze, dále jako profesor klinické psychologie na katedře psychologie Filozofické fakulty. Od roku 2002 působí jako vědecký pracovník na 1. lékařské fakultě UK v Praze, dále je soudním znalcem v oboru psychiatrie se specializací klinická psychologie a sexuologie. Sám nebo se spoluautory od roku 1981 do současné doby publikoval více než 340 odborných článků, zaměřených především na problematiku sexuálního chování, sexuálních deviací a sexuálních dysfunkcí, a to v domácích i v zahraničních odborných časopisech a je autorem nebo spoluautorem asi 15 odborných monografií a dále několika populárně naučných knih.

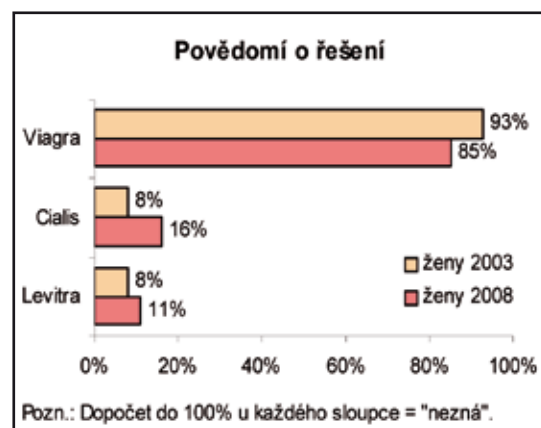
doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc. - vystudoval Lékařskou fakultu UK v Hradci Králové a působil jako vědecký pracovník, odborný lékař, psychiatr a sexuolog v Sexuologickém ústavu 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Od roku 1989 je přednostou Sexuologického ústavu a předsedou Sexuologické společnosti České lékařské společnosti. Je členem IASR



Graf 4: Důležitost jednotlivých aspektů farmakoterapie poruch erekce



Graf 5: Znalosti o možnostech farmakoterapie u mužů



Graf 6: Znalosti o možnostech farmakoterapie u žen

(Mezinárodní akademie sexuologických studií). Je autorem více než 120 vědeckých prací, autorem či spoluautorem několika monografií. V roce 1992 byl zvolen poslancem Federálního shromáždění a od roku 1996 byl poslancem Parlamentu ČR, kde působil jako předseda Výboru pro evropskou integraci. Od roku 2002 pak byl místopředsedou tohoto výboru. V letech 1999-2002 byl stínovým ministrem školství.



Vliv léků a metabolických změn na EKG

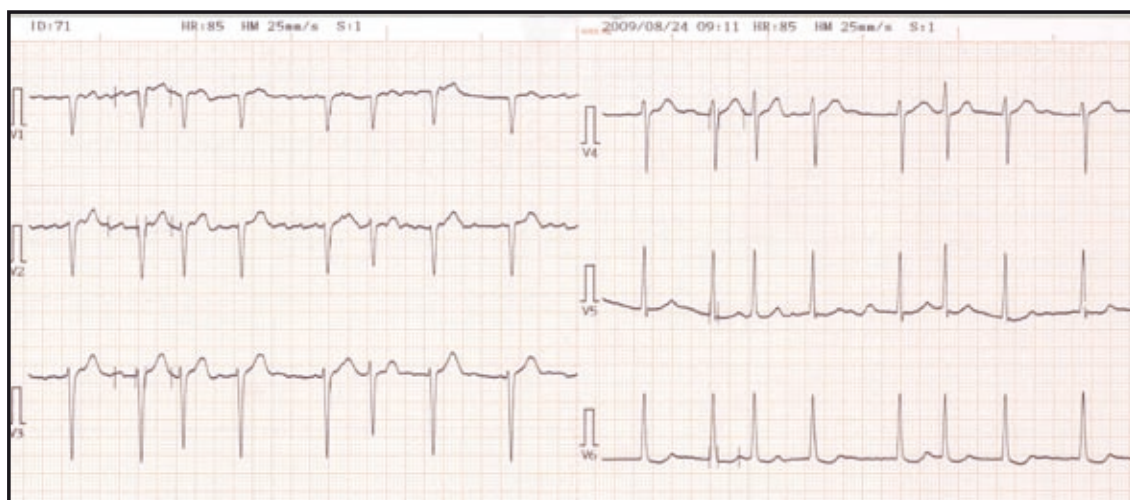


MUDr. Václav Durdil

Kromě známých změn elektrokardiogramu při ischemii myokardu a arytmiích jsou v klinické praxi důležité i změny, ke kterým může docházet účinkem farmak, při změnách vnitřního prostředí, endokrinologických abnormalitách či podchlazení.

Farmaka, která mohou způsobit změny EKG

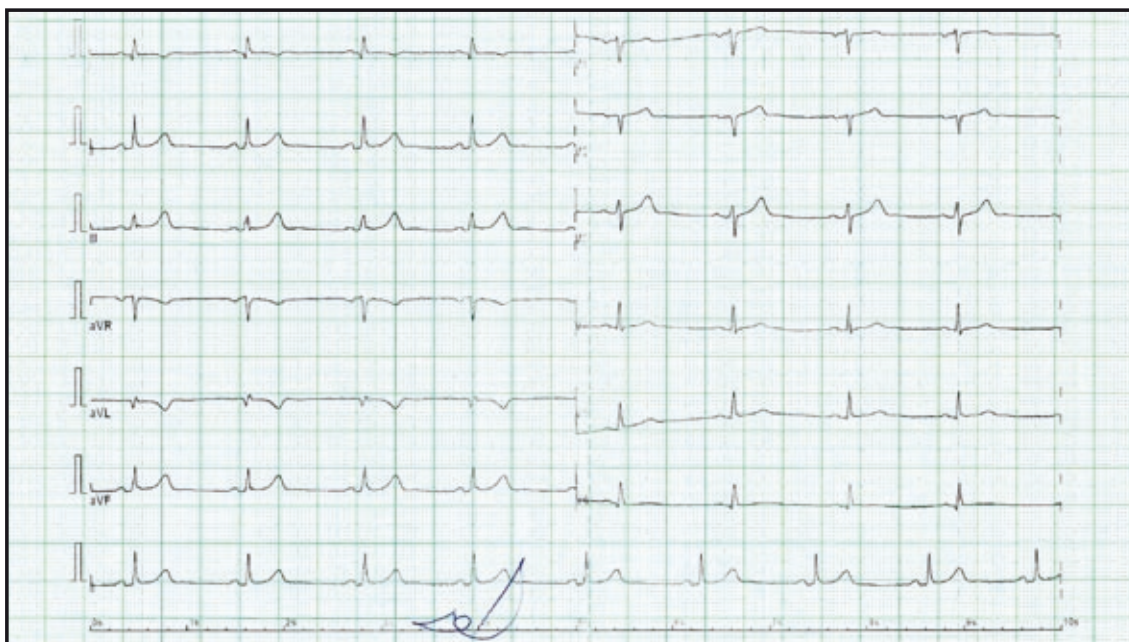
můžeme dělit na látky ovlivňující automacii SA uzlu, atrioventrikulární či nitrokomorové vedení a látky ovlivňující QT interval. Sinusová bradykardie či AV blokády mohou být navozeny betablokátory, dihydropyridinovými kalciovými blokátory či digitalisem. Antiarytmika třídy I mohou rozšiřovat komplex QRS (patří sem například často užívaný propafenon). Látky prodlužující



Obr. 1.: Člunkovité STD ve svodech V5 a V6 při terapii digitalisem



Obr. 2.: Bidirekcionální komorová tachykardie - schematické zobrazení



Obr. 3.: Hyperkalémie s diskrétními EKG změnami - hrotnaté vlny T nejvíce patrné ve svodech II, III, aVF



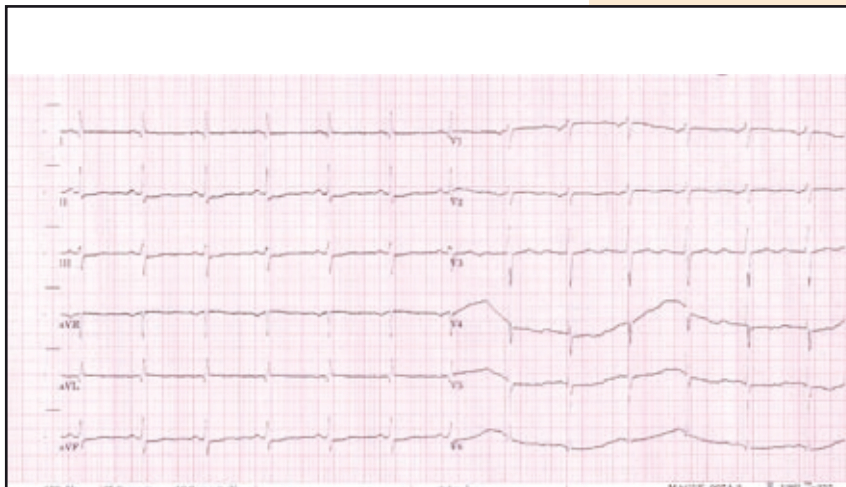
QT interval byly podrobně shrnuty v minulém čísle. Mezi nejčastěji používané patří amiodaron a sotalol, kompletní seznam je k dispozici na www.torsades.org.

Specifické EKG změny bývají patrné při léčbě digitalisem. Jedná se zejména o člunkovité deprese ST úseku (viz obr. 1) a zkrácení intervalu QT. Při předávkování digitalisem mohou být přítomny různé stupně AV bloků, bradykardie, síňové tachykardie (často současně s blokem vedení 2:1), komorová extrasystolie, komorové tachykardie či fibrilace komor. Zvláštním případem, který je velmi suspektní z digitalisové intoxikace, je tzv. bidirekcionální komorová tachykardie, kdy se impulzy z komorového pacemakeru šíří různými cestami a osa srdeční se tak mění střídavě při každém stahu (obráz. 2).

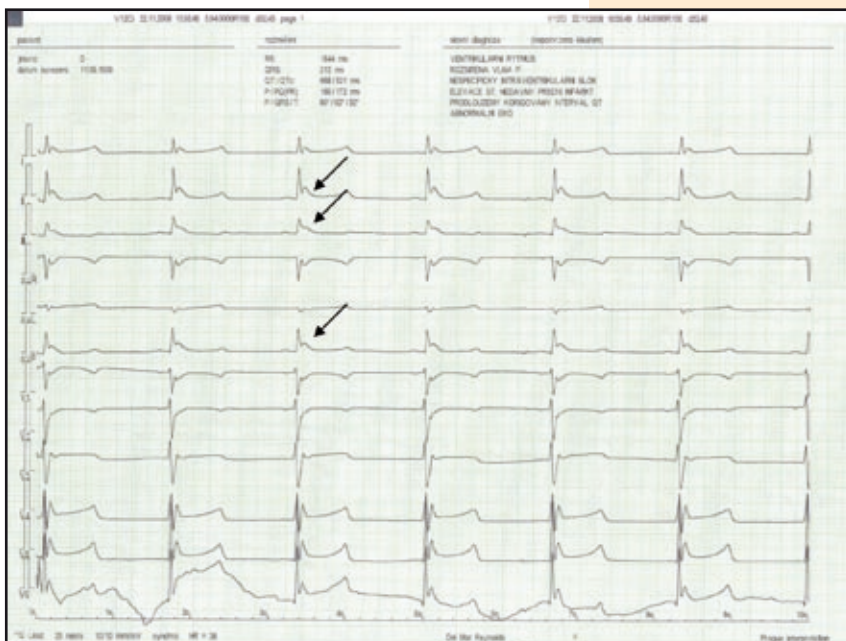
Elektrolytové změny ovlivňující EKG jsou poruchy rovnováhy vápníku, draslíku a magnézia. Obecně lze říci, že snížené plazmatické koncentrace těchto iontů způsobují prodloužení intervalu QT, zatímco zvýšené hladiny QT interval zkracují. U hyperkalémie dochází ke zúžení a zahrocení vlny T (obráz. 3). Při vyšších hodnotách hyperkalémie je patrné vymizení vln P s náhradním junkčním rytmem, různé stupně AV bloků až asystolie. Hypokalémie se na EKG projevuje kromě prodloužení QT intervalu oploštěním vlny T, přítomností vlny U či ST depresi (obráz. 4). Hyperkalcémie může vést k ST elevacím ve svodech V1,2. Těžká hypermagnezémie má podobný účinek na myokard jako hyperkalémie.

Změny EKG mohou být přítomny u pacientů s poruchou funkce štítné žlázy. Hypotyreóza se projevuje nejčastěji sinusovou bradykardií, prodloužením intervalu PR a oploštěním vlny T. Při současném perikardiálním výpotku je difúzně snížena voltáž EKG záznamu. Při hypertyreóze bývá přítomna sinusová tachykardie či fibrilace síní a mohou být patrné nespecifické změny ST úseku a vlny T.

Při podchlazení organismu bývá na EKG patrna tzv. Osbornova vlna, která je charakterizována konvexní elevací bodu J a úseku ST (viz obr. 5.)



Obr. 4.: Farmakologicky navozená hypokalémie se získaným syndromem dlouhého QT, patrné oploštění vlny T, vlna U a ST deprese.



Obr. 5.: Osbornovy vlny (synonyma: J vlny, camel-hump = velbloudí hrb, hypotermické vlny) při mírné léčebné hypotermii u pacienta po oběhové zástavě, tělesná teplota 34 ° C.

KOMPLEXNÍ PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ PRO ORDINACE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

BTL-08 Win

◇ dvanáctikanálové počítačové EKG

46.000 Kč

35.600 Kč

BTL-08 MT Plus

◇ dvanáctikanálové EKG
s barevným dotykovým displejem

69.000 Kč

59.000 Kč

BTL-08 ABPM II

◇ 24–51 hodinový ambulantní
monitor tlaku krve
◇ lehký a tichý provoz
◇ intuitivní software v češtině

45.000 Kč

38.800 Kč



BTL zdravotnická technika, a.s.
Šantrochova 16, 162 00 Praha 6
TEL/FAX 235 363 606
GSM 777 920 272-5
E-MAIL obchod@btl.cz
www.btl.cz

Ceny jsou uvedeny bez 9% DPH.



Odpovědi na vaše otázky...

Novinky v očkování proti tetanu

distribuci očkovacích látek proti tetanu nově zajišťuje MZ prostřednictvím smluvního dodavatele přímo do ordinací

vakcína bude do ordinace i nadále dodávána zdarma

**registrace lékařů u distributora:
www.distribucevakcin.cz
telefon 800 11 22 33**

kontrolu dodržování chladového řetězce při uskladnění vakcín provádí na základě zákonného zmocnění Státní ústav pro kontrolu léčiv

Dotaz:

Dobrý den, dovoluji dotaz ohledně očkování proti tetanu. Bylo nám již před časem avizováno, že nebudeme dostávat do ordinací tuto očkovací látku z hygienických stanic jako dříve. Není mi tedy jasné, kde máme vakcínu sehnat. Když jsem se obrátila na zdejšího distributora, sdělil mi, že vakcíny nejsou z důvodu nějakého výpadku. Také mi není jasné, jak vlastně mám vakcínu vykazovat pojišťovně (myslím cenu očkovací látky). D.M. Olomouc

Odpověď:

S účinností od II. pololetí 2009 (1.7.2009) mění Ministerstvo zdravotnictví (MZ) systém distribuce očkovacích látek pro lékaře provádějící pravidelná, zvláštní a mimořádná okování (dále jen očkující lékaři) podle vyhlášky č. 65/2009 Sb., ve znění vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. Tato změna je v souladu se stávajícím zněním zákona 258/2000 Sb., nedochází tedy k plánované změně zajišťování a financování očkovacích látek ze strany zdravotních pojišťoven, tyto **jsou i nadále zajišťovány a hrazeny státem.**

Distribuci výše uvedených očkovacích látek nově zajišťuje MZ prostřednictvím smluvního dodavatele **přímo do ordinací** očkujících lékařů a zdravotnických zařízení. KHS a jejich územní pracoviště se na této činnosti nepodílí.

Pro zajištění potřebných objednávek a dodávek požadovaných očkovacích látek je nutné, aby se očkující **lékaři pouze zaregistrovali u dodavatele** - bez nutnosti dodání jakýchkoliv dokladů (zákonná povinnost doložení oprávněnosti jednotlivých lékařů nakládat s léčivými přípravky je pro zjednodušení řešena jinou formou, a to přímo zasláním seznamu registrovaných praktických lékařů pro děti a dorost a praktických lékařů pro dospělé, které MZ získá od jednotlivých krajských úřadů a následně je předá dodavateli). Registraci je potřeba provést na webové adrese www.distribucevakcin.cz nebo na bezplatné telefonní lince 800 11 22 33.

Očkovací látky v požadovaném množství budou očkujícím lékařům a zdravotnickým zařízením dodávány přímo do ordinací základě jejich objednávek uplatněných u dodavatele do 10-ti kalendářních dní po obdržení objednávky.

S očkovacími látkami distribuovanými podle výše uvedeného postupu je nutné zacházet z pozice řádného správce a dodržovat veškerá zákonná opatření týkající se nakládání s nimi, neboť očkovací látka je majetkem České republiky až do doby aplikace. V případě znehodnocení očkovací látky bude očkující lékař řešit

takovou situaci s dodavatelem a ten následně s MZ. Očkující lékař, resp. zdravotnické zařízení nenese zodpovědnost a finanční ztrátu v případě neúmyslného znehodnocení způsobeného vlivem vyšší moci.

Případné připomínky k distribuci a stížnosti týkající se nedostatku očkovacích látek je nutné adresovat přímo:

Ministerstvu zdravotnictví ČR,

Palackého nám. 4, PSČ 128 01

pí. Hanu Štěpánkovou, tel.: +420 224 972 441,

e-mail: hana.stepankova@mzcr.cz

Kontrolu dodržování chladového řetězce při uskladnění vakcín provádí na základě zákonného zmocnění Státní ústav pro kontrolu léčiv.

Dle pramenů MZČR redakce

Doplňek redakce: Očkování proti tetanu je tedy vykazováno jako dosud, protože vakcínu ordinace dostává zdarma. Rozdíl je jen v dodání do ordinace. (viz výše).

Pro upřesnění jsme se ještě dotázali firmy „distribucevakcin“:

Dotaz:

Zajímali jsem se o distribuci očkovací látky Alteana do ordinací PL. MZČR bylo sděleno, že ji PL mají objednávat u vás. Tedy dotaz: je pravda, že dodáte Alteanu do ordinací bezplatně? S jakým předstihem se má objednávat? Nemusí opravdu PL platit nic ani za vakcínu ani za dodávku? Jaké další vakcíny „zdarma“ dodáváte? Co všechno musí splnit PL, abyste mu vakcíny dodávali?

Redakce Practicus

Odpověď:

Momentálně distribuujeme všechny státem hrazené vakcíny než bude vybrán vítěz výběrového řízení pro distribuci vakcín. Vakcíny distribuujeme zdarma, nic se za ně neplatí. Objednávají se buď telefonicky nebo e-mailem. Před první objednávkou je třeba dodat ordinační hodiny a zmocněné osoby, které mohou vakcíny přebírat. Vakcíny se zavazují jednou za dva týdny. Objednávat můžete nejlépe dva dny před závozním dnem. Momentálně máme Alteany s expirací do konce tohoto srpna. Dále distribuujeme státem hrazené vakcíny Prevenar, Infanrix Hexa, Pneumo, Imovax Polio, Havrix, Pavivac, Avaxim a Boostrix Polio.

Avenier a.s.

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Charakteristiky pacientů s chřipkou H1N1

Klinická otázka:

Jaké jsou typické symptomy u pacientů s novou H1N1 chřipkou, která byla poprvé zjištěna v dubnu 2009?

Závěr:

Počáteční propuknutí infekce H1N1 bylo charakterizováno podobnými symptomy, jako jsou u pacientů s běžnou sezónní chřipkou, a všeobecně nízkou mortalitou. Velký počet pacientů s lehkou formou onemocnění pravděpodobně nebyl diagnostikován. (LOE = 3b)

Reference:

Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team, Dawood FS, Jain S, et al. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. N Engl J Med 2009;360(25):2605-2615.

Typ studie:

Průřezová studie

Financování:

Vláda

Prováděcí prostředí studie:

Populace

Synopse:

Viry prasečí chřipky obsahují geny z lidské, prasečí a ptačí chřipky A. Nová varianta chřipky A (H1N1) byla poprvé detekována v dubnu 2009 a stala se příčinou celosvětové pandemie. Tato práce popisuje charakteristiky prvních 642 případů identifikovaných ve 41 zemích. Průměrný věk pacientů byl 20 let, s rozpětím od 3 měsíců do 81 let; 40% pacientů bylo ve věku 10-18 let a 35% ve věku 19-50 let. Pacienti udávali horečku (94%), kašel (92%), bolest v hrdle (66%), průjem (25%) a zvracení (25%); přičemž informace o symptomech byly k dispozici u 50% - 66% pacientů, podle typu symptomu. Informace o hospitalizaci byly udány u 399 pacientů, z nichž 9% bylo hospitalizováno a to ve věkovém rozpětí 19 měsíců až 51 let. Mnoho hospitalizovaných pacientů mělo chronické onemocnění. Virus byl senzitivní jak k oseltamiviru tak k zanamiviru. V době publikace této práce (tj. k 30. červnu 2009) CDS hlásila 27 717 potvrzených nebo možných případů a 127 úmrtí (0,4%).

AV blok I. stupně je spojen se zvýšeným rizikem nežádoucích následků

Klinická otázka:

Je atrioventrikulární blok I. stupně (AV blok I. stupně) spojen se zvýšeným rizikem nežádou-

cích kardiovaskulárních příhod?

Závěr:

AV blok I. stupně, definovaný jako PR interval delší než 200 milisekund, je spojen s významně vyšším rizikem vzniku fibrilace síní, implantace kardiostimulátoru a celkové mortality. (LOE = 1b)

Reference:

Cheng S, Keyes MJ, Larson MG, et al. Long-term outcomes in individuals with prolonged PR interval or first-degree atrioventricular block. JAMA 2009;301(24):2571-2577.

Typ studie:

Kohortová (prospektivní)

Financování:

Vláda

Prováděcí prostředí studie:

Populace

Synopse:

Ačkoliv se běžně v klinické praxi vyskytuje, není význam AV bloku I. stupně (PR interval delší než 200 ms) znám. Autoři analyzovali data z dobře známé Framingham Heart Study, komunitní kohorty identifikované v letech 1968-1974, která zahrnovala 7 575 osob (průměrný věk = 47 let; 54% žen) prospektivně sledovaných do r. 2007. Tři osoby revidovaly u všech pacientů s podezřením z příhody jejich anamnézy, fyzikální vyšetření z hospitalizací a osobní lékařské záznamy. Všechny EKG křivky hodnotil kardiolog. Na začátku se AV blok I. stupně vyskytl u 124 účastníků. Ve srovnání s osobami, které měly normální PR interval, se nežádoucí příhody včetně fibrilace síní (počet, který bylo nutno léčit z důvodu poškození NNTH = 96), implantace kardiostimulátoru (NNTH = 189), a celkové mortality (NNTH = 49) vyskytly signifikantně častěji u těch, kteří měli na počátku přítomen AV blok I. stupně. Další 161 osob s počátečním normálním PR intervalem, u kterých se AV blok I. stupně rozvinul až během následných kontrol, mělo také signifikantně vyšší výskyt fibrilace síní a nutnosti implantace kardiostimulátoru, avšak ne vyšší výskyt celkové mortality.

Doporučení NICE pro bolest dolních zad

Klinická otázka:

Jaké intervence v léčbě pacientů s perzistující bolestí dolních zad mají nejlepší důkazy o užítku?

Závěr:

Tato doporučení britského National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) dávají u pacientů s bolestí dolních zad svůj

nejčastější symptomy chřipky A(H1N1): horečka (94%), kašel (92%), bolest v hrdle (66%), průjem (25%), zvracení (25%)

v přítomnosti AV bloku I. stupně je vyšší výskyt pozdější fibrilace síní, implantace pacemakeru a celkové mortality



souhlas ke cvičení, manuální terapii, analgetikům, akupunktuře a kombinované fyzikální a psychologické léčbě. Nedoporučují mnoho tradičních postupů včetně bederní podpory, trakce a steroidních nebo jiných injekcí a poukazují jak na nedostatečný prospěch tak na nedostatek důkazů. (LOE = 1a)

Reference:

Savigny P, Watson P, Underwood M. Early management of persistent non-specific low back pain: summary of NICE guidance. BMJ 2009;338: b1805.

Typ studie:

Doporučený postup

Financování:

Vláda

Prováděcí prostředí studie:

Různé (doporučení)

Synopse:

Tato práce je souhrnem doporučení a poskytuje souhrn důkazů pro léčbu perzistující bolesti dolních zad (tzn. bolesti zad trvající déle než 6 týdnů, ale méně než 1 rok).

Na základě preference pacientů do první volby léčby patří:

- (1) Strukturovaný program cvičení, jak individualizovaný tak skupinový
- (2) Manuální léčba včetně spinální manipulace

(3) medikamentózní léčba acetaminofenem (paracetamol), nesteroidními antirevmatiky a slabými opioidy, někdy i krátkodobá léčba silnými opioidy u pacientů se silnou bolestí

(4) Akupunktura

(5) Kombinovaná fyzikální a psychologická léčba, zvláště u pacientů s těžším postižením nebo psychickým stresem

Léčba, která výslovně není doporučena:

- (1) RTG vyšetření (žádné důkazy o prospěchu)
- (2) Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) pro léčbu bolesti (žádné důkazy o prospěchu)
- (3) Injekce čehokoliv do zad (nedostatečný prospěch)
- (4) Terapeutický ultrazvuk (chybí srovnávací výzkum)
- (5) Transkutánní elektrická stimulace (TENS) (žádné důkazy o prospěchu)
- (6) Bederní podpora (není prokázán prospěch)
- (7) Spinální trakce (nedostatečné důkazy o prospěchu)

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

Připravila J. Laňková

LACTOVAG

imunapro 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 *Lactobacilu* způsobené některými léky (např. antibiotiky), při místních infekcích, vážných základních onemocněních, a nebo nevhodných hygienických opatřeních (vaginální výplachy).

LACTOVAG obsahuje životaschopné bakterie *Lactobacilu*, 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 kyselin mléčné, která působí proti infekci.

**Chráníme to nejcennější....
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



Nakupování na internetu aneb jak nakupovat přímo z ordinace



MUDr. Cyril Mucha

nakup na internetu je možný z pohodlí domova (ordinace), přináší často nižší cenu, přitom záruka i podpora je zaručená minimálně stejná

Před 10 lety byl nákup přes Internet spíše zajímavostí pro pár počítačových nadšenců resp. pouhou doplňkovou formou nákupu. V současné době svými obraty výrazně konkuruje ostatním formám nákupu a obchodní společnost, která nemá svoji internetovou pobočku „jako by nebyla“. Nakupování na internetu využívají nejen jednotlivci, ale i velké firmy. Výhody jsou jednoznačné: nákup odkudkoli, lepší ceny, než v kamenných obchodech, možnost vrácení zboží ze zákona atd.

Prvním krokem k nákupu na internetu je registrace na e-shopu. (Tedy vlastně webová stránka umožňující vstup do obchodu). Je nutná k tomu, aby měl dodavatel potřebné informace pro zaslání zboží (např. adresa doručení, fakturační adresa). „Odměnou“ za registraci a následný nákup zboží často zákazník obdrží určité výhody (např. slevy, zaslání zboží zdarma apod.). V rámci registrace se zadává i přihlašovací jméno a heslo, které zákazníka při příštím přihlášení identifikuje. Přihlášení se je podmínkou nákupu zboží či služeb.

Nákup probíhá podobně jako ve standardním obchodě. Vybrané zboží vkládáme do košíku (či nákupního vozíku). V případě e-shopu je „košík“ virtuální, ale má stejný význam jako košík ve standardním obchodě, přičemž vidíme v košíku seznam zboží, počet kusů a cenu za zboží. Po dokončení výběru zboží musíme ještě upřesnit způsob platby za zboží (např. převodem na účet, na dobírku), formu dodání zboží (např. zaslání dopravní službou DPD, Českou poštou apod.) a zvolíme volbu „odeslání objednávky“. Dodavatel nám následně potvrdí objednávku (na e-mail nebo SMS) a upřesní datum dodání zboží. Poté je zboží odesláno na námi definovanou adresu (můžeme si určit i jinou adresu, než máme uvedenou při registraci)

Shrnutí kroků při nákupu přes Internet:

1. registrace na eshopu (pouze se provádí při prvním přihlášení na eshop)
2. přihlášení na eshop (při registraci si definujeme přihlašovací jméno a heslo)
3. výběr zboží
4. vložení zboží do košíku
5. zvolení způsobu platby a způsobu odeslání zboží
6. odeslání objednávky zákazníkem
7. potvrzení objednávky dodavatelem
8. zaplacení zboží zákazníkem (v případě platby na dobírku se provádí platba při dodání zboží)
9. dodání zboží dodavatelem

Ukažme si na příkladu jednoho e-shopu, jak pro-

bíhá nákup zboží.

Postup pro přihlášení na e-shop IT DNES

Při prvním přihlášení na eshop www.itdnes.cz je třeba provést registraci. V rámci registrace zvolíte si i heslo. Další přihlášení se již provádí pomocí Vašeho přihlašovacího jména a hesla.

Registrace

1. Na počítači spustíte Internetový prohlížeč (např. Internet Explorer)
2. V internetovém prohlížeči napíšete: www.itdnes.cz
3. Na stránce zvolíte – Registrace uživatele.
4. Vyberete „Podnikatelé a firmy“. Otevře se průvodce, kde 6 kroků provedete registraci. Vždy po vyplnění políček „klikněte“ na tlačítko „Pokračovat“. Nejprve zadáte IČ. Vyplníte další registrační údaje. Do pole „bonusový kód“ uvedete kód: svlvip
5. Dokončíte postup registrace dle průvodce
6. Po dokončení registrace Vám přijde emailová zpráva (viz příklad). „Zaregistroval jste se v ITDnes s emailovou adresou patrik.solc@autocont.cz. Pro potvrzení registrace klikněte na odkaz ZDE...“
7. Stačí pak jen kliknout na text ZDE. Tím se potvrdí registrace.
8. Nyní se můžete přihlásit na eshop ITDNES a objednávat zboží.

Detailní kroky v rámci registrace jsou zobrazeny na obrázcích 1-5.

Přihlášení a provedení nákupu

1. Na počítači spustíte Internetí prohlížeč (např. Internet Explorer)
2. V internetím prohlížeči napíšete: www.itdnes.cz
3. V okně pro přihlášení Vložíte jméno a heslo. Uživatel = váš Email, který jste uvedl při registraci! Heslo = heslo, které jste uvedl při registraci!
4. Nyní jste přihlášení pod Vaším jménem a můžete vybírat zboží, které chcete nakoupit.
5. Pokud máte dané zboží vybrané, tak jej vložíte do košíku „kliknutím“ na KOUPIŤ (viz obrázek – označeno červeně šipkou). Tím se zboží dostane do košíku a můžete upřesnit počet ks. (viz obrázek 6)
6. Poslední krokem po nákupu je zvolení způsob úhrady a výběr dopravy (viz obrázek 7). Následně můžete objednávku zkontrolovat/změnit. Pokud již nic nebudete měnit, tak provedete odeslání objednávky.



Obr. 1: V rámci Registrace uživatele vyberete „Podnikatelé a firmy“



Obr. 2: V prvním kroku zadáte Vaše IČ.



Obr. 3: V druhém kroku budou již předvyplněné informace o firmě dle IČ, které můžete upravit. Pro praktické lékaře jsou připraveny VIP podmínky pro nákup, proto zadáte do pole „Bonusový kód“ toto: **svlvip**



Obr. 4: V třetím kroku zadáte jméno, příjmení, telefon a email. E-mail bude sloužit jako přihlašovací jméno.



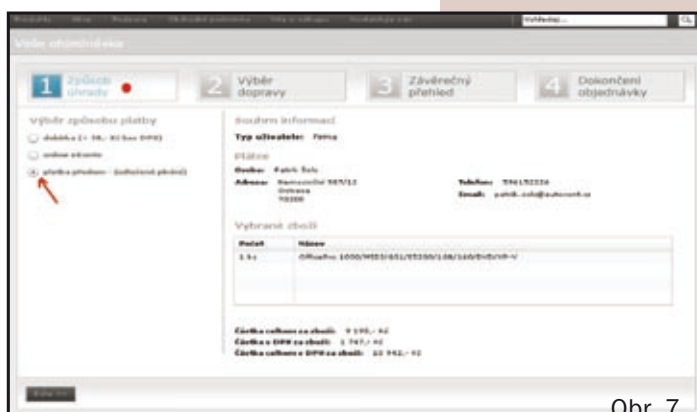
Obr. 5: Ve čtvrtém kroku zadáte heslo a potvrzení hesla (je to za účelem ověření, že jste zadali heslo správně).

Průvodce Vás pak provede dalšími dvěma okny a registrace se dokončí.



Obr. 6

Obr. 6: Pokud máte dané zboží vybrané, tak jej vložte do košíku „kliknutím“ na KOUPIŤ



Obr. 7

Obr. 7: Poslední krokem po nákupu je zvolení způsob úhrady a výběr dopravy



Lze ovlivnit karcinom prostaty změnou životního stylu?

Souhrn: Mužům s karcinomem prostaty jsou často doporučovány nejrůznější diety a změny životního stylu. Efektivita těchto doporučení nebyla zatím dostatečně zdokumentována. Výsledky mnoha epidemiologických i laboratorních studií naznačují, že životní styl a způsob stravování hraje důležitou roli při rozvoji karcinomu prostaty. Prezentována studie provedena v USA dokumentuje, že intenzivní změna životního stylu je pravděpodobně schopna zpomalit nebo dokonce zastavit rozvoj časného stadia karcinomu prostaty.



MUDr. Peter Pribiš,
Dr.P.H.

**intenzivní změna
životního stylu může
ovlivnit nádor**

**problematické oblasti
- stravování, fyzická
aktivita a chronický
stres**

**sérum pacientů
se změněným životním
stylem obsahuje látky
proti růstu nádorových
buněk**

Nádory a životní styl

V prosinci 2008 jsem na stránkách |Practicusu prezentoval průlomovou studii Dr. Dean Ornish, ve které prokázal, že radikální změna životního stylu v oblasti stravování, zvýšení fyzické aktivity, zanechání kouření tabáku a redukce stresu vede k reverzi arteriosklerózy (1, 2). Vedle kardiovaskulárních onemocnění představují zhoubné novotvary jako skupina druhou nejčastější příčinu smrti v rozvinutých krajínách, kde přibližně jedna čtvrtina všech úmrtí je způsobena právě nádory. V roce 2005 publikoval Dr. Ornish studii, která je podle mého názoru stejně průlomová jako jeho práce o možné prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Zaměřil se na management karcinomu prostaty. Cílem této studie bylo prokázat, zda intenzivní změna životního stylu je schopna zastavit nebo zpomalit progres nádorového růstu.

Metodologie

Tato randomizovaná studie proběhla v USA ve městě San Francisco. Celkem se studie zúčastnilo 93 dobrovolníků – 44 v experimentální skupině a 49 ve kontrolní skupině. Všichni muži museli mít karcinom prostaty. Jejich hladiny PSA museli být v rozmezí 4 až 10 ng/ml. Na začátku studie všichni prodělali biopsii prostaty. Jejich histologické vyšetření na Gleasonově stupnici nesmělo být vyšší než 7. Všichni museli být onkologicky ve stadiu T1 a T2.

Změna životního stylu

Experimentální skupina byla požádána udělat radikální změnu ve svém životním stylu ve třech oblastech: stravování, fyzická aktivita a redukce stresu. Účastníci byli požádáni radikálně změnit způsob stravování a dodržovat nízkotučnou vegetariánskou stravu, která se skládala z ovoce, zeleniny, celozrnných výrobků, luštěnin a sóji. Doporučená strava byla bez kalorické restrikce a pouze 10% energie pocházelo z tuku. Účastníci každý den konzumovali 113 g tofu a 58 g sojového proteinového izolátu ve formě nápoje, 3 g EPA (rybí olej), 400 mezinárodních jednotek vitamínu E, 200 mg selenu a 2 g vitamínu C. Účastníci byli požádáni každý den praktikovat jednu hodinu redukce stresu technikou, kterou si sami zvolili (stretching, meditace, progresivní relaxace, vizualizace, hluboké dýchání a pod.) Účastníci se zavázali minimálně 6x týdně provozovat jakýkoliv druh fyzické aktivity (chůze, běh, plavání atd.) po dobu 30 minut denně. První 3 měsíce profesionální dietolog telefonoval účastníkům experimentální skupiny 1x týdně na krátkou konzultaci o stravě. Jednou týdně po dobu jedné hodiny po jeden rok se účastníci experimentální skupiny setkávali s klinickým psychologem, který u nich podporoval motivaci. U účastníků kontrolní skupiny se nevyžadovalo provést žádné zásadní změny životního stylu. Jejich

zdrojem informací ohledně konvenční léčby karcinomu prostaty byl jejich osobní lékař.

Výsledky

Hladiny PSA byli měřeny na začátku studie a po 12 měsících. V experimentální skupině, která prodělala změnu životního stylu se hladina PSA po 12 měsících snížila z hodnoty 6.23 ng/ml na 5.98 ng/ml. V kontrolní skupině došlo k mírnému zvýšení hodnot z 6.36 ng/ml na 6.74 ng/ml ($p=0.016$). Rozdíly hodnot byli skutečně minimální, dalo by se proto konstatovat, že experimentální skupina nezaznamenala zvýšení hodnot, zatímco hodnoty kontrolní skupiny mírně stouply. To, co nejvíce rozhodovalo o tom, zda účastníci zaznamenali pokles PSA hodnot bylo do jaké míry věrně dodržovali nový životní styl. Ti, kteří dodržovali nový životní styl alespoň na 89%, zaznamenali nejhlubší pokles PSA hodnot (o -5%). Zatímco ti, kteří ho dodržovali pouze na méně než 48% („flákali to“) zaznamenali dokonce vzestup PSA hodnot o 8% ($p=0.005$). Na začátku studie a po 12 měsících byly do séra účastníků přidány LNCaP nádorové buňky a pozorován jejich růst. Je to standardní technika, která se používá při posuzování efektivity konvenčních metod léčby zhoubných nádorů. U experimentální skupiny došlo ke 70% poklesu schopnosti buněk se rozmnožovat, kdežto u kontrolní skupiny došlo pouze ke 9% poklesu ($p=0.001$). To znamená, že sérum lidí z experimentální skupiny obsahovalo látky, které způsobily, že toto sérum bylo 8x účinnější ve schopnosti nepodporovat nebo bránit růstu nádorových buněk. V experimentální skupině došlo k výraznějšímu poklesu C-reaktivního proteinu ($p=0.07$). U obou skupin nebyli zaznamenány výraznější změny v hladinách testosteronu ($p=0.20$) nebo v LNCaP apoptose ($p=0.55$). Experimentální skupina v průměru zhubla o 4.5 kg ($p<0.001$), jejich hladina celkového cholesterolu poklesla o 0.82 mmol/L ($p<0.001$), hladina LDL-cholesterolu poklesla o 0.77 mmol/L ($p<0.001$), hladina HDL-cholesterolu poklesla o 0.12 mmol/L ($p<0.001$) a hladina triglyceridů stoupla o 0.05 mmol/L ($p=0.52$). Celkově pacienti v experimentální skupině zaznamenali zlepšení kvality života.

Aplikace a doporučení

Intenzivní změna životního stylu je pravděpodobně schopna zpomalit nebo dokonce zastavit rozvoj karcinomu prostaty. Je dost pravděpodobné, že podobný efekt by bylo možné pozorovat i u jiných druhů zhoubných nádorů. Pro motivovaného pacienta tato možnost představuje atraktivní příležitost doprovodné nebo „přírodní“ léčby.

Literatura:

1. Lancet 1990; 336:129-133
2. JAMA 1998; 280:2001-2007
3. Journal of Urology 2005; 174:1065-70



Pneumotorax

I.

10,20: Dispečink ZZS přijal výzvu od mladého 23letého muže: krátce po tréninku se mu objevila prudká bolest na prsou a zhrzené dýchání.

10,31: Příjezd RLP na sportovní stadion: pacient lucidní GCS 15, sportovec (běžec), TK 120/75 HR 125 min SpO₂ 92%. Poslechově dýchání bilaterálně slyšitelné, vpravo apikálně mírně oslabené. Bolesti na prsou pouze při nádechu. Anamnesticky vážněji nestonal s ničím se neléčil. Zavedena i.v. kanyla Plasmalyte 1000ml.

10,49: Pacient v sedě transportován do vozu RLP. O₂ polomaska poté vzestup SpO₂ 94%. Poslechově nadále mírně oslabené dýchání vpravo apikálně HR 110-120 min. Bolesti během transportu bez progresu a pouze při nádechu.

11,09: V nemocničním zařízení proveden RTG S+P: vpravo apikálně plášťový PNO šíře cca 2cm. Terapie konzervativní. EKG a biochemie bez zásadní patologie po 10ti dnech propuštěn do domácího ošetření bez zn. PNO.

II.

18,40: Hlášení dopravní nehody osobního automobilu a dodávky čelní střet. Hlášení 3 zranění.

18,54: Příjezd RLP dvě zranění lehká, třetí - řidič osobního automobilu sedí zaklíněný na sedadle: měl pás a airbag byl funkční. Somnolentní, spontánně ventilující hraničně. Udává bolesti hrudníku a LDK. Zde patrná fraktura v bérce. V automobilu nasazen krční límec zavedena i.v. kanyla. Poslechově bilat. oslabené dýchání SpO₂ u velmi chladných aker (nepříznivé povětrnostní podmínky) neměřitelná. Ve spolupráci s hasiči pacient vytažen z osobního automobilu. Naříká, udává bolesti hrudníku (v.s. fraktura žeber a sternu). Uložen do vakuové matrace a na nosítka RLP, uložen do sanitního vozu. Zde TK 100/60 HR 120/min.. O₂ polomaska poslechově bilat. oslabené dýchání více vpravo. Vyjádřeno podezření na PNO vpravo. Pro nárůst dušnosti (již možno změřit SpO₂: 80 %) provedena v medikaci Hypnomidat 20 mg SCCHJ 100 mg endotracheální intubace. Pacient sedován Fentanylem 4ml, relaxován Tracriem 40 mg i.v. Poté připojen k ventilátoru. Vpravo dýchání neslyšné, vlevo apikálně oslabené ale jinak šelesty slyšitelné. Pro nepříznivé povětrnostní podmínky nebyl možný transport LZS (vrtulníkem) do traumacentra. Vzhledem k celkovému stavu pacienta a předpokládané délce transportu sanitou do traumacentra přistoupeno k provedení hrudní drenáže ve střední claviculární čáře ve 3 mezižebří vpravo. Zaveden hrudní drén jednorázově odsáto 800ml vzduchu a cca 150ml krve. Poté nasazena na hrudní drén chlopeň. Poslech vpravo slyšitelný vlevo setrvale jen mírně oslabené dýchání apikálně jinak sklípkové, pokles HR 85 min vzestup SpO₂ 95%. Oběh stabilizovaný zavedená druhá i.v. kanyla kape Plasmalyte 1000 ml.

19,34: Po předání pacienta na urgentním příjmu traumacentra pokles SpO₂ 75%, dýchání vlevo neslyšné. Proveden RTG S+P: částečný kolaps levé plic s PNO. Na urgentním příjmu provedena hrudní drenáž levého hemitoraxu s odsátím 500 ml vzduchu a se sanguinolentní tekutinou 500 ml. Sériová fraktura žeber 2-5 vlevo 3-8 vpravo.

III.

21,10: Výzva mladý muž 25 let, jako řidič osobního automobilu autonehoda: náraz do stromu. 21,20: Po příjezdu RLP na místo pacient lucidní, mnohočetné bolesti, oběhově stabilní TK 130/80 SF 90. Bez jasných známky traumatu.

21,42: Předán RLP do velmi blízkého zdravotnického zařízení na chirurgickou ambulanci. Tam nadále lucidní stále naříká, bledého koloritu. Orientačně neurologicky bez lateralizace. Poslechově vlevo oslabené dýchání, vpravo poslech slyšitelný v celém rozsahu. Palpačně tuhé břicho, bolestivost neudává končetiny bez zn. poranění. Oběh nestabilní pokles TK, HR 100 min SpO₂ 92-94%. Pacient zaintubovaný v medikaci Hypnomidat 20mg, SCCHJ 100mg, nasazena sedace sufentanilem a relaxace Tracriem 30mg. Provedeno CT hrudníku kdevlevo plášťový PNO šíře 3cm a drobná lacerace plicní tkáně. CT břicha bez patologického nálezu. Provedena hrudní drenáž odsáto jednorázově 600ml krve. Hrudní drén na permanentní sání. Oběh na podpoře katecholaminů NOA 1mg/hod. Odebrány statim laboratoře. V KO pokles HB 70 g /l. Proloužené koagulační časy. Hrudní drén vede nadále krvavou tekutinu. Cca 500 ml za 20 minut. Oběhově nestabilní s nutností zvyšovat katecholaminovou podporu. Kontaktováno traumacentrum domluven překlad pacienta. Povolána LZS. Masivně hrazeny krevní ztráty.

23,30: Během transportu pacient značně oběhově nestabilní podávány transfuze erymasy po přijetí do traumacentra podstoupil urgentní operační revizi levého hemitoraxu s peroperačně masivním hrazením krevních ztrát. Operační nález: ruptura truncus pulmonalis. Provedena levostranná pneumektomie.

21. den: Ve stabilizovaném stavu přeložen z traumacentra do spádového nemocničního zařízení. Stav komplikován hrudním výpotkem: přetlakem mediastina nově vzniklá FS.

24. den: Po domluvě přeložen do spádového traumacentra zde nutnost operační revize a následné hrudní drenáže.

Při poranění hrudníku je nutno pomýšlet ihned na možnost vzniku PNO. Pokud je dýchání oslabené ale slyšitelné, pacient není oběhově ani ventilačně kompromitován je transportován za důkladné monitorace a zajištění do nemocničního zařízení. Je-li však stav závažný s rozvojem respirační insuficience na podkladě rozvoje PNO (stav může progredovat velmi rychle) je nutno provést hrudní drenáž i ve voze RLP. Myslím, že kolegové kteří tuto zkušenost z vozu RLP mají mi, myslím, dají za pravdu, že je rozdíl provádět hrudní drenáž v podmínkách RLP a nemocničního zařízení. Je to však život zachraňující výkon. Je nutné mít na paměti, že se jedná o výkon který patří do rukou zkušeného lékaře, který je si plně vědom možných komplikací které můžou při hrudní punkci vzniknout.

Mnoho poranění hrudníku v počátku nevypadá jako život ohrožující, je však třeba mít na paměti, že se jedná mnohdy o velmi závažné a akutně život ohrožující poranění.



prim. MUDr. Jaroslava Ščamburová

při poranění hrudníku je nutno pomýšlet ihned na možnost vzniku PNO

Zákon o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti



Informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu.

Vážené kolegyně a kolegové,

k 1.8.2009 nabylo účinnosti 18 nových novelizací zákonů, ze kterých nyní přinášíme první nejdůležitější změny do našich praxí. Vzhledem k tomu, že výrazná většina z nás jsme i zaměstnavatelé, vybrali jsme zákon **221/2009 Sb. o pojistném na sociální zabezpečení, který zakládá nárok na slevu na pojistném za zaměstnance a vyhlášku MZ ČR č. 244/2009 Sb. o změnách vykazování okultního krvácení.**

Informace podržené čarou anebo **tučně** jsou důležité.

ZÁKON č. 221/2009 Sb.

kterým se mění zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů

ČÁST PRVNÍ

Změna zákona č. 589/1992 Sb. „§ 21a“ Slevy na pojistném

(1) Zaměstnavatel má nárok na slevu na pojistném za každého zaměstnance uvedeného v § 3 odst. 3 písm. a) - (zaměstnanci v pracovním poměru nebo činní na základě dohody o pracovní činnosti či společníci a jednatelé společnosti s ručením omezeným – poznámka redakce) jehož vyměřovací základ je nižší, než 1,15násobek průměrné mzdy zaokrouhlený na celé stokoruny směrem nahoru.

(2) Sleva na pojistném náleží jen za toho zaměstnance uvedeného v odstavci 1, jehož zaměstnání trvalo po celý kalendářní měsíc. Sleva na pojistném za zaměstnance nenáleží od kalendářního měsíce, v němž byla doručena výpověď z pracovního poměru nebo dohody o pracovní činnosti zaměstnanci nebo zaměstnavateli nebo v němž byla uzavřena dohoda mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem o rozvázání pracovního poměru nebo zrušení dohody o pracovní činnosti anebo v němž byl zaměstnavatel nebo zaměstnanec vyzooměn o zrušení pracovního poměru ve zkušební době. Sleva na pojistném nenáleží za zaměstnance, který podle zákona o nemocenském pojištění vykonává zaměstnání malého rozsahu, a za zaměstnance, jehož zaměstnání nemá trvat déle než 3 kalendářní

měsíce.

(3) Vykonává-li fyzická osoba pro téhož zaměstnavatele více zaměstnání, která zakládají účast na nemocenském pojištění, s výjimkou zaměstnání malého rozsahu, považuje se tato osoba pro účely slevy na pojistném za jednoho zaměstnance uvedeného v § 3 odst. 3 písm. a) a za vyměřovací základ tohoto zaměstnance pro účely slevy na pojistném se považuje úhrn vyměřovacích základů ze všech těchto zaměstnání.

(4) Sleva na pojistném náleží za kalendářní měsíc.

(5) **Výše slevy na pojistném za jednotlivého zaměstnance činí 3,3 % rozdílu mezi 1,15násobkem průměrné mzdy zaokrouhleným na celé stokoruny směrem nahoru a vyměřovacím základem zaměstnance.** Výše slevy na pojistném za jednotlivého zaměstnance činí **nejvýše 25 % jeho vyměřovacího základu.** Výše slevy na pojistném za jednotlivého zaměstnance se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru.

(6) Úhrn slev na pojistném náležející zaměstnavateli za kalendářní měsíc odečte zaměstnavatel z částky pojistného odváděného za kalendářní měsíc, a to před odečtem poloviny částky, kterou v kalendářním měsíci zúčtoval zaměstnancům na náhradě mzdy za dobu dočasné pracovní neschopnosti a kterou odečítá podle § 9 odst. 2, 3 nebo 4, popřípadě před ostatními odečty z částky odváděného pojistného. Zaměstnavatel uplatňuje úhrn slev na pojistném na předepsaném tiskopisu podle § 9 odst. 5 nebo 6; na tomto tiskopisu uvádí též údaj o úhrnu slev, který mu za kalendářní měsíc náleží, a údaj o počtu zaměstnanců, za které mu sleva na pojistném náleží. **Úhrn slev na pojistném lze uplatnit jen do dne splatnosti pojistného za kalendářní měsíc, za který sleva na pojistném náleží; slevu na pojistném nelze uplatnit zpětně.** Byl-li z částky pojistného odečten úhrn slev na pojistném ve vyšší částce, než mohl být odečten, považuje se částka, o kterou bylo pojistné takto zkráceno, za dluh na pojistném; byl-li z částky pojistného odečten úhrn slev na pojistném v nižší částce, než mohl být odečten, nedoplatek na slevě na pojistném nevzniká.

(7) Nárok na slevu na pojistném podle odstavce 1 nemá zaměstnavatel, který vstoupil do likvidace nebo vůči němuž bylo vydáno pravomocné

**MOŽNOST SLEVY
na pojistném
za zaměstnance
od 1.8.2009**

**do 12/2010 – žádejte
již nyní na Správě
sociálního zabezpečení**

**slevu na pojistném
nelze uplatnit zpětně**

**mimořádná sleva
na pojistném
– jen za srpen 2009 !!!**

**od 1.8.2009
ve věku 50-55
let TOKS
– 1x ročně**

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

rozhodnutí o prohlášení konkursu na jeho majetek; nárok na slevu na pojistném zaniká od prvního dne kalendářního měsíce, v němž nastaly tyto skutečnosti.

(8) Sleva na pojistném podle odstavce 1 náleží do konce roku 2010; naposledy náleží za prosinec 2010.“.

Čl. II

Mimořádná sleva na pojistném

1. Za kalendářní měsíc, v němž tento zákon nabyl účinnosti, náleží zaměstnavatelům mimořádná sleva na pojistném (poznámka- pokud obdržíte Practicus do poloviny září a stihnete zorganizovat nárok na slevu přes účetního a sociálku) na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti (dále jen „pojistné“). Mimořádná sleva na pojistném se stanoví jako součet úhrnu slev na pojistném za jednotlivé kalendářní měsíce roku 2009 přede dnem účinnosti tohoto zákona; tyto slevy na pojistném za tyto měsíce se stanoví podle § 21a zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, (dále jen „zákon o pojistném“). Při stanovení těchto slev se berou v úvahu jen ti zaměstnanci, jejichž zaměstnání trvá k poslednímu dni kalendářního měsíce, v němž tento zákon nabyl účinnosti.

2. Mimořádnou slevu na pojistném odečte zaměstnavatel z částky pojistného odváděného za kalendářní měsíc, v němž tento zákon nabyl účinnosti, a to až po odečtu slevy na pojistném náležející podle § 21a zákona o pojistném a přednostně před ostatními odečty z částky odváděného pojistného. Je-li částka mimořádné slevy na pojistném vyšší než pojistné za tento kalendářní měsíc, popřípadě než rozdíl mezi pojistným za tento kalendářní měsíc a slevou na pojistném náležející podle § 21a zákona o pojistném, požádá zaměstnavatel příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení o úhradu rozdílu; ustanovení § 9 odst. 7 zákona o pojistném platí obdobně pro případ odečtu mimořádné slevy na pojistném. Žádost o úhradu tohoto rozdílu se podává na předepsaném tiskopisu. Nebyl-li nárok na mimořádnou slevu uplatněn do dne splatnosti pojistného za kalendářní měsíc uvedený ve větě první, zaniká. Byla-li z částky pojistného odváděného za kalendářní měsíc odečtena mimořádná sleva ve vyšší částce, než měla být odečtena, nebo byla-li okresní správa sociálního zabezpečení požádána o úhradu rozdílu podle § 9 odst. 7 zákona o pojistném a tato správa požadovaný rozdíl uhradila, avšak zaměstnavateli náležela tato úhrada v nižší částce nebo nenáležela vůbec, považuje se částka, o kterou bylo pojistné takto zkráceno, za dluh na pojistném.

Čl. III

Přechodné ustanovení

Sleva na pojistném podle § 21a zákona o pojistném náleží poprvé za kalendářní měsíc, v němž tento zákon nabyl účinnosti.

ČÁST DRUHÁ

Změna zákona č. 586/1992 Sb.

Čl. IV

V § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění zákona č. 261/2007 Sb. a zákona č. 2/2009 Sb., se na konci odstavce 13 doplňuje věta „Při výpočtu základu daně podle věty první se při stanovení částky povinného pojistného nepřihlíží ke slevám nebo k mimořádným slevám na pojistném u zaměstnavatele a ani k jiným částkám, o které si zaměstnavatel snižuje odvody povinného pojistného.“.

Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po dni jeho vyhlášení.

VEHLÁŠKA MZČR č. 244/2009 Sb. ze dne 22. července 2009, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Čl. I

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, se mění takto:

V příloze k vyhlášce č. 134/1998 Sb. v Kapitole 001 – praktické lékařství pro dospělé položky číslo 15120 a 15121 znějí:

15120 – stanovení okultního krvácení v rámci screeningu KRCA – **nález NEGATIVNÍ**
Možnost použití gTOKS i kvalitativního imunochemického testu u asymptomatického jedince:
• ve věku 50-55 let – 1x ročně
• nad 55 let - 1x za 2 roky
• čas výkonu: 10 min - pouze ambulantně
body: 154

15121 – stanovení okultního krvácení v rámci screeningu KRCA – **nález POZITIVNÍ**
Možnost použití gTOKS i kvalitativního imunochemického testu u asymptomatického jedince:
• ve věku 50-55 let – 1x ročně
• nad 55 let - 1x za 2 roky
• čas výkonu: 10 min - pouze ambulantně
body: 154

Čl. II

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem jejího vyhlášení.

Gratulace MUDr. Jiřímu Appeltovi



Milý Jiří,

krásný měsíc září s přírodou plnou barev již pomalu podzimních je tu a brzy přijde den s číslicemi 29.09. 2009. Protože mužská polovina populace datum svého narození netají, léta nepopírá, neubírá, číslice nepřepisuje, dovol mi, abych Ti k tomuto dni, ke dni Tvých 70. narozenin napsala krátký, ale o to upřímnější otevřený dopis. Jsou to ta nejlepší léta mužské dospělosti, Jirko!

Málokdo ze čtenářů ví, proč si nárokuji právo psát Ti právě já. Málokdo ví, že kromě dlouholetého přátelství máme společnou Alma Mater, nyní již opět Masarykovu Univerzitu v Brně a já Tě znám právě odtud, z mého prvního ročníku studia a to již jako významného asistenta katedry biochemie lékařské fakulty. V té době se zrodily hned tři Tvé patenty na určování bilirubinu v krvi! Na katedře biochemie LF MU Brno (dovoluji si použít známou zkratku) jsi působil jako odborný asistent od promoce v roce 1962 až do roku 1967 a mohu všechny ubezpečit, že již tehdy jsi byl laskavý, všem pomáhající a humoru plný „Pan asistent“.

Přesto však Tě lákala praktická medicína a především práce s pacienty. Proto jsi z lékařské fakulty odešel a v letech 1967 – 1975 jsi působil jako sekundární lékař na I. interně Thomayerovy nemocnice v Praze 4. Již tehdy ohodnotila oficiální místa Tvé schopnosti, Tvůj vztah k povolání. V roce 1969 jsi získal titul vzorného pracovníka Ministerstva zdravotnictví.

Ale jak Tě znám, Jiří, interní lůžkové oddělení bylo je ještě stále trochu vzdáleno Tvé představě praktické medicíny a proto ještě v roce 1975 jsi přešel na Kladensko, jako závodní lékař Doly Kladno, kde jsi působil až do roku 1989. Z titulu závodního lékaře jsi spolupracoval s Hlavní báňskou záchrannou stanicí (dále HBZS) a pak v roce 1980 jsi se stal ředitelem ZÚNZ Doly Kladno (a stále jsi působil jako praktický lékař pro zaměstnance dolů). Další spolupráce s HBZS vedla k tomu, že mimo jiné jsi vypracoval směrnice k výchově kvalifikovaných pracovníků HBZS a to zdravotníků v hornictví i důlní záchranářů a to nejen na Kladně.

Za práci v záchranném sboru jsi byl ohodnocen stříbrným a zlatým odznakem záchranáře a za dlouhodobou záslužnou práci, samozřejmě zdravotnickou, v hornictví jsi k těmto odznakům přidal v roce 2007 Janského plakety za zásluhu o hornictví.

V roce 1989 jsi činnost v ZÚNZ Doly Kladno ukončil a pak celých 20 let se věnoval praktickému lékařství jako praktický lékař se sídlem nedaleko Prahy - v Chýni. A vůbec nebudu lhát, když dodám, či lépe zdůrazním, že jsi byl pro své pacienty ten nejlepší a nejoblíbenější „Pan doktor“.

Dlouhá léta jako odborný asistent našeho oboru jsi věnoval mnoho svého úsilí našim mladším kolegům a mnoho jich kvalitně připravil pro výkon praxe. Kolik jich je, určitě spočítat nedokážeš!

V roce 1970 jsi se stal členem výboru Společnosti všeobecného lékařství. Jsi jím doposud a v posledních třech letech nejen voleným členem výboru, ale i čestným členem Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP.

Tvůj odborný růst byl „oficiálně“ ukončen atestací II. stupně z oboru všeobecného lékařství a vyplýval také z míst Tvého působení. Atestace z vnitřního lékařství a také zmíněná ohodnocení jsou tomu dokladem. Záměrně uvádím odborný růst „oficiálně ukončen“, protože jsi své vzdělávání neukončil nikdy, ani nyní ne – kurzy, semináře, četba odborné literatury, periodik - je stále samozřejmostí Tvého každodenního života.

Ale jistě nejen prací a vědou živ je člověk – Tvé koníčky! Vyjmenovat všechny nelze. Vzpomenu ty hlavní: literatura, historie, umění, cestování, zahradničení. A mnoho dalších – i těch typicky chlapeckých, které nyní jsou již předány vnukům, těm báječným klukům Přinášejí Ti velkou radost, víd!

Velkou, velkou oporu, pochopení v životních strastech, či denních běžných starostech a vzájemné doplňování v láskách a radostech ze všeho krásného nacházíš u své laskavé, milující Tě paní, u paní Janičky. Pro Tebe vždy Janička, nikdy jsem z Tvých úst její jméno neslyšela jinak.

Život zdaleka není ale tak jednoduchý jako těchto mých pár vět. Ty, Jiří, i když Ti však není zrovna jásavě, a i když to třeba netušíš, dovedeš nakonec dodat sobě, ale především svému okolí optimismus a kdekoho přenést svým anglickým humorem přes jeho životní těžkosti. Za tyto zásluhy se, bohužel, vyznamenání či plakety nedávají. Ale, věř, pro Tvé blízké a kolegy patří bezesporu na první místo.

Přeji Ti, milý Jiří, nejen jménem svým, ale jménem celého výboru SVL ČLS JEP, jménem všech čtenářů našeho časopisu, upřímně, z celého srdce mnoho zdraví, mnoho radosti. A dlouhá, šťastná a spokojená léta! Aby Tvůj přístup k životu a milý humor nám nadále pomáhal ve všedních i nevšedních starostech - to je i přání pro nás.

Marcela Bradáčová



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 2. 10. 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 7/2009

**Správné
odpovědi
testu
č. 6/2009:**

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

Prevence kardiovaskulárních onemocnění v ordinaci všeobecného praktického lékaře str. 11

1. Projekt SCORE bere v úvahu následující skupinu rizikových faktorů:

- a) hladinu celkového cholesterolu, hladinu HDL cholesterolu, glykémii, kouření,
- b) pohlaví, věk, kouření, systolický krevní tlak, celkový cholesterol
- c) pohlaví, věk, kouření, systolický krevní tlak, HDL cholesterol

2. Absolutní kardiovaskulární riziko vyjadřuje:

- a) pravděpodobnost, že jedinec v následujících 5 letech zemře na kardiovaskulární onemocnění aterosklerotické etiologie
- b) pravděpodobnost, že jedinec v následujících 10 letech zemře na kardiovaskulární onemocnění aterosklerotické etiologie
- c) pravděpodobnost, že jedinec v následujících 20 letech zemře na kardiovaskulární onemocnění aterosklerotické etiologie

3. U diabetiků se z tabulek ode- čtené riziko:

- a) navyšuje o 50%
- b) navyšuje – násobí se 2x u mužů a 4x u žen
- c) navyšuje - násobí se 4x u mužů

a 2x u žen

4. Homocystein a CRP jsou:

- a) markery vyššího kardiovaskulárního rizika
- b) samostatnými rizikovými faktory kardiovaskulárního onemocnění
- c) CRP je rizikovým faktorem kardiovaskulárního rizika, homocystein je pouhým markerem

Časná revmatoidní artritida - diagnostika a léčba str. 28

5. Urgentní vyšetření revmatolo- gem je indikováno u nemocných:

- a) s otokem alespoň 3 kloubů, postižením metakarpofalangeálních nebo metatarsofalangeálních kloubů (test příčného stisku) a s ranní ztuhlostí trvající alespoň 30 minut
- b) jak uvedeno výše, ale s ranní ztuhlostí trvající alespoň 60 minut
- c) jak uvedeno výše, ale s délkou trvání obtíží musí být minimálně 3 měsíce

Vliv léků a metabolických změn na EKG str. 36

6. Léčba digitalisem se na EKG může projevit:

- a) člunkovitými depresiemi ST a zkrácením intervalu QT
- b) různým stupněm AV blokády při předávkování
- c) prodloužením QT intervalu

7. poruchy rovnováhy vápníku, draslíku a magnézia se projevují:

- a) prodloužením QT intervalu při snížené hladině
- b) zkrácením intervalu QT při zvýšené hladině
- c) nemají vliv na délku QT intervalu

8. Sinusová bradykardie, pro- dloužení intervalu PR, oploštění vln T a někdy i difúzní snížení voltáže EKG záznamu může být známkou:

- a) hyperkalémie
- b) hypertyreózy
- c) hypotyreózy

POEM str. 40

9. Atrioventrikulární blok I. stup- ně (tj. PR interval delší než 200 ms) je spojen se signifikantně:

- a) zvýšeným rizikem vzniku fibrilace síní
- b) zvýšeným rizikem potřeby implantace kardiostimulátoru
- c) zvýšeným rizikem smrti

10. Doporučení NICE pro léčbu bolesti dolních zad:

- a) doporučují strukturovaný program cvičení
- b) doporučují injekční aplikaci kortikosteroidů
- c) doporučují spinální trakce

**Správné mohou být
všechny tři možnosti.**

odpovědní lístek – test č. 7/2009

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 |