



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 9/2009

ročník 8

pro
praktické
lékaře
zdarma

Tip tohoto čísla: čtěte na str. 22

Závěr třídlíného cyklu „Edukace diabetika“



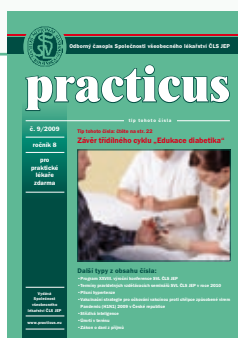
Další typy z obsahu čísla:

- Program XXVIII. výroční konference SVL ČLS JEP
- Termíny pravidelných vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP v roce 2010
- Plicní hypertenze
- Vakcinační strategie pro očkování proti pandemické chřipce
- Střízlivá inteligence
- POEM – Troponin I je citlivější než Troponin T
- Jak platit nákupy na internetu aneb je „to“ vůbec bezpečné?
- Úmrtí v terénu
- Zákon o dani z příjmů

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Obsah



SVL ČLS JEP informuje

5

Plicní hypertenze

MUDr. Hikmet Al-Hiti

12

**Vakcinační strategie pro očkování
vakcínou proti chřipce způsobené virem
Pandemic (H1N1) 2009 v České republice**

MUDr. Igor Karen

16

**Edukace v prevenci diabetu 2. typu
a v prevenci komplikací diabetu**

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.

20

Střízlivá inteligence

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

24

**Pseudoefedrin bez předpisu
znamená zbytečné riziko**

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

26



...dotazy a odpovědi

28



...POEM: Patient oriented evidence that matters

30



...počítač a doktor

Jak platit nákupy na internetu aneb je „to“ vůbec bezpečné?

32



...z případů záchranné služby

Úmrtí v terénu

34



...prevence v primární péči

Prevence nádorových onemocnění v praxi

35



...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa

 Zákon o dani z příjmů,
Vyhláška o označování výživové hodnoty potravin

36



...znalostní test

38

**Program XXVIII. výroční konference
SVL ČLS JEP**
**střed
časopisu**

practicus

**odborný časopis SVL ČLS JEP
9/2009, 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.czwww.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 Grzegorzová, 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 Konštický, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Anna Nejedlá, MUDr. Miloš Ponižil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář, MUDr. Helena Štěpánková, MUDr. Milada Kratochvílová

Manažerka časopisu: Hana Čížková

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



MUDr. Jaroslava Laňková

„Konferenční“ číslo

Vážené kolegyně a kolegové,

vzhledem k tomu, že toto číslo bude kromě běžné poštovní distribuce mimořádně rozdáno i 1000 praktických lékařů a 200 praktických sester, kteří se zaregistrovali na letošní výroční konferenci SVL ČLS JEP v Brně, je tento úvodník věnován právě této události.

Je to poprvé, kdy kapacita registrací byla vyčerpána v předstihu několika týdnů před konferencí, což neomylně svědčí o úspěšnosti našich výročních konferencí a je výzvou pro organizátory, aby hledali prostory, které budou moci přivítat i více účastníků.

V tomto čísle se konference zatím týká jen program všitý doprostřed čísla. Tím pravým „konferenčním číslem“ bude až číslo následující, jehož cílem bude, co nejlépe informovat kolegy, kteří se z různých důvodů nemohou konference zúčastnit, o obsahu přednášek, o uvedených novinách, výsledcích diskuzí, a jiných zajímavostech. Žádná sebepodrobnější informace však nemůže nahradit fyzickou účast a atmosféru konference. Většina z nás pracuje izolovaně ve své praxi s malou možností kontaktů s kolegy. Proto se potřebujeme scházet, vyměňovat názory, zkušenosti, slyšet, že i jiní mají stejné problémy a jak je řeší. Účast na přednáškách je i významnou edukační stimulací. Často si tam uvědomíme, že mnohé věci jsme již pozapomněli, že se leccos změnilo, že přednášená problematika se týká celé řady našich pacientů a oprášené či nově získané poznatky často použijeme hned „následující den“ ve svých praxích.

Převažujícím tématem této konference bude „opět“ kardiovaskulární (KV) problematika. Není divu. Odpovídá to jejímu společenskému významu, morbiditě a mortalitě. Praktičtí lékaři mají na poli prevence ještě velké rezervy. Opakována bude správná technika měření TK, význam domácího monitorování TK, edukace pacienta s metabolickým syndromem, zásady léčby hypertenze, hyperlipidémie apod.

Ovšem dostatečný prostor bude věnován i dalším tématům – např. chronické venosní insuficienci, ischemické chorobě dolních končetin, vertebrogenním obtížím, dušnosti, respiračním nemocem, vedení léčby antikoagulancii, gastroenterologickým tématům (nemoci pankreatu, zvýšené jaterní testy), oční problematice (suché oko, glaukom, makulární degenerace), možností POC diagnostiky (troponin I, strep test) a dalším. Diskutovat budeme např. i o koncepci oboru praktického lékařství, o komunikaci ve zdravotnictví. Jsou zařazeny zajímavé workshopy (akutní přednemocniční péče, profesionální uspokojení, léčba chronické rány). Velmi zajímavý program nabízí i ošetrovatelská sekce konference, a to i pro lékaře, takže jistě bude docházet k čilé migraci účastníků mezi sály s „lékařským“ a „ošetrovatelským“ programem.

Přeji všem účastníkům, aby tato konference byla pro ně příjemným a inspirativním zážitkem a ostatním kolegům, aby s námi tuto událost sdíleli alespoň zprostředkovaně cestou tohoto časopisu.

MUDr. Jaroslava Laňková
šéfredaktorka a místopředsedkyně SVL ČLS JEP
pro kontinuální vzdělávání

Tisková zpráva z víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP v roce 2009

Víkendové vzdělávací semináře Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, které jsme pro Vás připravili v tomto roce, proběhly v Karlově Studánce 6.-8. března, v Harrachově 17.-19. května, v Srní 29.-31. května a v Mikulově 4.-6. září.

Vysoký počet účastníků na víkendových vzdělávacích seminářích jak v loňském (700 účastníků) tak i v letošním roce (733) potvrdil zájem praktických lékařů o tuto novou formu vzdělávání.

Vedle odborného programu, který byl rozložen do dvou přednáškových bloků, jsme pro praktické lékaře připravili ve spolupráci VŠTJ Medicína Praha, konkrétně **pod vedením MUDr. Martina Matoulka, praktické a edukační hodiny fyzické aktivity**, a to 3x denně hodinové terénní praxe o různé intenzitě s holemi „Nordic Walking“ s využitím krokoměru s pamětí a následným vyhodnocením. Dále si za využití antropometrie a bodystatu mohli praktičtí lékaři vyšetřit složení těla - aktivní tělesnou hmotu a tukovou tkáň.

Proč jsme zvolili právě Nordic Walking

Pro praktického lékaře (PL) roste význam preventivní péče zvláště v oblasti kardiovaskulárního (KV) rizika a s tím roste i význam edukace pacienta a jak správně edukovat pacienta stran ovlivnitelných rizikových faktorů. Myslíme si, že právě v této oblasti máme rezervy. Ano edukujeme: redukuje cukry, zanecháme kouření, redukuje váhu, doporučíme restrikcii tuků, upravujeme krevní tlak a také a hlavně vybízíme pacienta k fyzické aktivitě. Téměř ve všech doporučených postupech - Arteriální hypertenze, Diabetes mellitus, Dyslipidémie, Obesita, Metabolický syndrom, Ischemická choroba srdeční, Ischemická choroba dolních končetin, ale i Deprese, Demence, Poruchy pohybového aparátu, Osteoporóza atd. - doporučujeme fyzickou aktivitu. Víme jak je pohyb pro naše zdraví důležitý. Doporučujeme 3x - 4x i vícekrát týdně fyzickou aktivitu nebo půl hodiny denně procházku nebo 7 hodin v týdnu fyzickou aktivitu, minimálně 150 minut aerobní fyzické aktivity mírné intenzity týdně.



Abychom pravdu řekli, málokdo z nás PL, ale i naši pacienti, si asi těžko konkrétně dovedeme představit, **co to znamená**. Navíc víme, jaký typ pacienta před sebou máme. Jsou to převážně již pacienti se špatně zažitými návyky a zvláště rizikové pacienti ve středním věku a senioři se těžko smiřují s tím, že by měli nést odpovědnost za své zdraví a navíc by ještě měli učinit kompletní změnu svého životního stylu. Uvědomili jsme si, jak je důležité udělat si pro pacienta čas a konkrétně mu sdělit jednu z možností, jak ovlivnit rizikové faktory KV onemocnění, protože při správné motivaci k aktivnímu pohybu a přesnému sdělení způsobu jak, máme opravdu šanci našemu pacientovi pomoci zvládnout změnu jeho životního stylu a pomoci mu zdolávat jeho nastupující či existující rizikové faktory.

Co je Nordic walking (NW)?

Nordic walking (doslovně přeloženo severská chůze) je běžná chůze se speciálními hůlkami, podobnými lyžařským hůlkám. Kolébkou tohoto nového sportovního odvětví je Finsko.

Je možno jej provozovat celý rok, kdekoliv a ve všech věkových a výkonnostních skupinách. Jeho sportovní úroveň lze velice rychle přizpůsobit vlastní sportovní úrovni.

Nordic Walking je velice příjemný druh pohybu, který může vykonávat každý, výkonnostní sportovec i začátečník, mladý člověk i lidé v pokročilém věku. Tepová frekvence se nachází v oblasti, ve které se dlouhé hodiny můžeme cítit dobře, a přesto **je spotřeba energie velmi vysoká, stoupá až o 40 %**. Výkon při NW je vyžadován od 600 svalů, a to je zhruba 90% všech svalů v těle. Většina běžné populace se ale příliš nepohybuje a má často problémy s nadváhou, postižením kloubů, s civilizačními nemocemi. Lidé s nadváhou pak jen těžko nacházejí odhodlání k aerobnímu typu tréninku. Nordic Walking ale mohou provozovat bez problémů. Pomocí holí jsou namáhány svaly celého těla a klouby dolních končetin jsou odlehčeny. Při Nordic Walkingu můžete spálit až 600 kcal. Více spotřebujete už jen při poměrně rychlém joggingu, ale zde odpadá nadměrná zátěž



MUDr. Dana Moravčíková



MUDr. Otto Herber

**Nordic Walking
zaměstná zhruba 90%
všech svalů v těle**

**při stejné tepové
frekvenci stoupá
při NW spotřeba
energie až o 40 %**

prevence je vždy lepší než likvidace následků

kloubů způsobená nárazy. Navíc díky holím přenesete část své hmotnosti na svaly paží a odlehčíte nohy. Proto mohou, v rámci možností, provozovat Nordic Walking i lidé, kteří mají nějaké problémy s klouby dolních končetin. Hole vám též pomohou narovnat záda při chůzi.

Zdravotní výhody NW

Srdce

- Zvyšuje aerobní výdrž, zvyšuje krevní viskozitu, zlepšuje srdeční činnost, reguluje krevní tlak, zlepšuje krevní oběh.
- Kladně působí proti nemocem krevního oběhu, kornatění tepen, pomáhá předcházet nebezpečí infarktu, pomáhá při vysokém tlaku.

Dýchání

- Dýchání je intenzivnější, čistí se plíce, zlepšuje se okysličování organismu, lepším dýcháním se zlepšuje práce svalů.
- Kladně působí proti astmatu a při chronické bronchitidě.

Regulace váhy

- Vyšší kalorická spotřeba než při klasické chůzi (přibližně o 25-35% více).
- Vhodné pro lidi s nadváhou, protože šetří bederní a kolenní klouby, při cukrovce, při poruchách příjmu potravy

Svaly

- Trénink svalů na rukou a zádech, trénink ramených svalů, trénink svalů na nohách a hýždích, stabilizace opěrné soustavy.
- Kladně působí při svalové dysbalanci, bolestech zad, uvolňuje zádové a krční svaly (bolest hlavy), pomáhá při bolestech kloubů.

Metabolismus

- Aktivace metabolismu, snižuje se obsah tuku a cukru v krevním oběhu.
- Kladný vliv na nemoci metabolismu, diabetes mellitus typu I. a II.

Psychika

- Vaše nálada se zlepší, protože pohyb odbourává stres, chůze ve skupině je zábavná. Pobyt v přírodě je odpočinkový, psychická pohoda se dostaví brzy, protože není těžké zvládnout techniku. Pozitivně působí na imunitní systém.

Přínosy Nordic Walkingu souhrnně:

- aktivní zapojení a posílení 90% svalů celého těla
- zlepšení pohyblivosti páteře, jenž vede k uvolnění napětí krčních, ramenních a mezilopatkových svalů
- přispívá ke správnému držení těla
- ulevuje zádovým problémům
- reguluje zátěž horní a dolní poloviny těla
- posiluje srdce, oběhový systém a dýchací ústrojí
- zlepšuje koordinaci pohybů
- zlepšuje metabolismus
- díky holím menší zátěž na klouby a lepší stabilita
- dobrá volba při onemocnění osteoporózou

nebo artrózou

- redukuje nadváhu
- doporučuje se při rehabilitacích u řady onemocnění pohybového systému nebo poúrazových stavů, po operaci srdce aj.

Nordic Walking jsme proto vybrali jako jednu z konkrétních možností edukace pacienta k fyzické aktivitě a zároveň sami na sobě jsme si to vyzkoušeli. Je vhodný jako prevence proti kardiovaskulárním chorobám. Začal se používat i v kardiorehabilitaci po IM a operacích srdce a i v lázeňských zařízeních, která jsou indikována pro onemocnění pohybového aparátu, hlavně kloubních onemocnění.

Jaký byl náš odborný program?

Elektronické předávání a ukládání receptů

Přednášky jsme koncipovali převážně nejen k problematice KV onemocnění, ale vybrali jsme i témata, která jsou v praxi PL aktuální a přínosná. Prostor byl věnován i **prezidentu České lékařnické komory Mgr. Stanislavu Havlíčkovi** a jsme rádi, že k nám pravidelně přichází s informacemi z jejich resortu. Jeho přednáška byla věnována nejen regulačním poplatkům v lékárnách, ale také elektronickému předávání a ukládání receptů. Tato přednáška vzbudila u PL velký zájem, ale zároveň i rozpaky a určitý neklid, vzhledem k tomu, že tato problematika, ač uzákoněná a zatím nefungující, není zcela transparentní a odpovědní politici, kteří tuto normu uzákonili, si zřejmě nejsou vědomi důsledků, které by nastaly, kdyby se dodržovala v navrhované podobě. Nadále se tato problematika ze strany lékařnické komory připomínkuje a diskutuje.

Preventivní prohlídky

v ordinacích praktických lékařů

Místopředseda SVL ČLS JEP MUDr. Otto Herber uvedl problematiku preventivních prohlídek (PP) v ordinacích praktických lékařů. Konstatoval, že **prevence je vždy lepší než likvidace následků**. To jistě platí i při vzniku a rozvoji aterosklerózy. Protože je aterosklerotický proces multifaktoriální, může se pohybová aktivita stát nejdostupnějším dílčím prvkem v prevenci a rozvoji tohoto onemocnění. Přesto se stále nedaří zmíněné rizikové faktory (RF) ovlivnit. Proto byla položena otázka, zda jsou režimová opatření skutečně účinná. Zda není marné zlepšovat terapeutické možnosti, když nedokážeme prosadit jednoduchou prevenci v praxi. Dr. Herber komentoval některé výstupy ze studie Euroaspire III vypovídající, že ve sledovaném období polovina vysoce rizikových pacientů z hlediska KVO má nadále hypertenzi, hypercholesterolémii a jedna pětina jich nadále kouří. Dokonce vzrostl BMI nad 30 kg/m². Tuto hodnotu mělo při vstupu do sledování 25% respondentů a na jejím konci 38%! Prevalence diabetu vzrostla z 17,4% na počátku na konečných 28%. Úspěch byl zaznamenán při

Nordic Walking je jedna z konkrétních možností edukace pacienta k fyzické aktivitě

ovlivnění hypercholesterolémie. Cílové hodnoty 4,5 mmol/l překračovalo zprvu 94,5 % vyšetřovaných a na výstupu bylo „pouze“ 46,2 % pacientů, kteří doporučené hodnoty překračovali. (The Lancet, 2009, p. 929-940 resp. Postgraduální medicína 2009, s. 470)

Jak jsou na tom lékaři v péči

o své tělesné zdraví? Znájí a umí základní prvky pohybových aktivit?

Proto se pohybová edukace stala náplní víkendových seminářů SVL ČLS JEP v letošním roce. Kolegům jsme nabídli pohybovou edukaci, kterou mohou využít jak pro sebe, tak pro své pacienty. K výběru tohoto tématu nás mj. přiměly závěry projektu Atlet, který sledoval intervenci praktických lékařů u pacientů v riziku kardiovaskulárního onemocnění na základě běžných pravidel, avšak bez cíleného zájmu o pohybové aktivity.

Jaké byly výsledky? Ze sedmi set zúčastněných lékařů během tří letošních seminářů se **pro techniku Nordic Walking (NW) kladně vyslovilo 53% dotazovaných. Stejně procento je odhodláno tuto techniku pohybové aktivity doporučovat svým pacientům.** Semináře zahrnovaly i ranní rozvíčky s cíleným postupným fyzickým zatížením. Třetina lékařů se vyjádřila, že NW využijí jen pro vlastní potřebu. Ale při bližším rozhovoru vyplynulo, že by uvítali další informace pro rehabilitaci. Lékaři se na základě subjektivního hodnocení fyzické zdatnosti rozdělili do tří skupin. V tréninku pak nachodili od 6 do 20 kilometrů. Přestože fyzická náročnost byla umocněna vydatnými dešti, 74% kolegů hodnotilo akci jako výbornou a 84 % by se jich zúčastnilo znovu.

Toto stručné hodnocení vyjadřuje vysoký zájem o aktivní náplň odborných seminářů. Z komentářů vyplynulo, že teoreticky jsme připraveni pacientům vykládat základní pohybová pravidla, ale málokdo má s touto aktivitou osobní zkušenosti. Jen velmi těžko jsme schopni v každodenní praxi nadávkovat zátěž kardiakovi, artrotikovi či jinak hendikepovanému pacientovi. To je výzva pro koncepci dalších setkání. Přestože účinnost nefarmakologické intervence se jeví jako velmi problematická právě pro nespolečenskou spolupráci pacienta, jde o neúčinnější, nejlevnější a nejbezpečnější způsob ovlivnění rizik. I přes jednoznačný úspěch intervenční kardiologie a ovlivnění metabolických parametrů farmaky platí, že prevence je vždy lepší než léčba manifestního onemocnění a jeho komplikací, zaznělo opakovaně i v diskuzi k příspěvku O. Herbera.

Léčba nekomplikovaného diabetika II. typu

Opakovaně byl prezentován doporučený postup Diabetes mellitus a hlavně léčba nekomplikovaného diabetika II. typu, a to **členkou výboru SVL MUDr. Danou Moravčíkovou.** Vedle algoritmu diagnostiky a léčby DM, hlavně léčby nekomplikovaného DM II typu, zdůraznila důležitost praktického lékaře v rámci prevence diabetu a včasné detekce rizikových pacientů, důležitost psychologicky zvládnout motivaci pacientů a pomoci jim vytrvat zejména v režimových a dietních opatřeních, a kladla důraz na komplexnost léčby diabetu, léčit nejen hyperglykémii ale i arteriální hypertenzi, dyslipidémii, mikroalbuminurii, obezitu a event. antiagregační léčbu. Zmínila se i o podávání mnoha léků u těchto pacientů, polypragmazií a vhodnosti podávání kombinované léčby arteriální hypertenze. Na to navázal **Bc. Petr Klusák**, který prezentoval novou solubilní formu metforminu. Velký důraz byl kladen na dodržování dietních opatření, jelikož 80 % pacientů s DM2 jsou obezní.

Nejsou tuky jako tuky

Dále k tématu KV onemocnění vystoupil **doc. Brát** s přednáškou „Nejsou tuky jako tuky“. Závažnost tématu je zřejmá, jelikož každé třetí úmrtí ve světě je zapříčiněno kardiovaskulárním onemocněním (KVO). V České republice je situace ještě horší, jelikož na KVO připadá každé druhé úmrtí. S tím souvisí správná výživa a zdravý životní styl, což jsou mediálně vděčná témata. Často jde o povrchní informace a protichůdná doporučení. Rozdělení na „dobré“ a „špatné“ tuky je zjednodušením, ale pacientům pomůže při snazší orientaci. Na vhodnost tuků lze usuzovat podle složení mastných kyselin (MK). Mezi vhodné můžeme řadit ty, které obsahují nenasycené mastné kyseliny (**mononenasycené -MUFA i vícenenasycené - PUFA**). Mezi méně vhodné tuky můžeme řadit ty, které obsahují nasycené MK a transmastné kyseliny (TFA), protože podporují zvyšování cholesterolu. Nelze je hodnotit jako celkově nevhodné, protože je to dáno především jejich nadměrnou konzumací. Pro zjednodušenou orientaci platí, že „špatné“ tuky jsou pevné (tvrdší) při pokojové teplotě a „dobré“ tuky se snadno roztírají ihned po vyjmutí z chladničky nebo jsou kapalné. Podle finské studie u dětí do 14 let (Nimikoski et al.) je nutné stravovací návyky vytvářet již v dětském věku. Prioritou ke zlepšení stravovacích návyků by mělo být vyhýbání se nasyceným tukům (skrytým i viditelným), preferovat značkové výrobky s vhodným nutričním složením (bez TFA, s esenciálními MK) a dbát na vyvážený příjem a výdej energie.

Nežádoucí účinky léčiv

a lékové interakce v kardiologii

Pozornost byla věnována **prim. MUDr. Martinu Heroldovi**, který svou přednáškou prezentoval nežádoucí účinky (NÚ) léčiv a lékové interakce

teoreticky jsme připraveni pacientům vykládat základní pohybová pravidla, ale málokdo má s touto aktivitou osobní zkušenosti

zjednodušeně platí, že „špatné“ tuky jsou pevné (tvrdší) při pokojové teplotě a „dobré“ tuky se snadno roztírají ihned po vyjmutí z chladničky nebo jsou kapalné

riziko lékových interakcí:
- do 5 léků
je výskyt NÚ 1-2 %,
- 6-10 léků je výskyt NÚ
již 4x vyšší

**spironolakton,
ACE-inhibitory,
simvastatin,deriváty
dikumarolu,
diltiazem a verapamil**

v kardiologii. Závěrem metaanalýzy 39 prospektivních studií sledujících závažné nežádoucí účinky u hospitalizovaných pacientů v USA bylo, že incidence závažných NÚ je skoro 7 % a fatálních NÚ je 0,3 %. Například za rok 1994 činil počet fatálních NÚ/rok 106.000! Což tvořilo 4.-6. nejčastější příčinu úmrtí. Extrapolací na Českou republiku se dostáváme k počtu 3 - 4000 úmrtí ročně. Dále byla pozornost věnována problematice hepatotoxicit, nefrotoxicit, hematotoxicit, tyreopatií a lékových alergií. Dále byly probírány lékové interakce z pohledu praktického lékaře, kde lékař musí často řešit kumulaci léčby jiných specialistů. Riziko lékových interakcí roste s počtem užívaných léků – při užívání do 5 léků je výskyt NÚ 1-2 %, ale **při užívání 6-10 léků je tento výskyt již 4x vyšší**. Ze závažných lékových interakcí byly vybrány spironolakton a ACE-inhibitory, simvastatin, deriváty dikumarolu, dále diltiazem a verapamil. Zdůrazněn byl i význam cytochromu P-450, jelikož tento enzymatický systém odpovídá za významné lékové biotransformace a metabolismus. Závěrem bylo konstatováno, že lékaři by se měli vyhnout rizikovým kombinacím, měli by pátrat po vzniku a monitorovat možné NÚ a správně edukovat pacienty. V neposlední řadě by se lékaři měli vyhnout polypragmarii a používat dobře známé a osvědčené léky.

Musíme léčit respirační infekce antibiotiky?

Sdělením z jiné oblasti byl příspěvek **MUDr. Zuzany Blechové z 2. LF UK, FN Na Bulovce** (I. Infekční klinika). Téma přednášky „Musíme léčit respirační infekce antibiotiky?“ bylo zvoleno samotnými praktickými lékaři na XXVII. výroční konferenci SVL ČLS JEP v Karlových Varech. V úvodu byla ukázána souvislost mezi zvýšenou spotřebou makrolidů a zvýšenou rezistencí makrolidů k *S. pneumoniae* a *S. pyogenes*. Vyjmenovány byly respirační infekce, které by se léčit ATB neměly (rhinitis, rhinopharyngitis acuta, tonsilopharyngitis acuta apod.). Zjistilo se, že převaha pacientů s respiračními infekcemi se uzdravuje rychle a bez komplikací bez ohledu na podávání antibiotik. Například u akutní bronchitidy je to 85 % pacientů. Z ambulantně léčených dospělých s respiračními infekcemi má 65 % předepsáno antibiotika. Část prezentace se týkala indikace ATB u akutní tonzilofaryngitidy, a to z pohledu problémů v léčbě a nevhodných antibiotik. V závěrečném shrnutí zaznělo, že většina respiračních infekcí je virové etiologie a antibiotická léčba je zbytečná. Nezbytné jsou validní mikrobiologické odběry a pomocné laboratorní metody. Racionální indikace ATB by měla být podle potenciálního agens, znalosti rezistence komunitních patogenů a sledovat národní doporučené postupy. Zaujalo nás, že u léčby kožní formy lymfské boreliové infekce stačí léčba antibiotiky (ATB) 14 dní a dále, že při léčbě

ATB je vždy nutné posuzovat laboratorní testy v korelaci s klinickým obrazem. Nikdy léčit jen na základě laboratorních nálezů.

Poruchy paměti, demence a jejich léčba

Zajímavé informace zazněly také v podání **docenta Horta z Neurologické kliniky UK, 2. LF a FN Motol**. Přednáška byla zaměřena na poruchy paměti, demence a jejich léčbu. Bylo konstatováno, že výskyt Alzheimerovy choroby stoupá s věkem a podle demografických údajů se dá očekávat častější výskyt. V této souvislosti byl uveden index EDR (Elderly Dependency Ratio), který uvádí procento lidí nad 65 let závislých na pracující populaci (15-64 let). V České republice to bylo 19,6 % v roce 2000 a očekává se nárůst na 32 % v roce 2020. Významná úloha praktického lékaře je jasná z následujících dat: praktický lékař má průměrně registrováno 1500-1800 pacientů a z toho je 15-20 pacientů s demencí. Z toho plyne, že PL léčí více pacientů než neurologové a psychiatři dohromady. Otázkou zůstává znalost a používání diagnostických testů (např. MMSE – Mini Mental State Examination). Ohledně léčby zaznamenávají nejlepší výsledky jen inhibitory acetylcholinesterázy (Aricept, Exelon, Reminyl), které dovedou oddálit nejzávažnější stadia onemocnění. Nutným předpokladem je ovšem léčit pacienty v časnějším stadiu onemocnění.

Plicní arteriální hypertenze

V další části se zaměřil **MUDr. Hikmet Al-Hiti**, z kliniky Kardiologie IKEM v Praze, na problematiku plicní arteriální hypertenze (PAH). Vedle definice a klasifikace onemocnění byl důraz kladen na včasnou diagnostiku. Screening je doporučován ve vysoce rizikové populaci s výskytem idiopatické PAH v rodinné anamnéze, se systémovým onemocněním pojiva, s plicní embolií a s vrozenými srdečními vadami. Neléčená PAH je rychle smrtící onemocnění a definitivní diagnóza a rozhodnutí o léčbě patří do rukou specialistů.

Závěrem

Snažili jsme se v tomto článku Vám sdělit to nejpodstatnější, co na našich víkendových vzdělávacích seminářích proběhlo. Myslíme si, že byly úspěšné, o čemž svědčí i vyčerpané kapacitní možnosti pro naše PL. Zároveň se chceme omluvit těm, kteří se z kapacitních důvodů na naše semináře nedostali. V příštím roce se budeme snažit Vám to vynahradit. Nezodpovězené otázky v rámci edukací KV onemocnění jsou, jsou další zajímavá témata do našich praxí, takže se budeme těšit na naše další setkání s Vámi.

*MUDr. Dana Moravčíková,
členka výboru SVL ČLS JEP*

*MUDr. Otto Herber,
místopředseda SVL ČLS JEP*

**u akutní bronchitidy
se rychle a bez
komplikací - bez ohledu
na podávání
antibiotik - uzdravuje
85 % pacientů**

Termíny pravidelných vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP v roce 2010 podle regionů

blíže viz www.svl.cz

České Budějovice

budova Medipont s.r.o.

Matice Školské 17,

370 01 České Budějovice

st	27.1.	16 - 20 h
st	24.2.	16 - 20 h
st	24.3.	16 - 20 h
st	28.4.	16 - 20 h
st	26.5.	16 - 20 h
st	23.6.	16 - 20 h
st	22.9.	16 - 20 h
st	20.10.	16 - 20 h
st	24.11.	16 - 20 h
st	15.12.	16 - 20 h

Brno

Kancelář veřejného
ochránce práv,

Údolní 39, 602 00 Brno

so	16.1.	9 - 13 h
so	20.2.	9 - 13 h
so	20.3.	9 - 13 h
so	17.4.	9 - 13 h
so	15.5.	9 - 13 h
so	19.6.	9 - 13 h
so	18.9.	9 - 13 h
so	16.10.	9 - 13 h

so	27.11.	9 - 13 h
so	18.12.	9 - 13 h

Hradec Králové

Nové Adalbertinum,

Velké náměstí 32,

500 01 Hradec Králové

čt	21.1.	16 - 20 h
čt	25.2.	16 - 20 h
čt	18.3.	16 - 20 h
čt	22.4.	16 - 20 h
čt	27.5.	16 - 20 h
čt	24.6.	16 - 20 h
čt	16.9.	16 - 20 h
čt	21.10.	16 - 20 h
čt	25.11.	16 - 20 h
čt	16.12.	16 - 20 h

Jihlava

presbytář Hotelu

Gustav Mahler,

Křížová ul, 586 01 Jihlava

st	13.1.	17 - 21 h
st	17.2.	17 - 21 h
st	24.3.	17 - 21 h
st	21.4.	17 - 21 h
st	12.5.	17 - 21 h
st	16.6.	17 - 21 h
st	15.9.	17 - 21 h

st	13.10.	17 - 21 h
st	3.11.	17 - 21 h
st	8.12.	17 - 21 h

Karlovy Vary

přesné místo konání bude
upřesněno na webu SVL
v prosinci 2009

so	23.1.	9 - 13 h
so	20.2.	9 - 13 h
so	20.3.	9 - 13 h
so	17.4.	9 - 13 h
so	15.5.	9 - 13 h
so	12.6.	9 - 13 h
so	11.9.	9 - 13 h
so	9.10.	9 - 13 h
so	6.11.	9 - 13 h
so	4.12.	9 - 13 h

Liberec

Hotel v Klášterní,

Kláštterní 131/14,

460 01 Liberec

čt	7.1.	16 - 20 h
čt	4.2.	16 - 20 h
čt	4.3.	16 - 20 h
čt	1.4.	16 - 20 h
čt	6.5.	16 - 20 h
čt	3.6.	16 - 20 h

čt	2.9.	16 - 20 h
čt	7.10.	16 - 20 h
čt	4.11.	16 - 20 h
čt	2.12.	16 - 20 h

Litomyšl

Hotel Zlatá hvězda,

Smetanovo nám. 84,

Litomyšl

st	14.4.	16 - 20 h
st	13.10.	16 - 20 h

Olomouc

Aula Právnické fakulty

UP Olomouc,

tř. 17. listopadu 8,

772 00 Olomouc

so	23.1.	9 - 13 h
so	27.2.	9 - 13 h
so	20.3.	9 - 13 h
so	17.4.	9 - 13 h
so	15.5.	9 - 13 h
so	19.6.	9 - 13 h
so	25.9.	9 - 13 h
so	23.10.	9 - 13 h
so	20.11.	9 - 13 h
so	11.12.	9 - 13 h

DIAGNOSTIKA

RESPIRACÍ DO 15 MINUT !

Kvalitativní imunochromatografické rychlotesty pro přímý průkaz antigenu
daného infekčního agens – z výtěrů, aspirátů či výplachů

CerTest RSV-Adenovirus Resp. Test	od 114,- Kč / test
CerTest RSV Test	od 78,- Kč / test
CerTest Adenovirus Resp. Test	od 78,- Kč / test
CerTest Strep A Test	od 58,- Kč / test
CerTest Influenza A+B Test	od 87,- Kč / test

GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU DO 15 MINUT!

Kvalitativní imunochromatografické rychlotesty pro přímý průkaz antigenu
daného infekčního agens ze stolice

CerTest Rota-Adeno Test	od 70,- Kč / test
CerTest H. pylori Test	od 70,- Kč / test
CerTest E. coli Test O 157:H7	od 57,- Kč / test
CerTest Crypto-Giardia Test	od 96,- Kč / test

OKULT-VIDITEST RAPID od 25,- Kč / 1 trojkarta



VIDIA s.r.o.
Nad Safinou II č. 365, Vestec
252 42 Jesenice u Prahy

Objednávky - tel: +420 261 090 565
fax: +420 261 090 566
e - mail: objednavky@vidia.cz

On - line objednávky: www.vidia.cz
Web: <http://www.vidia.cz>
Odborné info - tel: +420 261 090 577
e-mail: dedkova@vidia.cz

Ostrava**Hotel Imperial,
Tyršova č. 6,
Ostrava**

čt	21.1.	16 - 20 h
út	16.2.	16 - 20 h
út	23.3.	16 - 20 h
čt	15.4.	16 - 20 h
út	11.5.	16 - 20 h
čt	10.6.	16 - 20 h
čt	23.9.	16 - 20 h
út	19.10.	16 - 20 h
út	23.11.	16 - 20 h
út	7.12.	16 - 20 h

Pardubice**Hotel Zlatá Štika,
Štrosova 127,
350 03 Pardubice**

út	12.1.	16 - 20 h
út	9.2.	16 - 20 h
út	9.3.	16 - 20 h
út	11.5.	16 - 20 h
út	8.6.	16 - 20 h
út	14.9.	16 - 20 h
út	9.11.	16 - 20 h
út	14.12.	16 - 20 h

Plzeň**Šafránkův pavilon,
Alej svobody č. 31,
300 00 Plzeň**

so	23.1.	9 - 13 h
so	20.2.	9 - 13 h
so	20.3.	9 - 13 h
so	10.4.	9 - 13 h
so	15.5.	9 - 13 h
so	12.6.	9 - 13 h
so	18.9.	9 - 13 h
so	16.10.	9 - 13 h
so	6.11.	9 - 13 h
so	11.12.	9 - 13 h

Praha**Lékařský dům,
Sokolská 31,
120 26 Praha 2**

so	9.1.	9 - 13 h
čt	21.1.	16 - 20 h
st	27.1.	16 - 20 h
so	13.2.	9 - 13 h
čt	18.2.	16 - 20 h
st	24.2.	16 - 20 h
so	13.3.	9 - 13 h
čt	18.3.	16 - 20 h

st	24.3.	16 - 20 h
so	10.4.	9 - 13 h
čt	15.4.	16 - 20 h
st	28.4.	16 - 20 h
so	8.5.	9 - 13 h
čt	27.5.	16 - 20 h
st	5.5.	16 - 20 h
so	12.6.	9 - 13 h
čt	17.6.	16 - 20 h
st	23.6.	16 - 20 h
so	11.9.	9 - 13 h
čt	16.9.	16 - 20 h
st	22.9.	16 - 20 h
so	16.10.	9 - 13 h
čt	21.10.	16 - 20 h
st	27.10.	16 - 20 h
so	6.11.	9 - 13 h
čt	18.11.	16 - 20 h
st	24.11.	16 - 20 h
so	4.12.	16 - 20 h
čt	9.12.	9 - 13 h
st	22.12.	16 - 20 h

Ústí nad Labem**Best Western
Hotel Vladimír,****Masarykova 36,
400 01 Ústí nad Labem 1**

čt	7.1.	16 - 20 h
čt	4.2.	16 - 20 h
čt	4.3.	16 - 20 h
čt	1.4.	16 - 20 h
čt	6.5.	16 - 20 h
čt	3.6.	16 - 20 h
čt	2.9.	16 - 20 h
čt	7.10.	16 - 20 h
čt	4.11.	16 - 20 h
čt	2.12.	16 - 20 h

Zlín**Aula SZŠ,
Příluky 372,
760 01 Zlín**

po	4.1.	16.30 - 20.30 h
po	8.2.	16.30 - 20.30 h
po	1.3.	16.30 - 20.30 h
po	12.4.	16.30 - 20.30 h
po	3.5.	16.30 - 20.30 h
po	7.6.	16.30 - 20.30 h
po	6.9.	16.30 - 20.30 h
po	4.10.	16.30 - 20.30 h
po	1.11.	16.30 - 20.30 h
po	6.12.	16.30 - 20.30 h

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v prosinci 2009

Hlavní téma:**Deprese a somatické onemocnění – opomíjené vztahy a diagnostické omyly**

Interaktivní program za přispění psychiatra, internisty a ortopeda nebo neurologa

Datum	Čas	Město, místo konání
Čtvrtek 3.12.2009	16:00 - 20:00	Liberec, Hotel v Klášterní, Klášterní 131/14
Sobota 5.12.2009	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31 / Přesunuto z 12.12.2009
Sobota 5.12.2009	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Pondělí 7.12.2009	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Úterý 8.12.2009	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel Zlatá Štika, Štrosova 127
Středa 9.12.2009	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Čtvrtek 10.12.2009	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek 10.12.2009	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Sobota 12.12.2009	9:00 - 13:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Sobota 12.12.2009	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Sobota 12.12.2009	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 12.12.2009	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31 / Přesunuto na 5.12.2009
Středa 16.12.2009	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17/
Středa 16.12.2009	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul.
Čtvrtek 17.12.2009	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31

MUDr. Hikmet Al-Hiti

Centrum pro léčbu plicní hypertenze při klinice kardiologie IKEM, Praha

Plicní hypertenze

Plicní hypertenze je definována jako abnormální vzestup krevního tlaku v plicnici. Může se vyskytovat při vlastním postižení plicních cév (plicní arteriální hypertenze) či v rámci sekundární příčiny (chronické srdeční selhání, respirační onemocnění a další).

Plicní arteriální hypertenze je způsobena zvýšením plicní cévní resistance (prekapilární forma plicní hypertenze) se zvýšením tlaku v plicnici, zvýšením plicní cévní rezistence a normálním tlakem v levé síni nebo v zaklínění. Průměrný věk nemocných v době stanovení diagnózy je okolo 50 let s častějším výskytem u ženského pohlaví. Neléčená plicní arteriální hypertenze je smrtelným onemocněním.



MUDr. Hikmet Al-Hiti

nejčastějšími potížemi nemocných s PAH jsou progredující námahová dušnost a malá výkonnost

neléčená plicní arteriální hypertenze je smrtelným onemocněním

Historie

V roce 1891 Ernst von Romberg použil termín „Über Sklerose der Lungen Artérie“ (skleróza plicních artérií) k popisu abnormality plicního řečiště, pro které neměl vysvětlení (1).

Až za dalších 60 let David Dresdale s kolegy popsal hypertenzní vaskulopatii plicní cirkulace. V případě nejasné příčiny plicní hypertenze (PH) použil termín primární plicní hypertenze (PPH). Tam, kde bylo možné zjistit etiologii vysokých tlaků v plicnici, byla PH nazvána jako sekundární (2). V roce 1970 Wagenvoort a Wagenvoort popsali vaskulární postižení - plexogenní pulmonální arteriopatii (3). Koncem šedesátých a začátkem sedmdesátých let minulého století byla epidemie plicní arteriální hypertenze (PAH) v Rakousku, Švýcarsku a bývalém západním Německu **v souvislosti s užíváním anorektik**. Na základě této skutečnosti a nových poznatků vytvořila Světová zdravotnická organizace (World Health Organization - WHO) pracovní skupinu, která vznikla v roce 1973 a později vydala první klasifikaci PH (4). V roce 1981 Národní institut zdraví (NIH) zorganizoval multicentrický prospektivní registr PPH. Do tohoto registru bylo zařazeno celkem 187 pacientů z 32 center v období 1981 až 1985. Tato studie prokázala, že průměrný věk nemocných byl 36,4 let v době stanovení diagnózy, více byly postiženy ženy než muži v poměru 1,7: 1. Pouze 9% pacientů bylo starších než 60 let (5).

V letech 1998 (v Evian), 2003 (v Benátkách) a 2008 (v Dana Point) proběhly mezinárodní konference týkající se problematiky PH. V letošním roce byla publikována doporučení pro terapii plicní hypertenze.

Klasifikace a definice PH

V současné době rozdělujeme PH do 5 skupin (tabulka č. 1).

PAH je charakterizována remodelací malých plicních artérií vedoucí k progresivnímu vzestupu **plicní vaskulární resistance** (PVR) a pravostrannému srdečnímu selhání (6-10). PAH může být při idiopatické formě hereditární, spojená s řadou dalších onemocnění, jako je systémové onemocnění pojivové tkáně, vrozené vady srdeční, portální hypertenze, HIV infekce, po požití léků (např. anorektika) a toxických látek (10).

Hemodynamicky je PAH definována jako **zvýšení středního tlaku v plicnici ≥ 25 mm Hg v klidu** (10).

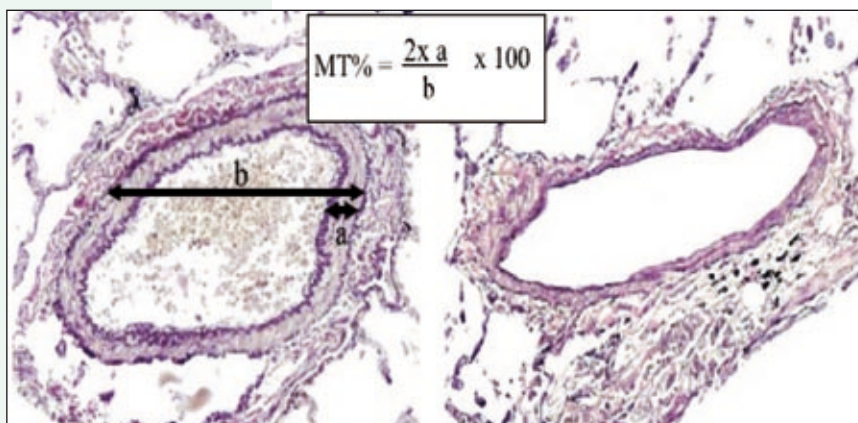
Epidemiologie a prevalence

O přirozeném vývoji PAH existovala data pouze z amerického registru na začátku 80 let. Tedy až do roku 2006 jsme neměli další epidemiologická data o nemocných s PAH. V tomto roce byla publikována práce z francouzského registru PAH (11). Do tohoto sledování bylo zařazeno celkem 674 nemocných s PAH. V době stanovení diagnózy byl průměrný věk pacientů 50 ± 15 let, 9,1 % bylo starších 70 let (graf č. 1).

V době stanovení diagnózy 75 % pacientů mělo NYHA III. st., hodnota 6ti minutového testu chůze byla 329 ± 109 m. Z registru vyplývá, že prevalence byla 15 případů/1 milion dospělé populace a incidence 2,4 případů/1 milion dospělé populace/1 rok.

Jednoroční přežívání bylo v 88,4 % na rozdíl od amerického registru z 80. let, kde bylo jednoroční přežívání 71,8% (12).

Diagnóza PAH má nepříznivý prognostický dopad. Ukazují to data o přirozeném průběhu tohoto onemocnění před objevením nových léčebných způsobů. Medián přežívání pacientů s idiopatickou PAH činil ve stadiu NYHA I a II 6 let, ve stadiu NYHA III 2,5

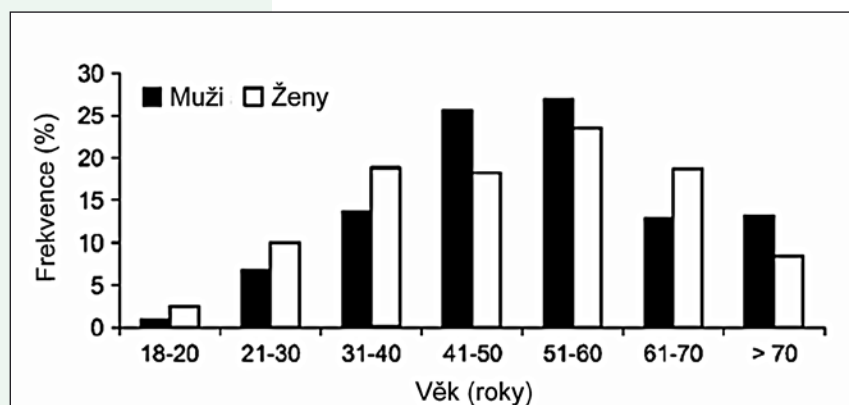


Obr. 1: Histologický obraz cévního postižení při plicní hypertenzi (vlevo) a normální nález (vpravo)

Tabulka 1: Klasifikace plicní hypertenze (Dana Point 2008)

1. Plicní arteriální hypertenze (PAH)

- 1.1 idiopatická (IPAH)
- 1.2 hereditární
- 1.3 indukovaná léky a toxiny
- 1.4 sdružená se:
 - systémovým onemocněním pojivové tkáně
 - HIV infekcí
 - portální hypertenzí
 - vrozenou vadou srdeční
 - chronickou hemolytickou anémií
- 1.5 perzistující plicní hypertenze u dětí

1. Plicní venookluzivní nemoc a /nebo plicní kapilární hemangiomatóza**2. Plicní hypertenze (PH) při levostranném onemocnění srdce****3. PH při onemocnění plicního parenchymu nebo hypoxická****4. Chronická tromboembolická PH****5. PH multifaktoriální**

Graf 1: Distribuce pacientů s plicní hypertenzí v závislosti na věku a pohlaví

let a ve stadiu NYHA IV pouze 0,5 roku (12,13). **Idiopatická plicní arteriální hypertenze (IPAH)** je onemocnění s **převahou výskytu v mladším a středním věku u žen**. Výskyt IPAH u starších nemocných není vzácný. Z NIH registru PPH vyplývá, že 9% pacientů bylo starších 60 let (5). Z recentního francouzského národního registru bylo 9 % pacientů starších 70 let. Z toho plyne, že IPAH není limitována věkem.

Diagnostika PH

Podmínkou vývoje symptomů při PH je podstatné omezení rozsahu nebo roztažitelnosti plicního cévního řečiště a jeho schopnosti vyrovnat se se zvýšením krevního průtoku. Každé onemocnění, které způsobí PH, může vyvolat kromě symptomů specifických pro toto onemocnění i soubor symptomů charakteristických pro PH. Na druhé straně je nutno zdůraznit, že **žádný symptom není pro PH specifický**. Nejběžnějším a nejčastějším příznakem je **námahová dušnost**, která je vysvětlována drážděním periferních chemoreceptorů při hypoxémii, drážděním iritačních receptorů v plicním intersticiu a „stretch-receptorů“ ve velkých plicních tepnách. Dušnost je často spojena s únavností.

Anginózní bolesti jsou pravděpodobně následkem ischemie pravé komory při zvýšených tlacích a zvýšení hmotnosti komory (tzv. Jarischův-Betzoldův reflex) u 10-50 % nemocných. Ke **kolapsu nebo synkopě** dochází při náhlém omezení mozkového průtoku v důsledku nízkého minutového výdeje při zátěži. **Hemoptýza** může být způsobena mikroaneurysmaty následkem vysokých tlaků působících na první část plicní kapilární sítě u PAH nebo při levo-pravém zkratu. Jinou příčinou je prasknutí rozšířených submukózních žilních plexů u nemocných s pasivní PH.

Fyzikální vyšetření nemůže spolehlivě zjistit přítomnost časně, tj. mírné PH. U závažné PH odhalí palpce **systolickou pulsaci ve druhém mezižebří vlevo** parasternálně. **Plicní složka druhé ozvy je zvýrazněna**. Při dilataci kmene plicnice a anulu plicní chlopně dochází k **decrescendovému diastolickému šelestu** plicní regurgitace (Grahamův-Steelův šelest). Hypertrofie pravé komory **srdeční vyvolá výraznou srdeční pulsaci prekordia a pod mečíkem**. Může být spojena se čtvrtou ozvou, která se zdůrazňuje při vdechu. Ke známám selhání pravé komory srdeční patří **známky městnání ve velkém oběhu** - zvýšená náplň krčních žil, hepatomegalie, ascites, otoky dolních končetin.

Elektrokardiogram není citlivý pro detekci PH. Při závažné PH však obvykle poukáže na hypertrofii pravé komory a dilataci pravé síně (vysoké symetrické P ve svodech II, III a aVF - **P pulmonale**). Často nacházíme **deviaci osy QRS doprava** a vertikálně ve směru hodinových ručiček a převážně dominantní R ve V1 s inverzí vln T a snížením úseku ST ve svodech V1-V3 nebo blokádu pravého raménka Tawarova (RBBB).

Snímek hrudníku obvykle prokáže při závažné PH rozšíření hlavních centrálních větví plicnice se zúženými periferními větvemi. Stín sestupné pravé větve plicnice (ramus intermedius) bývá rozšířen.

Echokardiografické a dopplerovské vyšetření jsou nejlepší neinvazivní metody k hodnocení PH. Protože většina nemocných má alespoň mírnou trikuspidální regurgitaci, je odhad systolického tlaku v plicnici na základě rychlosti trikuspidální trysky obvykle nejlepší a nejjednodušší metoda ke stanovení diagnózy. V nepřítomnosti trikuspidální regurgitace je spolehlivým prediktorem závažné PH měření rychlosti průtoku plicní chlopní. Doba akcelerace je mírou impedance plicního cévního řečiště a může přinést další informace o funkci pravé komory srdeční. Jinak je dvoudutinová echokardiografie velmi dobrou metodou pro hodnocení dysfunkce pravé komory srdeční, způsobené PH. Dokáže posoudit i hypertrofii pravé komory srdeční (přesahuje-li tloušťka její volné stěny 5 mm).

Rychlá počítačová tomografie (fast CT) s podáním kontrastní látky umožňuje přesné změření průměru plicních tepen na různých úrovních a hodnocení velikosti pravé síně a komory. CT tak rozhodujícím způsobem přispívá ke zjištění příčiny PH.

průměrný věk pacientů v době stanovení diagnózy plicní hypertenze je 50±15 let

žádný symptom není pro PH specifický

Magnetická rezonance (MR) prokazuje při PH dilatované duté žíly, pravé srdce a plicní tepny, zbytnění pravé komory srdeční se zhoršenou kontrakcí, porušené diastolické plnění při rychlostním mapování a regurgitaci na pravostranných chlopních. MR umožňuje nejlepší zobrazení pravé komory srdeční.

Pravostranná katetrizace je definitivní metoda pro stanovení diagnózy PH a zhodnocení její závažnosti a posouzení, zda se jedná o PH se složkou prekapilární, postkapilární či smíšenou (při přítomnosti pre- a postkapilární složky).

• **Prekapilární PH** (zvýšená prekapilární cévní rezistence). Střední tlak v plicnici je zvýšen, tlak v zaklínění (v levé síni) je normální (tj. méně než 12 mm Hg). Transpulmonální gradient (rozdíl středního tlaku v plicnici a tlaku v zaklínění) je zvýšen (nad 10 mm Hg). Typickým představitelem akutní formy prekapilární PH je **akutní cor pulmonale** (nejčastěji způsobené akutní plicní embolií), chronická forma prekapilární PH tvoří patofyziologický podklad **chronického cor pulmonale**. Tento typ PH zahrnuje také PAH.

• **Postkapilární PH** je způsobena primárním zvýšením tlaku v levé síni (při **mitrálních vadách**) nebo při zvýšení konečného diastolického tlaku v levé komoře při **levostranném srdečním selhání** a při **aortálních vadách**. Zvýšený tlak v levém srdci se pasivně přenáší do plicních žil, plicních kapilár i do plicnice. Transpulmonální gradient je tedy normální (méně než 10 mm Hg). U části nemocných s pokročilým levostranným srdečním selháním dochází i ke zvýšení prekapilární plicní cévní rezistence jednak důsledkem plicní vasokonstrikce, jednak anatomickými změnami cév v plicním oběhu. U těchto nemocných vzniká pak smíšená forma PH, charakterizovaná zvýšením transpulmonálního gradientu při vyšším tlaku v zaklínění. Funkční komponentu prekapilární složky PH lze rozlišit při srdeční katetrizaci podáním vazodilatancia (inhibitory fosfodiesterázy - III, oxid dusnatý, prostaglandin, dobutamin, prostacyklin).

• **Hyperkinetická PH** je způsobena zvýšeným průtokem krve plicním oběhem, jak je tomu u **zkratových vrozených vad srdečních** (zkraty zleva doprava, např. defekt komorového septa, defekt síňového septa, aortopulmonální okénko). Zpočátku je tato hypertenze reverzibilní. Později, někdy v krátkém časovém odstupu, vznikají ireverzibilní anatomické změny v plicním řečišti, a tehdy nalézáme těžkou PH, kdy střední tlak v plicnici může dosahovat až tlaku ve velkém oběhu (Eisenmengerův syndrom). V tomto stadiu nepřinášejí vasodilatační terapie úlevu a jediným řešením je kombinovaná transplantace srdce a plic. Proto je tak důležitá včasná korekce vrozených srdečních vad brzy po narození.

Závěrem

Za posledních 20 let došlo k výraznému pokroku v komplexním přístupu k léčbě PAH. K tomuto

pokroku došlo díky pochopení nových patofyziologických cest s následnou moderní farmakoterapií. Došlo také ke zlepšení screeningu rizikových skupin nemocných.

Důležité je vědět, že PAH nemá specifické příznaky, a proto se často rozpoznává pozdě. Nejčastějšími potížemi nemocných s PAH jsou progredující námahová dušnost a malá výkonnost. Při podezření na PAH je kromě anamnézy a fyzikálního nálezu důležité provedení echokardiografického vyšetření. Klíčovým vyšetřením, které se provádí ve specializovaném centru, je pravostranná srdeční katetrizace. Ta umožní potvrzení přítomnosti PAH (nebo jiného typu PH) a dovoluje odhadnout prognózu. Součástí vyšetření je při potvrzení PAH i tzv. test plicní vaskulární reaktivity, který pomáhá určit vhodný druh léčby. Vzhledem k tomu, že léčba PAH je složitá a vyžaduje časté hemodynamické monitorování, měla by zůstat omezena na vysoce specializovaná centra s dlouhodobými zkušenostmi s testováním reverzibility PAH. Tato centra by měla poskytovat i konzultační služby a pomáhat při diagnostice PAH.

Literatura:

1. Romberg E: Uber Sklerose der Luntem Artérie. Dtsch Arch Klin Med 48:197-206,1891
2. Dresdale DT, Schultz M, Nichrom RJ: Primary pulmonary hypertension. I Clinical and hemodynamic study. Am J Med 11:686-705,1951
3. Wagenvoort CA, Wagenvoort N: Primary pulmonary hypertension: a pathologic study of the lung vessels in 156 classically diagnoses CASE. Circulation 42:1163-1184, 1970.
4. Moride Y, Abenheim L, Xu J: Epidemiology of pulmonary hypertension in primary pulmonary hypertension. In Rubin LJ, Rich S, editors: Primary Pulmonary Hypertension, 1997, pp 163-178
5. Rich S, Dantzker DR, Ayres SM, et al: Primary pulmonary hypertension. A national prospective study. Ann Intern Med 107:216-223,1987
6. Rich S: Primary pulmonary hypertension: Executive Summary from the World Symposium, 1988
7. Rubin LJ: Primary pulmonary hypertension. N Eng J Med 1997, 336:111-117
8. Runo JR, Loyd JE: Primary pulmonary hypertension. Lancet 2003, 361:1533-1544
9. Farber HW, Loscalzo J. Pulmonary arterial hypertension. N Eng J Med 2004, 351:1655-1665
10. The Task Force on diagnosis and treatment of pulmonary arterial hypertension of the European Society of Cardiology. Guidelines on diagnosis and treatment of pulmonary arterial hypertension. Eur Heart J. 2009; 30: 2493-2537
11. Humbert M, Sitbon O, Chaouat A, et al. Pulmonary arterial hypertension in France Results from a National Registry. Am J Respir Crit Care Med 2006, 173: 1023-1030
12. D'Alonzo GE, Barst RJ, Ayres SM, et al. Survival in patients with primary pulmonary hypertension. Results from a national prospective registry. Ann Intern Med 1991; 115: 343-9
13. McLaughlin VV, Shillington A, Rich S. Survival in primary pulmonary hypertension: the impact of epoprostenol therapy. Circulation 2002; 106: 1477-1482

MUDr. Hikmet Al-Hiti - narodil se 1970 v Praze. V roce 1995 promoval na 3. LF UK v Praze. Po ukončení studia nastoupil na kliniku kardiologie v IKEM, kde pracuje dodnes. V roce 1998 složil atestaci I. stupně z vnitřního lékařství, v roce 2002 atestaci z kardiologie. Od roku 1999 pracuje na oddělení akutní kardiologie a aktivně se věnuje i problematice plicní hypertenze a možnostem jejího ovlivnění a pravidelně o této problematice přednáší. Je hlavním koordináčním pracovníkem Centra pro léčbu plicní hypertenze při klinice kardiologie IKEM.

definitivní metodou pro stanovení dg. PH je pravostranná katetrizace

léčba PAH je složitá a měla by být omezena na vysoce specializovaná centra s dlouhodobými zkušenostmi

definitivní metodou pro stanovení dg. PH je pravostranná katetrizace

MUDr. Igor Karen

odborný garant SVL ČLS JEP pro otázky očkování

Vakcinační strategie pro očkování vakcínou proti chřipce způsobené virem Pandemic (H1N1) 2009 v České republice

Informace jsou aktuální ke dni 26.10.2010



MUDr. Igor Karen

výběr provedený
kardiologyvýběr provedený
praktickými lékařidoplněné seznamy
nutno vrátit nejpozději
do 5 pracovních dnů
od obdržení podkladů
od ZP

Postup zdravotních pojišťoven

Rozhodující pro očkování pojištěnce budou předem stanovená diagnostická kritéria, na jejichž základě vypracují zdravotní pojišťovny seznamy pojištěnců.

Výběr pacientů dle diagnóz

V první fázi odešlou zdravotní pojišťovny ambulantním kardiologům seznamy svých pojištěnců, kteří se v období od 1.7.2008 do současnosti léčili s **Dg I 50**, vykázanou jako hlavní diagnóza na ambulantních dokladech odbornosti 107. Ambulantní kardiologové u těchto osob doplní, zda jsou klasifikováni NYHA III a IV, protože pojištěnci klasifikováni NYHA III a IV jsou indikováni k očkování. Současně bude seznam zdravotní pojišťovnou doplněn o údaje o předpisu **imunosupresivních léčivých přípravků náležejících do ATC skupiny začínající L04** v období od 1.1.2009. Tyto léčivé přípravky ovlivňují imunitní odpověď na očkování, proto je třeba věnovat zvýšenou pozornost vhodnosti aplikace vakcíny těmto pojištěncům. Současně budou ambulantním kardiologům předány seznamy pojištěnců, kteří byli v období od 1.8.2009 do současnosti **operováni a byl u nich vykázan jeden z těchto výkonů: 55220, 55221, 55230 nebo 55231** (transplantace srdce, operace srdce). Ambulantní kardiologové provedou kontrolu předloženého seznamu a kromě doplnění údajů o NYHA III a IV mohou doplnit další pojištěnce, kteří splňují kritéria pro očkování. Po supervizi vrátí ambulantní kardiologové seznam zpět příslušné zdravotní pojišťovně, a to nejpozději do 5 pracovních dnů ode dne, kdy podklady od zdravotní pojišťovny obdrželi.

Zdravotní pojišťovna seznam upřesněný ambulantními kardiology doplní o pojištěnce, kteří mají závažné plicní onemocnění. Jejich výběr se provede podle **Dg J 45, J 43, J 44**. Následně seznam pojištěnců s vybranými „kardiologickými“ diagnózami a „plicními“ diagnózami zdravotní pojišťovna odešle registrujícím praktickým lékařům. Praktičtí lékaři provedou kontrolu a u pojištěnců s **Dg J 43 a J 44** označí ty, kteří trpí **CHOPN 3 a 4** nebo u **dg J45** těžkým astmatem. Opět, podobně jako u ambulantních kardiologů, mohou doplnit pojiš-

tence, kteří splňují daná kritéria a na seznamu nejsou uvedeni. Po provedené kontrole registrující praktičtí lékaři vrátí seznamy zpět příslušné zdravotní pojišťovně, a to nejpozději do 5 pracovních dnů ode dne, kdy podklady od zdravotní pojišťovny obdrželi. V těchto seznamech budou též pojištěnci, kteří splňují podmínky výběru, ale v mezidobí změnili zdravotní pojišťovnu. Bude to tak provedeno proto, že nově zvolená zdravotní pojišťovna tyto údaje ještě nemusí mít. Současně by zdravotní pojišťovna, od které pojištěnec odešel, měla zaslat elektronicky nové zdravotní pojišťovně seznam těchto pojištěnců ve tvaru, který budou používat zaměstnavatelé. Nově zvolená zdravotní pojišťovna by tento seznam měla porovnat se seznamem, který jí zašlou zaměstnavatelé a odstranit také duplicity. Podrobně viz níže.

Výběr z řad vybraných pracovníků (sociální, zdravotní a veřejné služby)

Zdravotní pojišťovna seznam vrácený zpět registrujícími praktickými lékaři porovná se seznamy, které obdrží od zaměstnavatelů, kteří vybírají pojištěnce k očkování z řad pracovníků ve zdravotních a sociálních službách a pracovníků zajišťujících nezbytné veřejné služby k zajištění chodu státu. Zaměstnavatelé zašlou tyto seznamy jednotlivým zdravotním pojišťovnám výhradně a pouze prostřednictvím elektronických podatelů. Výčet adres elektronických podatelů jednotlivých zdravotních pojišťoven je součástí pokynu zaměstnavatelům. Seznamy budou pořízeny v datovém rozhraní pro HOZ (Hromadné oznámení zaměstnavatele) v aktuální verzi. Rozhraní bude vyplněno minimálně v rozsahu čísla pojištěnce, příjmení a jména. Kód změny a datum změny budou nahrazeny mezerami v požadovaném rozsahu. Názvem souboru bude IČ zaměstnavatele, příponou souboru bude „H1N1“. Zaměstnavatel v předmětu podání uvede H1N1 a dále v příslušném poli uvede e-mailovou adresu, na kterou zdravotní pojišťovna v termínu do 5 pracovních dnů po obdržení zašle po ověření duplicit seznam čísel pojištěnců zaměstnanců, kteří budou očkováni. Tento seznam kromě čísla pojištěnce, příjmení a jména nebude obsahovat další identifikaci.

Zdravotní pojišťovna z tohoto seznamu vyškrtá duplicity, tedy pojištěnce, kteří jsou již vybráni pro očkování z důvodu „kardiologické“ nebo „plicní“ diagnózy.

Zaměstnavatelé budou dodávat seznamy svých zaměstnanců postupně, proto není vhodné čekat s odesláním seznamů registrujícím praktickým lékařům.

Takto upravené seznamy budou vráceny zpět zaměstnavatelům, kteří požádají příslušný krajský úřad – odbor zdravotnictví o stanovení očkovacího centra. Určenému očkovacímu centru zaměstnavatel sdělí počet svých zaměstnanců vybraných k očkování, zašle jejich seznam a domluví termíny a podmínky očkování, se kterými pak seznámí své zaměstnance. Pojištěnci, kteří byli ze seznamu pro zaměstnavatele vyškrtnutí, zůstávají na seznamu, který obdrží jejich registrující praktický lékař.

Praktický lékař bude očkovat pouze pojištěnce ze zdravotních důvodů

Zdravotní pojišťovna následně vrátí registrujícímu praktickému lékaři seznamy pojištěnců, kteří jsou pro svůj zdravotní stav vybráni k očkování. Registrující praktický lékař nebude očkovat pojištěnce, kteří byli vybráni zaměstnavateli, pokud současně nemají „kardiologickou“ nebo „plicní“ diagnózu, která byla předmětem výběru provedení zdravotní pojišťovnou. **Praktický lékař si bude zvát pojištěnce k očkování sám.**

Zdravotní pojišťovna bude elektronicky hlásit na MZ počty pojištěnců, kteří by měli být očkováni. Formát a obsah tohoto hlášení bude sdělen včetně e-mailové adresy do 31.10.2009.

Průběh samotného očkování

Vakcína je hrazena státem, výkon očkování bude hrazen z veřejného zdravotního pojištění příslušnou zdravotní pojišťovnou, regulační poplatky se nehradí.

Registrující praktický lékař na své náklady pozve pojištěnce k očkování tak, aby v jeden den bylo naočkováno nejméně 10 pojištěnců a nebo takový počet, který odpovídá násobku 10, protože vakcína je v lahvičce vždy pro 10 osob. Vzhledem k tomu, že vakcína bude dodávána do ČR v několika dávkách, bude hlavním hlediskem při určení pořadí pacientů závažnost jejich zdravotního stavu.

Zdravotní pojišťovny proplatí výkon registrujícímu praktickému lékaři nebo jinému zdravotnickému zařízení (vakcinačnímu centru), u něhož není pojištěnec registrován. Zdravotní stav i provedení očkování bude zaznamenán do zdravotnické dokumentace pojištěnce. Po ukončení očkování každé rizikové skupiny bude zdravotnickým zařízením zaslána souhrnná zpráva o provedeném očkování na krajskou hygienickou stanici. Informace o případných nežádoucích účincích, které se u pojištěnce vyskytnou, bude zasílána na Státní ústav pro kontrolu léčiv. Součástí výkonu očkování bude i provedení kontroly zdravotního stavu pojištěnce

a očkovací anamnézy. Následně registrující praktický lékař vykáže příslušné zdravotní pojišťovně kód **výkonu číslo 02130** (očkování bez výdeje očkovací látky) a uvede **diagnózu Z 25.2** (je to volné číslo, které bude využito k rozpoznání, že se jedná o toto zvláštní očkování pro vybrané skupiny osob). Výkon číslo 02130 je ohodnocen časem trvání 15 minut a přímými náklady 126 bodů, tedy $126 + 15 \times \text{režie } 2,75 = 167,25 \text{ bodů} \times 1,10 \text{ Kč}$, tj. 183,975 Kč. Úhrada kódu zahrnuje i náklady spojené s pozváním k očkování ve výši 10 Kč.

Pozvání na druhou dávku pandemické vakcíny zajistí očkovací lékař s tím, že je nezbytné dodržet termín stanovený výrobcem vakcíny s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu pojištěnce.

Očkování proti viru Pandemic (H1N1) 2009 je nepovinné. Pokud očkováná osoba odmítne očkování resp. se k očkování nedostaví, vyznačí se tato skutečnost do zdravotnické dokumentace pro očkování proti pandemické chřipce připravené Ministerstvem zdravotnictví (viz příloha č.1, též zveřejněno na portálu pandemie <http://pandemie.mzcr.cz>). Pro maximální zamezení plýtvání s pandemickou vakcínou a k zajištění přehledu o počtu očkovaných osob bude každé provedení očkování stvrzeno podpisem očkované osoby (pro každou dávku zvlášť).

Strategie očkování

- Stanovení odborných požadavků pro zajištění očkování na personální zajištění, věcné a technické požadavky na vybavení vakcinačních center resp. ambulancí, ve kterých má být prováděna vakcinace, je uvedeno na webových stránkách <http://pandemie.mzcr.cz>.

- Seznam zaměstnavatelů, jejichž pracovníci zajišťují nezbytné veřejné služby a chod státu, schválený vládou, bude zveřejněn na webových stránkách <http://pandemie.mzcr.cz>.

- Zaměstnavatele, kteří vyberou pro očkování své zaměstnance z řad zdravotníků, osloví příslušný krajský úřad, který tomuto zdravotnickému zařízení vydal Rozhodnutí o registraci. Toto se týká i ordinací praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost.

- Vakcinační schéma a pokyny k očkování budou součástí každého dodaného balení vakcíny.

- Podmínky pro distribuci vakcíny z centrálního skladu do vakcinačních center byly stanoveny Státním ústavem pro kontrolu léčiv a jsou uveřejněny na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví.

MUDr. Igor Karen - 1988 promoval na fakultě dětského lékařství, UK Praha, v r. 1991 atestoval v oboru dětského lékařství, v r. 1994 v oboru infekčních nemocí a v r. 1996 v oboru všeobecného lékařství. Nyní pracuje ve své soukromé praxi jako praktický lékař v Mělníku. Spolupodílel se na tvorbě několika doporučených postupů pro praktické lékaře, publikuje, přednáší a podílí se na výzkumu v oblastech týkajících se arteriální hypertenze, diabetu mellitu a metabolického syndromu v primární péči.

praktický lékař si bude zvát pojištěnce k očkování sám

číslo výkonu 02130, dg. Z 25.2

vakcína bude hrazena státem, výkon očkování z veřejného zdravotního pojištění

souhrnná zpráva o provedeném očkování ad KHS

informace o nežádoucích účincích ad SÚKL

Příloha č. 1



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

A (H1N1) – 6 WHO

* nehodící se škrtněte:

Pacienti s diagnózou dýchací potíže
Pacienti s diagnózou onemocnění srdce a cév
Pacienti s ostatními diagnózami
Zdravotničtí pracovníci
Pracovníci v sociálních službách
Ostatní

EVIDENCE OSOB OČKOVANÝCH PROTI PANDEMICKÉ CHŘIPCE

vyplňují praktičtí lékaři pro dospělé a vakcinační centra a evidenci odesílají krajské hygienické stanice vždy po skončení očkovací kampaně

pořadové číslo očkované osoby	číslo šarže očkovací látky 1. dávka	číslo šarže očkovací látky 2. dávka	datum očkování 1. dávkou	datum očkování 2. dávkou	odmítl očkování Ano/ne	Neočkovan z důvodu kontraindikace Ano/ne

Vyplnit:

název zdravotnického zařízení, jeho sídlo nebo místo podnikání, identifikační číslo, bylo-li přiděleno, telefonní číslo zdravotnického zařízení, odpovědná osoba za očkování:

.....
.....

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.

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

Edukace v prevenci diabetu 2. typu a v prevenci komplikací diabetu

Závěrečná část třídílné série:

1. Základní principy edukace diabetiků
2. Edukace diabetika v dietě a fyzické aktivitě
3. Edukace v prevenci diabetu 2. typu a v prevenci komplikací diabetu

Souhrn: Kromě edukace cílené na léčbu diabetu je v diabetologii významná i edukace preventivní, tedy edukace bránící rozvoji nemoci a rozvoji komplikací. Na prvním místě jde o prevenci diabetu samotného, kterou je vhodné uplatňovat v celé naší populaci. Výskyt diabetu 2. typu snižuje redukce hmotnosti, fyzická aktivita a zejména dietní opatření - omezení živočišného tuku a druhotně zpracovaného masa. Pacient by měl být upozorněn i na možnosti farmakologické prevence. Úspěšné lékové studie v prevenci diabetu 2. typu byly provedeny s metforminem, akarbózou, orlistatem, rosiglitazonem a pioglitazonem. V prevenci komplikací diabetu 2. typu by měl být pacient instruován především o cílových hodnotách léčby, nejen glykémie a glykovaného hemoglobinu, ale i lipidů, krevního tlaku a hmotnosti. S výsledky by měl být pacient průběžně seznamován a měl by mít aktivní zájem o dosažení těchto cílů. Rovněž je významná edukace o prevenci hypoglykemií a akutní dekompenzaci diabetu. Edukace tak může podstatně přispět k redukci výskytu typických komplikací diabetu.



prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.

Úvod

Edukace může významnou měrou zabránit rozvoji diabetu 2. typu i jeho komplikací. Edukaci může provádět s výhodou i praktický lékař, neboť přichází nejvíce do styku s pacienty v riziku diabetu 2. typu. Rozvoj diabetu 1. typu nelze edukací významně ovlivnit. U již diagnostikovaného diabetu můžeme edukací v řadě případů zabránit rozvoji chronických komplikací diabetu - tedy diabetické mikroangiopatie a makroangiopatie - i akutních komplikací diabetu.

Edukace v prevenci diabetu 2. typu

Počet diabetiků v celém světě i u nás enormně narůstá. Je paradoxní, že praktické možnosti snížení výskytu diabetu 2. typu jsou známy, ale málo uplatňované.

Nejenom lze vytipovat ohroženou populaci, ale opatření je vhodné cílit i na celou společnost. Diabetem jsou nejvíce ohroženi **příbuzní diabetika 2. typu** (riziko 50-100%, že diabetes během života vznikne), **hypertonici** (riziko až 2x vyšší než v celé populaci), **obézní** (riziko závislé na stupni obezity - při obezitě II. a III. stupně riziko rovněž 50-100%). Dále sem patří pacienti se **zvýšenou glykemií nalačno** či **porušenou glu-**

kóзовou tolerancí (riziko 70 až 100%). V naší populaci je obecné riziko vzniku diabetu 2. typu během života náhodně vybraného jedince vznikne asi 30%. Významné jsou možnosti **farmakologické prevence** - léčba hypertenze léky ze skupiny ACE inhibitorů a AT1 blokátorů na jedné straně a preventivní podávání léků, které měly efekt na snížení výskytu diabetu 2. typu ve studiích (metformin, orlistat, akarbóza, rosiglitazon a pioglitazon na straně druhé- podrobně v 1).

Klinicky významnější jsou však zatím opatření režimová a v těch pacienta edukujeme.

Opatření jsou cílená na změnu životního stylu včetně změny diety a zvýšení fyzické aktivity. Tato opatření jsou na první pohled levná a v prevenci diabetu 2. typu velmi účinná. Adherence pacientů k těmto změnám je však nízká. Pokud byla změna životního stylu ve studiích úspěšná, šlo o opatření velmi nákladné, spojené s pravidelnými konzultacemi s lékařem, dietní sestrou a současně s kontrolovanou fyzickou aktivitou např. v tzv. rekondičních centrech.

Nejefektivnějším opatřením v prevenci diabetu 2. typu je změna fyzické aktivity a diety, které vedou k redukci hmotnosti. Obézní byli dříve přesvědčováni k co největší hmotnostní redukci. **Dnes se snažíme o tzv. mírný hmotnostní úbytek o 5-10%, který má největší**

Je paradoxní, že praktické možnosti snížení výskytu diabetu 2. typu jsou známy, ale málo uplatňované

mírný hmotnostní úbytek o 5-10% má největší význam a zároveň je reálný pro každého

význam pro snížení metabolických komplikací obezity a zároveň je reálný pro každého pacienta. Nejvíce bývá v této souvislosti citována studie Williamsonova (2). Sledoval přes 40 000 amerických žen, u nichž vedla redukce hmotnosti o 5-10% během dvanácti let téměř k 50% snížení výskytu diabetu 2. typu. Rovněž **pravidelná fyzická aktivita nejméně 4x týdně** vede k snížení výskytu diabetu až o 50% (podrobně v 1). Pacienty tedy v edukaci vedeme k redukci

Tabulka 1: Dietní postupy snižující výskyt diabetu 2. typu

zábrana vzniku obezity resp. redukce hmotnost alespoň o 5%.
snížení příjmu saturevaných tuků a transmastných kyselin
snížení příjmu zejména druhotně zpracovaného masa.
zvýšení příjmu polynenasycených mastných kyselin
záměna živočišného tuku za rostlinný alespoň z 2%
příjem potravin s nižším glykemickým indexem a vlákniny
příjem kávy, ořechů a malého množství alkoholu

ní dietě s trvalým snížením hmotnosti o 5-10% a k fyzické aktivitě vytrvalostního typu nejméně 30-60 minut 4x týdně podle intenzity (ostřejší chůze, rotoped, běh).

Na výskyt diabetu 2. typu mají významný vliv i kvalitativní změny diety. **Vyšší příjem rostlinných tuků a polynenasycených mastných kyselin** snižuje výskyt cukrovky. Vyšší příjem saturevaných tuků a transmastných kyselin

Tabulka 2: Dietní postupy snižující výskyt diabetu 2. typu

Charakteristika pacienta	Počet bodů
Věk 45-54	2
Věk 55 a více	3
BMI 25-30	1
BMI nad 30	3
Obvod pasu muži 94-102, ženy 80-88cm	3
Obvod pasu muži nad 102, ženy nad 88	4
Farmakoterapie pro hypertenzi	2
Hyperglykémie v anamnéze	5
Fyzická aktivita méně než 4 hodiny týdně	2
Méně než každodenní příjem ovoce a zeleniny	1

naopak zvyšuje výskyt cukrovky a prohlubuje inzulinovou rezistenci. Také příjem **potravin s nižším glykemickým indexem a vyšším obsahem vlákniny** vede ke snížení výskytu cukrovky 2. typu (podrobně v 1, 3, 4).

Příjem cukru nehraje ve vzniku diabetu žádnou roli. Prakticky každý pacient při diagnóze cukrovky spontánně řekne, že se cukry nepřejídá a že neví, proč dostal cukrovku. Veřejnost tedy spojuje vznik cukrovky s nadměrným příjmem cukru.

V edukaci máme tedy rezervy a je třeba přesvědčit veřejnost o vztahu cukrovky především k vyššímu příjmu energie obecně a k příjmu živočišného tuku. Ořechy obsahují více polynenasycených mastných kyselin a riziko diabetu rovněž snižují, podobně snižuje riziko diabetu i pití kávy a mírný příjem alkoholu.

Nejzávažnějším diabetogenním faktorem v naší dietě jsou výrobky z tzv. sekundárně zpracovaného masa (uzeniny, paštiky, mleté maso, hamburgery.) Např. jedna klobása denně zvyšuje riziko diabetu téměř dvakrát (podrobně v 1).

Celkově shrnuje možnosti dietní prevence diabetu 2. typu tabulka č.1.

V českých podmínkách tato pravidla stručně znamenají jíst ovoce a zeleninu, omezit příjem živočišného tuku. U pacientů můžeme dále použít skóre rizika diabetu (podle 5 tabulka č. 2). Skóre může nabývat maximální hodnoty 20. Pro vznik diabetu se za rizikovou hodnotu považuje hodnota 9 a více. Při edukaci se snažíme vést pacienta k tomu, aby si skóre vypočítal sám.

U pacientů se **skóre 0-3** se cukrovka vyvine jen u několika desetin procenta. Při **skóre 4-8** dostane diabetes 1-2% populace. Při **skóre 9-12** je to již 2-10% osob, při **skóre 13-20** je postiženo cukrovkou do 10 let kolem 20-30% osob.

Velmi důležitá je skutečnost, že **výrazné diabetogenní riziko má i většina psychofarmak.** Bylo prokázáno, že u pacientů s psychickým onemocněním je edukace rovněž velmi úspěšná (6). Řada lékařů se přitom velmi mýlí, domnívali se, že tyto psychicky nemocné pacienty nelze edukovat a výrazně je tím poškozují.

Edukace v prevenci chronických komplikací diabetu

V prevenci chronických komplikací diabetu jsou zásadní režimová opatření (dieta a fyzická aktivita), podrobně rozebraná v druhém článku o edukaci. Důležité je však rovněž seznámení pacienta s cíli léčby. Pacienta musíme seznámit s účinností antidiabetik, které snižují glykovaný hemoglobin obvykle maximálně o 1 až 2%. Pouze důsledná režimová opatření spolu s bariatrickou chirurgií a samozřejmě inzulin sníží glykovaný hemoglobin ještě více. Tato informace zpravidla pacienta motivuje k pravidelnému užívání léků a zejména k větší adhezenci k režimovým opatřením.

Pacient by se měl dále jasně dozvědět, že výskyt komplikací diabetu významně snižuje také důsledná léčba hypertenze, dyslipidémie a obezity. Rozhodně by měl znát i cílové hodnoty léčby (tabulka č. 3) a měl by se jich snažit aktivně i s podporou lékaře dosáhnout. Neměli bychom být dotčeni ani v případě, že pacient sám požaduje léčbu, která mu v této snaze pomáhá

a formou diskuze pátrá po případných příčinách neúspěchu léčby.

V prevenci tzv. diabetické nohy musí pacient především pečovat o končetiny, sám aktivně sledovat výskyt subjektivních či objektivních známek onemocnění končetin, zejména poruch integrity kůže. Pacient by měl své končetiny pravidelně vyšetřovat. Měl by být upozorněn na skutečnost, že poruchy vnímání bolesti při diabetickém postižení nervů mohou vést k oslabenému vnímání bolesti. To platí i u tak závažných diagnóz jako je infarkt myokardu či náhlá příhoda břišní. Proto musí diabetik vědět, že by se měl obrátit na lékaře, kdykoli má nějakou atypickou symptomatologii a že nemoci se u něho mohou projevat v důsledku odlišného vnímání bolesti zcela jinak než u jeho příbuzných či známých.

Edukace v prevenci akutních komplikací diabetu

Hypoglykémie je nejčastější komplikací léčby inzulinem a limituje i možnosti léčby perorálními antidiabetiky. Je hlavní příčinou obav pacientů a jejich rodin z inzulinové léčby. Pacient by měl znát symptomy hypoglykémie (tabulka č. 4). Měl by znát, co je častou příčinou hypoglykémie (vynechání jídla) a jak hypoglykémii řešit (komplexní sacharidy, sušenky, sladký nápoj, nevhodná je čokoláda - podrobně v 3, 7).

Pacient by měl být veden k zaznamenávání hypoglykemií a k podrobné diskusi o jejich příčinách při kontrole u lékaře. Měl by být také upozorněn, že i hypoglykémie po perorálních antidiabetikách je závažná a často vyžaduje hospitalizaci a přehodnocení léčby. **Pacienti s hypoglykemií bez varovných příznaků** patří do péče diabetologa a neměli by být dispenzarizováni praktickým lékařem.

Pacient by měl být dostatečně seznámen i s prevencí hyperglykemických příhod a ketoacidózy. Měl by znát i projevy těchto závažných diagnóz, které mohou vést až ke komatu a ohrožení života. Je mu třeba zdůraznit, že nesmí tyto příznaky bagatelizovat a musí co nejrychleji vyhledat lékařskou pomoc. Sem patří zejména acetonyvý foetor, na který může být pacient upozorněn okolím, nausea a bolest břicha (časté známky ketoacidózy) a výraznější polyurie a polydipsie (známka závažné hyperglykémie) - podrobně v (7).

Závěr

Ve třetím článku o edukaci diabetiků byla zmíněna edukace prevence diabetu a jeho komplikací. Je jednou z nejdůležitějších součástí edukace, protože může významně snížit výskyt závažného onemocnění, jakým diabetes 2. typu je. Pro snížení rizika vývoje komplikací diabetu je edukace stejně významná jako často náklad-

Tabulka 3: Cílové hodnoty léčby diabetika

Glykémie	pod 7 mmol/l (postprandiálně do 9 mmol/l)
HbA1C	do 5% zejména po zjištění diabetu, resp. do 6% při delším trvání diabetu nad 10 let či při makrovaskulárních komplikacích
TK	pod 130/80
LDL cholesterol	pod 2,5 mmol/l (při projevech makroangiopatie pod 1,8)
Triglyceridy	pod 1,8 mmol/l
Mikroalbuminurie	negativní
Při nadváze a obezitě	redukce hmotnosti alespoň o 5-10% a udržení hmotnosti

Tabulka 4: Příznaky hypoglykémie

Vegetativní	Centrální	Nespecifické
Pocení	Zmatenost	Slabost
Palpitace	Atypické chování	Nauzea
Úzkost	Špatná koncentrace	Sucho v ústech
Třes	Ospalost	Bolest hlavy
Hlad	Poruchy koordinace	
Bledost	Diplopie	
	Obtížná řeč	

ná farmakologická léčba. I k této části edukace diabetika nebo pacienta v riziku diabetu by se měl dispenzarizující praktický lékař pravidelně vracet.

Literatura:

1. Svačina Š.: *Prevence diabetu jeho komplikací*, Triton, Praha 2008
2. Williamson DF, Pamuk E, Thun M, Flanders D, Byers T, Heath C.: *Prospective study of intentional weight loss and mortality in overweight white men aged 40-64 years*, Am J Epidemiol. 149,6, 1999:491-503
3. Svačina Š. a kol.: *Klinická dietologie*, Grada, Praha 2008
4. Svačina Š., Bretšnajdová A.: *Jak na obezitu a její komplikace*, Grada, Praha 2008
5. Lindstrom J, Tuomilehto J.: *The diabetes risk score*. Diabetes Care 26,2003, 725-731
6. Svačina Š.: *Metabolické účinky psychofarmak*, Triton, Praha 2004
7. Šmahelová A.: *Akutní komplikace diabetu*, Triton, Praha 2006

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.

pro snížení rizika vývoje komplikací diabetu je edukace stejně významná jako často nákladná farmakologická léčba

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Střízlivá inteligence

„Inteligenci“ si lze představit jako střechu, pod kterou se vejdou různé duševní schopnosti a dovednosti. Tak se uvažuje o inteligenci tělesné a pohybové, interpersonální, intrapersonální (tj. týkající se schopnosti sebeuvědomování), emoční, verbální (jazykové), logické a matematické, inteligenci související s vnímáním přírody, inteligenci zrakové a prostorové, hudební, duchovní apod.

V tomto textu uvádíme charakteristiky, které pomáhají překonat návykovou nemoc. Ty jsme souhrnně nazvali „střízlivá inteligence“. Střízlivou inteligenci lze rozvíjet a zvyšovat za pomoci psychoterapie a dalších postupů.



prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Složky střízlivé inteligence

Střízlivou inteligenci lze přibližně rozdělit za vnitřní (složky 1. až 7.) a zevní (složky 9. až 11.), i když je zřejmé, že tyto kategorie se překrývají.

1. Schopnosti týkající se motivace

Jsou schopnost sám sebe motivovat ke zdravému způsobu života a vyhledávat taková prostředí a situace, které tuto motivaci posilují. Pokud možno se vyhýbat prostředím, které působí opačně. Využívat motivaci, zejména negativní, ke zvládnutí cravingu (bažení). Takto lze používat minulé negativní zkušenosti i zkušenosti jiných lidí.

2. Schopnosti týkající vnímání svého těla a psychiky

Ty usnadňují identifikaci vnitřních spouštěčů (tj. podnětů aktivujících bažení), jako jsou např. sebelítost, únava nebo žízeň. To pak umožňuje na tyto spouštěče včas reagovat a zvládat je. Patří sem i schopnost sebereflexe, přiznání si závislosti, rozpoznávání bažení „v převlecích“ atd.

3. Schopnosti týkající se péče o zdraví

Zdraví je na žebříčku hodnot vysoko. O zdraví dobře pečuje. Zdraví dlouhodobě motivuje k překonání návykové nemoci.

4. Schopnosti týkající se životního stylu a organizace času

Vede zdravý a vyvážený způsob života (přiměřeně spánku, zdravé stravovací návyky atd.). Dobrou organizací času předchází vyčerpání právě tak jako nudě.

5. Schopnost zvládnutí bažení (craving) a udržování si dobré sebekontroly

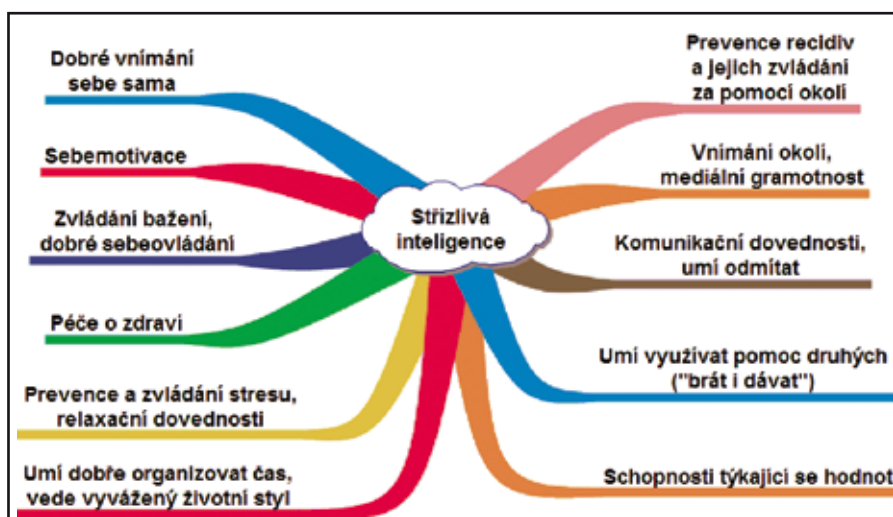
Umí nereagovat na bažení a oddálit rozhodnutí, jak jednat, až na dobu, kdy bažení zmizí. Má široký repertoár strategií proti bažení a dovedně je používá samostatně i v kombinacích. Soustavně si udržuje dobrou sebekontrolu (např. přiměřeným odpočinkem, zdravým způsobem života, doléčováním atd.).

6. Schopnost předcházet nebo zvládat nadměrný stres a relaxační dovednosti

Umí odhadnout míru stresu, která je únosná. Nadměrnému stresu se vyhýbá. Zná a používá

relaxační techniky, např. k navození spánku, mírnění bolesti nebo nepřijemných duševních stavů a vyčerpání. Prvky relaxace (např. částečná relaxace nebo klidné dýchání do břicha) včleňuje i do normálních denních aktivit, jestliže je to vhodné.

Inteligenci si lze představit jako střechu, pod kterou se vejdou různé duševní schopnosti a dovednosti



7. Schopnosti týkající se systému hodnot

Schopnost abstinovat se dostává v žebříčku hodnot vysoko, člověk si uvědomuje, že je to nutná, i když ne vždy postačující, podmínka, která otevírá cestu ke svobodě a hodnotám materiálním, vztahovým, duchovním a dalším.

8. Schopnost předcházet recidivě, případně ji rychle zvládnout za pomoci druhých

Dlouhodobě využívá strategie k prevenci recidiv, ale má zároveň připraven plán na její zvládnutí. V případě recidivy rychle vyhledá účinnou pomoc.

9. Schopnosti týkající vnímání okolí a mediální gramotnost

Usnadňují identifikaci zevních spouštěčů (např. rizikovní známí) a včasnou reakci na ně. To se týká i podnětů přicházejících z médií. Řadíme sem také schopnost oceňovat střídavosti napomáhající prostředí a situace.

10. Komunikační a asertivní dovednosti včetně dovedností odmítání

Komunikační a asertivní dovednost zahrnuje schopnost projevit vhodně své pocity, svěřit se, umět se přiměřeně prosadit a využívat různé způsoby odmítání. Udržuje a zdokonaluje síť dobrých vztahů, umí se vcítit, nacházet kompromisy i přiměřeně hájit svá práva.

11. Schopnost využívat pomoci v okolí

Soustavně se udržuje v dobrém stavu díky své pomoci, využívá tištěné materiály i svépomocné organizace typu Anonymních alkoholiků. Využívá také profesionální pomoc a umí vyhledat odbornou pomoc pro různé problémy.

Závěr

Jak bylo uvedeno, některé z uvedených složek

střízlivé inteligence se překrývají. I tak ale považujeme tento koncept za užitečný. Lidem léčícím se pro návykovou nemoc může pomoci lépe rozpoznat, co je pro překonání jejich problému prospěšné a užitečné. Proto jsme se také zaměřili na faktory, které jsou ovlivnitelné léčbou nebo nácvikem.

Literatura:

1. Nešpor K. Zůstat střízlivý. Brno: Host 2006; 238. Ministerstvo zdravotnictví ČR 2004; 144.
2. Nešpor, K, Müllerová M. Jak přestat brát (drogy). 4. rozšířené vydání. Praha: Sportpropag pro MZ ČR
3. Nešpor K. Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag 2006; 130.

Poznámka: Všechny uvedené publikace jsou volně ke stažení z www.drnespor.eu

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. – promoval roku 1976, v roce 1981 složil atestaci z psychiatrie, roku 1984 nástavbovou atestaci v oboru léčení návykových nemocí a roku 1987 ukončil dlouhodobý výcvik v psychoterapii. Kandidaturu díky neochotě rozšířit řady KSČ dokončil až v roce 1992. Byl národním koordinátorem Evropského akčního plánu o alkoholu Světové zdravotnické organizace, od vzniku Společnosti návykových nemocí CLS JEP do roku 2006 byl jejím vědeckým pracovníkem. Napsal více než 30 knih o léčení návykových nemocí, józe a relaxaci, a navíc dvě knihy básní. Je autorem četných odborných článků publikovaných doma i v zahraničí. V současné době pracuje jako primář mužského oddělení závislostí Psychiatrické léčebny Bohnice a částečně i na subkatedře návykových nemocí Institutu pro další vzdělávání zdravotníků.

střízlivou inteligenci lze rozvíjet a zvyšovat za pomoci psychoterapie a dalších postupů

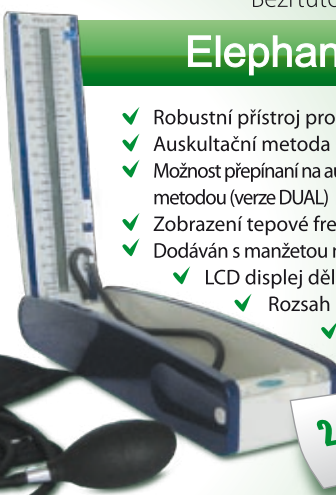


Bezrtuťový tonometr

Accoson GreenLight 300

- ✓ Auskultační měření krevního tlaku bez rtuti
- ✓ Manuální přístroj
- ✓ Displej dělený po 2mmHg
- ✓ Jednodušší odečítání než u rtuťových přístrojů
- ✓ Přesnost přístroje ±0,4mmHg
- ✓ Automatická kalibrace při zapnutí přístroje
- ✓ Indikace rychlosti snižování tlaku
- ✓ Dodává se s manžetou na suchý zip pro obvod paže 22-32 cm

3 700,- Kč
vč. DPH



Bezrtuťový tonometr

Elephant DXJ-210

- ✓ Robustní přístroj pro měření krevního tlaku bez rtuti
- ✓ Auskultační metoda měření, manuální přístroj
- ✓ Možnost přepínání na automatické měření oscilometrickou metodou (verze DUAL)
- ✓ Zobrazení tepové frekvence
- ✓ Dodáván s manžetou na suchý zip pro obvod paže 22-32 cm
- ✓ LCD displej dělený po 2mmHg
- ✓ Rozsah měření tlaku 0-300 mmHg
- ✓ Přesnost přístroje ±3 mmHg

2 490,- Kč
vč. DPH



www.mediction.com

mediction
group

Mediction Group s. r. o., Za Hanspaulkou 9, 160 00 Praha 6, tel.: +420 233 338 538, fax: +420 233 310 390

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Pseudoefedrin bez předpisu znamená zbytečné riziko



prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Pozitivní účinek pseudoefedrinu je nepatrný

Důvodem, proč se přidává pseudoefedrin do lékových směsí, je to, že může poněkud zmírnit zduření nosní sliznice. Nejedná se tedy o léčení chřipky nebo nachlazení, jak se někdy tvrdí. Zmírnění obtíží je proti farmakologicky neúčinné látce (placebu) nepatrné - pouze o 6 % při jednorázovém podání a jen o 4 % při podávání během 3 až 5 dní (Taverner a Latte, 2009).

Vedlejší účinky mohou být závažné

Pseudoefedrin může zhoršovat četná onemocnění, např. glaukom a vysoký krevní tlak. Dále může být nebezpečný pacientům s cévní mozkovou příhodou, srdečními arytmiemi, anamnézou infarktu myokardu, s diabetes mellitus, s anamnézou bronchospazmu, se stenózujícím peptickým vředem, pyloroduodenální obstrukcí, hypertrofií prostaty, obstrukcí hrdla močového měchýře a kardiovaskulárními chorobami. Navíc představuje pseudoefedrin riziko pro ty, kdo jsou současně léčeni řadou dalších léků, s nimiž vstupuje pseudoefedrin do někdy velmi rizikových interakcí. Riziko pro oběhových systém a srdce roste i při kombinaci s alkoholickými nápoji.

I u zdravých lidí může pseudoefedrin způsobit bolesti hlavy a poruchy spánku. To by člověku s respirační infekcí nebo chřipkou bylo jistě obzvláště nepříjemné.

Dětem a těhotným ženám by se přípravky s pseudoefedrinem neměly podávat. Reklama formou komiksových kresbiček a sloganů podouvá veřejnosti myšlenku, že by snad tyto přípravky mohly nahradit odpočinek nebo zabránit komplikacím. To je také velmi nebezpečné.

Pseudoefedrin jako droga a prekurzor

Pseudoefedrin je také zneužíván k výrobě pro vysoce nebezpečného metamfetaminu (pervitinu). Navíc je sám o sobě psychoaktivní a potenciálně návykovou látkou. To, že léky s pseudoefedrinem začaly být vydávány pouze na lékařský předpis, vedlo v zahraničí k snížení počtu popálenin, k nimž došlo při výrobě metamfetaminu (Burke a spol., 2008).



fedrinem začaly být vydávány pouze na lékařský předpis, vedlo v zahraničí k snížení počtu popálenin, k nimž došlo při výrobě metamfetaminu (Burke a spol., 2008).

Závěr

Pseudoefedrin má nepatrné terapeutické účinky a jeho podávání je spojeno s vážnými riziky. Přípravky s touto látkou by měly být vázány na lékařský předpis. To platí v České republice vzhledem ke zdejší epidemiologické situaci ještě více než v jiných zemích.

Literatura:

1. Burke BA, Lewis RW, Latenser BA, Chung JY, Willoughby C. Pseudoephedrine legislation decreases methamphetamine laboratory-related burns. *J Burn Care Res.* 2008;29(1):138-40
2. Taverner D, Latte GJ. WITHDRAWN: Nasal decongestants for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2):CD001953

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Stručný životopis naleznete na straně 27.

pseudoefedrin má nepatrné terapeutické účinky a jeho podávání je spojeno s vážnými riziky

Pozitivní vliv mastných kyselin a fytosterolů na hladinu cholesterolu

Zvýšená hladina cholesterolu může přispívat k řadě zdravotních komplikací, proto je předmětem mnoha odborných studií. Hladinu cholesterolu v krvi je prokazatelně možné pozitivně ovlivnit stravou. Spíše než na množství přijatého cholesterolu ale záleží na složení tuků, protože příjem nasycených mastných kyselin (SAFA) zvyšuje koncentraci LDL cholesterolu v krevní plazmě. Tato skutečnost se stala základem pro následnou studii publikovanou v **The American Journal of Clinical Nutrition** v únoru 2009 (v plném znění ke stažení na www.floraproactiv.cz).¹ Cílem studie bylo zkoumat vztah mezi množstvím přijaté energie z mononenasycených mastných kyselin (MUFA), vícenenasycených mastných kyselin (PUFA) a sacharidů a rizikem vzniku ischemické choroby srdeční v případě, že tyto mastné kyseliny nahradí konzumaci SAFA. Po 5% snížení příjmu energie z nasycených mastných kyselin a jejím nahrazením:

- vyšším příjmem energie z vícenenasycených mastných kyselin byla zaznamenána významná nepřímá úměrnost mezi konzumací PUFA a rizikem vzniku srdeční příhody,
- energií ze sacharidů byl tento vztah málo průkazný,
- příjem MUFA nebyl prokázán žádný vztah mezi příjmem a ischemickou chorobou srdeční.

Bylo tedy prokázáno, že nahrazení SAFA vícenenasycenými mastnými kyselinami má větší vliv na prevenci ischemické choroby srdeční než náhrada energie mononenasycenými mastnými kyselinami nebo sacharidy.

Klinické studie se v minulosti zabývaly také **fytoosteroly** (rostlinnými steroly a stanoly). Studie přitom prokázaly, že snižují hladinu cholesterolu v krvi, a to i u osob, které konzumují „běžnou“ nebo nízkotučnou stravu,² užívají léky snižující hladinu cholesterolu (statiny nebo fibráty),³ trpí diabetem II. typu⁴ nebo trpí dědičnou hypercholesterolemií.⁵ Jedna z nejnovějších studií v této oblasti byla publikována, v **The Journal of Nutrition** v prosinci minulého roku (v plném znění ke stažení na www.floraproactiv.cz).⁶ Cílem studie bylo ustavit vztah mezi množstvím konzumovaných fytosterolů a ovlivněním hladiny LDL cholesterolu v krvi. Výsledky prokázaly, že při denní konzumaci 2,15 g fytosterolů došlo ke snížení LDL cholesterolu o 8,8 %. Vyšší výchozí hladina LDL cholesterolu přitom vedla k většímu snížení hladiny LDL cholesterolu v krvi v absolutních číslech. Současně byla zjištěna lehce nižší účinnost jednorázové konzumace fytosterolů v porovnání s konzumací několikrát za den.

Flora pro.activ – vhodný pomocník pro Vaše pacienty při snižování hladiny cholesterolu

Margarín Flora pro.activ je nízkotučný rostlinný tuk (35 % tuku) obohacený o aktivní složku, rostlinné steroly, o kterých bylo klinicky prokázáno, že při pravidelné konzumaci 2-2,5 g denně výrazně snižují hladinu LDL cholesterolu, a to v průměru o 10 % během 3 týdnů a v kombinaci s pestrá vyváženou stravou a zdravým životním stylem až o 15 % (doporučená denní dávka je obsažena ve 30 g, 2-3 lehce namazané krajíce

chleba). Obsahuje pro naše srdce prospěšné vícenenasycené mastné kyseliny a je zdrojem vitaminů A, D, E, B6, B12 a kyseliny listové. Vzhledem k tomu, že se jedná o nízkotučný margarín, je vhodný i při redukční dietě, která je často součástí opatření přijímaných s cílem snížit hladinu cholesterolu.

Flora pro.activ je vhodnou součástí pestré vyvážené stravy a zdravého životního stylu. Výrobky určené ke snižování hladiny cholesterolu nejsou vhodné pro lidi se zvláštními dietními nároky (jako např. těhotné a kojící ženy, děti do pěti let) a osoby trpící onemocněním fytosterolemie.

Literatura:

- 1 Marianne U Jakobsen & col. Major types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of 11 cohort studies. *Am J Clin Nutr* 2009;89:1-8.
- 2 Jones PJ, Raeini-Sarjaz M, Ntanos FY, Vanstone CA, Feng JY, Parsons WE. Modulation of plasma lipid levels and cholesterol kinetics by phytosterol versus phytostanol esters. *J Lipid Res* 2000; 41: 697-705; Cleghorn CL, Skeaff CM, Mann J, Chisholm A. Plant sterol-enriched spread enhances the cholesterol-lowering potential of a fat-reduced diet. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57(1): 170-176.
- 3 Neil HAW, Meijer GW and Roe LS. Randomised controlled trial of use by hypercholesterolaemic patients of a vegetable oil sterol-enriched fat spread. *Atherosclerosis* 2001; 156: 329-337.
- 4 Westrate JA, Meijer GW. Plant sterol-enriched margarines and reduction of plasma total- and LDL-cholesterol concentrations in normocholesterolaemic and mildly hypercholesterolaemic subjects. *Eur J Clin Nutr* 1998; 52: 334-343.
- 5 Amundsen U, Ntanos F, Put Nv N, Ose L. Long-term compliance and changes in plasma lipids, plant sterols and carotenoids in children and parents with H consuming plant sterol ester-enriched spread. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58(12): 1612-1620.
- 6 Isabelle Demonty. Continuous Dose-Response Relationship of the LDL-Cholesterol-Lowering Effect of Phytosterol Intake. *J Nutr*; 2008; dec 17.



Odborná společnost praktických lékařů doporučuje rostlinný tuk Flora pro.activ, protože obsahuje rostlinné steroly, o kterých bylo klinicky prokázáno, že výrazně snižují hladinu cholesterolu.

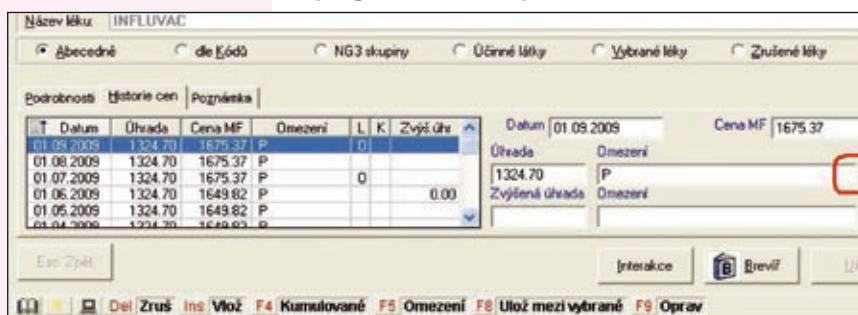


Dotazy a odpovědi

Jak zadat vakcíny proti chřipce v programu PC Doktor

Dotaz:

Dobrý den, v minulém Practicusu byl návod, jak zadat očkovací látky proti chřipce pro pojišťovny (jako ZULP) při očkování pacientů, kteří mají nárok na očkování na účet pojišťovny v programu Medicus. Vzhledem tomu, že jsem vakcíny nakoupil předem do ordinace, potřeboval bych léčivo – vakcíny zadat, ale mám program PC Doktor. Pokoušel jsem se aplikovat váš návod, ale v mém programu se to nepodařilo.



Odpověď:

V programu je nejdříve nutné „povolit“ zadávání předem nakoupených vakcín, tak aby se vykázaly společně s výkonem „očkování“ – 02110, zde je stručný návod:

1. Otevřít menu Léky-Číselník léků a zde si najít příslušnou očkovací látku – tedy např. Influvac.
2. V záložce Historie cen na pravé straně dopsat do malého okénka na konci písmeno O (pozor písmeno „O“ nikoli „nula“)
3. Uložit.
4. Poté při každém zadání výkonu očkování (02110) je možno zadat též jako ZULP příslušnou aplikovanou vakcínu.

Redakce za přispění MUDr. K.Semeráda

Aktuální informace o reálné dostupnosti léčiv v ČR

Dotaz:

Velmi často se mi stává, že pacient přichází z lékárny s oznámením, že lék, který jsem napsala na recept se již nevyrábí (nebo jen síla, množství v krabici apod.). Nicméně v číselníku tištěném, Breviři, ale i v číselníku, který mám v počítači je lék stále uveden. Je mi to nepříjemné, protože často slyším „mezi řádky“ despekt, že takovou důležitou skutečnost nevím. Je možné tedy někde zjistit opravdu aktuální informaci, jaké léky nejsou trvale nebo dočasně na trhu popř. v jaké síle se opravdu nyní prodávají?

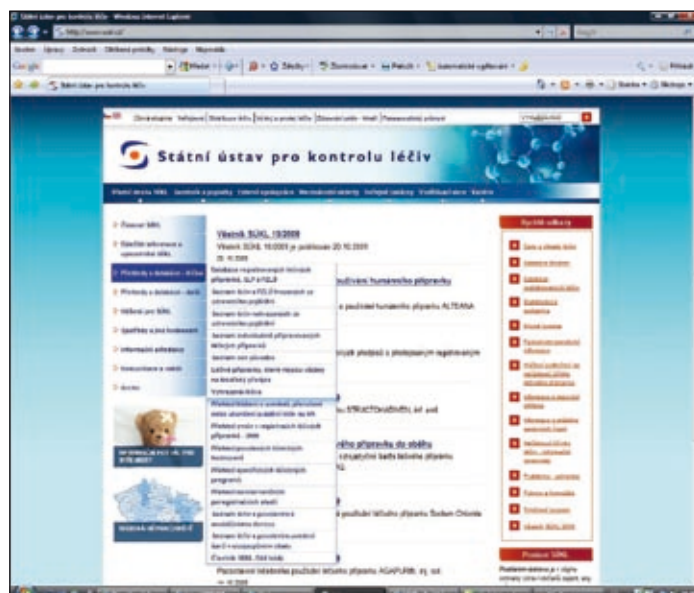
L.M. Ústí nad Labem

Odpověď:

Dle zákona o léčivech mají držitelé rozhodnutí o registraci léčivého přípravku povinnost oznamovat Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) uvedení, přerušení či ukončení a následné obnovení dodávek registrovaných léčivých přípravků na trh v České republice. Státní ústav pro kontrolu léčiv na svých webových stránkách (www.sukl.cz) zveřejňuje přehled těchto hlášení, který je jednoduše dostupný z domovské stránky ze sekce „Přehledy a databáze – léčiva“. Hlášení jsou od září 2009 nově přístupná ve formě databáze, ve které lze vyhledávat podle názvu léčivého přípravku, kódu SÚKL, data hlášení a jeho typu (hlášení o uvedení přípravku na trh nebo o ukončení či přerušení jeho dodávek). Databáze obsahuje všechna hlášení, která SÚKL od držitelů rozhodnutí o registraci léčiv obdržel již od počátku roku 2008. V každém záznamu této databáze je přípravek, jehož se hlášení týká, specifikován pomocí názvu a kódu SÚKL, které jsou propojeny s databází léčiv. Návštěvník přehledu se tedy jedním kliknutím dostane k bližším informacím o nahlášených léčivých přípravcích, a to včetně plného textu příbalového letáku a souhrnu informací o přípravku. V záznamech o ukončení či přerušení dodávek léků jsou uvedeny i přípravky (propojené přes kódy SÚKL s databází léčiv), kterými lze nedostupné léčivo přímo nahradit a jež se v době obdržení hlášení aktivně vyskytují na českém trhu, popř. je zde uvedena informace o tom, zda se na českém trhu reálně vyskytuje lék v jiné síle, lékové formě, velikosti balení nebo se stejnou účinnou látkou.

Hana Heringová,
Tiskové a informační oddělení
Státní ústav pro kontrolu léčiv
Tel.: 272 185 333

Přehled hlášení o uvedení, přerušení nebo ukončení uvádění léčiv na český trh na www.sukl.cz



POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Vysoce senzitivní troponin I je pro diagnostiku AIM přesnější než troponin T (APACE)

Klinická otázka:

Jsou nové, vysoce specifické testy na kardiogenní troponin přesnější pro časnou diagnostiku akutního infarktu myokardu než starší testy na troponin?

Závěr:

Nové, vysoce senzitivní testy na kardiogenní troponin I jsou citlivější a mají lepší negativní prediktivní hodnotu než starší testy na troponin T u pacientů v prvních hodinách náhle vzniklé bolesti na hrudi. (LOE = 2b)

Reference:

Reichlin T, Hochholzer W, Bassetti S, et al. Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays. N Engl J Med 2009;361(9):858-867.

Typ studie:

Hodnocení diagnostického testu

Financování:

Průmysl + vláda

Prováděcí prostředí studie:

Oddělení akutního příjmu

Synopse:

Kardiogenní troponiny I a T jsou specifické pro srdeční sval a rychle stoupají v přítomnosti poškození myokardu. V kombinaci s klinickým vyšetřením a EKG nálezem jsou klíčovou částí diagnostiky pacientů s bolestí na hrudi. Nicméně, citlivost troponinů je relativně nízká v prvních 6-ti hodinách po začátku bolesti na hrudi. Nová rodina vysoce senzitivních testů na troponin I je schopna detekovat již nízké hladiny a měla by tedy zlepšit možnost sebevědomé diagnostiky akutního infarktu myokardu (AIM) časněji po jeho vzniku.

Tato multicentrická studie probíhala v několika evropských zemích. Zapojeno bylo 786 po sobě jdoucích pacientů, kteří byli ošetřeni na oddělení akutního příjmu do 12 hodin po vzniku bolesti na hrudi s podezřením na infarkt myokardu, z nich pak finálně bylo do studie zařazeno 718 pacientů. Pacienti byli vyšetřeni sadou testů na kardiogenní enzymy – včetně vysoce senzitivního testu na troponin I, testu na troponin T, CK-MB a myoglobinu – při přijetí a za 1, 2, 3 a 6 hodin. Konečná diagnóza byla určena za použití standardního kritéria, a všechna klinická data byla následně revidována dvěma nezávislými kardiology. Průměrný věk pacientů byl 64 let, 66% bylo mužů a 35% mělo anamnézu koronární arteriální nemoci. Při vstupu na oddělení akutního příjmu byla schopnost odlišení infark-

tu myokardu od nekardiální bolesti u všech 4 nových testů (troponin I) lepší než u standardních troponin T testů. Toto obzvláště platilo u pacientů, kteří měli bolest kratší než 3 hodiny. Negativní prediktivní hodnota testů při příjmu na oddělení akutního příjmu byla velmi dobrá, u 97 - 99% podle zvolené hodnoty cutoff. Pozitivní prediktivní hodnota se pohybovala od 50% do 73% při cutoff hodnotě rovné 99. percentilu, se senzitivitou od 84% do 95%.

Druhá studie na stejný problém (N Engl J Med 2009;361(9):868-77) srovnávala senzitivitu troponinu I se standardním troponinem T a myoglobinem testem a zjistila, že troponin I test byl více citlivý s podobnou specificitou.

Vypadávání vlasů u žen je nejvíce vyjádřeno na podzim

Klinická otázka:

Existuje nějaké zvláštní období během roku, kdy se nejvíce objevuje padání vlasů?

Závěr:

Ztráta vlasů jako výsledek telogenního efluvia se nejčastěji objevuje na podzim, s druhým méně vyjádřeným vrcholem v létě. (LOE = 1c)

Reference:

Kunz M, Seifert B, Trueb RM. Seasonality of hair shedding in healthy women complaining of hair loss. Dermatology 2009;219(2):105-110.

Typ studie:

Popisná

Financování:

Neznámo/neudáno

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (specializované)

Synopse:

Telogení efluvium, čili zvýšení procenta vlasových folikulů v telogenním (konečném) stádiu růstu následované zvýšeným vypadáváním vlasů a následně novým růstem (růstová, anagenní fáze), je častou příčinou získané ztráty vlasů. Výzkumníci vybrali 823 jinak zdravých žen, které si u svého lékaře stěžovaly na padání vlasů v období od září 2001 do srpna 2007. Vylučující kritéria zahrnovala anamnézu alopecie nebo systémového onemocnění, abnormální laboratorní nálezy nebo užívání léků se známým vlivem na padání vlasů. Vhodné ženy prošly zhodnocením telogenního stupně za použití trichogramové techniky, která zahrnovala testování asi 50 vlasů (vytržených i s kořínky) z frontální a okcipitální kšice. Jeden výzkumník kvantifikoval různé druhy vlasových kořínků na základě charakteristik morfologie vlasového cyklu. Telogení podíly byly statisticky analyzo-

vyšetření troponinu v kombinaci s klinickým vyšetřením a EKG je základem diagnostiky pacientů s bolestí na hrudi

vlasu u žen nejvíce vypadávají v říjnu a listopadu, dalším, i když méně výrazným obdobím je červen a červenec

vány ve vztahu k sezónním výkyvům. Telogenní poměry neměly zvláštní vztah k věku pacientů, ale maximální proporce telogenních vlasů se objevila v červenci. Druhý, méně vyjádřený vrchol se objevil v dubnu. Vzhledem k tomu, že telogenní fáze trvá přibližně 100 dnů, autoři odhadli, že maximální padání vlasů se objeví v říjnu a v listopadu, s mírnějším padáním vlasů v červnu a červenci.

Kefír nezamezí průjmu v důsledku antibiotické léčby

Klinická otázka:

Zamezí kefir průjmu u dětí, který vznikl v důsledku antibiotické léčby?

Závěr:

Kefír není v prevenci průjmu, vzniklého u dětí v důsledku antibiotické léčby, lepší než neaktivní kefir. (LOE = 2b)

Reference:

Merenstein DJ, Foster J, D'Amico F. A randomized clinical trial measuring the influence of kefir on antibiotic-associated diarrhea: the measuring the influence of Kefir (MILK) Study. Arch Pediatr Adolesc Med 2009;163(8):750-754.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě

zaslepená)

Financování:

Průmysl

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (primární péče)

Rozdělení:

Tajné

Synopse:

Děti ve věku od 1 do 5-ti let, kterým byla jejich lékaři předepsána antibiotika pro respirační infekce, byly náhodně rozděleny do skupiny, kde dostávaly komerčně připravený kefir (n=61) a do skupiny s varem deaktivovaným kefirem (n=64). Kefír je fermentovaný mléčný produkt, podobný jogurtu, který obsahuje laktózu fermentující kvasinky. Aby se zamaskovaly chuťové rozdíly, obě verze kefiru byly ochuceny citrusy. Studie byla navržena tak, že měla dostatečnou sílu zjistit minimální klinicky důležité rozdíly ve výskytu průjmu. Výzkumný tým hodnotil děti 5., 10. a 15. den po léčbě. Na konci studie byl výskyt průjmu srovnatelný jak ve skupině dětí, které dostávaly pravý kefir tak ve skupině s inaktivním kefirem (18% vs 22%; P = NS).

Copyright © 2009
by Wiley Subscription Services,
Inc) All rights reserved.
Připravila J. Laňková

„čerstvý“ kefir není v prevenci průjmu po atb lepší než varem deaktivovaný kefir, tj. laktózu fermentující kvasinky v kefiru nemají žádný účinek



Chybí Vám Imudon?

Je zde alternativa – GS Imunostim!

Vážená paní doktorko, Vážený pane doktore,

víte o tom, že z trhu vypadl přípravek **Imudon**? Oblíbená volba pro posílení imunitního systému Vašich pacientů. Chybí Vám za něj **vhodná alternativa**? Nemusíte složitě hledat! Nabízí se volně prodejný bakteriální lyzát také ve formě cucacích pastilek s mentolovou příchutí – **GS Imunostim**. Alternativa přinášející kvalitu i cenovou výhodnost Vaším pacientům současně s finančním přínosem pro Vás – nezapočítává se do Vašeho lékového paušálu!



Vážená paní doktorko, Vážený pane doktore,

chcete více informací tohoto a podobného typu? Nově se zaměřujeme na zmapování Vašich námětů, představ a potřeb. Ozvěte se nám na náš redakční e-mail - jana.jokesova@pharmanews.cz
Nebo pro bližší informace navštivte naše internetové stránky www.pharmanews.cz

PHARMA NEWS
PRO LÉKAŘE



Jak platit nákupy na internetu aneb je „to“ vůbec bezpečné ?

V minulém vydání PC a doktor jsme si ukazovali jak nakupovat na internetu. Nyní probereme možnosti jak za zakoupené zboží zaplatit (bohužel ani na internetu není nic zadarmo, ale když jeho služby dokonale využijeme, vyjde nákup většinou levněji a hlavně můžeme nákup uskutečnit, aniž bychom opustili ordinaci/domov).

Nákup zboží a zejména posílání peněz se v zásadě od sebe liší cenou, rychlostí, bezpečností a dalšími faktory, kterým se budeme věnovat.



MUDr. Cyril Mucha

Dobírka

Stále ještě nejrozšířenější způsob platby v českých internetových obchodech: objednáte zboží, platíte jej až při dodání balíku přímo poštovnímu doručovateli, popř. doručovateli jiné doručovací služby. Výhodou je poměrná bezpečnost (platba je ve chvíli, kdy opravdu „něco“ přišlo – nicméně většinou stejně kupujeme „zajíce v pytli – resp. v krabici“, protože málokdo rozbaluje krabici ještě v přítomnosti doručovatele). Naproti tomu jeho nevýhodou je vyšší cena oproti jiným způsobům poukazování peněz, protože poštovné za dobírku je dražší než za předem zaplacený balík.

Převod z účtu

Na základě objednávky zboží v internetovém obchodě obdržíte elektronicky - mailem fakturu (většinou proforma fakturu – tedy předběžnou), zaplatíte z účtu příslušný obnos a poté, co dorazí peníze na účet, prodejce odešle objednané zboží. Pokud bychom odesílali peníze klasickým příkazem (tedy fyzická cesta do banky), ztrácí nákup přes internet jedno ze svých důležitých kouzel – tedy možnost podnikat vše z domova. Lépe je asi využít internetového bankovníctví – o něm však někdy jindy. K rizikům platby z účtu patří stejná rizika jako u všech plateb předem: Tedy např. nedodání zboží, dodání pozdě či dodání zboží jiného. Pokud se však jedná o „zavedeného“ obchodníka, riziko je minimální. Určité riziko může být i v délce čísel některých bankovních účtů, kdy může dojít při zadávání k překlepu a platba dojde někomu jinému. Poslední nevýhodou je pak relativní pomalost – peníze tímto způsobem putují mezi bankami až několik dní.

Platební karta

Nejmodernější, nejrychlejší, nejlevnější, ale zároveň nejdiskutovanější formou platby je úhrada platební kartou. Platební karta funguje na internetu velmi podobně jako při výběru z bankomatu nebo platbě u pokladny. Nejpoužívanější platební karty pro nákup přes internet jsou: **VISA, VISA Electron, MasterCard a Maestro.** Karta musí být pro placení přes internet aktivována vaší bankou. O tom, že máte tuto funkci aktivní, a že máte případně nastaveny odpovídající denní limity transakcí, se před nákupem kartou ujistěte (informaci se dozvíte ze smlouvy nebo dotazem do kartového centra Vaší banky). Většina dnešních karet je pro platby na internetu aktivovaná.



Jak tedy platit kartou?

Při placení kartou musíte znát tyto tři údaje:

- číslo karty
- měsíc a rok, kdy vyprší její platnost
- CVV2/CVC2 kód (Card Verification Value, Card Verification Value Code) na zadní straně karty.

Výhodou při placení kartou je především rychlost a nízké, resp. nulové náklady na platbu. Pokud máte aktivovány platby kartou v zahraničí, můžete velmi jednoduše nakupovat takto v podstatě po celém světě, což by při ostatních způsobech plateb (dobírka, z účtu) bylo podstatně komplikovanější.

Pozor: nikdy by se neměl dozvědět výše uvedené informace obchodník.

Jak tedy platba probíhá?

Poté co v nabídce „způsob platby“ vyberte plat-

výhodou při placení kartou je především rychlost a nízké, resp. nulové náklady na platbu



ba kartou vás internetová aplikace přeměruje na platební bránu **banky**, která funguje jako prostředník mezi obchodníkem a zákazníkem. (Poznáte to tak, že se zcela změní prostředí internetového prohlížeče a že se v řádku s adresou změní úvod adresy z <http://> na <https://> - to „s“ navíc znamená „security“ - tedy šifrovaný kanál). Nikdo tak na internetu - včetně vašeho obchodníka - nemůže odpozorovat Vámi uváděné údaje. Komunikace v tuto chvíli probíhá mezi Vámi a Vaší bankou, nikoli mezi Vámi a obchodníkem. Ve chvíli, kdy banka akceptuje platbu Vaší kartou, pošle obchodníkovi oznámení o zaplacení a on odesílá (snad?) zboží.

Bezpečnostní opatření proti zneužití:

- 1) Číslo skutečné karty **nikdy** nikomu nesdělujte, neposílejte e-mailem ani faxem.
- 2) Nakupujte pouze u důvěryhodných obchodníků.
- 2) Vždy si všimněte, že údaje vyplňujete v bance a v **httpS** režimu.
- 3) Pečlivě sledujete bankovní výpisy s operacemi platební kartou.

Pokud dodržujete tato základní opatření je platba platební kartou relativně bezpečná a zejména levná a pohodlná.

Platební systémy

Platební systémy jsou založeny na existenci jakýchkoli prostředníků nebo také elektronických peněženek - do kterých peníze nejdříve vložíte (buď aktuálně - pomocí platební karty nebo dlouhodobě předem). Při platbě za zboží pak stačí zadat jen přihlašovací jméno a heslo, a nemusíte si tak pamatovat údaje z platební karty a nemusíte ji mít vůbec při sobě. Další předností je omezené množství peněz, které jsou k dispozici a které by tedy teoreticky mohly být zneužity. Některé platební systémy chrání zákazníka určitým obnosem,

do kterého mu vyrovnají ztráty pokud zboží neobdrží vůbec nebo v nevyhovující kvalitě a pokud nahlásí nekorektní chování prodejce.

Nejpoužívanějšími systémy jsou:

- **PayPal** - Systém si po zadání údajů z vaší platební karty automaticky strhává peníze. Lze využít při platbách v zahraničí, i pokud nemáte zahraniční platbu na kartě aktivovány.
- **PaySec** - Do této elektronické peněženky je potřeba poslat určitý obnos, který se pak při platbách čerpá. Systém funguje pod záštitou ČSOB.
- **superCASH** - Systém provozovaný Sazkou, vklady se provádějí přes síť terminálů Sazky. Nepotřebujete tedy mít účet ani platební kartu.
- **PayPay** - Další z poměrně často používaných platebních systémů. Obdobně jako u PaySecu je potřeba nabít si účet, ze kterého pak platíte. Na rozdíl od PaySecu je využitelný i v zahraničních obchodech.
- **Moneybookers** - Celosvětově rozšířený platební systém podobný PayPalu, plně lokalizovaný i pro Českou republiku.
- **mPeníze** - Platební systém provozovaný Seznamem a mBank. Jedná se o formu internetového převodu určitého pro majitele mKonta, tedy pouze pro klienty mBank.
- **GoPay** - Tento platební systém se profiluje jako platební systém bez poplatků. Při běžných operacích při nakupování opravdu žádné poplatky neplatíte, zpoplatněno je však dobíjení přes mobil a podobné služby.

Platba pomocí SMS

Provedení je jednoduché, stačí zaslat SMS dle návodu na příslušné telefonní číslo a tím je z účtu u mobilního operátora odečtena příslušná částka. Poté přichází textová zpráva potvrzující platbu. Většinou je tato možnost nabízena při platbě nižších částek (řádově desítky korun). Při srovnání s placením přes platební kartu nebo platební systém jsou ale SMS dražší, protože za transakční poplatky si zprostředkovatelé a operátoři určují poměrně vysoké procento z placené částky (cca 10%) a tak se k prodejci dostane jen část toho, kolik jste za SMS zaplatili.

MUDr. Cyril Mucha

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

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

LACTOVAG způsobuje kyselé prostředí, které zabraňuje růstu a množení patogenních mikroorganismů. Bakterie mléčného kvašení, obsažené v přípravku **LACTOVAG**, tvoří podstatnou část ochranného mechanismu tvorby kyseliny 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



Úmrtí v terénu



prim. MUDr. Jaroslava
Ščamburová

**rozpor ve stále
platných předpisech,
které nedovolují
ošetřujícímu lékaři
ohledat vlastního
pacienta**

**list o prohlídce
zemřelého se vyplňuje
celkem 5x**

**při pochybnosti
o příčině úmrtí máme
pravomoc indikovat
zdravotně bezpečnostní
pitvu**

**soudní pitva se provádí
vždy na žádost
Policie ČR**

Lékaři ZZS vyjíždějí často k pacientům, kteří jsou dle obsahu výzvy v bezvědomí, ale ve skutečnosti jsou to pacienti bezprostředně, nebo různě dlouhou dobu po exitu. Praktický lékař může být volán k úmrtí svých pacientů, v případě pohotovosti též k pacientům neznámým. Do dnešního dne nebyl však jasně dořešen rozpor mezi stále platnými předpisy, které nedovolují ošetřujícímu lékaři ohledávat zemřelého, které mu tedy de iure nedovolují ohledat vlastního pacienta.

I.

Dispečink ZZS přijímá výzvu starosty obce v pondělí dopoledne: listonoška vidí skrze okno v domku ležícího muže na podlaze, muž se nehýbe. S přijetím výzvy je dis „Čerstvý“ kefir není v prevenci průjmu po atb lepší než varem deaktivovaný kefir, tj. laktózu fermentující kvasinky v kefiru nemají žádaný účinek. pečinkem ZZS kontaktována rovněž Policie ČR. Po příjezdu na místo je vidět opravdu muže ležícího na podlaze. Policie ČR otevírá zamčené vstupní dveře do domu, lékař na místě nachází pacienta ležícího na podlaze GCS 3, posmrtné skvrny a rigor mortis jsou výrazné. Při ohledání těla nejsou nalezeny známky násilí či cizího zavinění. Lékař konstatuje exitus letalis před příjezdem ZZS. Na místě je dle nalezených dokladů (jednalo se o 78 letého obyvatele obce, který žil sám) i dle starosty obce provedena identifikace zemřelého a vyplněn úmrtní list. Lékař navrhuje zdravotně bezpečnostní pitvu. Dle vyšetřování policie není podezření na trestní čin či cizí zavinění. Následná pitva prokazuje přirozenou příčinu smrti (CMP).

II.

Dispečink ZZS: Rodina sděluje, že našli člena rodiny oběšeného ve stodole. Po příjezdu RLP na místo informován dispečink ZZS o nález oběšeného muže, který nejeví známky života. Kontaktována Policie ČR, po jejím příjezdu je místo zdokumentováno, po svěšení těla lékař ZZS provádí ohledání. Na obou zápěstích jsou cirkulárně hematomy po provazech nebo od jiné fixace. Dle rodiny nikdo nic neví, 2 dny údajně zemřelého neviděli. Dle sdělení rodiny se s ničím neléčil. Lékař ZZS vyjadřuje podezření na úmrtí s cizím zaviněním vyplňuje dokumentaci o ohledání zemřelého a požaduje zdravotně bezpečnostní pitvu. U těla nejsou nalezeny žádné doklady, dokumentace je proto vyplněna částečně a dle praxe je kompletně doplněna po zjištění totožnosti zemřelého Policií ČR. Tento případ poté převzala do vyšetřování kriminální policie. Policií ČR byla nařízena soudní pitva.

III.

Dispečink ZZS: Volá rodina 63 letého pacienta, který je dle rodiny nyní v bezvědomí. Byl propuštěn do domácího ošetření v terminálním stadiu základního onemocnění, v tomto případě Ca hepatis s generalizací. Po příjezdu RLP pacient ležící na

lůžku, kachektický, ikterický, zornic v maximální mydriáze, apnoe. Rodina byla vyrozuměna o stavu pacienta a jeho prognóze již při propuštění do domácího ošetření (k dispozici propouštěcí zpráva). Konstatován exitus letalis. Lékař RLP vyplňuje dokumentaci v kolonce návrh prohlížejícího lékaře vyplňuje pouze „pohřeb v zákonné lhůtě“.

IV.

Dispečink RLP vyjíždí na základě výzvy k muži, který byl nalezen v zimním období u rybníka v ranních hodinách kolemjdoucími. Na místě po příjezdu RLP již přítomná místní Policie ČR. Pacient po exitu ležící na zádech. Lékař RLP provádí ohledání. Po otočení těla na břicho pod zimní bundou a další vrstvou oblečení nalezeny drobné stopy po bodném poranění do zad v bederní oblasti. Policie ČR kontaktuje kriminální službu. Doklady u těla nenašeny. S podezřením na smrt cizím zaviněním případ předán k dalšímu vyšetřování Policií ČR. Dokumentace je řádně vyplněna s výjimkou identifikačních údajů, ty do 4 hodin od výjezdu dodány Policií ČR. Lékařem RLP byla indikována zdravotně bezpečnostní pitva. V tomto případě se jednalo o násilnou smrt proto byla policií ČR požadována pitva soudní.

Komentář:

Ohledání a konstatování exitu je forenzně velmi závažný akt. Musí být provedeno velmi pečlivě vždy je třeba pomýšlet na možnost cizího zavinění. Pečlivé a přesné vyplnění dokumentace dle platných osobních dokladů je samozřejmostí.

List o prohlídce zemřelého lékaři ZZS vyplňují celkem 5x. Jednu kopii si ponechávají do dokumentace ZZS, 4x se tento dokument ponechává s osobními doklady na místě, buď rodině nebo dle okolností úmrtí Policií ČR. Zpráva o výjezdu se vyplňuje tak jako u každého výjezdu RLP 2x jednu kopii si ponechává ZZS.

Dovolím si konstatovat, že budeme postupovat jinak při exitu pacienta, u kterého pravidelně vykonáváme pro jeho zdravotní stav kontrolní návštěvy, známe rodinu a dokonale anamnézu. Bude-li se jednat v takovém případě o terminální stadium nevléčitelného onemocnění, bude se indikovat pohřeb v zákonné lhůtě.

Zcela jinak doporučuji postupovat u exitů „nečekaných“: s maximální obezřetností.

Při sebemenší pochybnosti o příčině úmrtí nebo s nejasnými okolnostmi - i přes znalost rodiny, anamnézy a zemřelého je naší povinností vždy informovat Policii ČR. Jako lékaři máme pravomoc indikovat zdravotně bezpečnostní pitvu. Soudní pitva se provádí vždy na žádost Policie ČR.

Lze se tím vyhnout v případě zanedbání našich povinností možnému trestnímu postihu. Myslím, že v dnešní době je nezapomínat na tyto skutečnosti plně na místě.



Prevence nádorových onemocnění

INFORMACE PRO PACIENTY

Desatero pro zdraví

aneb co můžete udělat sami, abyste snížili riziko nádorového onemocnění, a pokud se léčíte, aby vaše uzdravení bylo bez komplikací

1. Nekuřte

Kouření je největší rizikový faktor vzniku rakoviny. Je hlavní příčinou rakoviny plic a jedné třetiny rakoviny vůbec. Kouření je stejně rizikové pro lidi ve vaší blízkosti, které také bezprostředně ohrožujete. Čekáte-li dítě a kouříte, pak přenášíte rizika přímo na ně.

2. Sledujte svoji hmotnost

Alespoň 2-3x týdně cvičte nebo plavte minimálně 30 minut, denně ujděte pěšky alespoň 4 km, snažte si aktivním pohybem udržet hmotnost a kondici. Obezita je riziko.

3. Jezte pestrou stravu a pijte dostatek tekutin

Rozmanitá strava v rozumném množství s obvyklou frekvencí 3x denně s důrazem na snídani a oběd je dobrou prevencí před četnými nemocemi. Vypijte denně alespoň 2-2,5l vody

4. Každý den jezte hodně zeleniny a ovoce

Volte stravu bohatou na vitamin A a C. Konzumujte zeleninu a ovoce alespoň 5x denně a v kombinaci pěti různých druhů, např.: mrkev + jablko + červená řepa + kiwi + banán.

5. Přidávejte do jídla složky s vysokým obsahem vlákniny a 1 dávku (cca 50g) ořechů

Vlákninu nejvíce obsahují: celozrnné pečivo (celozrnný chléb a mouka, pšeničné a kukuřičné klíčky, sezamové, dýňové a slunečnicové semínko, rýže natural), ovoce a zelenina.

Ořechy normalizují krevní tuky a přidávají organizmu povzbuzující omega 3- a 6-mastné kyseliny.

6. Odstraňte ze svého jídla tuky

Pokud konzumujete maso a masové výrobky - jezte libové, kuře nebo krůtu bez kůže, ryby. Snižte konzumaci smažených jídel a máslových dezertů. Pijte nízkotučné mléko a jezte nízkotučné sýry.

7. Omezte ve stravě šunku, slaninu, salámy a uzeniny

Uzená nebo konzervovaná jídla obsahují chemikálie (dusičnany), které je sice chrání před zkažením, ale zvyšují riziko nádorového onemocnění.

8. Omezte nebo odstraňte konzumaci alkoholu

Kouření a pití alkoholu velmi zvyšuje riziko onemocnění jater, úst, krku, žaludku i prsu. Minimalizujte užívání alkoholu na dávku 2 dcl vína denně pro muže a 1 dcl pro ženy, nebo přestaňte s jeho konzumací úplně.

9. Nevyhýbejte se slunci úplně, ale chraňte se před ním v době mezi 10. - 15. hodinou

Noste klobouk. Používejte opalovací krém s ochranným faktorem minimálně 15 a výše. Nejlepší však je, když se slunci mezi 10-15 h vyhnete. Nepoužívejte horské slunko a solária. Jestliže se na kůži objeví rána, která se nehojí, nebo pozorujete změnu mateřského znaménka, požádejte lékaře, aby si je prohlédl.

10. Jestliže pracujete s chemikáliemi nebo materiály jako je azbest, chraňte se oblečením

a dodržujte pokyny bezpečnosti a ochrany při práci. Musíte vědět, jak postupovat při případné havárii.

Poznámky na závěr:

- Katastrofou současných pobytů v nemocnici je neschopnost dodržování většiny těchto ověřených základních principů harmonizace metabolických pochodů v organismu zdravotnickými zařízeními
- Otestujme sami sebe a své nejbližší, nakořím svým životním stylem redukuje riziko onkologických i kardiovaskulárních nemocí u sebe a svých rodin



Informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu.

Zákon o dani z příjmů, Vyhláška o označování výživové hodnoty potravin



Informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu.

Zákon o dani z příjmů

Vážené kolegyně a kolegové,
přinášíme novelizace zákonů, které mají reálný dopad do našich praxí.

V prvním je informace o zvýšení paušálních výdajů na 60 % pro fyzické osoby a dále MZČR vyhláškou aktualizovalo doporučené denní dávky (DDD) vitaminů a minerálů – může sloužit jako odpověď na časté dotazy pacientů, kolik vitaminů mají užívat a v jakém množství.

**ZÁKON č. 289/2009 Sb.
ze dne 22. července 2009,
kterým se mění zákon č. 586/1992 Sb., o daních
z příjmů, ve znění pozdějších
předpisů**

**Změna zákona o daních z příjmů
fyzických osob**

Čl. III

V § 7 odstavec 7 zní:

(7) Neuplatní-li poplatník výdaje prokazatelně vynaložené na dosažení, zajištění a udržení příjmu, může uplatnit výdaje s výjimkou uvedenou v § 11 nebo 12 ve výši

- a) 80 % z příjmů podle odstavce 1 písm. a) a písm. b) z příjmů ze živností řemeslných,
b) **60 % z příjmů** podle odstavce 1 písm. b), s výjimkou příjmů ze živností řemeslných, a odstavce 1 písm. c) nebo z příjmů podle odstavce 2 písm. a), s výjimkou příjmů podle odstavce 6, anebo z příjmů podle odstavce 2 písm. b) až d). *(pro lékaře jako fyzické osoby – poznámka redakce)*

Způsob uplatnění výdajů podle tohoto odstavce nelze zpětně měnit.

Přechodné ustanovení

Ustanovení čl. III se použije i pro zdaňovací období, které započalo v roce 2009.

Vyhláška o označování výživové hodnoty potravin

**VYHLÁŠKA MZČR č. 330/2009 Sb.
ze dne 15. září 2009, kterou se mění
vyhláška č. 450/2004 Sb., o označování výživové
hodnoty potravin**

Čl. I

Vyhláška č. 450/2004 Sb., o označování výživové hodnoty potravin, se mění takto:

1. V § 1 odstavec 1 včetně poznámky pod čarou č. 1 zní:

„(1) Tato vyhláška stanoví v souladu s právem Evrop-

ských společenství¹⁾ způsob výpočtu a označování výživové (nutriční) hodnoty potravin uváděných do oběhu určených konečnému spotřebiteli nebo pro zařízení společného stravování.

3. V § 4 odstavec 1 zní:

„(1) Energetická hodnota se vypočítá s použitím těchto přepočítacích koeficientů pro 1 g látky:

a) sacharidy, s výjimkou polyolů	17 kJ = 4 kcal
b) polyoly	10 kJ = 2,4 kcal
c) bílkoviny	17 kJ = 4 kcal
d) tuky (triacylglyceroly)	37 kJ = 9 kcal
e) alkohol	29 kJ = 7 kcal
f) organické kyseliny	13 kJ = 3 kcal
g) vláknina	8 kJ = 2 kcal
h) erythritol	0 kJ = 0 kcal.“

Příloha:

Doporučené denní dávky vitaminů a minerálních látek

Vitamin nebo minerální látka	Doporučená denní dávka
Vitamin A	800 µg
Thiamin (vitamin B ₁)	1,1 mg
Riboflavin (vitamin B ₂)	1,4 mg
Vitamin B ₆	1,4 mg
Vitamin B ₁₂	2,5 µg
Kyselina pantothenová	6 mg
Vitamin C	80 mg
Vitamin D	5 µg
Vitamin E	12 mg
Vitamin K	75 µg
Biotin	50 µg
Kyselina listová	200 µg
Niacin	16 mg
Draslík	2000 mg
Fosfor	700 mg
Fluoridy	3,5 mg
Hořčík	375 mg
Chloridy	800 mg
Chrom	40 µg
Jód	150 µg
Mangan	2 mg
Měď	1 mg
Molybden	50 µg
Selen	55 µg
Vápník	800 mg
Zinek	10 mg
Železo	14 mg

Čl. III

Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. října 2009.

**zvýšení paušálních
výdajů na 60 % pro
fyzické osoby**

**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**



Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 5 kreditů ČLK. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejpozději do 2. 12. 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
9/2009

**Správné
odpovědi
testu
č. 8/2009:**

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

Vakcinační strategie pro očkování vakcínou proti chřipce způsobené virem Pandemic (H1N1) 2009 v České republice

1. Očkování proti viru Pandemic (H1N1) 2009 je:

- a) povinné
- b) nepovinné
- c) ještě není určeno, zda je povinné nebo nepovinné

2. Pacienti budou k očkování zváni následujícím způsobem:

- a) budou zváni cestou zdravotních pojišťoven
- b) budou zváni přímo z očkovacích center
- c) praktický lékař si bude vybrané pacienty zvat sám na vlastní náklady

3. Očkování bude hrazeno:

- a) očkovací látka bude hrazena státem, vlastní vakcinace příslušnou ZP
- b) očkovací látka i vakcinace bude razena příslušnou ZP
- c) očkovací látka i vakcinace bude hrazena státem

Edukace v prevenci diabetu 2. typu a v prevenci komplikací diabetu

4. Příbuzní diabetika 2. typu mají pravděpodobnost, že se u nich během života také vyskytne diabetes 2. typu:

- a) 10%
- b) 25%
- c) 50-100%

5. Obecné riziko vzniku diabetu

2. typu během života náhodně vybraného jedince je asi:

- a) 5%
- b) 10%
- c) 30%

6. V prevenci vzniku diabetu mellitu 2. typu je klinicky významnější:

- a) farmakologická prevence (metformin, akarboza, rosiglitazon, pioglitazon) než režimová opatření
- b) režimová opatření než farmakologická prevence
- c) obě metody prevence jsou stejně významné

7. Nejzávažnějším diabetogenním faktorem:

- a) je cukr
- b) jsou živočišné tuky v tzv. sekundárně zpracovaném mase
- c) je alkohol

Plicní hypertenze

8. Definitivní metodou pro stanovení diagnózy plicní hypertenze je:

- a) magnetická rezonance
- b) pravostranná srdeční katetrizace
- c) echokardiografické vyšetření

9. Nejběžnějším příznakem plicní hypertenze je:

- a) hemoptýza
- b) srdeční arytmie
- c) námahová dušnost

10. Průměrný věk pacientů při stanovení plicní hypertenze je kolem:

- a) 30 let
- b) 50 let
- c) 70 let

Správné mohou být všechny tři možnosti.

odpovědní lístek - test č. 9/2009

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 |