



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 10/2009

ročník 8

pro
praktické
lékaře
zdarma

Nová příloha

pro pacienty
v našich
čekárnách

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Zpráva z XXVIII. výroční konference SVL ČLS JEP



Další typy z obsahu čísla:

Pandemická chřipka- praktické aspekty očkování - str. 22

Makulární degenerace, glaukom a suché oko – str. 24

Rozsah předoperačního vyšetření - str. 32

Jak provádět skartaci dokumentace - str. 33

POEM: Těsná kontrola diabetu neovlivní mortalitu - str. 36

GPS a lékař - str. 38

NOVÁ RUBRIKA: Jak řeším problémy v praxi – str. 39

Zákon o státním rozpočtu ČR na rok 2010 a změna zákona o VZP – str. 44

Obsah

**XXVIII. výroční konference SVL ČLS JEP****5**

- Anketa časopisu Practicus: Jak hodnotíte průběh letošní výroční konference SVL ČLS JEP?
- Projekt ICHDK - výstupy podzim 2009
- Gastroenterologie na výroční konferenci SVL ČLS JEP
- Technika v ordinaci praktického lékaře
- Kombinační léčba hypertenze ve světle studií STAR a STAR-LET
- Současná léčba anginy pectoris (AP) v České republice
- Projekt MOET DM
- Domácí měření krevního tlaku
- Výsledky léčby sibutraminem v iniciační šestitýdenní fázi studie SCOUT
- Prevence - aktuality
- Pandemická chřipka – praktické aspekty očkování
- Profesionální uspokojení – interaktivní seminář
- Oftalmologie
- Studie HOPE stále nepřekonaná
- Léčba plicní arteriální hypertenze

**...dotazy a odpovědi****30****...POEM: Patient oriented evidence that matters****34****...počítač a doktor****36**

GPS a lékař

**...jak řeším problémy v praxi****39**

Žádost o zapůjčení zdravotní karty

**...z případů záchranné služby****42**

Diabetes mellitus

**...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa****44**

Zákon o státním rozpočtu České republiky na rok 2010 a změna zákona o VZP

**...znalostní test****46****practicus**

odborný časopis SVL ČLS JEP
10/2009, ročník 8

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
 ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
 ČLS JEP

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 064

fax: 267 184 041

e-mail: practicus.svl@cls.cz

www.practicus.eu**Redakce:**

MUDr. Jaroslava Laňková

šéfredaktorka, lankova@svl.cz

Odborní redaktori: MUDr. Marcela Bradáčová, MUDr. Jozef Čupka, MUDr. Jana Hajnová, MUDr. Alice Havlová, MUDr. Milada Kratochvílová, MUDr. Marie Manoušková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Anna Nejedlá, MUDr. Alexandra Sochorová, MUDr. Helena Štěpánková, MUDr. Jana Vojtišková

Poradci redakce: MUDr. Jiří Appelt, MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Miloš Ponížil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 6000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč**. ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **26. 11. 2009**. MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. ••• Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. ••• Texty neprochází jazykovými korekturami. ••• Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP, 2009**



doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Výroční konference - slovo předsedy SVL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové!

Po dvou letech jsme se sešli v Brně na naší již XXVIII. výroční konferenci Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SVL ČLS JEP). I když se dalo konstatovat s klasikem: „že doba, vymknutá z kloubů, šlípí“, že jsme v období každoměsíčních politických a jiných změn, kdy skoro nic neplatí a **tudíž se dá předpokládat, že na vzdělávání nálada být zrovna nemusí, naopak** Váš zájem předčil všechna očekávání. Proto již několik týdnů před zahájením **konference** jsme museli z kapacitních důvodů odmítnout další zájemce. Nezbyvá než s **potěšením a zadostiučiněním** projevit vděk

Vám, všeobecným praktickým lékařům, kteří se snažíte i přes různé těžkosti být svým pacientům skutečnou oporou, při tom se dále vzdělávat a tak jim poskytovat LPP na úrovni doby. I přes střídání ministrů zdravotnictví, jako na běžícím pásu, se přece jen daří realizovat některá nezbytná opatření, zejména na poli získávání nových lékařů pro náš obor, zavedení nové specializační přípravy a zavedení systému rezidenčních míst. Také nezbyvá než znovu poděkovat všem všeobecným praktickým lékařům, kteří s oprávněným skřípěním zubů absolvují administrativní martýrium související s rezidenčními místy, za jejich trpělivost a ochotu věnovat se mladé generaci. Věřte, že děláme již od začátku tohoto roku vše pro zjednodušení celého procesu a na základě Vašich připomínek z konference jsme již podnikli další kroky.

Na konferenci v Milovech nám dle našich podkladů bylo přislíbeno pro příští rok dalších **150 rezidenčních míst**. Též jsme tam zahájili diskusi nad koncepcí oboru všeobecné praktické lékařství, kterou jsme na této naší konferenci završili a v současnosti, **pochopitelně s ohledem na Vaše připomínky**, připravujeme její definitivní verzi. Jistě dá hodně společné usilovné práce prosadit ji do reality.

Z desítek akcí, které byly uvedeny v programu, se s velkým zájmem setkala novinka - lunch sympozia. Obě lunch sympozia, týkající se problematiky chřipky (doc. Chlábek a hl. hyg. ČR MUDr. Vít), pro množství posluchačů téměř způsobila ztrátu stability velkého kongresového sálu, tedy srozumitelněji – „ten praskal ve švech“. Neméně hodnotná, ale byla i další vystoupení (a zrovna tak plná posluchačů), o kterých se dočtete v tomto čísle našeho časopisu Practicus.

Chtěl bych poděkovat i všem sponzorům, a to tradičnímu generálnímu sponzorovi firmě Zentiva a generálnímu nefarmaceutickému sponzorovi firmě Hartman-Rico, dále hlavním sponzorům firmám Pfizer, Sanofi-Aventis, Teva a také sponzorům a všem vystavovatelům. Velké díky patří prezidentu konference MUDr. M. Ponížilovi a organizačnímu výboru konference, kde bych chtěl zvlášť poděkovat prof. MUDr. Haně Kubešové, CSc za přípravu ošetrovateľské sekce. Též bych chtěl poděkovat agentuře TARGET – MD s.r.o. za přípravu konference.

Na základě prvních poznatků a ohlasů jsem přesvědčen, že na naší konferenci bylo mnoho šancí k načerpání nových poznatků, které jak doufám, obohatí praxi VPL a přispějí ke zkvalitnění LPP našich pacientů. Pro ty, kteří se nemohli zúčastnit i účastníkům pro připomenutí, jsme si dovolili připravit toto číslo.

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

XXVIII. výroční konference SVL ČLS JEP

Brno, Hotel Voroněž, 11. – 14. 11. 2009

Již 28. v pořadí proběhla v Brně ve dnech 11.-14.11. 2009 výroční konference SVL ČLS JEP. Co se týče účasti, šlo o zatím nejúspěšnější konferenci. Kapacita 1200 míst byla „vyprodána“ již s asi 2-týdenním předstihem. Jak jsme slíbili v minulém čísle, věnujeme toto a příští číslo zprávám z nejzajímavějších přednášek a workshopů této konference. Takto chceme nejen přiblížit průběh konference všem, kteří se z různých důvodů nemohli osobně účastnit, ale zprávy jistě poslouží i účastníkům, neboť program často probíhal paralelně ve dvou sálech a nebylo proto ani fyzicky možné být všude.

Bohužel není v našich silách kompletně informovat o celém programu a jsme si vědomi, že žádnou sebepodrobnější zprávou nelze nahradit osobní interaktivní účast na konferenci, neboť nejde jenom o získávání vědomostí, ale i sdílení zkušeností a vzájemnou podporu při setkání v kuloárech a při společenských akcích, které ke každé konferenci nezbytně patří. Věříme ale, že i tak zde najdete mnoho zajímavých a podnětných informací.

Plánované zprávy v příštím čísle

Zprávy z přednášek - Léčba ischemické choroby srdeční (J. Hradec), Postavení fixních kombinací v léčbě hypertenze (M. Souček), Izolovaná systolická hypertenze (J. Špinar), 10 dermatologických zásad pro PL (J. Hercogová), Symptomy u chronického žilního onemocnění (A. Pospíšilová), Farmakoterapie f geriatrii (E. Topinková), Dif. diagnostika dušnosti (M. Tesák), Diferenciální diagnostika sekundárních bolestí hlavy (J. Mastík), Umíme správně léčit tonsilitidu? (J. Laňková), zpráva z bloku Infekce horních a dolních dýchacích cest, zpráva z bloku Antikoagulační léčba v ordinaci praktického lékaře, Neodkladná péče z pohledu soudního znalce.

Jaroslava Laňková,
koordinátor zpráv z konference

Anketa časopisu Practicus:

Jak hodnotíte průběh letošní výroční konference SVL ČLS JEP?

Jako prezidentu se mi konference dost obtížně hodnotí, aby to nevypadalo, že chválím vlastně sám sebe.

Ale na přímou otázku přímá odpověď. Konference byla, jak je již dobrým zvykem všech výročních konferencí, velmi pestrá co se týče zvolených oborů medicíny i velmi aktuální - ad hoc informací hlavního hygienika dr. Víta k problematice prasečí chřipky a očkování proti ní. Každý z nás si zde mohl najít to, co ho zajímá a čemu se ve své praxi nejvíce věnuje.

Myslím si, že nezaostala za konferencemi let minulých. Je vidět, že je o naši konferenci stále větší zájem o čemž svědčí počet registrovaných lékařů.

Problém však již začíná být kapacita kongresových sálů jak v Brně tak i v Karlových Varech.

MUDr. Miloš Ponížil,
prezident konference a praktický lékař,
Hrušovany nad Jevišovkou



...

S výroční konferencí SVL jsem byl velmi spokojen, organizace i témata přednášek mi plně vyhovovala.

MUDr. František Ševčík, Zbýšov u Brna



...

Průběh konference hodnotím na jedničku s hvězdičkou, spokojená jsem byla jak s organizací, s ubytováním, tak s odbornými přednáškami, které hodnotím velmi vysoko, jak po stránce odborné, tak co se týká aktuálnosti. Jestli to vyjde, chtěla bych se zúčastnit i příští rok.

MUDr. Jindřiška Macková, Opočno

...

Konference byla prospěšná, poučná, informativní.

MUDr. Daniela Kaniová, Český Těšín

...

Obecně je jako vždy úspěšně zorganizovaná, směle se můžeme porovnávat s konferencemi zahraničními.

Finanční propad nebyl na **konferenci** patrný. V **průběhu jednoho dne konference SVL, jsem měl možnost zúčastnit se i současně probíhající – poprvé - konference České společnosti paliativní medicíny.** Organizace také perfektní, program sestavený z příspěvků samotných členů společnosti. „U nás“ **profesionální** zázemí, řada firem, zvučná jména přednášejících, **doprovodný společenský program na výši jako vždy.** Potěšení jistě pro každého, přesto však...někde tu vidím zakopaného psa: stále mi v posledních několika letech totiž chybí **entusiasmus** kolegů praktiků, **jejich chuť a snaha** podílet se svými zkušenostmi s ostatními, vést dialog nejen v předsálí konferenčních sálů. Nevím proč tomu tak je. Občas se zablískne na časy...ale jen tak, malinko, nezahřmí... nebo jen z dále, ale pořádně se neblískne. Takže: odnesl jsem si spoustu podnětů, mediální hvězda „pandemická chřipka“ **splnila svůj úkol**, hvězdou byla a zůstala. Je to dobře, bylo to dobře, jak se rozezněla a dozněla, i s hvězdou a nesmím zapomenout i dobrým programem sesterské sekce, právě tak jako předkonferenčního sympozia, XXVIII. celostátní konference SVL ČLS... Budu ale doufat, doufat opakovaně, že

se najde alespoň jeden den, jedno odpoledne, jedna sekce, kde vystoupí kolegové (třeba i z řad residentů) „jaksi povinně a možná i méně vědecky“, ale o to s větším zaujetím a nadšením a my všichni zrovna tak je budeme poslouchat, s nimi pak diskutovat a připomínat si jak konference SVL začínaly.

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Lanškroun

...

Byla jsem velmi spokojená, dobrá organizace, při takovém množství lidí žádné strkanice, fronty, všeho dost, v klidu. Dostatečná kapacita sálů, dobré ubytování. Není co vytknout.

Děkuji.

MUDr. Alena Jiroutková, Heřmanův Městec

...

Byl jsem mile překvapen úrovní i organizací.

MUDr. Jaromír Čech, Valašské Meziříčí

...

Tradičně dobrá odborná úroveň, pozitivně hodnotím minimum přednášek s firemní prezentací konkrétního léku. Společenské večery byly dobře umělecky obsazeny, takže celou konferenci hodnotím jako zdařilou.

Spozdravem

MUDr. Ludmila Bernotová, Milevsko



...

Nejprve bych se rád vyjádřil k lokalitě. Rozhodnutí výboru před několika léty o střídavém pořádání konference v Karlových Varech a v Brně bylo určitě správné, protože tak se neupřednostňují pouze lékaři z jedné části naší malé republiky, ale umožňují širší účast kolegům jak z Moravy, tak i z Čech. Hotel Voroněž je důstojným místem pro organizování konferencí, nejsem ovšem přesvědčen o tom, zda kapacita tohoto zařízení je dostatečná a zda by nebylo vhodné napříště uvažovat o rozdělení sesterské a lékařské sekce. Jak jsme viděli v tomto roce, tak se často stávalo, že do přednáškového sálu se nevešli všichni zájemci a museli stát u dveří. Kladně pak hodnotím opět to, že díky obrazovkám umístěným v předsálí bylo možné sledovat program i mimo konferenční místnost. Vedle kvalitního

odborného programu je množné rovněž pochválit zajištění občerstvení a také společenský program, protože konference je sice organizována především pro doplnění odborných znalostí a vědomostí, ale ani společenská stránka takového významného setkání nebyla opomenuta. Co říci závěrem, 28. výroční konference skončila, již se připravuje Jarní interaktivní konference v Praze, ale samozřejmě také XXIX. celostátní konference v Karlových Varech v listopadu 2010, abychom mohli zhodnotit naši práci v dalším roce.

*MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.,
Hradec Králové*

...

Dobrý den, konferenci hodnotím velmi kladně, byl jsem spokojen s odborným i večerním programem.

MUDr. Antonín Kutálek, Šumperk

...

Vzhledem k mému krátkému období v oboru, hodnotím velmi kladně, každá informace pro mě velmi přínosná.

MUDr. Pavel Klíma, Moravský Krumlov



...

Myslím, že organizátoři konference mohou být spokojeni s účastí i celým průběhem konference. Důležitější ale je, jak byli spokojeni lékaři a sestry, kteří do Brna přijeli. Kdybych soudil podle zájmu o přednášky, pak zaplněné sály byly výmluvné. Voroněž praskala ve švech. Podle mého názoru je to mimořádně příjemný hotel na tento typ kongresu, kde se chcete nejen něco dozvědět, ale hlavně všechny potkat a všechno probrat.

Odborný program byl jako vždy ve znamení boje s časem a převahy přednášejících nad posluchači; spoustu předávaných informací, ale málo prostoru pro diskusi. Každým rokem si to připomínám, ale bohužel ani gastroenterologická sekce, kterou jsem připravoval, nebyla jiná. Výjimkou byl snad workshop o profesionálním uspokojení, kde byla diskuse bohatá.

Zařazení „lunch“ symposií na aktuální chřipkové téma byl skvělý nápad. Dr. Muchovi už se také podruhé povedlo dostat do ringu firmy, které se o nás perou, tentokrát výrobce zdravotní techniky. Velmi dobrou návštěvnost měla také



ošetřovatelská sekce. Věřím, že sestry praktických lékařů budou samy hledat svá témata pro příští konferenci.

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., Praha

...

Přátelé! Chci vám moc poděkovat za organizaci, program a celkovou atmosféru na výroční konferenci v Brně. Zvlášť jsme všichni uvítali přítomnost MUDr. Víta vzhledem k současné epidemiologické situaci.

MUDr. Jaroslava Stejskalová, Trhový Štěpánov

...

Moc děkuji za velmi vydařenou, inspirující, podnětnou a vzdělávací konferenci. Jsem velmi spokojena. Vzala jsem si kvůli tomu dovolenou a nelituji. Témata byla různorodá, přesně taková, jaká je naše práce. Čas byl vyplněn beze zbytku, přednášky a sdělení byly aktuální, časově uzpůsobené tak akorát. Velmi ráda chodím na takové konference, které jsou tak výborně organizované. Nemám žádnou připomínku, velké díky za Vaši snahu a hodně síly k Vaší další práci.

MUDr. Věra Musilová, Brno

...

S letošní konferencí jsem byla velice spokojená, líbily se mi přednášky, organizace, zajištění kulturního programu. Nemělo to chybu. Děkuji zdravím a těším se na další podobné akce.

MUDr. Ivona Menšíková, Hranice

...

K Brněnské konferenci nemám co dodat. Výtečná organizace, příjemné prostředí a profesionální přístup všech zúčastněných.

MUDr. Jan Svoboda, Jihlava

...

Děkuji za optání, ano, bylo to velice zajímavé a přínosné!

MUDr. Hynek Jebavý, Praha

...

Děkuji za optání - bylo to výborné!

Skutečně, letošní program odborný i společenský neměl vážnější chybu, zvlášť kladně hodnotím zařazení bloku „malých oborů“ - konkrétně sobotní blok z očního lékařství. Bylo to přínosné pro naši praxi, což je základní předpoklad úspěchu podobných akcí. Jistě, rádi si poslechneme, jak dopadla ta která světová studie s určitým lékem,



ale osobně preferuji sdělení více konkrétní, ta, která mohu bezprostředně a bez obav přenést hned v následující den do praxe. A takových přednášek byla v Brně většina. Rovněž jsem ocenil, že se vám podařilo zabránit časovým skluzům, které mě vždy velmi vadily na větších akcích v minulosti. Doprovodný kulturní program byl rovněž (alespoň pro mě) výborný, zúčastnil jsem se melodramatického večera v Besedním domě a rozhodně jsem nebyl zklamán. Tolik ve stručnosti na váš dotaz. Děkuji všem a těším se na vaše další akce! Srdečně zdraví

MUDr. Jaroslav Cacek, Trstěnice u Litomyšle

...

Konference byla velmi dobře organizována, nenašel jsem výraznější chyby.

MUDr. Zdeněk Kubík, Karviná

...

Průběh konference hodnotím příznivě, připomínky nemám.

MUDr. Peter Keller, Velký Újezd

...

Jako každý rok jsem byla nadmíru spokojena, pouze časový tlak na přednášející mně trochu vadil. Nemohla se díky tomu rozvinout bezprostřední diskuse. Těším se na příští rok v Karlových Varech.

MUDr. Eva Vlková, Praha

...

Tradičně je výroční konference na velmi dobré úrovni. Přednášky měly široký tematický rozptyl, byly vhodně koncipovány pro praktické lékaře.

MUDr. Eva Lenkvíková, Liberec

...

Výroční konference v Brně byla po všech stránkách výborná, možná pouze nepodstatná maličkost - bagety - bych vyměnila za něco jiného, ale netroufám si navrhnout za co. Možná krajíc tmavého chleba a malý řízeček?

MUDr. Irena Chalupová, Praha

...

Výroční konferenci hodnotím velice kladně. Určitě jsme si přinesli nové poznatky a vědomosti, které podané od druhé osoby jsou alespoň pro mne přínosnější než si novou informaci jen někde přečíst.

Výborný byl workshop ošetřování chronických ran, kdy si člověk mohl vyzkoušet sám ošetřit ránu, a tím si vědomosti a dovednosti lépe zafixovat a také mohl podrobněji konzultovat problematiku, která ho zajímala.

Všechny přednášky neměly stejnou úroveň. Velmi přínosná byla například přednáška profesorky Hercogové, která vypíchla opravdu nejdůležitější věci pro praktické lékaře a „neunavovala“ předcítáním obecných seznamů základní teorie, který si může každý kdekoliv přečíst nebo ho již chronicky zná....Kladně hodnotím také upozornění na důležitost včasné diagnostiky a léčby plicní hypertenze. Co bych dále vypíchla byly přednášky oftalmologické. Těmto tématům se většinou semináře vyhýbají, přestože jsou v ordinaci PL také důležitá.

Na další výroční konferenci určitě přijedu, pokud mi to tedy okolnosti dovolí... Už teď se těším...

MUC. Markéta Housková, Strakonice

...

Kongres byl na velmi dobré úrovni, jsem moc spokojená i s organizací i s tématy. Trochu byl problém s klimatizací - buď bylo nesnesitelně teplo nebo zima, ale jinak to šlo.

MUDr. Jarmila Pavlovičová, Jílové

...

Konference v Brně byla výborně zorganizovaná, nemáme žádné výhrady.

MUDr. Milena Mejzlíková, Krouna

...

Vše bylo báječné - organizace, přednášející i kultura - nemám připomínky, jedna z nejlepších konferencí v posledních letech.

MUDr. Ludmila Suchá, Jaroměř

...

Dobrý den, vysoká odborná úroveň, velmi dobrá organizace, děkuji.

MUDr. Miloš Orendáč, Hradec Králové



Projekt ICHDK - výstupy podzim 2009

Zpráva ze satelitního sympozia firmy Apotex

Sympozium na téma Ischemická choroba dolních končetin - projekt MOET ICHDK proběhlo v naplněném sále Delta ve čtvrtek 14.11. v 16 hodin. Praktičtí lékaři řeší projekt od roku 2008. Vznikl ve spolupráci České angiologické společnosti ČLS JEP s Ústavem všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze. Cílem projektu je zlepšení péče o nemocné s periferní aterosklerózou, protože tito pacienti mají podle řady studií nedostačnou péči, ve srovnání například s pacienty s ischemickou chorobou srdeční. První přednášku na téma ischemická choroba dolních končetin v ordinaci praktického lékaře před nesla docentka **MUDr. Debora Karetová** z II interní kliniky VFN Praha, která se dlouhodobě touto problematikou zabývá. Konstatovala, že uvedená choroba je často nediagnostikovaná a hůře léčená oproti ICHS. Dále zmínila epidemiologii, rizikové faktory AS, souvislost s dalšími KV chorobami. Objasnila klasifikaci ICHDK, popsala běžné diagnostické metody a nastínila optimální léčbu ICHDK.

Ve druhém sdělení informovala **MUDr. Jana Vojtíšková** o reálných výstupech projektu v ordinacích PL. Hlavním cílem projektu byla edukace základních principů diagnostiky a léčby ICHDK, odhalování časnějších stadií, intenzifikace léčby rizikových faktorů k zábraně progresu aterosklerózy (1 rok sledování). Projekt byl zahájen celou řadou seminářů a edukačních akcí s uvedenou problematikou. Do studie vstoupilo celkem 270 praktických lékařů a zařadili 3733 pacientů, tj. průměrně 14 pacientů bylo intervenováno jedním lékařem. Průměrný věk zařazených pacientů byl 67 let (64 % muži, 36 % ženy). Stran funkční klasifikace byla jedna třetina pacientů klasifikována jako IIA stadium dle Fontaina (bezbolestná vzdálenost delší než 200 m), 40 % pacientů bylo asymptomatických stran klaudikací. V souboru sledovaných pacientů bylo 35 % ak-

tivních kuřáků (22 % exkuřáků). Z přidružených onemocnění převažovala v 80 % arteriální hypertenze, ve 40 % diabetes mellitus, dále následovala CMP, bypass, plastika tepen nebo renální insuficience. Téměř 80 % pacientů mělo nadváhu s BMI nad 25. Za úspěch projektu je považováno výrazné zlepšení lipidogramu. V souboru došlo k poklesu celkového plazmatického cholesterolu ze 6 mmol/l při první návštěvě na 4,9 mmol/l po ročním sledování. Průměrná hodnota LDL cholesterolu 3,6 mmol/l při první návštěvě poklesla na 2,7. Efekt hypolipidemické léčby byl též pozorován i v trendu hodnot triacylglycerolů (oproti jedné třetině při vstupním vyšetření mělo 70 % po roce hodnoty v normě). Základem léčby byl statin, u dvou třetin pacientů se jednalo o simvastatin, přičemž vstupní dávka byla navyšována dle aktuálního vývoje lipidogramu. Mimo jiné byla také hodnocena efektivita terapie arteriální hypertenze, kde se podařilo zdvojnásobit počet pacientů léčených k cílovým hodnotám TK.

Výsledky studie (ne ještě zcela ukončené) i tak ukazují, že se zlepšila péče u všech forem nemoci – lépe se daří intervence rizik, je zlepšena komplexní léčba. Pacient je správnou farmakoterapií veden k cílovým doporučeným hodnotám. Obtížnější je přesvědčit pacienty k pravidelnému pohybu, zlepšení dietních návyků a nekouření.

Projekt zvýšil mezi praktickými lékaři povědomí o diagnóze ICHDK, zlepšily se diagnostické dovednosti a celkově spolupráce praktických lékařů s angiologií.

Další fáze projektu bude zaměřena na screening ICHDK v rizikové populaci nad 50 let v ambulancích PL pomocí jednoduchého měření periferních tlaků a stanovení indexu kotník – paže.

zprávu připravila Jana Vojtíšková, spoluautorka projektu MOET ICHDK



MUDr. Jana Vojtíšková

cílem projektu je zlepšení péče o nemocné s periferní aterosklerózou

**KLINICKY
OVĚŘENO**

Světová novinka pro screening ICHDK!

BOSO ABI-system 100



~~54.900,- Kč~~

AKČNÍ NABÍDKA: 44.900,- Kč

- jednoduché zjištění indexu kotník-paže (ABI index)
- současné měření TK na všech čtyřech končetinách
- oscilometrická metoda měření
- přehledné zobrazení a tisk naměřených hodnot
- komunikace s programy pro vedení ambulance

Cena bez DPH. Platnost do 31. 12. 2009

COMPEK
MEDICALSERVICES

Výhradní distributor pro ČR: COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o., 17. listopadu 861, 506 01 Jičín, tel./fax: 439 524 534, e-mail: info@compek.cz, web: www.compek.cz, e-shop: www.tonometr.cz

MOET ICHDK-ABI

Monitoring efektivní terapie ICHDK v primární péči - vyhledávání pacientů metodou ABI

Vážená paní doktorko,
vážený pane doktore,

rádi bychom Vám představili nový projekt MOET ICHDK-ABI, který připravila Česká angiologická společnost a Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP ve spolupráci s Ústavem všeobecného lékařství 1.LF UK.

Jedná se o cílený screening pacientů s ICHDK v praxi praktického lékaře metodou měření indexu kotník/paže (ABI) u pacientů ve věku nad 50 let, v rámci preventivní prohlídky. Projektu by se mělo zúčastnit 100 praktických lékařů z celé ČR, kteří by měli změřit ABI u celkem 10 000 pacientů v průběhu 1 roku. Lékařům bude v rámci projektu zapůjčen přístroj ABI-Boso. MOET ICHDK-ABI by měl být zároveň podpořen VZP ČR, která by měla být jedním ze sponzorů.

Projekt poslouží jako podklad k podpoře zavedení kódu úhrady vyšetření ABI pro praktické lékaře.

Pokud máte zájem se projektu zúčastnit, zaregistrujte se do projektu MOET ICHDK-ABI na adrese:

http://www.moetqsol.cz/reg_ichdk_abi.php
nebo na stránkách www.moetqsol.cz.

S pozdravem

doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.
vědecký sekretář ČAS ČLS JEP
doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
vědecký sekretář SVL ČLS JEP

Popis projektu:

- Projekt je koncipován pro 100 praktických lékařů
- Každý lékař změřit ABI v rámci preventivní prohlídky u pacientů ve věku nad 50 let
- Cílový počet pacientů: 10 000
- Délka trvání projektu: 12 měsíců
- Počet měření: 1

Přístrojové vybavení:

- Roční zápůjčka přístroje boso ABI systém 100, COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.

Časový plán

- 1.1.2010 - 31.12.2010

Diagnostika:

- V případě ABI pod 0,9 verifikace u angiologa + následná terapie

Farmakoterapie:

- Zahájit léčbu statinem + antiagregantem u pacientů s prokázanou ICHDK

Další kroky:

- Sledování pacientů s prokázanou ICHDK

Gastroenterologie na výroční konferenci SVL ČLS JEP

Úvodní sdělení gastroenterologického bloku přednesl profesor **prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.**, přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha. Vysvětlil podstatu biologické léčby, jako cílené léčby, která je schopna ovlivnit nádorové buňky na molekulární resp. genové úrovni, aniž by poškodila buňky zdravé. V současné době se biologická léčba v onkologii uplatňuje zejména v léčbě hematologických onemocnění, při karcinomu prsu a karcinomu tlustého střeva a konečníku. Nežádoucí účinky se projevují obvykle při zahájení terapie a představují horečku, třesavku, hypotenzi, bolest hlavy, nauzeu a zvracení. Rychle odeznívají. Problémem biologické léčby zůstává její nákladnost.

MUDr. Norbert Král připomněl věstník Ministerstva zdravotnictví z února 2009, kterým došlo k úpravě screeningu kolorektálního karcinomu. Změna přinesla zejména zvýšení frekvence TOKS na roční interval ve věku 50-54 let, možnost nahradit guajakový test imunochemickým a primární screeningovou kolonoskopií jako volbu v 55 letech. Představil výsledky průzkumu, který zorganizoval v rámci svého postgraduálního programu na Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze.

Většina praktických lékařů, přes dosavadní spokojenost se screeningem, pokládá změnu programu za smysluplnou a očekává zvýšení účasti osob. Očekávají, že screeningovou kolonoskopií bude volit méně než třetina populace. V blízké budoucnosti lze pro výhody imunochemického testu očekávat jeho výraznou převahu nad testem guajakovým. Profesor **prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.** patří k tradičním hostům brněnských konferencí. Tentokrát byl požádán o zpracování tématu chronické nealkoholické pankreatitidy. Zmínil pankreatitidu autoimunní, spojenou většinou s dalšími autoimunitně indukovanými onemocněními (autoimunní hepatitida, sklerotizující cholangitida, retroperitoneální fibróza a další). Nemoc má nevýraznou kliniku, ale typickým je nález vysoké hladiny IgG4 a zcela typickým je plná symptomová a laboratorní odpověď po nasazení kortikoidů.

V etiologii nealkoholické formy pankreatitidy dnes hraje významnou roli genetika, pozitivní mutace PRSS-1 u hereditární pankreatitidy, SPINK1 mutace u geneticky indukované formy a ne zcela jasná je úloha CFTR mutace, která je známá ve vztahu k mukoviscidóze.

Je nezbytné na tyto nové formy nemoci pomýšlet



MUDr. Norbert Král



prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.



zleva: doc. MUDr. Bohumil Seifert PhD.,
prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.,
Mudr. Jana Vojtíšková

u běžné populace.

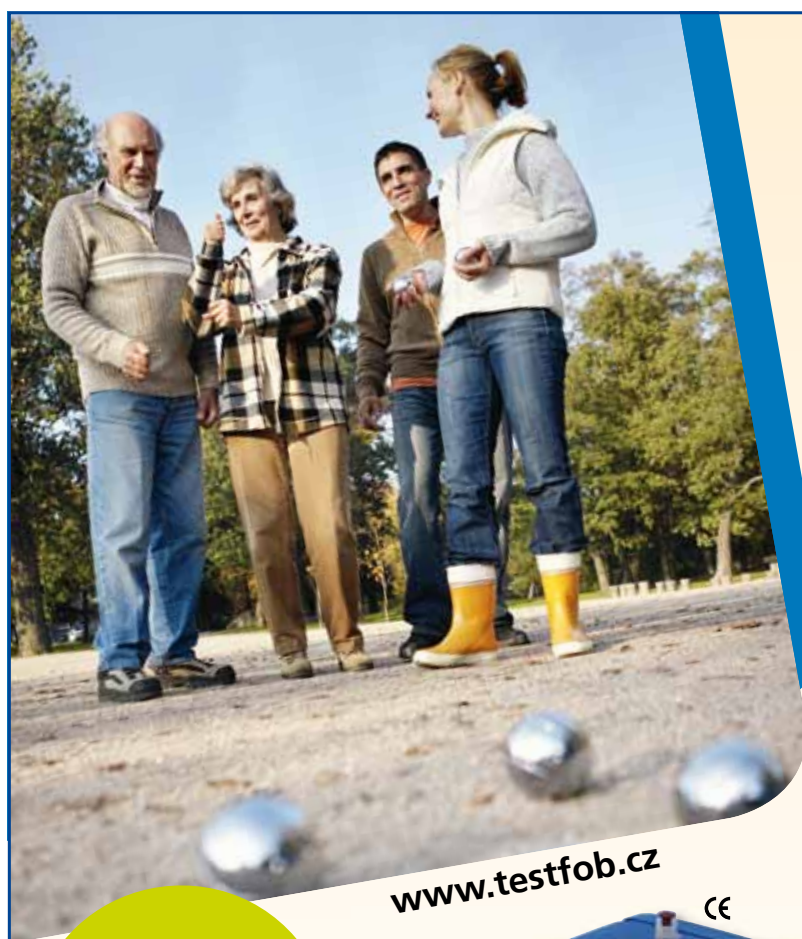
Zjištění patologických hodnot jaterních testů je v praxi velmi časté, ať už jde o záchyt v rámci pravidelných preventivních vyšetření nebo při diferenciální diagnostice např. dyspeptických obtíží. V souboru pacien-

tů, vyšetřených v ordinaci doc. MUDr. Bohumila Seiferta, Ph.D. laboratorně v druhém čtvrtletí roku 2009, bylo z 289 jater-

ních souborů 59 (19%) s abnormálními hodnotami. Hraniční nebo mírně zvýšené hodnoty v nepřítomnosti jiných klinických známek nebo významného anamnestického údaje jsou obvykle důvodem k opakování testů s odstupem, případně opakování po období s doporučeným dietním režimem a vynecháním hepatotoxických léků. Při opakovaně vyšších hodnotách jaterních testů je třeba vyloučit virovou infekci. V dalším diferenciálně diagnostickém postupu je na místě sonografické vyšetření nebo jiné vyšetření zobrazovací metodou, případně předání hepatologovi.

zprávu připravil
Bohumil Seifert

jednak k odlišnosti léčby u autoimunní formy, jednak proto, že u hereditární formy chronické pankreatitidy je riziko vzniku karcinomu pankreatu 60-80x vyšší než



**Vyhněte se nadměrné
preskripci antibiotik,
nepodporujte strmý
nárůst rezistence!**

CRP - nejcitlivější dostupný
marker bakteriálního zánětu

**QuikRead
CRP**

**QuikRead
Strep A**

Strep A - přímý průkaz
antigenů *S. pyogenes*
z výtěru z krku

FOB test - jednoduchý
pro lékaře i pacienta

**QuikRead
FOB**

www.testfob.cz

**Nové
možnosti
prevence**



**Objektivní detekce
okultního krvácení**

- i-TOKS ověřený kolonoskopií
- bez diety pro pacienta
- hygienický odběr vzorku

Moderní ordinace používá QuikRead

ORION
DIAGNOSTICA

Orion Diagnostica Oy, Finland



Bělohorská 57, 169 00 Praha 6, tel.: +420 233 350 533, fax: +420 233 350 532
e-mail: orion@oriondiagnostica.cz www.oriondiagnostica.cz

Kombinační léčba hypertenze ve světle studií STAR a STAR-LET



MUDr. Igor Karen

**kardiovaskulární
onemocnění,
a diabetes jsou dvě
strany jedné mince
a je třeba je léčit
společně**

Na letošním kongresu SVL ČLS JEP, konaném v Brně, zazněla celá řada příspěvků ohledně terapie arteriální hypertenze (dále jen AH) zejména u rizikových pacientů, kteří mají nejen AH, ale i celou řadu přidružených metabolických onemocnění. V tomto duchu se nesla i přednáška s tématem pro nás velmi zajímavým - jak dokážou některá antihypertenziva (fixní kombinace) zlepšit či naopak zhoršit metabolický profil pacienta v dlouhodobé perspektivě.

Kardiovaskulární onemocnění vzniká na podkladě aterosklerózy a nejčastější metabolické nemoci, tj. diabetes mellitus 2. typu či prediabetického stadia (metabolický syndrom a porušená glukózová tolerance nebo porušená glykémie nalačno). Tyto dvě skupiny onemocnění (AS a metabolická onemocnění) se vyskytují velmi často současně.

Epidemiologické studie prokázaly, že ženy diabetičky mají tři až čtyřikrát vyšší a muži diabetici dva až třikrát vyšší výskyt kardiovaskulárních onemocnění než osoby bez diabetu a 80 % diabetiků na kardiovaskulární choroby následně umírá. Nemocní s kardiovaskulárními chorobami mají naopak zase častější výskyt metabolických poruch včetně diabetu 2. typu.

Ze všech těchto důvodů je třeba pátrat a ve většině případů také léčit kardiovaskulární i metabolické rizikové faktory společně. Zásadní krok v prevenci kardiovaskulárních chorob i diabetu je u osob s vysokým kardiometabolickým rizikem správná léčba hypertenze jednak režimovými opatřeními, jednak vhodnými antihypertenzivy. Léčba by měla být kombinační, ušitá na míru podle rizikového profilu nemocného a měla by být také kardiometabolicky protektivní.

Z minulosti „klasická“ léčba hypertenze standardními antihypertenzivy, tj. thiazidovými diuretiky a beta blokátory, zhoršuje inzulinovou senzitivitu i lipidový profil (pozn.: v současné době jsou již na trhu některé betablokátory kardioselektivní, které mají neutrální metabolický profil). Z tohoto důvodu by měla být preferována zejména novější antihypertenziva – inhibitory renin angiotensinového systému (inhibitory ACE nebo sartany) a blokátory kalciového kanálu BKK (především fenylalkylaminy, jinak blokátory Ca kanálů non-DHP typu), které nenarušují metabolismus lipidů a glukózy a snižují zvýšenou sympatickou aktivitu. Do kombinované terapie je pak možno přidat nízké dávky diuretik (nejlépe metabolicky neutrálního indapamidu) nebo kardioselektivních beta blokátorů (CAVE u bradykardizujících BKK !) či centrálně působících antihypertenziv se sympatolytickým účinkem. CAVE na kombinaci BB a blokátorů Ca kanálů non-dihydropyridinového typu s bradykardizujícím účinkem.

Studie STAR (The Study of Trandolapril verapamil And insulin Resistance) vycházela z faktu, že fixní kombinace losartan/hydrochlorothiazid je v současné době používána velmi často, a položila si otázku, jaký benefit přináší tato fixní kombinace pacientům s metabolickým syndromem a hypertenzí ve srovnání s fixní kombinací trandolapril/verapamil SR (Tarka).

Výsledky studie STAR prokázaly, že fixní kombinace trandolapril/verapamil SR (Tarka) významně snížila hladinu glykémie ve 2. hodině orálního glukózového tolerančního testu, hladinu glykovaného hemoglobinu i inzulinu v plazmě u nemocných s metabolickým syndromem a hypertenzí, zatímco fixní kombinace losartan/hydrochlorothiazid tyto parametry významně zvýšila ! Fixní kombinace trandolapril/verapamil SR významně snížila také výskyt nově vzniklého diabetu 2. typu v průběhu studie a byla hodnocena jako velmi vhodná léčba pro nemocné s metabolickým syndromem a hypertenzí.

Účinnost fixní kombinace se potvrdila rovněž v extenzi studie STAR – ve studii STAR LET, v níž všichni pacienti ze studie STAR (tj. i ti, kdo ve studii STAR užívali fixní kombinaci losartan/hydrochlorothiazid) nyní obdrželi fixní kombinaci trandolapril/verapamil SR. Výsledkem této studie bylo, že pacientům dříve užívajícím fixní kombinaci losartan/hydrochlorothiazid se hladina glykémie ve 2. hodině orálního glukózového tolerančního testu významně snížila, a dokonce se snížil i výskyt nového diabetu v této skupině. Lze tedy uzavřít, že u osob s vysokým kardiometabolickým rizikem je vhodné současně příznivě působit jak na sympatický nervový systém (verapamil SR), tak na systém renin angiotensin (trandolapril).

Poslední doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC) a Evropské asociace pro studium diabetu (EASD) označují kardiovaskulární onemocnění a diabetes mellitus za dvě strany jedné mince. Tato doporučení jsou výzvou pro lékaře zejména v primární péči, aby pečovali o své nemocné komplexně a mysleli na výskyt obou poruch současně.

Studie STAR i její prodloužení (studie STAR LET) přispěly svými výsledky jako vodítko ke správnému výběru antihypertenziv pro pacienty s hypertenzí a metabolickým syndromem.

Literatura:

1. Karen, Souček, Aktualizovaný DP MS SVL ČLS JEP; 28.09.2009
2. Hradec, Býma, DP Chronické srdeční selhání SVL ČLS JEP; 2008
3. Rosolová, Svačina, Widimský, Medical Tribune 26/2009
4. Je vše tak, jak má být?, Medical Tribune 26/2009

zprávu připravil Igor Karen



doc. MUDr. Václav Chaloupka, CSc.

**nejčastější
manifestací ICHS je
námahová angína
pectoris**

**přidání
trimetazidinu
k léčbě
významně snížilo
počet záchvatů**

Současná léčba anginy pectoris (AP) v ČR

Zpráva z přednášky **doc. MUDr. Václava Chaloupky, CSc.**, z Interní kardiologické kliniky FN v Brně „**ICHS v ordinaci praktického lékaře z pohledu kardiologa**“.

Podle průzkumů ve Velké Británii je nejčastější manifestací ICHS námahová angína pectoris (49%), poté je akutní infarkt myokardu (14%) a náhlá smrt (14%), dále nestabilní AP (7%). Prevalence AP podle dat z r. 2006 je u ve věkové skupině 45-54 let 2,5-5% u mužů a 0,1-1% u žen, a ve věku 65-75 let 10-20% u mužů a 10-15% u žen.

Studie ATP III (Angina Treatment Patterns Survey – III, Hradec J. et al. 2006) přinesla zajímavé informace o demografických údajích o nemocných s AP, o terapeutických a diagnostických zvyklostech lékařů, o úspěšnosti současné hemodynamické a revaskularizační léčby u pacientů se stabilní anginou pectoris a také klinické zkušenosti s metabolickou léčbou trimetazidinem.

Do průzkumu bylo zařazeno 1308 nemocných se stabilní anginou pectoris v průměrném věku 69 ± 10 let (56% mužů a 44% žen), kteří byli v péči u 136 ambulantních lékařů (60 internistů, 52 kardiologů, 30 praktických lékařů a 4 diabetologů).

Při první návštěvě byl dotazníkovou formou komplexně zhodnocen stav pacienta – anamnéza, rizikové faktory, údaje o dosavadní farmakologické a event. invazivní léčbě, aktuální symptomatologie AP a byla zahájena léčba trimetazidinem (Preductal®MR 35mg 2x denně).

Při kontrolní návštěvě po 3 měsících byl opět zhodnocen klinický stav pacienta, zejména symptomatologie a stupeň AP, byla hodnocena subjektivní kvalita života pacienta a snášenlivost léčby.

Klinická data pacientů

Pacienti s AP představují vysoce rizikovou populaci s průměrným BMI $28,3 \pm 4,0$ a s vysokým výskytem i dalších rizikových faktorů (hypertenze u 83%, tepová frekvence $72 \pm 11,6$, dyslipidémie u 77,9%, diabetes u 36,6%, současní kuřáci byli zastoupeni v 8,6%, bývalí kuřáci v 32,3%, infarkt v anamnéze mělo 49,6%, CMP v anamnéze 13,8%, abnormální koronarografie byla nalezena u 55,2%, u 39,7% pacientů byla provedena revaskularizace.

Při stanovení diagnózy AP byly v 96% případů přítomny typické symptomy, v 39,9% byl pozitivní zátěžový test, v 11,1% pozitivní zobrazovací test, v 55,2% pozitivní nález na koronárních tepnách.

Léčba

Při léčbě pacientů s AP byla u 88,6% pacientů

předepsána antiagregancia, u 12% perorální antikoagulancia, u 82,4% hypolipidemika, u 60,7% ACE-I, u 19,9% AT1 blokátory, u 14% antidiabetika.

V případě antiagregancií byla nejčastěji předepisována **kyselina acetylosalicylová (ASA)** v 82%, v 6% ticlopidin, v 6% clopidogrel a v 6% duální antiagregační léčba.

Z hypolipidemik se užívaly zejména **statiny** (91%), fibráty jen v 9%.

Z inhibitorů ACE se nejčastěji předepisoval **perindopril** (39%), dále ramipril (29%), cilazapril (7%), enalapril (6%), ostatní – v méně než 5%(19%).

V indikaci antianginózních léků byly v 79,7% užívány **beta-blokátory**, v 65,9% nitráty, v 39,1% blokátory Ca²⁺ kanály a v 19,6% molsidomin. V průměru každý pacient užíval 2,04 antianginózních léků.

Z betablokátorů byl nejčastěji předepsán **metoprolol** (47%), dále betaxolol (14%), bisoprolol (13%), carvediol (11%), atenolol (7%) a jiné (8%). Z nitrátů byl předepisován **ISMN** (74%), ISDN (16%), glycerol trinitrát (10%).

Z blokátorů Ca²⁺ kanálů se psal **amlodipin** (64%), felodipin (10%), verapamil (8%), nitrendipin (7%), isradipin (6%), jiné (5%).

Úspěšnost dosavadní léčby při první návštěvě

V průměru se jednalo o pacienty se středně závažnou formou AP (CCS 2), u 39,7% pacientů byla provedena rekanalizační koronární intervence, u 16,3% CABG. Pacienti byli v průměru léčeni 2 antianginózními léky, avšak přesto byli symptomatictí: bylo zjištěno že průměrně se u pacientů vyskytovalo 3,8 záchvatů AP za týden, anginózní bolesti při námaze udávalo 91,4% pacientů, pozitivní symptomatologii i v klidu 18% pacientů a dušnost 58,8% pacientů.

To znamená, že symptomatologie nebyla dostatečně kontrolovaná.

Léčba trimetazidinem (Preductal®MR)

Po přidání trimetazidinu k dosavadní léčbě došlo již po 3 měsících k významnému snížení počtu záchvatů AP z 3,8/týden na 1,3/týden, snížení dušnosti o 45%, snížení výskytu anginózní bolesti při námaze o 40% a v klidu o 83%(!), dále k významnému zlepšení závažnosti AP (dle CCS) ze stupně 2,3 na 1,6. Došlo k poklesu spotřeby nitroglycerinu a pacienti udávali celkové zlepšení kvality života.

zprávu připravila Jaroslava Laňková

Projekt MOET DM

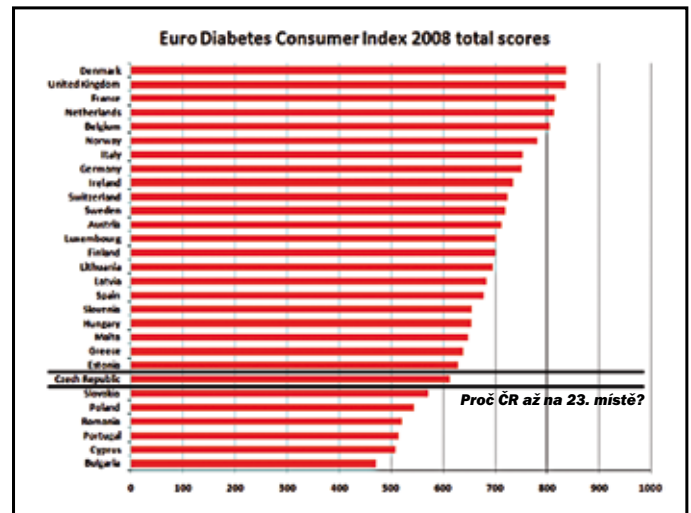


MUDr. Zdeněk
Hamouz

Součástí programu proběhlé konference SVL ČLS JEP byl i blok týkající se projektu MOET DM a problematiky péče o diabetiky v České republice.

Kvalitou péče o diabetiky se zabývala úvodní přednáška Doc Býmy a rovněž Dr. Hamouze, zatímni a skutečné výsledky studie MOET po prvním roce této studie hodnotil Dr. Karen. Studie MOET je významná jak problematikou, kterou se zabývá, tak i u nás dosti neobvyklou kombinací dvou odborností při její realizaci: diabetologů a praktických lékařů. Prvotním cílem studie je ověřit aplikovatelnost stávajících doporučených postupů do praxe a pro nás je jisté i možnost porovnat konkrétní výsledky diabetologů a zainteresovaných praktických lékařů při dosahování cílových hodnot léčby.

Je nutno říci, že výsledky praktických lékařů, kteří vstoupili do studie byly zcela srovnatelné s výsledky diabetologů. Dokonce v některých parametrech byly výsledky praktiků lepší (kupříkladu u glykovaného hemoglobinu), což ovšem mohlo být dáno i rozdílnou strukturou pacientů, která nebyla v tomto směru zkoumána. Zdá se, že i díky ochotě VZP může studie dále pokračovat



ky v Čechách. V Evropském srovnání totiž nedopadá Česká republika nejlépe a z 29 zemí hodnocených v rámci Euro Diabetes Consumer Index (EDCI) (1) je v hodnocení kvality péče o diabetiky až na 23. místě. (viz graf) Za námi zůstává v zásadě jen Slovensko, Maďarsko a vyjma Slovinska celý Balkán. Těchto výsledků dosahuje Česká republika přesto, že péče o diabetiky je u nás vázána ve více jak 80% na oborové specialisty, **což je v Evropě zcela raritní záležitost. Rovněž tak raritní jsou i preskripční a indikační omezení pro praktické lékaře.** Jak je vidno, jsou tato omezení spíše kontraproduktivní a ve skutečnosti brání komplexnější a efektivnější péči o diabetiky. Ostatně pokud vymezení oboru je dáno na něho vázanou farmakoterapií a nikoli především vlastní výsostnou kvalitou péče, nemohou být výsledky jiné.

V hodnocení EDCI nejde samozřejmě jen o kritéria odborná, je zkoumána i celková štedrost systému k nemocným, obecná dostupnost péče ale i její výsledky a výskyt komplikací dané choroby. Zatímco Češi jsou dostatečně vyšetřováni a léčení očními lékaři, jsou dostatečně často laboratorně hodnoceni (glykovaný hemoglobin) a vyšetřováni diabetology, pak v následných hodnoceních jsou průměrné hodnoty glykovaného hemoglobinu nedostatečné, je nedostatečná péče o diabetickou nohu, je vyšší počet amputací, nejsou dostatečně sledovány nefropatie. Křivka renálního poškození pak u nás stoupá rychleji než počet nových diabetiků. **I toto nelichotivé hodnocení vystihuje nutnost změnit charakter péče o diabetiky II. typu v Čechách a obrátit pozornost celé společnosti k této problematice.**

*zprávu připravil
Zdeněk Hamouz*

Literatura:

1) www.healthpowerhouse.com/files/edi-2008/2008-euro-diabetes-index-report.pdf



a že budeme mít možnost sledovat zařazené pacienty po delší dobu a tím získat ještě cennější data. I pro VZP je studie možností ověřit si mezioborovou nákladovost a celkovou efektivitu léčby.

Domníváme se, že praktici mohou pomoci řešit vcelku neutěšenou situaci v péči o diabeti-

Domácí měření krevního tlaku

Prevalence hypertenze v ČR v dospělé populaci ve věku 25–64 let se pohybuje kolem 35 % se zřetelným nárůstem ve vyšších věkových skupinách. Z toho vyplývá, že je nutné pátrat po výskytu arteriální hypertenze (AH) již v mladších věkových skupinách a nezaměřovat automaticky svou pozornost jen ke starší populaci, kde tuto diagnózu spíše očekáváme. Prognóza hypertenze totiž velmi záleží na včasném zachytu a adekvátní terapii, a to bez ohledu na jeho věk. Podle výsledků velkých metaanalýz účinná léčba AH přispívá ke snížení kardiovaskulární mortality o 16 % a cerebrovaskulární o 42 %. Léčba hypertenze pozitivně ovlivňuje postižení ledvin a u nemocných s diabetem mellitem navíc zpomaluje pokles ledvinových funkcí. Navzdory tomu, že v posledních dvaceti letech klesla úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění v ČR o 37,1 % u mužů a o 34,9 % u žen, stále však nedosahuje úrovně zemí Evropské unie 48%1.

Data z 61 prospektivních studií uvádějí, že se vysoký TK vyplácí léčit. Na 1 miliónu pacientů středního věku 49-60 let, se prokázalo, že snížení sTK o 2 mmHg znamená 10% snížení mortality na CMP a 7% snížení mortality na ICHS 2.

Doporučený postup diagnostiky a léčby arteriál-

ní hypertenze pro primární péči z roku 2007 věnuje kapitole domácího měření tlaku velkou pozornost neboť se zjišťuje, že část pacientů profituje z hodnot naměřených v domácích podmínkách. Je to dáno např. potlačením fenoménu bílého pláště a také dosažením vyšší compliance pacienta. Mj. dojde k ověření hodnot naměřených v ordinaci a tím pádem ke korekci kauzální terapie (tabulka 1).

Výhody

- nejen pro nemocné hypertenzí, ale i prevence
- měření v každodenních podmínkách
- možnost pravidelného měření TK
- zaznamenávání hodnot TK ráno i večer
- zlepšení vztahu pacienta k léčbě
- lepší kontrola léčby



MUDr. Otto Herber

Tabulka 1: Hodnoty krevního tlaku (v mm Hg) užívané k definici hypertenze při různých typech měření⁴

	Systolický tlak	Diastolický tlak
Měření TK v ordinaci	≥ 140	≥ 90
24-hodinová monitorace	≥ 130	≥ 80
- průměr v denní době	≥ 135	≥ 85
- průměr v noční době	≥ 120	≥ 70
Měření TK v domácích podmínkách	≥ 135	≥ 85

Tonometr na paži

OMRON M6 Comfort

s jednou manžetou pro normální i silnou paži

Jedna manžeta pro normální i silnou paži (obvod 22–42 cm)

Největší displej na trhu s ikonami pro spolehlivé hodnoty

Zachycení a indikace arytmií (nepravidelného pulsu)

Intellisense technologie inteligentního nafukování manžety

KLINICKY VALIDOVÁNO*



Jednotlačítkové ovládání

S technologií **Intelli sense** si inteligentně volí nafouknutí manžety podle aktuálního krevního tlaku.

Výhody:

- příjemné měření s nebolestivým stlačením paže
- jednoduchá obsluha
- vysoká přesnost (IP a BHS protokoly)
- vynikající odolnost proti arytmiím
- extra krátká doba měření



Česká společnost pro hypertenzi doporučuje pravidelné měření krevního tlaku

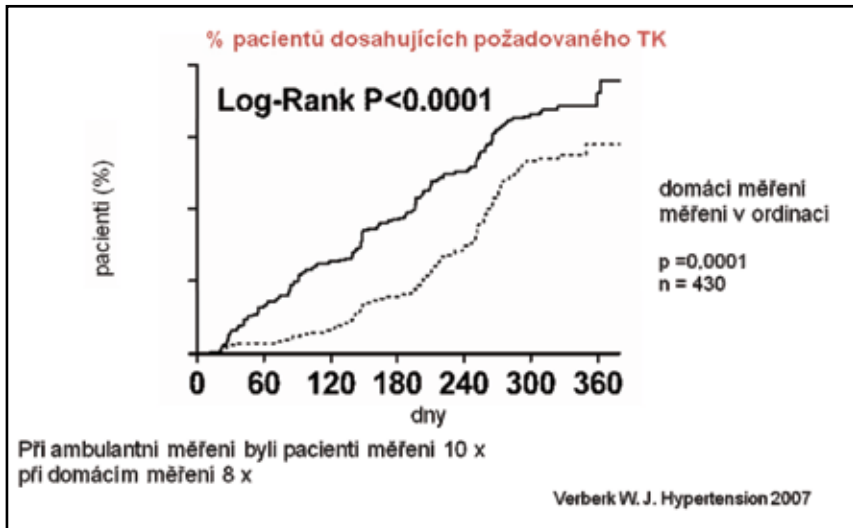
doporučená cena

1 952 Kč

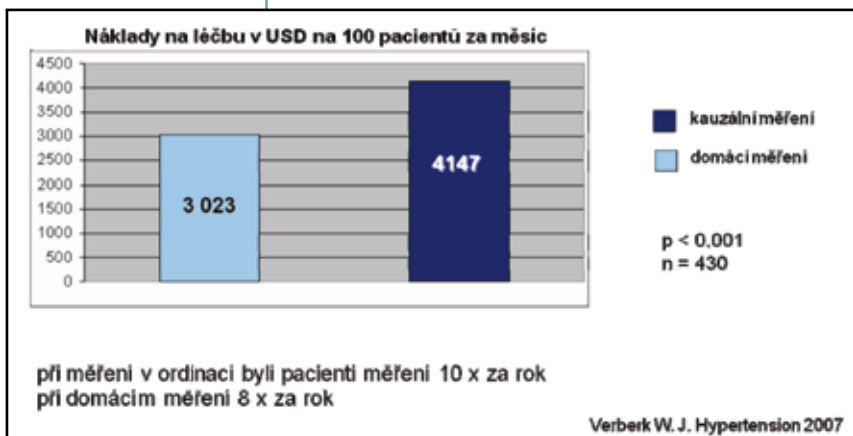
V lékárnách a zdravotnických potřebách

Obchodní zastoupení pro ČR: CELIMED s. r. o., telefon: 475 212 038, www.krevnitlak.cz

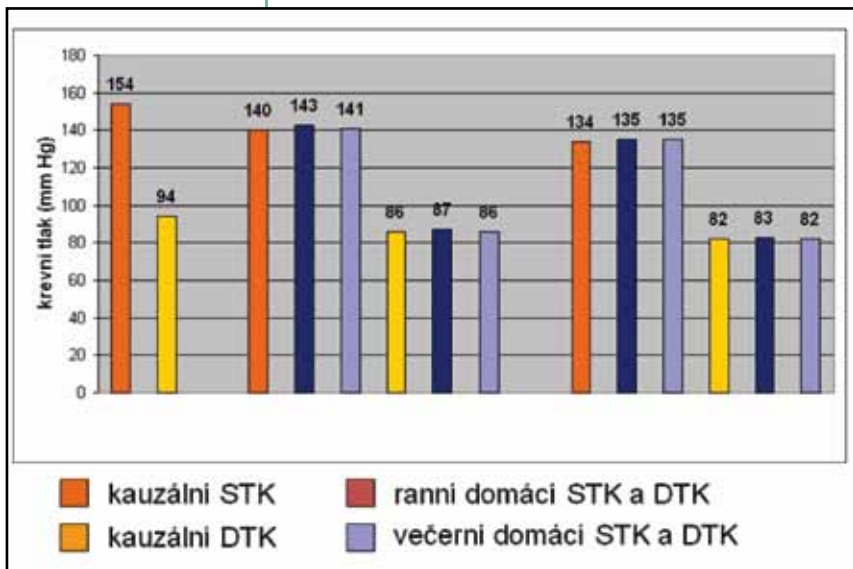
* International protokol, BHS protokol – splňuje doporučení České společnosti pro hypertenzi



Graf 1



Graf 2



Graf 3: Hodnoty TK (mmHg) naměřené u lékařů a v domácí prostředí

- snížení počtu návštěv u lékaře
- snížení nákladů na léčbu

Nevýhody

- možnost zkreslení hodnot špatnou technikou měření či nestandardizovaným přístrojem
- Pacientovi se doporučuje, aby dodržoval standardní podmínky při měření TK v domácích podmínkách:
- měření alespoň 2x denně, třikrát po sobě vždy

ve stanovenou dobu...s tím, že vždy první měření škrtne, zbylé dvě sečte a vydělí dvěma a výsledek zaznamená do svého deníku pacienta.

- měření na standardizovaném a kalibrovaném přístroji
- měření za standardních podmínek - např. na stejné paži, přiměřenou manžetou,
- tlakoměr ve výši srdce
- pokud je to možné doporučuje se hodnoty TK

je ukládat do paměti využívaného přístroje
Pro domácí měření lze využít poloautomatické přístroje auskultační nebo oscilometrické, které jsou validizovány podle BHS (British Hypertension Society) a AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrumentation). Validaci tonometrů pro domácí měření lze zjistit na www.dableducational.org. Digitální přístroje s manžetou přikládanou na prsty nebo zápěstí nejsou z důvodu značné nepřesnosti doporučovány.

Efektivita domácího měření TK je patrná z grafu 1. Při dlouhodobém sledování vykazuje domácí měření zlepšenou kontrolu tlaku. Je patrné, že kompenzace dosahujeme dříve a při menším počtu měření. Současně tyto klinické výsledky mají i ekonomickou úsporu, jak vyplývá z grafu 2.

Z posledního grafu je patrná úspora cca 11 dolarů na jednoho hypertonika měsíčně. Při vysoké a rostoucí prevalenci AH lze snadno dopočítat přímé úspory při self monitoringu vysokého tlaku pacientem.

V České republice nejsou známa čísla o efektivitě domácího měření tlaku ani nemáme povědomost o zájmu pacientů do jaké míry by chtěli a jsou ochotni si svůj krevní tlak sledovat sami. Proto vznikl v dubnu 2009 projekt s názvem Domácí měření tlaku (DOMET), který má alespoň z části dát na tyto otázky odpověď. Projekt byl realizován v ordinacích všeobecných praktických lékařů a jejich registrovaných pacientů a podpořen Společností všeobecného lékařství ČLS JEP za finančního zajištění společnosti EGIS. Všechna měření v tomto projektu byla prováděna na homologovaných a validovaných přístrojích Tensoval duo control firmy Hartmann- Rico, zpracování dat provedla Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové.

Cílem projektu bylo porovnání hodnot při domácím měření krevního tlaku a při měření v ordinaci praktického lékaře, podpořit význam domácího měření krevního tlaku, přispět ke standardizaci měření.

Měření bylo prováděno lékařem na začátku sledování, pak po 4 týdnech od zahájení sledování po 3 měsících od zahájení sledování. Měření TK pacientem proběhlo po 3 týdnech od zahájení sledování, a to 4 dny před návštěvou lékaře vždy 2 x denně – ráno před užitím léku mezi 6.–

9. hodinou a večer mezi 20.–22. hodinou. Dále po 3 měsících od zahájení sledování ve stejném režimu jako při předchozím cyklu tzn. 4 dny před návštěvou lékaře rovněž vždy 2 × denně – ráno před užitím léku mezi 6.–9. hodinou a večer mezi 20.–22. hodinou všechny hodnoty si pacient zaznamenává do záznamníku.

Výsledky

Projektu se zúčastnilo 286 lékařů, bylo zařazeno 562 pacientů, 51% mužů a 46% žen (3% nevedla pohlaví).

V průběhu projektu TK naměřený lékaři klesl po 4 týdnech z průměrné počáteční hodnoty 154/94 na 140/86 a po 3 měsících na 134/82. TK měřený v domácím prostředí po 4 týdnech od začátku sledování v ranních hodinách 143/87 a večer 141/86 (hodnoty jsou průměrem měření za 4 dny před návštěvou u lékaře). Po 3 měsících klesl průměrný TK naměřený v domácím prostředí na hodnoty ráno 135/83 a večer 134/82 (graf 3).

Závěrem lze konstatovat, že v průběhu tříměsíčního sledování došlo k poklesu TK (hodnoceno v absolutních číslech) avšak vzhledem k nekompletnosti dat nelze určit statistickou významnost. Přesto můžeme konstatovat, že došlo k pozitivnímu ovlivnění hodnot AH. Z toho důvodu tyto potenciálně příznivé výsledky použijeme jako základ projektu v příštím roce, který se při dalším rozpracování může stát podkladem pro koncepci zvýšení compliance pacientů v léčbě AH. Lze tak vytvořit podklady pro tvorbu Standardů edukace pacienta vč. standardizace získání záznamů naměřených hodnot.

Literatura:

1. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007 Cor Vasa 2008;50(1):Kardio.
2. Lewington S. Lancet 2002
3. European cardiovascular disease statistics 2008 www.ehnheart.org

Výsledky léčby sibutraminem v iniciální šestitýdenní fázi studie SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcomes Trial)

Obezita v ordinaci VPL, ale i v ordinacích specialistů se stále více a více dostává do popředí zájmu. Je to dáno tím, že prakticky třetina populace trpí nadváhou či obezitou a její další incidence rok od roku stoupá, a to nejen v ČR. Dá se říci, že je to negativní fenomén naší doby a zároveň daň za přepych a pohodlí vyspělého světa.

Všichni lékaři se ve svých praxích setkávají s obézními pacienty, kteří již kardiovaskulární onemocnění mají nebo s nemocnými, kteří jsou ještě bez projevů kardiovaskulárního one-

DOMET
Projekt domácího měření tlaku

FORMULÁŘ PACIENTA č. 1

Iničially pacienta: _____
Rok narození: _____
Pohlaví (zaznamnejte): ☐ muž ☐ žena

Měření lékařem před začátkem sledování
Datum: _____
Krevní tlak: _____ / _____ mmHg

Měření pacientem po 4 týdnech od začátku sledování

4 dny před návštěvou lékaře	ráno	večer
Krevní tlak:	_____ / _____ mmHg	_____ / _____ mmHg

3 dny před návštěvou lékaře	ráno	večer
Krevní tlak:	_____ / _____ mmHg	_____ / _____ mmHg

2 dny před návštěvou lékaře	ráno	večer
Krevní tlak:	_____ / _____ mmHg	_____ / _____ mmHg

1 den před návštěvou lékaře	ráno	večer
Krevní tlak:	_____ / _____ mmHg	_____ / _____ mmHg

Měření lékařem po 4 týdnech od začátku sledování (v den návštěvy)
Krevní tlak: _____ / _____ mmHg

Měření pacientem po 3 měsících od začátku sledování

4 dny před návštěvou lékaře	ráno	večer
Krevní tlak:	_____ / _____ mmHg	_____ / _____ mmHg

3 dny před návštěvou lékaře	ráno	večer
Krevní tlak:	_____ / _____ mmHg	_____ / _____ mmHg

2 dny před návštěvou lékaře	ráno	večer
Krevní tlak:	_____ / _____ mmHg	_____ / _____ mmHg

1 den před návštěvou lékaře	ráno	večer
Krevní tlak:	_____ / _____ mmHg	_____ / _____ mmHg

Měření lékařem po 3 měsících od začátku sledování (v den návštěvy)
Krevní tlak: _____ / _____ mmHg

4. I. Karen, J. Widimský jr. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze SVL ČLS JEP, 2. aktualizované vydání 2008.

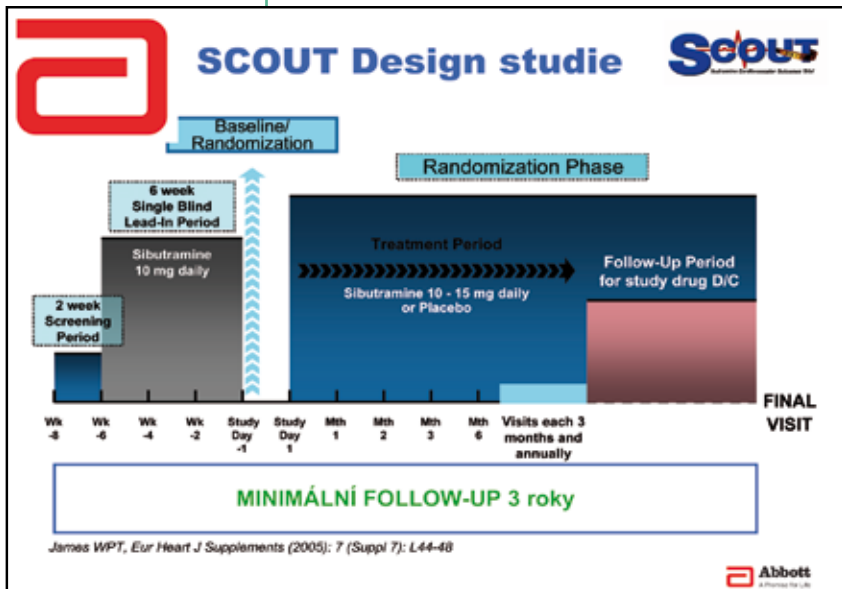
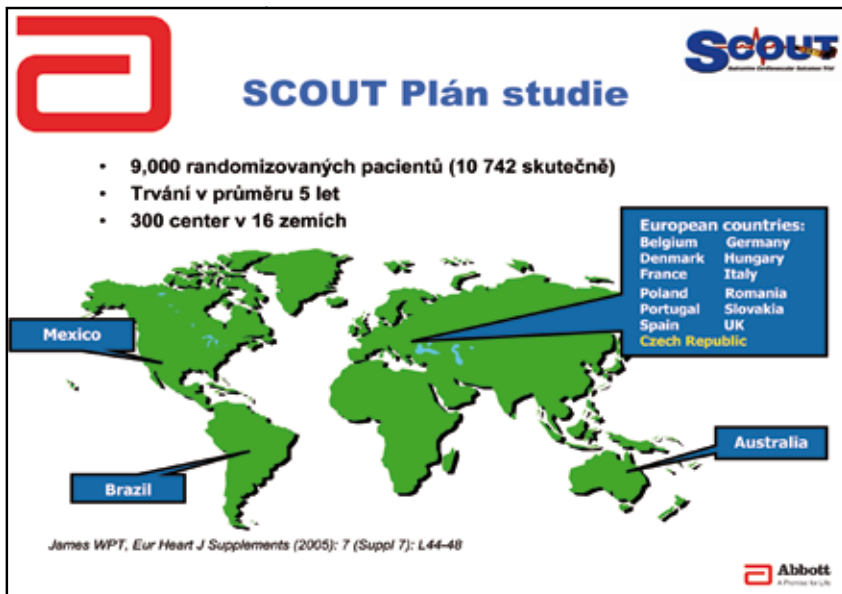
MUDr. Otto Herber, MUDr. Igor Karen

Obr. 1
(část formuláře)



MUDr. Igor Karen

mocnění, ale s vysokým rizikem jeho výskytu. U těchto pacientů je bohužel dnes nejužívanější a dobře tolerované antiobezitikum sibutramin kontraindikováno, ačkoli léčba sibutraminem by byla více než logická nejen pro účinek na obezitu, ale i pro komplexní efekt na další rizikové faktory kardiovaskulárního onemocnění. A právě efekt na lipidový a glykemický profil, redukce viscerálního tuku, pokles krevního tlaku, tedy nad rámec účinku sibutraminu na obezitu, by mohl napomoci k redukci kardiovaskulární morbidity a mortality.



SCOUT srovnání studie a dnešního SPC

Kritéria	SCOUT	SPC
věk	≥ 55	18 – 65
BMI	≥ 27 or ≥ 25 + pas ≥ 102 cm (M) or ≥ 88 cm (Ž)	≥ 30 nebo ≥ 27 + komorbidita
ICHHS	Možná	KI
ICHDK	Možná	KI
CMP/TIA	Možná	KI
*Léčená hypertenze	≤ 160/100 mmHg	≤ 145/90 mmHg
Srdeční selhání	Možná (jen třída I & II, NYHA)	KI

* EU Summary of Product Characteristics

Abbott

ký syndrom. Naopak nelze sibutramin v současné době podávat při stávajících diagnosách u pacientů s ICHDK, ICHS, st.p.AIM, CMP, TIA apod. Proto jsou s napětím očekávány výsledky studie SCOUT, v níž byl sibutramin podáván právě těmto nemocným a sledován výskyt infarktů myokardu, cévních mozkových příhod, resuscitací pro srdeční zástavu a kardiovaskulární mortalita.

Tato studie byla realizována ve 300 centrech a 16 zemích z celého světa, celkem bylo zařazeno 10 742 pacientů, kteří byli sledováni po dobu minimálně tří let.

Nyní již prvotní publikované výsledky studie SCOUT se týkají úvodního období léčby před randomizací na placebovou a sibutraminovou větev. Z 10 742, respektive z 9.000 randomizovaných účastníků studie mělo 97 % kardiovaskulární onemocnění, 88 % hypertenzi a 84 % diabetes 2. typu.

Co je pro nás, jako lékaře, ale samozřejmě i pro pacienty velmi přínosné, že se ukázalo, že současně s poklesem tělesné hmotnosti klesal i krevní tlak. Během prvních šesti týdnů podávání sibutraminu poklesla průměrná hmotnost o 2,2 kg, obvod pasu se zmenšil v průměru o 2,0 cm u mužů a 2,9 cm u žen. Systolický krevní tlak poklesl o 3,0 mm Hg a diastolický o 1,0 mm Hg. Pulsová frekvence se zrychlila o 1,5 pulsu za minutu. Všechny změny byly statisticky signifikantní na hladině $p = 0,001$. Vzestup krevního tlaku (při opakovaném měření o 10 mm Hg) byl zjištěn pouze u 4,7 % osob.

Celkem 15 pacientů zemřelo a u 26 pacientů byla v uvedených prvních šesti týdnech studie zaznamenána kardiovaskulární příhoda, což odpovídá výskytu v placebových větvích jiných kardiovaskulárních studií. Zvýšení krevního tlaku lze očekávat u nízkého procenta pacientů, převážně u normotoniků a u diabetiků s normotenzí. U hypertoniků naopak převažuje centrální sympatolytický efekt sibutraminu a krevní tlak se snižuje. Iniciální sledování ve studii SCOUT ukázalo, že u pacientů, u kterých je dnes podání sibutraminu kontraindikováno, je efekt velmi výhodný. Komplikace léčby jsou velmi vzácné. Rovněž u hypertoniků jsou nežádoucí účinky méně vyjádřeny a krevní tlak obvykle klesá. Sibutramin je tedy podle této části studie vhodný také u vysoce rizikové populace s rizikem dalších kardiovaskulárních příhod, a lze tak předpokládat, že pro ně bude představovat lepší alternativu než dnes jediné dostupná bariatrická chirurgie

zprávu připravil Igor Karen

Literatura:

1. Karen, Souček, Aktualizovaný DP MS SVL ČLS JEP; 28.09.2009
2. Hradec, Býma, DP Chronické srdeční selhání SVL ČLS JEP; 2008
3. Rosolová, Svačina, Widimský, Je vše tak, jak má být?, Medical Tribune 26/2009

Dle dnešních indikací v SPC lze sibutramin indikovat pouze a jen v určitých omezených indikacích - věková kategorie 18-65, kontrolovaná AH s max.hodnotami 145/90, DM, Metabolic-

Prevence - aktuality

Na výroční konferenci v Brně byla opět hojně zastoupena i témata z oblasti preventivní medicíny. Kromě prezentace doporučených postupů na ICHS, Metabolický syndrom a Geriatrie, které poukazovali i na problematiku prevence, se

ci v Brně a Praze – viz. další info v tomto čísle. V sekci intervenční preventivní medicíny jsem mluvil na téma **Life Style Medicine jako nový obor - exprese genů a determinanty zdraví**, kde vyzvedl studie z oblasti Epigenetiky, která

se zabývá přenosem a projevem dědičné informace neurčené pořadím nukleotidů v sekvenci nukleové kyseliny. Popsal epigenom jako jiný "genetický kód" než DNA sekvence, na který mají vliv změny životního prostředí a životního stylu jedince. Dle studií se ukázalo, geny jsou „zapínány“ nebo „vypínány“ působením environmentálních vlivů a že tyto změny jsou transgenerační – přenášejí se i z generace na generaci. Studium epigenetické difference v průběhu života se nejlépe sleduje na monozygotních dvojčatech, kde startovací linie DNA je prakticky totožná a s odstupem času lze sledovat změny v charakteru DNA. Dále

představil studie Dr. Ornise o Intenzivní změně životního stylu na regresy nádoru prostaty či změnách ve funkci genů prostaty. Uvedl, že GEMINAL STUDY poskytuje průlomové informace o tom, že exprese prostatických genů může být měněna a regulována způsobem stravování a životním stylem.

zprávu připravil Jozef Čupka



ve čtvrtek (12.11.09) konal **Workshop praktiků s poradnou pro odvykání kouření a dalších nových zájemců o poradny v ordinacích**.

Mluvil se zde o aktuální činnosti poraden, rozebírali se zkušenosti z praxe a spolupráce kolegů v regionech i s lokálními Centry léčby závislosti na tabáku. Účastnili se ho i noví zájemci o certifikovaný seminář, který se bude konat v prosin-

Technika v ordinaci praktického lékaře

V již tradiční „Technické sekci“ vystoupili zástupci předních výrobců a distributorů techniky pro praktické lékaře:

Celimed/Omron informovala o nutnosti pravidelného ověřování přístrojů: po stránce metrologické dle zákona 505/1990 Sb o metrologii a 2 roky (tedy zejména tonometry, teploměry a váhy) a roční periodické prohlídky ostatních přístrojů dle zákona 123/2000 Sb.(zdravotnické přístroje tedy zejm. EKG, sterilizátory, inhalátory). Byly též představeny moderní typy tonometrů a inhalátorů.

Compek představila zejména svoji „vlajkovou loď“ - přístroj ABI Bosso 100, který jednoduše a rychle na základě poměru mezi arteriálním tlakem na dolních a horních končetinách odhalí ischemickou chorobu DKK. Výhodou je, že jej může obsluhovat zdravotní sestra a tedy lékaře časově nezatěžuje. Zajímavé bylo představení systému umožňujícího propojení téměř všech přístrojů v ordinaci tak, aby se výsledky jejich měření mohly automaticky zapisovat do počítače a byly tak dlouhodobě a přehledně k dispozici.

Medicton Group nabídla lékařům možnost pravidelné kontroly všech přístrojů dle výše uvedených zákonů s tím, že vezme na svá bedra též sledování termínů. Dominantním přístrojem byl vyvolávací systém do čekáren, který do nich vnáší pohodu, protože odpadá dohadování „kdo byl dříve“. Velmi jednoduchá instalace (přenos signálu je bezdrátový a tedy vlastně stačí přístroj zapojit pouze do zásuvky) jej dělá velmi atraktivním.

Autocont nabídla lékařům exkluzivní slevy na nákup hardwaru i softwaru a též systém dlouhodobé péče o počítače i programy přímo v ordinacích lékařů. Část sdělení o datových schránkách upozornila na povinnost lékařů, kteří mají ordinaci jako s.r.o. ji skutečně povinně užívat! Byla konstatována jejich výhodnost i jednoduchost obsluhy zejména pomocí nástrojů, které jsou přímo v Outlooku, takže určitě mohou být zajímavými i pro lékaře – OSVČ, protože ušetří čas i peníze.

zprávu připravil Cyril Mucha



MUDr. Jozef Čupka



MUDr. Cyril Mucha

Pandemická chřipka – praktické aspekty očkování



MUDr. Michael Vít,
Ph.D.

Zpráva z přednášky hlavního hygienika ČR MUDr. Michaela Víta, Ph.D. k problematice pandemické chřipky a vakcinací

Epidemiologie

V současné době se po celém světě šíří pandemie chřipky, která se objevila po 41 letech. Nyní je v celém světě evidováno nejméně 500 000 případů a více než 6000 úmrtí. V Evropské unii je největší výskyt ve Velké Británii, Španělsku a Francii. V České republice je hlášen výskyt akutních respiračních onemocnění s frekvencí 1350 případů na 100 000 obyvatel. Ke dni 5.11.2009 bylo v ČR potvrzeno 394 onemocnění pandemickým virem chřipky H1N1, z toho 1 úmrtí. Z hlediska chřipkového onemocnění se zdá, že **jedno ohnisko je v Karlovarském kraji a druhé v Praze**. Zatímco před 3 týdny byli více postiženi lidé ve věku 40 let a více, nyní se nemoc projevuje v nižších ročních věcích (ročník 1981-1968). Z hlediska informování veřejnosti je bohužel nutno konstatovat, že sdělovací prostředky mají sklon k akcentaci nepříznivých údajů.

Příznaky

Nejčastějšími příznaky onemocnění pandemickým kmenem H1N1 jsou **horečka, myalgie, malátnost, bolesti hlavy a v krku, nauzea, zánět horních cest dýchacích, kašel a rýma** (zpráháno). Mezi nejaktuálnější otázky patří otázka vakcinace.

Vakcinace

V ČR se bude očkovat **inaktivovanou pandemickou vakcínou Pandemrix**. Podle dosavadních zkušeností není podání vakcíny spojeno s významným výskytem nežádoucích účinků. Podle zkušeností s vakcinací v zahraničí je udáván 1 vedlejší účinek na 1 milion očkovaných. Z epidemiologického hlediska je **předpoklad, že loňská sezónní vakcína navozuje zkříženou ochranu proti letošnímu pandemickému viru chřipky**, takže pacienti očkovaní loni by měli mít určitou schopnost obrany. V ČR je plánováno přeočkovat přibližně 250 000 rizikových nemocných, kteří by měli být očkováni v ordinacích PL, 160 000 zdravotnických pracovníků, jejichž očkování proběhne v očkovacích centrech - s výjimkou praktických lékařů a jejich středně zdravotnických pracovníků, kteří se přeočkují sami ve svých ordinacích a 90 000 pracovníků infrastruktury důležité pro chod státu - ti budou očkováni v očkovacích centrech. **V týdnu od 16.11.2009 má být dovezeno prvních 95 000 dávek, do konce roku dalších 330 000 dávek. Každý PL má dostat v týdnu od 16.11. úvodních 10 dávek (1 amp.) a všechny ordinace budou postupně vakcínou dovybavovány.** S vakcínou bude dodán i odpoví

ovídající počet injekčních stříkaček. V této první vlně by měli být očkováni PL a jejich středně zdravotnický personál. Návod na provedení vakcinace je zveřejněn na webové stránce Sdružení praktických lékařů ČR (www.splcr.cz). Každý, kdo bude vakcinován, musí podepsat **informovaný souhlas**, který je zveřejněn na webové stránce Společnosti všeobecného lékařství (www.svl.cz). Pacient, který odmítne očkování, má podepsat do dokumentace nesouhlas - negativní revers. Pacienti jsou zváni k očkování korespondenčním lístkem nebo telefonicky, dle zvyku jednotlivých ordinací.

Odpovědnost za nežádoucí účinek, který vznikne v souvislosti s vakcinací, nese stát. Stát rovněž hradí vakcínu a injekční stříkačky, takže **pacient v souvislosti s očkováním proti pandemické chřipce nic neplatí**. Přestože, jak již bylo uvedeno, hradí vakcinaci stát, musí se každé očkování vykázat na zdravotní pojišťovnu, u které je pacient registrován a to **kódem 02300 a diagnózou Z25.3**. Kontraindikací k očkování není gravidita ani kojení. Pokud se vyskytne pacient, který má být očkován proti pandemické chřipce H1N1 i proti nepandemické chřipce, lze očkování provést v jeden den a to do jednoho a druhého ramene nebo s odstupem 14 dnů mezi jednotlivými vakcinacemi.

Pacienti jsou očkováni **1 dávkou i.m.** s výjimkou pacientů dialyzovaných a těch, u kterých je i.m. aplikace kontraindikována, a kteří musí dostat injekci s.c. - tam je nutno očkovat 2 dávkami.

Přestože se udává nutnost očkovat najednou 10 pacientů z 1 ampule, data o stabilitě očkovací látky ukazují, že vakcínu je možno v mimořádných případech použít do 24 hodin. Např. je možno zvát pacienty na vakcinaci v odpovídajících ordinacích hodinách a nedostaví-li se všichni pozvaní, je možno látku doočkovat druhý den ráno.

Sérologické vyšetření viru H1N1

Hodně pacientů již nyní žádá sérologické vyšetření na virus H1N1 v ordinaci PL. Sérologické vyšetření mají, dle sdělení hlavního hygienika, smysl pouze pro detekci pandemie a ne pro obtíže nemocných. Praktický lékař má stanovit diagnózu na základě svého vyšetření.

Léčba

Léčba pandemické chřipky je symptomatická. Léčba přípravkem **Tamiflu** je indikována pouze u závažných případů. PL by měli s vakcínou dostat i 10 balení Tamiflu, která jsou určena pro případnou léčbu zdravotnických pracovníků, u kterých byla kontraindikována vakcína proti pandemické chřipce a pro nenačkované polymorbidní

na internetových stránkách
<http://www.leky.sukl.cz/> byla zveřejněna nová rubrika Informace k pandemii chřipky

pacienty vykazující známky onemocnění. Zbytek přípravku Tamiflu bude distribuován na infekční oddělení krajských nemocnic.

Dovětek

A jeden dovětek. Pokud v ČR vypukne pandemie chřipky, jsou zdravotničtí pracovníci povinni poskytnout zdravotnickou pomoc. Takže si neplá-

nujte dovolenou na uvedené období. V současné době také probíhá jednání mezi hlavním hygienikem ČR a OSSZ o možnosti vystavovat pracovní neschopnosti zpětně s odstupem 5 dní tak, aby se nemocní s pandemickou chřipkou a nemocní bez chřipky setkávali v ordinaci co nejméně.

zprávu připravila Marie Manoušková

Profesionální uspokojení – interaktivní seminář

V Brně se uskutečnilo již čtvrté pokračování se seriálu interaktivních seminářů, ve kterých dostávají praktičtí lékaři příležitost hovořit sami o sobě a své práci a ve kterých se snaží, na pozadí vlastních příběhů, hledat obecné charakteristiky oboru všeobecné praktické lékařství. Zátitmco „Nejistoty a pochyby“, „Syndrom vyhoření“



ze semináře profesionální uspokojení

a „Chyby a omyly“ byla vážná témata, zaměřená na možné negativní aspekty práce ve všeobecné praxi a rizika, která ji provází a kterým se lze do určité míry vyvarovat, téma letošního semináře bylo veskrze pozitivní.

Seminář byl o tom, co se nám daří, co nám v praxi dělá radost, jakých úspěchů a zadostiučinění dosahujeme, jak se z nich dokážeme těšit a jakého profesionálního uspokojení dosahujeme. Profesionální uspokojení je často diskutovaným tématem a řada autorů se shoduje na tom, že jeho význam je dokonce větší, než je uspokojení osobní. Otázkou je, zda profesionálové, kteří se starají o pocit uspokojení jiných, ví, jak dosáhnout uspokojení svého. Pro poskytovatele služeb v primární péči, lékaře nebo sestry, platí, že profesionální uspokojení je významnou determinantou uspokojení klientů.

Seminář byl rozdělen na dvě části.

V první části byl proveden bodový průzkum profesionálního uspokojení přítomných lékařů a sester. Profesionální uspokojení bylo pro potřeby analýzy rozděleno na několik dimenzí, jako např.

pocit nezávislosti a síly, práce v bezpečných podmínkách z hlediska udržení zdraví, osobní a profesní úspěchy v ordinaci, vztahy k pacientům a komunikace, interpersonální vztahy, společenská podpora a postavení, odměna za práci a sebeúcta. Účastníci byli požádáni, aby zhodnotili svoje uspokojení v perspektivě těchto dimenzí ve škále 1-5. Zároveň byli požádáni, aby dotazník předali svým sestrám/lékařům a kolegům.

V další části byli lékaři a sestry vyzváni, aby popsali některé konkrétní příklady svých aktivit, úspěchů nebo výsledků v klinické oblasti, organizaci práce nebo v komunikaci, které jim přinesly pocit profesionálního uspokojení. Z bohaté diskuse vybírám následující příklady:

- organizace nově vybudované praxe, zavedení recepce
 - pohoda na pracovišti, týmová práce, radost ze vztahu lékař-sestra
 - úspěšný výběr nové sestry do praxe
 - radost z včasné diagnózy u složitějšího případu
 - organizace kurzu 1.pomoci pro malou skupinu lékařů
 - potěšení soudního znalce, kterému se podařilo obhájit všechny kolegy praktické lékaře
 - zavedení internetu a softwarové vybavenosti v ordinaci
 - radost z elektronického pořadače v čekárně
 - organizace školení školence v ordinaci
 - úspěšné zajišťování následné péče pro pacienty
 - vymalování čekárny na oranžovo
 - uznání od specialistů v regionu
 - radost z toho, že práce po 30 letech pořád baví
- Na závěr zazněly praktické rady, jak zvyšovat pocit uspokojení a radosti z práce v ordinaci, např. chováním k pacientům, vzájemnou podporou mezi lékařem a sestrou nebo setkáváním se s kolegy.

V pozadí námětu a diskuse byl jako vždy vědecko-výzkumný záměr autorů z Ústavu všeobecného lékařství 1.LF UK v Praze, který by měl vyústit v publikaci v roce 2010 a v poselství pro studenty lékařské fakulty.

*zprávu připravili
Bohumil Seifert, Jana Vojtíšková*

Oftalmologie



MUDr. Petr Kolář,
Ph.D.



MUDr. Pavel Strnad,
CSc.



MUDr. Dušan Bartoš,
CSc.

Ráno posledního dne konference bylo zahájeno poutavým blokem a to oční problematikou. Zazněla tři sdělení z problematiky tohoto oboru, bezesporu pro nás, všeobecné praktické lékaře, aktuální.

Prvním bylo sdělení **MUDr. Petra Koláře, Ph.D.** z oční kliniky FN Brno-Bohunice:

Věkem podmíněné makulární degenerace (VPMD nebo AMD)

VPMD je multifaktoriální onemocnění (vlivy zevního prostředí, predisponující geny), s narůstajícím výskytem, odpovídajícím stále vyššímu počtu seniorů a seniorů zejména aktivních. VPMD vede často k významnému poškození zraku, zejména v centrální oblasti vidění, periferní vidění nebývá postiženo - k úplné slepotě tedy onemocnění nevede. Rizikové faktory: věk (starší 50 let a zejména pak 75 let), pohlaví (výrazně více ženy - snížena protekce estrogeny) kouření, strava, hypertenze, nadměrná expozice světlem - fototoxická zejména modrého světla - akumulace lipofuscinu v sítnici. Dále oční změny jako světlá barva duhovky, katarakta a její operace, hypermetropie. Nepříznivě působí rovněž zhoršené prokrvení retiny. Rozdělení: VPMD se vyskytuje ve dvou typech. I. typ VPMD - tzv. suchá - atrofická forma, s defekty pigmentového epitelu tvoří depozita mezi RPE a Bruchovou membránou. Tato depozita se nazývají makulárními drúzy. Utiskují buňky RPE (retinopapilární epitel) a vedou tak až k buněčné apoptóze. Makulární drúzy jsou tzv. měkké - konfluentní a tvrdé - solitární. II. typ VPMD je tzv. vlhká forma. Dochází k proliferaci kapilár do subretinálního prostoru, k chorioideální neovaskularizaci (CNV). Neovaskularizace je zdrojem serózní a hemoragické sekrece, dochází k ablaci pigmentového epitelu, k tvorbě pseudotumorů (exsudát, krev a depozita) a k poklesu až apoptóze buněk RPE, klesá počet melanosomů, akumuluje se lipofuscin. **Terapie:** především pokud lze, tak ovlivnit, resp. odstranit RF - kouření, TK „držet na bezpečné hladině“, zde 135/80. **TH vlhké formy VPMD:** prováděna buď fotodynamickou terapií (preparát Visudine a netermální laser) či intravitreální aplikace ranibizumabu (Lucentis) od 4/09 i pegaptanibem (Macugen). **TH suché formy VPMD:** zásadní je suplementace luteinem, zeaxantinem a zinkem (OcuVite lutein forte, Avilut Plus, Protectum Extra): lutein a zeaxantin mohou odfiltrovat až 60% viditelného světla. Ovlivnit oxidativní stres, tj. volné O₂ radikály, nenasycené mastné kyseliny, expozici světla - to jsou především hlavní faktory vzniku a progresu tohoto typu onemocnění. Dvě klinické studie - AREDS a LUNA - prokázaly, že antioxidanty (betakaroten, vitamin E a C) bez luteinu a zeaxantinu mají účinek sporný. I VPMD

nás utvrzuje v důležitosti očních preventivních prohlídek „ zdravé populace“ (zvláště vyššího věku) a nejen u pacientů dispenzarizovaných. Možnost vyslovit podezření na toto onemocnění je nejen z anamnézy, ale i vyšetřením - a to samotným pacientem - na tzv. Amslerově mřížce. Ta je k dispozici jako součást poučení u očního lékaře, je možné a vhodné samozřejmě mít i v ordinaci VPL - dotazníky vyžádat u firem vyrábějících oftalmologika

Druhá přednáška **MUDr. Pavla Strnada, CSc.** ze stejného pracoviště se týkala Glaukomu. **Glaukom = zelený zákal** neznámá jedno onemocnění, jde o skupinu, kterou spojuje zvýšený nitrooční tlak (NOT). Až na uvedené výjimky, respektive zvýšený NOT ne vždy znamená glaukom.

V současné době je glaukom nejčastější příčinou slepoty ve světě, počty narůstají. Glaukomové poškození, to je poškození nervových buněk sítnice a jejich vláken a projevuje se pak defekty v zorném poli = skotomy. Jsou to změny ireverzibilní a pokud nejsou léčeny, znamenají progresi onemocnění (progresivní neuropatie - ztráta gangliových buněk sítnice a jejich neuronů) a nejen poškození zrakového nervu, ale v podstatě celé zrakové dráhy. Zrádnost onemocnění spočívá v prakticky němém období, kdy pacient nepozoruje snížení zrakové ostrosti (! k ní také nedochází, jsou to skotomy, které způsobují v tom určitém místě ztrátu vizu!), jedině opatření preventivní vyšetření u očního lékaře (NOT). Anatomickým kolerátem je atrofie papily zrakového nervu - částečný nebo pak úplný zánik nervových vláken n. optici. Glaukomové poškození a rizikové faktory: jsou to - zvýšený NOT (nad 16 - 17 mmHg), výskyt normotonickeho glaukomu (naštěstí relativně vzácné), dále myopia, pohlaví, rasa, pozitivní RA, oběhové poruchy, systémová hypertenze, diabetes mellitus, ale i stres. Nutné odlišit nitrooční hypertenzi - jde o opakovaně zjištěný zvýšený NOT, beze změn však na sítnici či zrakovém nervu. V případě nitrooční hypertenze nutná dispenzarizace oftalmologem - může dojít k rozvoji glaukomu! Ke zvýšení NOT dojde buď na základě nadměrné tvorby nitrooční tekutiny, nebo k jejímu nedostatečnému odtoku. V prvním případě hovoříme o **glaukomu s otevřeným úhlem**, ve druhém pak o glaukomu s uzavřeným komorovým úhlem. **Glaukom s uzavřeným úhlem**, tj. ztíženým odtokem komorové tekutiny je častější. Dlouho může být bezpříznakový. **Akutní glaukom, resp. akutní glaukomový záchvat** je náhlou příhodou, vyžadující okamžitě TH a převoz na oftalmologii. Projevuje se silnou jednostrannou hemikranií, bolestí oka, překrvením spojivek, myd-

riázou, resp. zneokrouhlením pupily, NOT dosahuje vysokých hodnot kolem 40 mmHg i více. Pro celkovou alteraci nausea, zvracení, bolest břicha! mylnou dgn. NPB! TH glaukomového záchvatu – ještě před převozem p.o. acetazolamid – Diluran p.o., kp. miotika (Pilocarpin). Princip léčby glaukomu je trvale snížit NOT - možnosti: 1. léky, 2. laserové zákroky, 3. operativně. Léky snižující tvorbu nitrooční tekutiny: betablokátor (Timolol, Betaxolol...) sympatomimetika (epinefrin...), inhibitory karboanhydrázy (lok. dorzolamin...). Léky ovlivňující odtok nitrooční tekutiny: syntetická analoga prostaglandinů, parasympatomimetika – miotika (Pilocarpin...), selektivní sympatomimetika (Clonidin...)

Cíl TH glaukomu: trvale snižovat NOT, jak již uvedeno, zachovat zorné pole, zrakové funkce, zpomalit progresi poškození zrakového nervu, zachovat kvalitu života.

Pozor na léky zhoršující glaukom: s otevřeným úhlem - kortikoidy; s uzavřeným úhlem - atropin, některá spasmolytika, tricyklická antidepresiva, IMAO, antipsychotika, některá antihistaminika, antiparkinsonika.

Pozor na nežádoucí účinky betablokátorů, byť lok. aplikovaných.

Úkol VPL pro včasnou diagnózu glaukomového onemocnění: vyhledat RFI, na těžké myopiky!, na pacienty s chronickou TH kortikoidy.

Poučit pacienta.

Posledním sdělením s oční tematikou bylo sdělení neméně zajímavé a potřebné **MUDr. Dušana Bartoše, CSc.** z Ústavu letecké medicíny a to **Suché oko.**

Suché oko je projevem suché keratokonjunktivitidy, ale není jen onemocněním lokálním, velmi často je součástí multifaktoriálního patologického stavu.

Syndrom suchého oka se vyskytuje také u interních onemocnění (DM, onemocnění tyreoidy, osteoporosa, dna), systémových – autoimunních onemocnění, kožních chorob (sjogrenův sy, LE, RA...), častý také v důsledku hormonálních změn – menopauza, klimatické vlivy, práce s PC, osvětlení, spánek, věk!, pohlaví, aj. Neopomenout výskyt suchého oka při chronické aplikaci vazokonstrikčních očních kapek.

Projevy suchého oka: pocit suchosti oka, písku až cizího tělesa ve spojivkách. Pálení, tlak v očích, únava očí, citlivost na světlo, někdy „roztřesený vizus.“

Pozor na opačné projevy - zvýšenou produkci slz – větrné počasí, uzavřený prostor!

V podstatě symptomy svědčí pro poškození slzného filmu (je tvořen 3 vrstvami – vnější lipidovou, střední vodnou a vnitřní mukózní) a je

na zdravém oku nenarušený. A epitelu (bb. porušena výživa, mohou být poškozeny i poškozena nervová zakončení – u zdravého povrchu oka buňky epitelu hydratovány a v osmotické rovnováze.

TH suchého oka – náhradou vlastních slz, slzami umělými: substituce vody, gely, s mukomimetickým efektem.

Běžné umělé slzy řeší jen symptomy, poskytují krátkodobou ochranu. (denně často kapat).

Umělé slzy se substitucí vody: Siccaprotect, Hypotears, Tears naturele II. Umělé slzy – gely:



Solcoseryl, Hypotears. Umělé slzy s mukomimetickým efektem: Hylo – COMOD CARE, Systane...

OPTIVE: (substituce vody a mukomimetický efekt)

Nutno pacienty poučit, že nevhodné jsou pro léčbu „suchého oka“ tyto oční kapky: Visine, Vasopos, Evercil a dále zdůraznit, že jde vždy o „umělé slzy“, tedy jen o „náhradu“, že léčebný efekt nelze čekat!!

Co říci na závěr? Že se všichni těšíme na další blok z oftalmologie, či blok s tematikou otorhinolaryngologickou, nebo dermatologie?, zařazený na příští celostátní konferenci v Karlových Varech.

*zprávu připravila
Marcela Bradáčová*



prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

Studie HOPE stále nepřekonaná

Zpráva z přednášky Profesora MUDr. Aleše Linharta, DrSc. z II. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Studie HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) v srpnu 1999 na konferenci ESC (European Society of Cardiology) v Barceloně. Prezentovány byly výsledky léčby ramiprilem ve srovnání s placebem u nemocných s vysokým kardiovaskulárním rizikem bez srdečního selhání. I po 10 letech jsou výsledky studie HOPE aktuální:

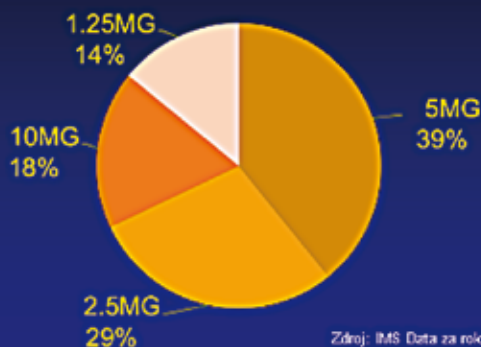
1. ACE inhibitory a zejména ramipril zůstávají pilířem v prevenci kardiovaskulárních příhod

u vysoce rizikových pacientů.

2. Nepřímé důkazy potvrzují vysokou účinnost ramiprilu, která převažuje nad většinou jiných ACE inhibitorů.
3. Pokles krevního tlaku (TK) není jediným mechanismem protektivního účinku ramiprilu. Účinného poklesu TK je dosaženo i nižší dávkou. Pro regresi orgánových změn je zásadní až vysoká dávka (!) ACE inhibitorů (ramipril 10 mg). Podle průzkumů za rok 2008 užívá kardioprotektivní dávku ramiprilu (10 mg) pouze 18% pacientů (graf).
4. Léčba musí být zahájena brzy po stanovení vysokého rizika, neboť odklad léčby vede ke ztrátě možného benefitu, který nelze pozdějším nasazením vykompenzovat.

Kardioprotektivní dávky v klinické praxi v ČR?

Ramipril : 18% pacientů má kardioprotektivní dávku



Indikace ACE inhibitorů:

1. Sekundární prevence: Nemocní s ICHS i bez dysfunkce LK, nemocní s ICHDK a/nebo po předchozí CMP
2. Primární prevence: nemocní s vysokým KV rizikem, diabetes mellitus s dalším alespoň jedním rizikovým faktorem (hypertenze, hypercholesterolémie, kouření, mikroalbuminurie)
3. Indikací k podávání ACE inhibitorů ve vysokých dávkách je jakákoli klinická či subklinická manifestace aterosklerózy, včetně sníženého ABI (Ankle-Brachial Index).

*zprávu připravila
Jaroslava Laňková*

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v lednu 2010

Hlavní téma:

Novinky v diagnostice a léčbě ischemické choroby srdeční.

Datum	Čas	Město, místo konání
Pondělí 4.1.2010	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Čtvrtek 7.1.2010	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Čtvrtek 7.1.2010	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Sobota 9.1.2010	9:00 - 13:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Úterý 12.1.2010	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel EURO, Jiráskova 2781
Středa 13.1.2010	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul.
Sobota 16.1.2010	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Čtvrtek 21.1.2010	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek 21.1.2010	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Čtvrtek 21.1.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Sobota 23.1.2010	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota 23.1.2010	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Sobota 23.1.2010	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Středa 27.1.2010	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Středa 27.1.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31



MUDr. Hikmet
Al-Hiti

tento
konferenční
příspěvek je
de facto
pokračováním
článku *Plicní
hypertenze*
z minulého čísla

Léčba plicní arteriální hypertenze

Plicní arteriální hypertenze (PAH) je charakterizována progresivním vzestupem plicní vaskulární rezistence (PVR) vedoucí k dysfunkci a selhání pravé komory srdeční a nakonec k úmrtí. V terapii PAH došlo v posledním desetiletí k výraznému pokroku. Tento pokrok byl umožněn díky novým možnostem léčby, které byly ověřeny řadou randomizovaných kontrolovaných studií (RKS). V 80. letech minulého století bylo ve snaze o ovlivnění PAH testováno mnoho vazodilatátorů. Ukázalo se, že účinku dosahují pouze vysoké dávky blokátorů kalciových kanálů (CCB) a že z léčby profitoval pouze malý počet pacientů. Byli to nemocní – respondéři, u kterých byla prokázána plicní vazoreaktivita při akutním testování. Antikoagulační léčba byla doporučována na základě retrospektivního sledování. Hlavním pilířem léčby se v 90. letech stal prostacyklin. Ve stejném období byly prezentovány nekontrolované studie s atriální septostomií a transplantací plic. Díky proběhlým RKS z posledního období máme nová farmaka, kterými můžeme ovlivnit nejen symptomy PAH, ale také prognózu těchto závažně nemocných pacientů.

Akutní test plicní vazoreaktivity

Nemocní s idiopatickou PAH (dříve používán termín primární plicní hypertenze), kteří mají pozitivní akutní plicní vazodilatační test, profitují z léčby CCB. V minulosti byla ke zjištění plicní vazoreaktivity podávána různá vazodilatancia a k určení positivity testu byly používány různé definice. Pacient býval označován jako respondér. V současnosti je definována pozitivita testu poklesem středního tlaku v plicnici (mPAP) ≥ 10 mmHg a pokles mPAP ≥ 40 mmHg se vzestupem či nezměněnou hodnotou minutového srdečního výdeje. Stěžejní práci s akutním testováním plicní vazoreaktivity publikovali roce 1992 Rich u 64 pacientů s idiopatickou PAH, kterým byly podávány CCB. Pozitivní test byl hodnocen při poklesu mPAP a PVR o 20 %. Respondéři byli následně léčeni vysokými dávkami CCB a tato skupina dosáhla 94 % přežívání po 5 letech. Je nutné zdůraznit, že akutní testování s CCB může vést ke zhoršení klinického a hemodynamického stavu u pacienta, který na terapii neodpovídá a kdy se prodlužuje biologický poločas CCB. V současné době je doporučován k testování reverzibility plicního cévního řečiště prostacyklin, adenosin či oxid dusnatý (NO).

Blokátory kalciových kanálů

Rich v roce 1992 prezentoval výsledky prospektivní, nerandomizované studie s použitím vyso-

kých dávek CCB u pacientů s idiopatickou PAH. Přežívání respondérů po 3 a 5 letech dosahovalo 94 % a u nonrespondérů činilo přežívání 47 % a 38 %. RKS s použitím CCB k léčbě idiopatické PAH zatím nebyly provedeny.

Z CCB je nejčastěji užíván nifedipin (retardovaný) nebo diltiazem (retardovaný). Podávají se vysoké denní dávky, nifedipin 120–240 mg/den a diltiazem 240–720 mg/den. Hlavní limitací léčby je systémová hypotenze a perimaleolární otoky dolních končetin. Z této léčby však profitují pouze respondéři, kterých je na základě akutního testování méně než 10 %.

Antikoagulační terapie

U nemocných s PAH bylo prokázáno zvýšené riziko tromboembolizmu nebo trombóz in situ. Ke snížení tohoto rizika se doporučuje antikoagulační léčba perorálními antikoagulancii s cílovými hodnotami INR 1,5–2,5. Kontroverzní je antikoagulační terapie u nemocných se systémovým onemocněním a vrozenými srdečními vadami. U sklerodermie je zvýšené riziko krvácení do gastrointestinálního traktu, u vrozených srdečních vad riziko hemoptýzy. V recentních RKS byla antikoagulační léčba podávána u 51–86 % pacientů, kteří byli zařazeni do studie – nejčastěji u nemocných s idiopatickou PAH ve stadiu NYHA III–IV, nejméně často u pacientů se sklerodermií.

Diuretika

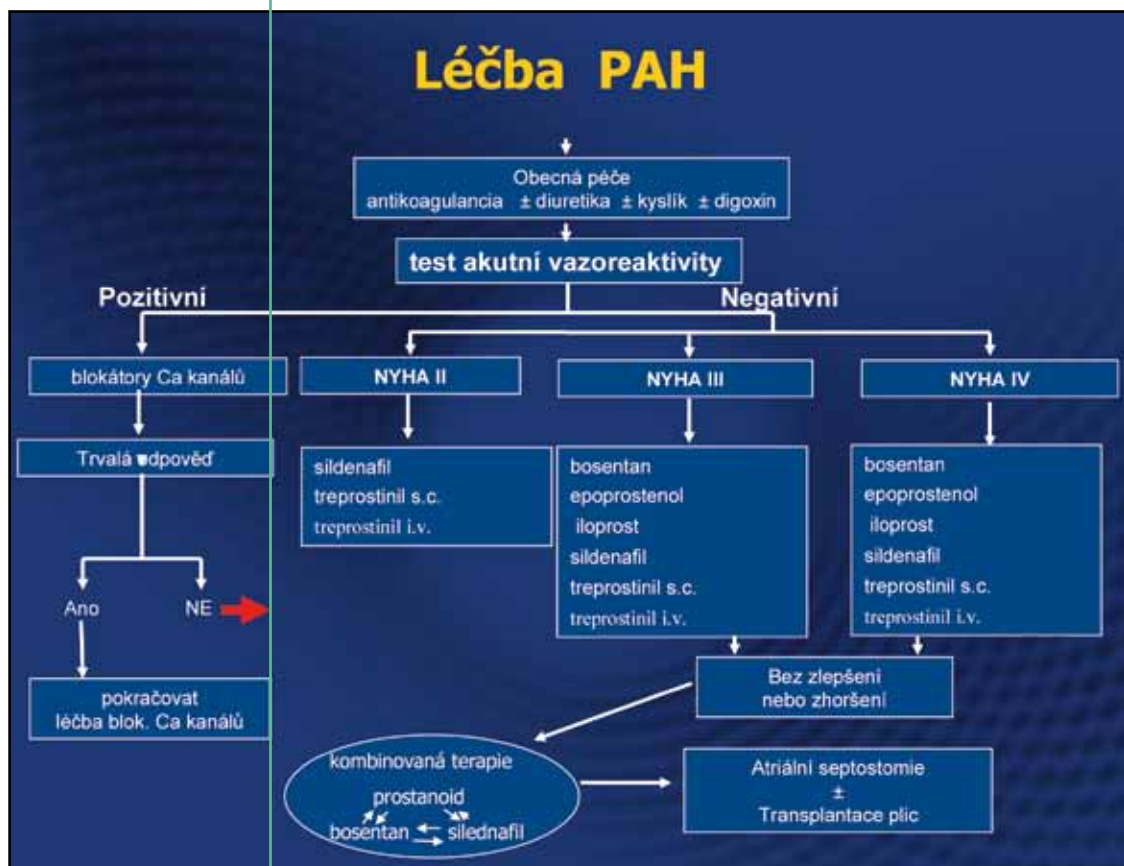
Diuretika jsou indikována především u manifestního pravostranného srdečního selhání. Podle registrů RKS jsou podávána u 49–70 % nemocných. Není přitom specifikována dávka ani skupina diuretik; jedná se o symptomatickou léčbu.

Balonková atriální septostomie

Princip této metody spočívá v tom, že je v oblasti mezisíňového septa provedena dilatace speciálním balonkem tak, aby byla vytvořena komunikace mezi oběma síněmi. To vede k okamžitému poklesu tlaku v pravé síni, zvýšení minutového výdeje a krátkodobému zlepšení tolerance zátěže. V pozdější době dochází k progresi srdečního selhání díky enormní zátěži levé srdeční komory. Balonková septostomie se proto v současné době používá jen jako metoda k překonání časového intervalu do transplantace plic/plic. Vzhledem k tomu, že je výkon provázen mortalitou okolo 16 % a 1roční přežívání je menší než 40 %, nebývá ve vyspělých zemích často indikována.

Transplantace plic

První kombinovaná transplantace srdce a plic



Algoritmus léčby PAH

byla provedena u pacienta s idiopatickou PAH. Výsledky tohoto náročného postupu však nejsou povzbuzující. Proto bývají v současnosti indikováni pouze pacienti s dysfunkcí pravé komory srdeční. Hlavní terapeutickou metodou se proto stala transplantace jedné plic, popřípadě obou plic. I tato metoda má své limity, a to nejen v mediánu čekací doby na listině kandidátů transplantace (průměrně 256 dnů), ale především díky omezenému přežívání po transplantaci. Dlouhodobé přežívání je horší než po transplantaci srdce, jater nebo ledviny, a dosahuje 70 %, 62 % a 55 % po 1, 2 resp. 3 letech

Moderní specifická terapie

Prostanoidy

Prostacyklin je endogenní prostaglandin, který má kromě vazodilatačního účinku také cytoprotektivní vliv, snižuje adhezi leukocytů k cévní stěně, inhibuje agregaci destiček, snižuje tvorbu a sekreci endotelinu a vede k inhibici migrace a proliferace buněk. Kontinuální intravenózní aplikace syntetického epoprostenolu (Flolan, GlaxoSmithKline) vede ke zlepšení hemodynamiky, tolerance zátěže a zlepšení přežívání u nemocných s velmi závažnou PAH ve stadiu NYHA III–IV, kteří neodpovídali na konzervativní terapii. Dlouhodobé sledování nemocných ukázalo 5leté přežívání v 65 %. Tento výsledek je lepší než u transplantace plic, kde se 5leté přežívání pohybuje kolem 50 %. Vzhledem ke krátkému biologickému poločasu

(3–5 min) je nutná trvalá kontinuální infuze, která je provázena řadou nežádoucích účinků. Patří mezi ně lokální celulitida, vznik septikémie, artralgie, pokles systémového tlaku a v neposlední řadě i tachyfyaxe. Proto byli vyvinuty alternativní formy aplikace, které využívají stabilních analogů prostacyklinu. **Treprostinil** (Remodulin United Therapeutic) je jeden z nich, s biologickým poločasem okolo 3 hod. Hypotéza, že účinek treprostinilu je podobný jako i.v. podávání epoprostenolu byla potvrzena při akutním hemodynamickém testování. Provedené RKS prokázaly zvýšení tolerance zátěže, zlepšení symptomů a příznivé ovlivnění hemodynamiky. Hlavním

nežádoucím účinkem je lokální bolestivost v prvních dnech po zavedení s.c. přístupu. Beraprost sodný je první chemicky stabilní analog prostacyklinu k perorální aplikaci. Vstřebává se velmi rychle, za 30 min se objevuje vrcholná koncentrace a jeho biologický poločas je 35–40 min. V Japonsku byl beraprost podáván nemocným s PAH již od roku 1995. První nekontrolované studie byly velmi nadějně, došlo ke zlepšení hemodynamických parametrů. Nicméně velké dlouhodobé RKS nepotvrzují zlepšení hemodynamických parametrů v malém oběhu. V současné době je schválen jen v Japonsku.

Iloprost je chemicky stabilní analog prostacyklinu, aplikovatelný 3 možnými cestami: intravenózně, perorálně i inhalačně (ve formě aerosolu). Biologický poločas je 20–25 min. Zejména inhalační forma (Ventavis, Bayer Schering Pharma) je atraktivní pro dlouhodobou léčbu. Akutní inhalace iloprostu u nemocných s idiopatickou PAH má větší vazodilatační efekt na plicní řečiště než inhalační podávání kyslíčnicku dusnatého. Podává se obvykle 6–9krát denně. V mezinárodní multicentrické RKS, do které bylo zařazeno 203 pacientů s PAH, bylo prokázáno zlepšení tolerance zátěže, zmírnění symptomů a u nemocných s idiopatickou PAH pokles PVR. Další nekontrolovaná studie sledovala efekt inhalačního iloprostu u nemocných s idiopatickou PAH po 1 roce. I v tomto případě byly potvrzeny výsledky předchozích pozorování.

Blokátory**endotelinových receptorů**

Endotelin 1 je produkován endoteliálními buňkami a je považován za nejsilnější endogenní vazokonstriktor. Faktory, které stimulují uvolňování endotelinu 1, jsou mnohočetné: pulzační stres, pH, hypoxie, angiotenzin II, trombin, cytokiny a růstový faktor. Endotelin působí prostřednictvím receptorů ET-1 (na oba pod receptory ETA a ETB), které byly nalezeny téměř ve všech buňkách, včetně hladkých svalových cévních buněk. Je prokázáno, že zvýšené hladiny endotelinu 1 mají vztah k přítomnosti a stupni PAH.

Pro léčebné použití byly vyvinuty blokátory endotelinových receptorů, z nichž nejznámější je bosentan (Tracleer, Actelion). Bosentan účinkuje na oba receptory ET1, je tedy duálním endotelinovým blokátorem. S bosentanem byla provedena řada RKS s problematikou PAH, vrozených srdečních vad, pediatrických nemocných s PAH, tak i u nemocných v časných fázích onemocnění. Podávání bosentanu vedlo ke zvýšení tolerance zátěže, zmírnění dušnosti a zlepšení celkové kvality života. Jedním z nežádoucích účinků může být reverzibilní hepatotoxicita, která se vyskytuje u méně než 7 % pacientů. Sitaxentan (Thelin, Pfizer) a amrisentan (Volibris, GlaxoSmithKline) jsou selektivní blokátory endotelinových receptorů A. I zde byl prokázán příznivý efekt ve smyslu tolerance zátěže. Tato skupina léků může být alternativou bosentanu.

Inhibitory fosfodiesterázy 5

Sildenafil je perorální selektivní inhibitor cGMP fosfodiesterázy 5. Zvyšuje intracelulární koncentraci cyklického guanozin-monofosfátu, který má vazodilatační účinek v plicním cévním řečišti. Také výsledky velké mezinárodní RKS, do které bylo zařazeno více než 200 pacientů s PAH, prokázala zlepšení tolerance zátěže, ve vyšších dávkách i zlepšení hemodynamických parametrů.

Závěr

Léčba PAH se v poslední dekádě dramaticky a velmi rychle změnila. Díky velkým RKS byly ověřeny nové léčebné možnosti k ovlivnění PAH. Jeden z možných algoritmů léčby PAH je zobrazen na schématu 1.

Přes veškerý pokrok je léčba nemocných s PAH obtížná. Měla by být omezena na specializovaná centra s dlouhodobými zkušenostmi vzhledem k závažnosti onemocnění a nutnosti provádění komplexních vyšetřovacích metod včetně hemodynamického monitorování.

MUDr. Hikmet Al-Hiti

Centrum pro léčbu plicní hypertenze
při klinice kardiologie IKEM, Praha

Odborné akce...

Vážení kolegové praktičtí lékaři,
pozýváme Vás na

3. celostátní konferenci

**Sekce infekčních nemocí v gynekologii a porodnictví
České gynekologicko porodnické společnosti ČLS JEP**

Téma: Infekce v porodnictví.

Která se koná 23. ledna 2010 V Praze

Clarion Congress Hotel Prague, Freyova 33, Praha 9

Tematické okruhy:

Očkování těhotných žen
Bezpečnost antiinfekčních léčiv v těhotenství
Pandemická chřipka v těhotenství
Tropické nemoci v těhotenství
Lymská borelioza v těhotenství
Mateřská úmrť z infekčních příčin

Pozvaní přednášející jsou popřední odborníci odboru gynekologie a porodnictví, infekční medicíny, a mikrobiologie. Konference je zařazená do programu celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Další informace a přihlášky online na www.infekcegp.cz/2010

KOMPLEXNÍ PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ PRO ORDINACE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

BTL-08 Win

◇ dvanáctikanálové počítačové EKG

~~46.000 Kč~~

36.600 Kč

**BTL-08 MD**

◇ dvanáctikanálové EKG
s grafickým displejem

~~49.000 Kč~~

43.000 Kč

BTL-08 ABPM II

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

~~45.000 Kč~~

36.600 Kč



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

Ceny jsou uvedeny bez 9% DPH.



Dotazy a odpovědi

Předoperační vyšetření

Dotaz

Dobrý den,
obracím se na Vás s prosbou, jak postupovat v případě, že jsem vystavena nátlaku odborného lékaře přímo před pacientkou, který vyžaduje v rámci předoperačního vyšetření (ASA I) při plánované artroskopii (není plánovaná celková anestézie) ionty, RTG plic a srdce, kompletní JT, glykémii, moč na K+C, HIV a sérologii na další pohlavní choroby.

Snažila jsem se to nejprve sestře, pak i panu doktorovi vysvětlit, ale vše skončilo po půlhodině tím, že my „obvodáci“ máme přece kapítace (rozuměj jsme nadstandardně placeni), nic už neděláme, ani nevedeme práce neschopné a že si bude na mě stěžovat. Pacientka takto posílená to uzavřela tím, že směrnice sem nebo tam, pan doktor ví, co se má dělat, on je pro ni důležitý a já jsem si jeho - dejme tomu neslušné invokativy - plně zasloužila, protože jsem neudělala to, co on chtěl. Dost smutné na tom bylo i to, že jejich připomínky slyšeli další lidé v čekárně. No a já, jako většina kolegů, jsem na to byla sama.

Jak zamezit zlovůli a zlovyklu odborníků dělat si z nás sekretářky a chovat se tak neurvale? V tomto případě se jednalo o lékaře, který by mohl klidně být věkem mým synem.

I když mám všeho až nad hlavu a moc nemám zájem o další dohadování se, v tomto případě bych na pana doktora nejraději podala stížnost
Děkuji za pomoc Dr. S. Č. Praha 1

Odpověď:

V uvedeném příspěvku je vidět, že mladý kolega ortoped, který v lokální anestezii prováděl ASK vyšetření přinejmenším eticky pochybil (a je neznalý o postupech v předoperačních vyšetřeních). Vyšetření před lokální anestézií provádí lékař, který výkon koná a rovněž shrnuje všechny závěry dosud vykonaných předoperačních vyšetření (včetně vyšetření PL), tedy i rozhoduje, zda je pacient anestezie a výkonu schopen (viz níže). Pokud je potřeba, další dovyšetření indikuje sám. A tím, že indikoval v rámci laboratorních vyšetření odběry nad rámec tohoto výkonu, nedodržel ani doporučený postup odborné společnosti ČSARIM (Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny) - citují: „rozsah laboratorních a konsiliárních vyšetření by měl být vždy určován přínosem získaného výsledku z pohledu ovlivnění plánu anesteziologické péče.“ Praktickému lékaři nelze taxativně nařizovat povinnosti, které musí v rámci předoperačního

vyšetření provést, a to ani nemocnicí. A už vůbec ne strašit pacienty tím, že nebudou-li všichni požadovaná vyšetření provedena, nebude přijat k operaci. V nejhorším případě, pokud by to bylo nutné, by nemocnice měla doplňující vyšetření provést promptně na svém pracovišti.

Dále **po praktickém lékaři nelze požadovat závěrečné vyjádření typu „Pacient je schopen výkonu v celkové anestézii“**, protože toto zhodnocení dle platné vyhlášky a doporučených postupů náleží jen a jen anesteziologovi, který před operací provádí s pacientem předanestetické vyšetření.

Platná legislativa

V terminologii vyšetřování pacientů před operačním výkonem se v předpisech vyskytují dva zásadní pojmy, a to **základní předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření**.

Předoperační vyšetření je součástí celkového předanestetického vyšetření jako nutný předchozí krok (řečeno terminologií standardu). Předoperační vyšetření je soubor výkonů, které se provádí ambulantně v ordinacích praktických lékařů, internistů, případně kardiologů.

Předanestetické vyšetření se praktických lékařů už netýká a provádí je anesteziolog event. (u lokálních anestesií) operační výkon provádějící lékař (jako nutný následný krok) a v jejich rámci se shrnují závěry dosud provedených předoperačních vyšetření. Toto vyšetření zahrnuje odebrání cílené anesteziologické anamnézy, provedení orientačního základního fyzikálního vyšetření s přihlédnutím k volbě anesteziologické techniky a typu operačního výkonu, dále kontrolu přiložených laboratorních výsledků a závěrů pomocných vyšetření, případně jejich cílené doplnění, poučení nemocného o povaze anesteziologického výkonu a získání jeho souhlasu se zvoleným způsobem znecitlivění. Součástí je i volba premedikace a bezprostřední předoperační příprava, a to formou konziliárního vyšetření u lůžka nemocného během hospitalizace nebo v anesteziologické ambulanci.

Předoperační vyšetření se provádí podle **stanovených pravidel určených jednak platným standardem Ministerstva zdravotnictví ČR** (vydaném ve Věstníku MZ č. 611-200-27.5.97 - 90/10) nebo doporučenými postupy odborné společnosti ČSARIM (Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny) nebo jiných odborných společností.

ASA I

V současnosti pro praktické lékaře platí dosavadní pravidla provádění předoperačních vyšetření jak je známe, a to podle **Standardu 708-7/1997**

doporučený
postup odborné
společnosti ČSARIM

předoperační
vyšetření
≠ předanestetické
vyšetření

závěrečné vyjádření
typu „Pacient
je schopen výkonu
v celkové anestézii“,
náleží anesteziologovi,
ne praktickému lékaři



- Předanestetické vyšetření u pacientů bez komplikujícího onemocnění – ASA I.

Jedná se o pacienta, který je zdravý, bez patologického klinického (psychosomatického) a laboratorního nálezu. Chorobný proces, jenž je indikací k operaci, je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu. Pokud by pacient vyhovoval těmto indikacím, dle ASA I, existují zde doporučení, co se pacientům má vyšetřit (podle věku).

Základem předoperačního vyšetření je podrobná anamnesa doplněná fyzikálním vyšetřením a následujícími pomocnými vyšetřeními. Doba platnosti vyšetření je 1 měsíc. Provádí se krevní obraz, moč a sediment, ve věku nad 50 let urea, glykémie, u osob nad 60 let RTG plic (platnost vyšetření je 12 měsíců) a ve věku nad 40 let EKG.

Cílem základního předoperačního vyšetření je shrnutí potřebných anamnestických dat včetně dlouhodobé medikace a fyzikálního vyšetření, doplněné o vybraná pomocná a laboratorní, případně konziliární vyšetření. Provádí se ambulantně, u zdravých pacientů ASA I. klasifikace, praktickým lékařem.

Dále s přihlédnutím k typu výkonu a předpokládané délce operačního výkonu se provede ještě skupinová krevní příslušnost, orientační hemokoagulační vyšetření (APTT, protrombinový čas, trombocyty).

Dalším předpisem jsou **Standardy 708/8-708/15 – Předanestetická vyšetření u pacientů s komplikujícím onemocněním (ASA II – IV).** Zde je jasné řečeno, že předoperační vyšetření u pacientů ASA II-IV a před náročnými výkony provádí internista s atestací II.stupně (v platném znění současných zákonů o specializované způsobilosti), případně kardiolog. Do skupin ASA II-IV patří pacienti, u kterých celkový stav před anestezií vykazuje známky mírné až středně závažného systémového onemocnění, pro které je pacient operován, případně vyvolané jiným patofyziologickým procesem (lehká hypertenze, diabetes mellitus, anémie, pokročilý věk, obezita, chronická bronchitis, lehká forma ICHS), nebo vykazuje závažné systémové onemocnění jakékoliv etiologie, omezující aktivitu nemocného (angina pectoris, stav po infarktu myokardu, závažná forma diabetu, srdeční selhání) a závažné, život ohrožující systémové onemocnění, které vždy není operací řešitelné (srdeční dekompenzace, nestabilní angina pectoris, akutní myokarditida, pokročilá forma plicní, ledvinové, jaterní a endokrinní nedostatečnosti, hemoragický šok, peritonitis, ileus).

Při nutnosti neodkladné a urgentní operace, se vyšetření provádí při příjmu nebo za hospitalizace pacienta.

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.,
člen výboru SVL ČLS JEP
odpovědný za danou problematiku

Skartace

zdravotnické dokumentace

V poslední době se vyskytlo několik dotazů ohledně likvidace/skartace zdravotnické dokumentace. K zodpovězení těchto dotazů jsme oslovili advokátní kancelář Vondráček, která se právně/medicínskými problémy zabývá. Redakce.

Dotaz:

Vážení, četla jsem o nutnosti komisionální a pravidelné likvidace (skartace) dokumentace v ordinaci praktického lékaře. Vlastně tomu vůbec nerozumím, můžete tuto problematiku nějak blíže osvětlit? Děkuji předem za pomoc nejen pro mne, ale jistě i pro ostatní lékaře.

Z.J., Ostrava

Odpověď

I. Úvod do právní úpravy skartace zdravotnické dokumentace

Skartace zdravotnické dokumentace je upravena ve **vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů**, a to především v ustanovení § 6 a § 6a, dále v příloze 2 (skartační řád), která upravuje postup vedoucí ke skartaci, a konečně též v příloze 3 (skartační plán), která stanoví délku skartačních lhůt zdravotnické dokumentace. Na úvod nutno podotknout, že pokud jde o skartaci, prošla vyhláška od svého vzniku mnohou koncepční proměnou a vyvolává mnohé aplikační a praktické otázky, na něž však lze vzhledem k jejímu značně problematickému znění mnohdy jen stěží odpovědět. Ostatně pochybnosti lze mít vůbec i o jejím smyslu a účelu. Na druhou stranu však její existenci přehlížet nelze, a to bez ohledu na to, že příslušné kontrolní orgány otázku skartace zdravotnické dokumentace prozatím neřeší.

II. Vyřazování zdravotnické dokumentace a skartační řízení

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci ukládá zdravotnickému zařízení, resp. jeho provozovateli provést každým rokem v celém zdravotnickém zařízení tzv. **vyřazování zdravotnické dokumentace**, v jehož rámci dochází k posouzení a výběru zdravotnické dokumentace, která již není potřebná, a následně případně ke zničení zdravotnické dokumentace. Vyřazování zdravotnické dokumentace se provádí v tzv. **skartačním řízení**, přičemž zničit zdravotnickou dokumentaci bez skartačního řízení je nepřípustné. Pro potřeby vyřazování se zdravotnická dokumentace označuje tzv. **skartačními znaky**, a to buď znakem „S“, jenž označuje tu zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí skartační lhůty navrhne ke zničení, anebo znakem „V“, který označuje zdravotnickou dokumentaci,

PL provádí předoperační vyšetření u zdravých pacientů ASA I

**vyhláška MZ
č. 385/2006 Sb.,
o zdravotnické
dokumentaci**

**zničit zdravotnickou
dokumentaci
bez skartačního řízení
je nepřípustné**



skartační lhůta je obecně pětiletá, v řadě případů jsou ale lhůty zvláštní

u níž toto v okamžiku vzniku nelze určit. **Skartačnímu řízení** podléhá ta zdravotnická dokumentace, u níž uplynula skartační lhůta, jež je obecně pětiletá (§ 6 odst. 2 vyhlášky), nicméně skartační plán stanoví v řadě případů lhůty zvláštní; pro případ, že by se na zdravotnickou dokumentaci vztahovalo několik lhůt, platí lhůta nejdelší. Pokud je zdravotnická dokumentace potřebná pro poskytování zdravotní péče, ovšem uplynula její skartační lhůta, připouští vyhláška prodloužení skartační lhůty v rámci skartačního řízení, a to nejméně o pět let (článek 3 odst. 2 skartačního řádu). V této souvislosti nutno podotknout, že skartace se vztahuje i na zdravotnickou dokumentaci vedenou před 1. dubnem 2007, tj. první skartační řízení mohlo teoreticky proběhnout v roce 2008. **Dohled** nad provedením skartace provádí skartační komise, nicméně jde-li o provozovatele zdravotnického zařízení, které má méně než pět zdravotnických pracovníků, skartační komise se nezřizuje a za provedení skartačního řízení odpovídá provozovatel.

III. Průběh skartačního řízení

Co se ve stručnosti týká průběhu skartačního řízení, jak uvedeno shora, vyřazování se provádí ve skartačním řízení u té zdravotnické dokumentace, u níž uplynula skartační lhůta – **prvním krokem** tedy musí být určení takové zdravotnické dokumentace a v rámci toho též rozdělení zdravotnické dokumentace na část, která bude navržena k posouzení ve skartačním řízení, a na část, u níž bude prodloužena skartační lhůta. **Druhým krokem** je příprava skartačního návrhu, k němuž se připojuje seznam zdravotnické dokumentace. Následuje **třetí krok**, a to zaslání schváleného skartačního návrhu příslušnému státnímu oblastnímu archivu K přehledu oblastních archivů (viz např. <http://www.statnisprava.cz/rstsp/ciselniky.nsf/i/d0005>). Konečně **čtvrtým krokem** je případně zničení zdravotnické dokumentace, a to tak, aby byla vyloučena rekonstrukce a identifikace jejího obsahu. Třebaže to vyhláška neukládá, je vhodné rovněž pořídit protokol o zničení zdravotnické dokumentace, v níž se zachytí, co, kdy a jak bylo zničeno.

IV. Některé související dotazy

1. Jak často mám provádět skartaci zdravotnické dokumentace?

Každoročně – za předpokladu, že u zdravotnické dokumentace uplynula skartační lhůta.

2. Kde najdu, jak dlouho mám uchovávat zdravotnickou dokumentaci?

Zejména v ustanovení § 6 odst. 2 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci a dále ve skartačním plánu, který je přílohou 3 této vyhlášky.

3. Co mám dělat, když jsem doposud žádnou skartaci zdravotnické dokumentace neprováděla, neboť jsem o ničem takovém nevěděla?

Provéřit, jestli u Vaší zdravotnické dokumentace skutečně uplynula skartační lhůta.

4. Jak mám fyzicky provést zničení zdravotnické dokumentace?

Přípustná je v podstatě jakákoliv forma vylučující obnovu zdravotnické dokumentace, přičemž optimální je skartace ve skartovačkách. Je vyloučeno dávat zdravotnickou dokumentaci do sběru, popelnice, kontejneru na papíry, jako rizikové se rovněž jeví předání zdravotnické dokumentace rodinnému příslušníkovi, jenž má v práci skartovačku s tím, aby zdravotnická dokumentace byla skartována tam.

5. Může skartaci provést firma?

Zničení zdravotnické dokumentace po provedeném skartačním řízení, resp. celé skartační řízení, včetně vypracování skartačního návrhu, jednání s oblastním archivem může pro zdravotnické zařízení provést externí firma. Zdravotnickým zařízením lze však než doporučit, aby k tomu byla uzavřena písemná smlouva, v níž by se mimo jiné výslovně zakotvila striktní povinnost mlčenlivosti a konkrétní způsob provedení likvidace zdravotnické dokumentace.

6. Předávám zdravotnickou dokumentaci zemřelých pacientů pracovníkům oblastního archivu, kteří ji ode mě přebírají, čímž mám skartaci za vyřízenou.

Tento postup je závažným porušením povinnosti mlčenlivosti a může být kvalifikován jako trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji. Fakt, že zdravotnickou dokumentaci převzal pracovník oblastního archivu, zdravotnického pracovníka nezbavuje odpovědnosti.

7. Ke skartačnímu návrhu předávám jako přílohu též zdravotnickou dokumentaci, aby příslušný oblastní archiv mohl můj skartační návrh posoudit. Je tento postup správný?

Není, platí obdobně to, co bylo uvedeno výše. Je třeba rozlišovat skartační návrh a zdravotnickou dokumentaci jako takovou.

8. Převzala jsem lékařskou praxi po kolegovi, vztahuje se povinnost provést skartaci i na jeho zdravotnickou dokumentaci nebo jen na tu, kterou vedu už jen já?

Povinnost vyřadit zdravotnickou dokumentaci se vztahuje na veškerou zdravotnickou dokumentaci toho kterého zdravotnického zařízení, tedy i na zdravotnickou dokumentaci, kterou jste převzala po kolegovi.

JUDr. Jan Vondráček, advokát

skartace se vztahuje i na zdravotnickou dokumentaci vedenou před 1. dubnem 2007

skartační komise se nezřizuje má-li zařízení méně než 5 zdrav. pracovníků

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

*těsná kontrola
glykémie neochrání
pacienty před
předčasným úmrtím*

Diabetes 2. typu: těsná kontrola neovlivňuje mortalitu

Klinická otázka: Jaký vliv na kardiovaskulární výstupy má u pacientů s diabetem 2. typu intenzivní kontrola glykémie?

Závěr: Těsná kontrola glykémie neochrání pacienty před předčasným úmrtím, ať už z jakékoliv příčiny nebo před důsledky kardiovaskulárního onemocnění.

Těsná kontrola může přinést určitou ochranu před vývojem kardiovaskulárního onemocnění, ale i tato pravděpodobnost je malá. Snaha o dosažení těsné kontroly dvojnásobně zvyšuje pravděpodobnost vzniku hypoglykémie v tíži, která vyžaduje lékařskou intervenci. (LOE = 1a-)

Reference: Kelly TN, Bazzano LA, Fonseca VA, Theethi TK, Reynolds K, He J. Systematic review: Glucose control and cardiovascular disease in type 2 diabetes. *Ann Intern Med* 2009;151(6):394-403.

Typ studie: Metaanalýza (randomizované kontrolované studie)

Financování: Nadace

Prováděcí prostředí studie: Různé (metaanalýza)

Synopse: K provedení této studie výzkumníci prozkoumali pouze jednu databázi s cílem najít randomizované kontrolované studie zaměřené na léčbu dospělých pacientů s diabetem 2. typu. Dva výzkumníci nezávisle vybírali studie vhodné k zařazení a abstrahovali data. Identifikováno bylo 5 velkých studií (N=27802), které hodnotily úlohu těsné kontroly glykémie. Problém: Vyloučena byla studie „University Group Diabetes Project“, která zjistila zvýšenou kardiovaskulární mortalitu v souvislosti s léčbou sulfonylureou. Těsná kontrola diabetu 2. typu nesnižuje riziko ani všeobecné ani kardiovaskulární mortality, i když může mít vliv na lehké snížení rizika rozvoje kardiovaskulárního onemocnění (relativní riziko = 0.90; 95% CI 0.83 - 0.98). Při zahrnutí pouhých 3 studií, které obsahovaly data od starších pacientů s dlouhodobou anamnézou diabetu, nebyl zjištěn žádný prospěch z těsné kontroly glykémie. Snaha o těsnou kontrolu zdvojnásobovala riziko hypoglykemií vyžadujících lékařské ošetření. Tato analýza obsahovala dostatečný počet pacientů pro to, aby se případně mohl projevit i malý užitek z intenzivní kontroly glykémie.

Dabigatran snižuje riziko mrtvice a embolismu u pacientů s fibrilací síní (FIS)

Klinická otázka: Je v prevenci komplikací fibrilace síní (FIS) dabigatran bezpečnější a efektivnější než warfarin?

Závěr: Dabigatran se ukázal být lehce účinnější než warfarin při prevenci mozkové mrtvice a embolizace, zejména při dávce 150 mg 2x denně a současně může snižovat mortalitu ze všech pří-

čin (počet potřebný léčit [NNT] = 200 za 2 roky). Důležité bude vyvážit efektivnost léčby s vyššími náklady, ale i s vyšším komfortem užívání dabigatranu ve srovnání se standardní léčbou warfarinem. (LOE = 1b)

Reference: Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al, for the RE-LY Steering Committee and Investigators. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361(12):1139-1151.

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (jednoduše slepá).

Financování: Průmysl

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní- jakékoliv
Rozdělení: Tajné

Synopse: Dabigatran je perorální alternativa warfarinu, která přímo inhibuje trombin. Pacienti v této studii byli randomizováni do skupin, kde užívali buď dabigatran 110 mg dvakrát denně, dabigatran 150 mg 2x denně nebo warfarin podle INR hodnot (v rozmezí 2,0 - 3,0). Ačkoliv pacienti i lékaři byli zaslepeni k dávce dabigatranu, nebyli zaslepeni k volbě mezi dabigatranem a warfarinem. Nicméně hodnotitelé výsledků byli zaslepeni k obojímu, což je více důležité. Výzkumníci zapojili 18 113 pacientů v průměrném věku 71 let. Skupiny byly na počátku studie vyrovnané, analýza byla prováděna podle původního léčebného záměru, pacienti byli sledováni po dobu průměrně 2 let. Během sledování studii přerušilo pouze 20 pacientů. Obecně lze říci, že klinické výstupy byly podobné jak ve skupině s dávkami po 110 mg dabigatranu tak ve skupině s warfarinem. Dávkování po 150 mg dabigatranu ve srovnání s warfarinem bylo spojeno s nižším rizikem mozkové mrtvice a smrti z vaskulárních příčin, na druhou stranu ale také s lehce vyšším rizikem vzniku infarktu myokardu. Velké krvácení bylo méně časté při užívání dabigatranu v dávkování po 110 mg než u warfarinu (to však neplatí pro dávky po 150 mg dabigatranu). Při bližší úvaze byl čistý užitek podobný u obou dávkování dabigatranu, nižší riziko ischemie u vyšší dávky bylo vyváжено nižším rizikem krvácení u nižší dávky. Mortalita ze všech příčin byla při dávkování po 110 mg dabigatranu 3,75%, při dávkování po 150 mg dabigatranu 3,64% a ve skupině s warfarinem 4,13%. Srovnání mezi dabigatranem v dávkování po 150 mg a warfarinem mělo hraniční statistický význam (P = 0,051, NNT = 200 za 2 roky). Při použití CHADS skóre jako měřítka rizika mozkové mrtvice měli pouze pacienti se 3 a více body vyšší užitek z nižšího dávkování dabigatranu, zatímco všichni pacienti profitovali z vyšší dávky dabigatranu.

Probiotika zamezují vzniku symptomů z nachlazení u dětí

Klinická otázka:

Může profylaktické užívání probiotik snížit inciden-

*Dabigatran se ukázal
být lehce účinnější
v prevenci
komplikací fibrilace síní
než warfarin*

ci symptomů z nachlazení a jejich délku u kojenců?

Závěr: Probiotika - přípravky z aktivních, prospěšných organismů - zmírňují symptomy z nachlazení a chřipky, pokud jsou v zimních měsících podávána denně. Kombinace *Lactobacillus acidophilus* a *Bifidobacterium animalis* podávaná 2x denně dětem ve věku od 3 do 5 let, dramaticky snížila počet hlášení o horečce, kašli, rýmě, užívání antibiotik a absenci ve školce. Také snížila délku trvání symptomů. Produkt obsahující pouze *L. acidophilus* přinesl podobné, ale méně vyjádřené výsledky.

Poslete pacienty do lékárny a ujistěte se, aby si koupili ten správný produkt ve formě zmrazeného prášku a užívali jej ve správné dávce. (LOE = 2b-)

Reference: Leyer GJ, Li S, Mubasher ME, Reifer C, Ouwehand AC. Probiotic effects on cold and influenza-like symptom incidence and duration in children. *Pediatrics* 2009;124:e172-e179.

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojité slepá)

Financování: Průmysl

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (primární péče)

Rozdělení: Nejisté

Synopse: Výzkumníci, kteří prováděli tuto studii v Číně, zahrnuli do studie 326 zdravých dětí ve věku od 3 do 5 let, které chodily do mateřské školy. Děti byly náhodně rozděleny (utajení rozdělení není jisté) do skupin, ve kterých užívaly jeden ze 3 produktů: placebo, přípravek obsahující *Lactoba-*

cillus acidophilus v síle 5 miliard CFU (colony-forming units) v jedné dávce, a kombinaci *L. acidophilus* 2,5 miliard CFU a *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* 2,5 miliard CFU. Všechny produkty byly smíchány s mlékem a podávány 2x denně po dobu 6 měsíců. Symptomy byly zaznamenávány zaměstnanci školky nebo rodiči a byly k dispozici z celého 6-ti měsíčního sledování jenom u 75% dětí. Při použití analýzy podle původního léčebného záměru, byl ve srovnání s placebem snížen výskyt horečky o 53% ve skupině s jedním probiotikem a o 73% ve skupině s kombinací dvou probiotik ($P < 0,05$ pro obě skupiny). Kašel byl snížen o 41,4% a 62,1% v příslušném pořadí. Zpráva o rýmě bylo signifikantně méně ve skupině dětí, které dostávaly kombinaci probiotik – snížení o 58,8%. Použití antibiotik bylo sníženo o 68,4% ve skupině s jedním probiotikem a 84,2% ve skupině s kombinací dvou probiotik. Chybění ve školce bylo sníženo o 1,6 dne a 1,4 dne za 6-ti měsíční období při užívání probiotik. Symptomy trvaly průměrně 6,5 dne u dětí s placebem a byly zkráceny průměrně o 2 dny při užívání probiotika pouze s laktobacilem a o 3,1 dne při užívání kombinace dvou probiotik (u obou $p < 0,05$ ve srovnání s placebem).

nejúčinnější je kombinace *Lactobacillus acidophilus* a *Bifidobacterium animalis* podávaná 2x denně

Copyright © 2009

by Wiley Subscription Services,

Inc) All rights reserved.

Připravila J. Laňková



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**



GPS a lékař

Před pár lety toto zázračné spojení tří písmen neznal téměř nikdo. Dnes již mnoho běžných občanů a nepochybně zejména lékařů GPS (Global Positioning System neboli Globální polohový systém) běžně využívá. Jaký je princip, jaké výhody a jaká případná rizika toho „zázraku poslední doby“?



MUDr. Cyril Mucha

Z historie

Na počátku GPS (někdy též NASTAR) stála, jako u mnoha jiných vynálezů, armáda. Počátečním impulzem (60. léta) byla snaha o přesné určování polohy lodí na moři, později (70. léta) byla využívána jako přesný vojenský lokalizační a navigační prostředek sledování pozic vojenských jednotek, zaměřování cílů, apod.). V 80. letech 20. století americká vláda uvolnila GPS i pro civilní účely. Téměř okamžitě došlo k obrovskému rozšíření technologie GPS do všech oblastí lidské činnosti. Zpočátku byl signál uměle zkreslován, takže přesnost byla pouze kolem 20 metrů. 1. května 2000 byla zrušena i tato omezení a civilnímu sektoru se dostalo stejné přesnosti určování polohy jako armádě (chyba byla údajně opět zapnuta při válce v Iráku).

Jak „to“ funguje?

Systém GPS je tvořen třemi segmenty: kosmickým, řídicím a uživatelským.

1) Kosmický segment

Kosmický segment GPS tvoří 24 (nově až 30) družic umístěných na šesti kruhových drahách vzdálených přibližně 20 km od povrchu Země a pohybujících se rychlostí 11 300 km/h. Za jeden den uskuteční každá družice dva oběhy kolem Země (jeden oběh trvá 11 h 58 min), proto je další den na stejném místě oběžné dráhy vždy o 4 minuty dříve. Z každého místa může být „viděno“ v ideálním případě až 12 družic. Každá z těchto družic obsahuje **vysílač, přijímač a cesiové atomové hodiny**. Na družicích je samozřejmě i mnoho dalších zařízení, která z pohledu nás běžných uživatelů nejsou podstatná (např. detektor výbuchů jaderných zbraní).

Přijímač slouží k předávání dat z řídicího střediska na Zemi do počítače družice. Na základě těchto dat pak dochází ke korekci dráhy, výšky apod. **Vysílač** je určen k vysílání dat nám – uživatelům a též k zasílání dat zpět do řídicích center na Zemi.

Cesiové atomové hodiny pracují s přesností miliardtin sekundy a jsou vlastně mozkiem jednotlivých družic i celého navigačního systému.

2) Řídicí segment

Řídicí segment má za úkol monitorovat funkci a oběhy družic. V případě problémů má tyto

za úkol řešit. Řídicí segment se skládá z pozemních stanic umístěných podél rovníku. Hlavní řídicí stanice je v Colorado Springs.

3) Uživatelský segment

Je to ta část systému, kterou my uživatelé držíme v ruce. Jde jednak o klasické přijímače GPS a jednak přijímače zabudované do dalších zařízení (PDA, mobilní telefony a další). GPS přijímače jsou pasivní (signál pouze přijímají, nikoliv vysílají) – má to jednu velkou výhodu: není možné uživatele GPS vystopovat.

Funkce

Nejdůležitější je, že přijímač musí „vidět“ družice – čím více, tím lépe (minimem jsou 3). Každá družice nepřetržitě v pravidelných intervalech vysílá informace o své poloze, přesný čas z atomových cesiových hodin a dále přibližné polohy ostatních družic. Přijímač pro výpočet polohy využívá časový rozdíl mezi okamžikem vyslání a okamžikem přijetí dat. Pokud takto získá a zpracuje data ze tří družic, dokáže určit zeměpisnou šířku a délku (2D poloha). Pro výpočet nadmořské výšky je zapotřebí signálu ze satelitů čtyř (3D poloha). Díky dalším viditelným satelitům se přesnost ještě zvýší. K výpočtu polohy je nutné, aby i v přijímači byl naprosto přesný čas. Pokud by byl čas rozdílný byl jen o jednu tisícinu vteřiny, chyba v určení polohy by mohla být i stovky kilometrů. GPS přijímač po zapnutí vyhledává nejdříve signál od družic a vypočítává svoji polohu. Tento proces se nazývá inicializací. Může trvat několik desítek vteřin ale také až několik minut. Je to z toho důvodu, že na začátku (případně na základě dalších faktorů jako je např. zeměpisná či časová vzdálenost aktuální pozice od naposledy zaznamenané) je nutné načíst informace o jednotlivých družicích a další data (tzv. **almanach**). Almanach o velikosti 37500 bitů se odesílá rychlostí kolem 50 bps, takže pokud bychom jej chtěli do přijímače načíst celý, potřebovali bychom přes 12 minut. Naštěstí je z almanachu potřeba jen část, takže se načte celý. Rychlost načtení je též ovlivněna prostředím, kde se přijímá (v úzkých uličkách s vysokými budovami je to horší než na vrcholu holé hory). Moderní G

Doporučení: Pokud chcete používat GPS přijímač v místech se zhoršeným signálem, zapněte jej nejprve v místě, kde je výhled na oblohu dostatečný.

O jednotlivých přístrojích, využití a zejm. Geochachingu někdy příště.

MUDr. Cyril Mucha





Žádost o zapůjčení zdravotní karty

Úvod k nové rubrice

Ani 20 let po sametové revoluci naše demokracie nedospěla natolik, aby se začala dobrovolně chovat podle platného práva a ctít pravidla (pokud ovšem nějaká jsou). Hesla „Co není zakázáno, je dovoleno“, „Kde není žalobce, není ani soudce“ jsou uznávána napříč celou společností a neustále se vymýšlí menší či větší „kulisárny“, jak vyzrát na právo a dělat si to, co se hodí mně.

Jistě mi dáte za pravdu, že nedostatek pravidel ve zdravotnictví a všeobecné ignorování těch jsoucích, nám komplikuje každodenní život a okrádá nás o čas, který potřebujeme věnovat medicínským problémům. Řešíme spory se zdravotními pojišťovnami, s tím, kdo napíše pacientovi neschopenku, kdo vypíše doklad pro transport pacienta, kdo pacientovi předepíše který lék, zda-li nemocnice hospitalizovanému nesebere všechny námi předepsané léky a pak ho domů propustí s pouhými 3 tbl. do přísti preskripce atd. Často pod nátlakem pacienta resp. jeho situace, (i když je právo na naší straně!), mávneme nakonec rukou a napíšeme recept za specialistu, vypíšeme příkaz k transportu, půjčíme originál kompletní zdravotní dokumentace, atd.

Tuto novou rubriku bychom chtěli věnovat výměně našich zkušeností při řešení výše uvedených a jiných problémů v jednotlivých praxích VPL. Není třeba vždy znovu „objevovat objevené“, tedy „vymýšlet Ameriku“, když to už udělal někdo jiný. Ze zkušeností jiných se tak budeme moci navzájem poučit.

Jako „výkop“ pro tuto rubriku si dovoluji podělit se o řešení zcela nedávné situace z tohoto měsíce:

Případ

Dne 11.11.2009 se na mě obrátila pojišťovna Amico se žádostí o zapůjčení kompletní zdravotní dokumentace klienta, podloženou přiloženým jeho písemným souhlasem (viz. následující strana). Za poskytnutí této služby mi nabídla honorář odpovídající rychlosti provedení služby (viz. obrázek - oskenovaná kopie dopisu od pojišťovny)! Musím říci, že mě tento dopis doslova nadvihl ze židle.

Moje řešení

(abych tu židli nepřevrhla)
Jakmile jsem trochu vychladla, připravila jsem

kopie zpráv vztahujících se k pojistné události, vložila do obálky spolu s fakturou na mnou určenou finanční částku a přiložila **následující dopis:**

*Pro: AMICO a.s.,
V Celnici 1028/10, 117 21 Praha 1, ČR*

Věc: Vaše žádost k pojistné události č.

K Vaší žádosti o zapůjčení kompletní zdravotnické dokumentace uvádím:

- 1. Podle platných zákonů nelze kompletní zdravotní dokumentaci zapůjčovat.*
- 2. Zdravotní dokumentace není majetkem pacienta, tj. pacient nemůže dávat souhlas k jejímu vydání.*
- 3. Se svolením pacienta si můžete vyžádat pouze kopie vyšetření, která se vztahují k pojistné události a neobsahují případné informace o třetích osobách.*
- 4. Vyhotovení kopií a práce s přípravou materiálů je zpoplatněno - cenu stanoví lékař podle vypočítaných nákladů a ne podle toho, kolik Vaše společnost za vyhotovení nabízí.*

Vaši žádost postupuji na vědomí SPL ČR.

S pozdravem

MUDr. Jaroslava Laňková



**MUDr. Jaroslava
Laňková**

Řádková inzerce...

JUDr. Kateřina Sekaninová,
advokát se sídlem v Brně,
poskytuje komplexní právní servis
v oblasti převodů lékařských praxí
(prodej, bezúplatný převod).
Právní služby zajišťujeme na území celé
České republiky.

Kontakt:
web: www.sekaninova.com
e-mail: ak@sekaninova.com
telefon: 731 948 320



Odpověď SPL ČR k tomuto problému

Výzva

Vážená paní doktorko,

je to přesně tak - na originál dokumentace nemají právo nikdy. Se souhlasem pacienta mají právo na informace, případně na kopii dokumentace či její části, případně výpis (výhrada informací o třetích osobách).

Úhradu si co diktovat nemají - naopak zdravotnické zařízení si stanoví cenu a oni ji buď akceptují (a informace dostanou), nebo neakceptují (a nedostanou nic).

Mgr. Jakub Uher

Vážení kolegyně a kolegové,

pošlete nám Vaše zkušenosti z řešení podobných a jiných problémů ve své praxi. Vaše zkušenosti mohou pomoci jiným při řešení stejných nebo podobných situací. V případě že máte jen problém, ale ne řešení, pošlete dotaz, na který se pokusíme najít odpověď.

Rubriku připravila
Jaroslava Laňková



PRVNÍ AMERICKO-ČESKÁ POJIŠŤOVNA, a.s.
V Celnici 1028/10, 117 21 Praha 1
Česká republika
T +420 227 111 111 | F +420 227 111 777
amcico@amcico.cz | www.amcico.cz

Vážená paní
MUDr. Jaroslava Laňková
Praktický lékař pro dospělé
Palackého 75
394 70 Kamenice nad Lipou

V Praze dne 11.11.2009

Klient : _____
Číslo pojistné smlouvy : _____
Číslo pojistné události : _____

Věc : Žádost o poskytnutí lékařské dokumentace

Vážená paní doktorko,

na základě písemného souhlasu od výše uvedeného klienta (viz přiložená kopie prohlášení) si Vás dovoluujeme požádat o informace, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu.

V souvislosti s přiznáním plného invalidního důchodu uplatňuje uvedený klient nárok na pojistné plnění. Z tohoto důvodu si Vás dovoluujeme požádat o **zapůjčení kompletní zdravotní dokumentace** včetně celé lékařské zprávy OSSZ - Záznam o jednání (Výpis ze záznamu o jednání je nedostačující), na základě které byl klientovi invalidní důchod přiznán. Zdravotní karta Vám bude ihned vrácena po prostudování naším lékařem. V zájmu co nejobjektivnějšího posouzení uplatňovaného nároku jsou pro nás tyto informace nezbytné.

Na základě stanovených tarifů za administrativní práci s tím spojenou Vám naše společnost uhradí náklady ve výši :

- 250,- Kč, pokud nám bude dokumentace zaslána do 5 dnů od obdržení našeho dopisu
- 200,- Kč do 10 dnů
- 150,- Kč do 15 dnů

V každém případě je nutné zaslat fakturu s číslem účtu, na které má být částka poukázána.

S pozdravem


Prof. MUDr. Miroslav Zeman, DrSc.
 Odborný lékař pověřený PRVNÍ AMERICKO-ČESKOU POJIŠŤOVNOU, a.s.
 dle ustanovení § 50 odst. 1 zákona č. 37/2004 Sb., zákona o pojistné smlouvě



Diabetes mellitus



prim. MUDr. Jaroslava
Ščamburová

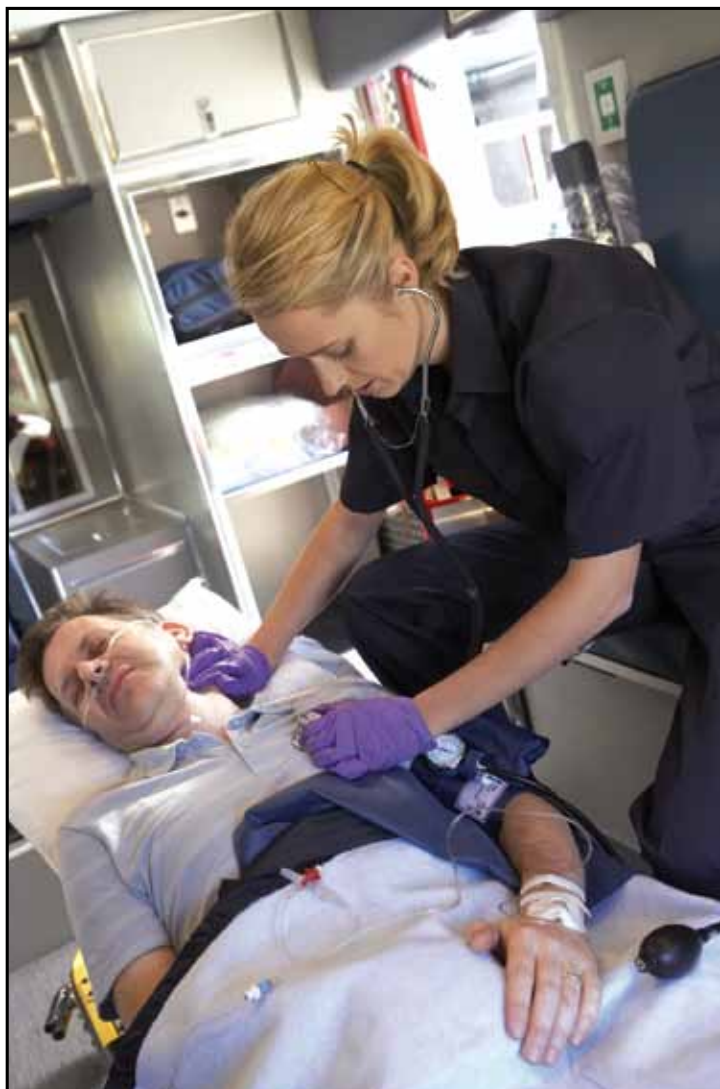
**příznaky u hypo-
či hyperglykémie
mohou být společné
s příznaky jiných
náhlých stavů**

I.

Na dispečink ZZS volá sousedka pacientky, udává že paní je zmatená a spavá. Na dotaz ohledně anamnézy sděluje, že sousedku tak dobře nezná. Po příjezdu RLP pacientka opocená, bledá, somnolentní, s bazální komunikací. TK 80/60, HR 90 puls nitkovitý, glukometrem změřena glykémie 2.6 mmol/l. Dostí obtížně zajištěn periferní žilní vstup, podávána G 40% 20 ml, poté opět změřena glykémie hodnoty 4,2 mmol/l. Podána další dávka G 40% 20 ml. Kontakt s pacientkou se zvolna zlepšuje, je však stále zmatená, dívá se přítomnosti lékaře. Kontrolní glykémie 6.9 mmol/l. Dle dotazů zjištěna anamneza: pacientka hypertonička, DM II typu na PAD. Pacientce byla před 2 dny ošetřujícím lékařem změněna antihipertenzní i antidiabetická medikace (výměna PAD). Pacientka ke stabilizaci celkového stavu transportovaná na interní oddělení nemocnice.

II.

Pacient 64 let, nalezen ráno synem, který nemohl s otcem navázat kontakt, nebylo možné ho probudit. Volána ZZS. Amnesticky: DM inzulindependentní, hypertenze, stp. CMP. Po příjezdu RLP pacient v bezvědomí, ležící na lůžku na zádech, hraničně ventilačně suficientní SpO2 pro chladnou periferii nelze změřit. Zajištěn žilní vstup. Zornice izokorické, bloudivé pohyby bulbů. Glukometrem měřena glykémie, opakovaně však hodnoty neměřitelné, proto podán bolus G 40% 2x 20 ml i.v. Glykémie poté naměřena 2.2 mmol/l, opět tedy podána G40% 20 ml. Hodnota glykémie se postupně normalizuje, stav vědomí však zůstává beze změn. Pacient hypoventiluje, nadále bloudivé pohyby bulbů, zornice izo šíře cca 4 mm. Lékařem RLP indikována ETI (intubace) v medikaci Hypnomidat 20 mg a SCCHJ 100 mg i.v. Pacient připojen k ventilátoru, kape infuse G 5% 500 ml, na monitoru sinusový rytmus bradykardie 45 min. Transportován ve vakuové matraci v budově bez výtahu k nosítkám RLP. Pro interferenci s ventilátorem podáván k transportu Fentanyl celkem 4 ml i.v. frakcionovaně a relaxován Tracriem 30 mg i.v. Hypoten-



ze - TK:70/60, kontrolní glykémie během transportu 5.7 mmol/l. Doplnován volem, kape Plasmalyte 1000 ml. Vzhledem k anamnéze hypertenze nasazen NOA LD (lineárním dávkovačem): úvodní dávka 0.4 mg/hod. Po příjmu na intenzivní lůžko provedeno CT mozku, kde difusně výrazný edém. Na RTG S+P vpravo apikálně známky aspirace. Prognóza i celkový stav pacienta jsou velmi závažné, neurologický stav se v dalších dnech nelepšil, došlo k rozvoji těžké bronchopneumonie. Kontrolní CT mozku beze změn, nadále těžký difusní edém.

Komentář: Hypoglykémie u tohoto pacienta jistě trvala v noci několik hodin, během kterých došlo k hypoventilaci a následnému hypoxickému poškození mozku s rozvojem edému a posléze infaustní prognózou.

III.

Dispečink přijal výzvu od dcery pacientky, která udává „že maminka zvrací, má závratě a je cel-

**vždy nutno myslet
na skutečnost, že za
příznaky náhlých stavů
může být hypoglykémie
nebo hyperglykémie**



kově velmi slabá“. Po příjezdu RLP 68 letá pacientka bledá, udává, že již delší dobu jí není moc dobře ale poslední 2 dny má výraznou slabost a občas vertigo. Anamnesticky hypertenze, vředová choroba gastroduodena toho času již léta v klidu, obezita. Zornice jsou izokorické. TK 100/60, HR 90 min. Poslechy bilaterálně sklípek s malým množstvím BF. Břicho je palpačně měkké, prohmatné, jen diskrétně při hlubší palpaci bolestivé. Peristaltika je velmi živá. Glykémie glukometrem opakovaně 23.5mmol/l. Na cílený dotaz udává že asi před rokem měla jednou naměřenou vyšší glykemii. Hodnotu si však nepamatuje: „Paní doktorka mi doporučila kontrolní vyšetření, ale poté co jsem se přestěhovala k dceři na jinou adresu a změnila PL, jsem o tom nikoho již neinformovala“. Zavedena i.v. kanyla, kape infuze Plasmalyte 1000 ml a pacientka transportovaná na interní ambulanci spádové nemocnice.

IV.

Na dispečink ZZS volá Městská policie a sděluje, že „pacient, sedící na lavičce v parku, má tržnou ránu na hlavě a je opilý“. Po příjezdu RLP pacient „udržovaného zevnějšku“ somnolentní, setřelá řeč, opocení, na hlavě tržná rána cca 2 cm, která krvácí, je bez dokladů. Zornice izo, kůže je vlhká, kolorit bledý. Přenesen do vozu RLP. Zavedena i.v. kanyla. TK 100/70, změřena glykémie: hodnota 1.8 mmol/l. Podána G 40% 20 ml, poté kontrola glykémie: 3.8 mmol /l podána opět G 40% 20 ml i.v., kontrolní glykémie glukometrem: 4.9 mmol/l. S pacientem je postupně dobrý kontakt, na příhodu má amnezii. Sděluje, že je diabetik na PAD, „ale moc často ty léky neužívá“. Nestihl se nasnídat a spěchal na schůzku. Při pádu na zem v parku mu pomáhal někdo na lavičku a bohužel při té příležitosti došlo k odcizení dokladů i s průkazkou diabetika. TK 110/70, AS sinus. Bolesti na prsou nedává. Transportován na chir. ambulanci k ošetření tržné rány a RTG lbi.

Komentář lékaře RLP:

Problematika diabetu je velmi široká, mnoho pacientů si svůj zdravotní stav pečlivě hlídá, monitoruje si glykemii a dbá přesně pokynů lékaře. Mnoho pacientů naopak o svůj stav naprosto nedbá (nebo jej nezná). Příznaky u hypo- či hyperglykémie mohou být společné s příznaky jiných náhlých stavů, je třeba vždy myslet na skutečnost, že za těmito příznaky se stavy hypoglykémie nebo hyperglykémie mohou skrývat!. Vždy platí, že je dobré pacienta po příhodě hypoglykémie dostatečně sledovat, aby nedošlo k opětovnému poklesu hladiny cukru.

Průjemovitě onemocnění, nauzea, zvracení nebo viroza můžou velmi výrazně zhoršit celkový stav diabetika a je proto nutná intenziv-

ní kontrola stavu, popř. včasná hospitalizace.

Poslední případ je dosti častý, tedy že pacient diabetik je považován za opilce, protože se válí venku po zemi (na druhé straně !pozor též na kombinaci DM a alkohol: postalkoholové hypoglykémie). Jindy zase z různých důvodů není rodina pacienta zcela informována o zdravotním stavu dospělých příbuzných. V případě diabetu dobrá spolupráce s pacientem a jeho rodinou může velmi výrazně ovlivnit celkový stav i prognózu pacienta.

Ale to vy - praktičtí lékaři - víte lépe než já...

Odborné akce...

Léčba závislosti na tabáku v ambulantní péči

Místo a čas:

PRAHA - 10. prosince 2009 (čtvrtek) od 13,00 hod.

BRNO - 4. prosince 2009 (pátek) od 12,00 hod.

Kurs je určen pro lékaře v ambulantních praxích, zejména praktické lékaře. Náplní semináře v rámci postgraduálního vzdělávání je edukace ambulantních lékařů v léčbě závislosti na tabáku a management péče o pacienty – kuřáky tabáku v ambulancích.

Program:

Lékové interakce kouření

Role ambulantního lékaře v léčbě závislosti na tabáku

Farmakoterapeutické a psychobehaviorální intervence v léčbě závislosti na tabáku

Individuální a skupinová psychoterapie závislosti na tabáku

Rizika psychiatrické komorbidity kuřáků

Linka pro odvykání kouření

Nekuřácký podnik nebo firma

Poradna odvykání kouření v ordinaci – know how a management

Účastníci kursu obdrží certifikát o absolvování kursu umožňující otevření poradny intervenční preventivní medicíny-odvykání kouření. Kurs je pořádán ve spolupráci s ČLK a NCONZO.

Pro ambulantní a praktické lékaře je kurs zdarma, jinak účastnický poplatek 500 Kč.

Přihlášky a informace:

PRAHA

Ing. Richtrová

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Albertov 7, Praha 2

tel./fax_ 224 917 479

vselek@lf1.cuni.cz nebo prevence.nemoci@seznam.cz

BRNO

p. Holešovská

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Vinařská 6, 603 00 Brno, tel.: 543 559 534

holesovska@nconzo.cz nebo prevence.nemoci@seznam.cz

Zákon o státním rozpočtu České republiky na rok 2010 a změna zákona o VZP



Informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu.

ZP nesmí při náboru pojištěnců poskytovat nebo nabízet žádné peněžní ani nepeněžní plnění ani jinou výhodu

**ZÁKON 362/2009 Sb., ze dne 5. října 2009,
kterým se mění některé zákony
v souvislosti s návrhem zákona
o státním rozpočtu České republiky
na rok 2010
Parlament se usnesl na tomto zákoně
České republiky:**

ČÁST OSMÁ

Změna zákona o nemocenském pojištění

Čl. XIII

Zákon č. 187/2006 Sb., se mění takto:

1. Za § 21 se vkládá nový § 21a, který zní:

„§ 21a

V období od 1. ledna 2010 do 31. prosince 2010 se při úpravě denního vyměřovacího základu podle § 21 odst. 1 písm. b) pro výpočet peněžité pomoci v mateřství a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství počítá do částky první redukční hranice 90 %.“

2. Za § 29 se vkládá nový § 29a, který zní:

„§ 29a

Výše nemocenského za kalendářní den v období od 1. ledna 2010 do 31. prosince 2010 činí 60 % denního vyměřovacího základu.“

3. Za § 37 se vkládá nový § 37a, který zní:

„§ 37a

Výše peněžité pomoci v mateřství za kalendářní den v období od 1. ledna 2010 do 31. prosince 2010 činí 60 % denního vyměřovacího základu.“

4. Za § 40 se vkládá nový § 40a, který zní:

„§ 40a

V období od 1. ledna 2010 do 31. prosince 2010 činí podpůrná doba u ošetřovného podle § 40 odst. 1 písm. a) nejdéle 6 kalendářních dnů a podle § 40 odst. 1 písm. b) nejdéle 13 kalendářních dnů. Podpůrná doba počíná od čtvrtého dne potřeby ošetřování nebo péče.“

Čl. XIV

Přechodná ustanovení

1. Vznikla-li nárok na nemocenské, peněžitou pomoc v mateřství nebo vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství před 1. lednem 2010 a trvá i po 31. prosinci 2009, upraví se výše této dávky za kalendářní den od 1. ledna 2010 podle § 21a, 29a a 37a

(Bylo označeno červeně pisatelem – č. zákona) zákona č. 187/2006 Sb., ve znění účinném ode dne 1. ledna 2010. (níže uvedený bod 2

nejasný?):

2. Vznikla-li potřeba ošetřování (péče) před 1. lednem 2010 a trvá i po 31. prosinci 2009, vyplácí se ošetřovné za podmínek a po dobu podle předpisů účinných do dne 1. ledna 2010; to platí i v případě, kdy potřeba ošetřování (péče) vznikla před 1. lednem 2010 a trvá i po 31. prosinci 2009 a v průběhu tohoto ošetřování (péče) druhý z oprávněných převezme ošetřování (péči) nebo se zastaví běh podpůrné doby.

3. Vznikla-li nárok na nemocenské, peněžitou pomoc v mateřství nebo vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství před 1. lednem 2011 a trvá i po 31. prosinci 2010, upraví se výše této dávky za kalendářní den od 1. ledna 2011 podle právních předpisů účinných ode dne 1. ledna 2011.

4. Vznikla-li potřeba ošetřování (péče) před 1. lednem 2011 a trvá i po 31. prosinci 2010, vyplácí se ošetřovné od 1. ledna 2011 za podmínek a po dobu podle právních předpisů účinných ode dne 1. ledna 2011.

ČÁST DVANÁCTÁ+ TŘINÁCTÁ

Změna zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

a Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Čl. XVIII

Zákon č. 551/1991 Sb., a Zákon č. 280/1992 Sb., se mění takto:

1. V § 2 a § 5 se doplňuje odstavce 4, který zní: „(4) Pojišťovna VZP a Zaměstnanecká pojišťovna nesmí při náboru pojištěnců, a to ani je-li tento nábor prováděn prostřednictvím třetích osob, poskytovat nebo nabízet těmto pojištěncům v souvislosti s přihlášením se k Pojišťovně žádné peněžní ani nepeněžní plnění ani jinou výhodu nad rámec plnění poskytovaného jejím pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění, a to ani v případě, že toto plnění nebo výhoda je hrazena z jiných zdrojů než z prostředků plynoucích z veřejného zdravotního pojištění.“

2. V § 24b odst. 1 věte první a § 23a odst. 1 věte první se za slova „až do výše 500 000 Kč“ vkládají slova „a za porušení povinností uvedených v § 2 odst. 4 až do výše 1 000 000 Kč“.

ČÁST ŠESTNÁCTÁ - ÚČINNOST

Čl. XXIII, Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2010.

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