



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 1/2010

ročník 9

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem tohoto čísla je
Doporučený postup

**Ischemická
choroba
srdeční**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

**Návrh koncepce oboru všeobecného
praktického lékařství - čtěte na str. 5**



Další typy z obsahu čísla:

Postavení fixních kombinací v léčbě hypertenze - str. 11

Ambulantní antitrombotická léčba - str. 17

Nové přístupy k léčbě bércových vředů - str. 24

Blefaroplastika horních a dolních víček - str. 30

Úzkostný pacient v ambulanci praktického lékaře - str. 35

Kazuistika: Maligní histiocytom - str. 40



Pl 2010



Obsah

Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství **5**

Volby Výboru a Revizní komise SVL ČLS JEP **9**

Mladí praktici - lednové setkání **9**

**Zprávy z přednášek
z XXVIII. výroční konference SVL ČLS JEP** **11**

- Postavení fixních kombinací v léčbě hypertenze
- Význam fixních kombinací
 - nová kombinace perindopril/amlodipin
- Ambulantní antitrombotická léčba z pohledu hematologa
- Rizika tromboembolické nemoci (TEN) u pacientů s onkologickým onemocněním a možnosti profylaxe
- Antikoagulační léčba z pohledu praktického lékaře
- Nové přístupy k léčbě bércových vředů
- Nový azitromycin v České republice nejen pro primární péči
- Chronické žilní onemocnění a symptomy

Blefaroplastika horních a dolních víček **30**
MUDr. Lukáš Zikmund

**Úzkostný pacient v ambulanci
praktického lékaře - 1. část** **35**
MUDr. Jan Knopp

Kazuistika: Maligní histiocytom **40**
MUDr. Martin Pehr

 **...dotazy a odpovědi** **41**

 **...POEM: Patient oriented evidence that matters** **42**

 **...jak řeším problémy v praxi** **44**
Žádost o zapůjčení zdravotní karty; Spolupráce se ZP Média

 **...z případů záchranné služby** **46**
Akutní stavy – shrnutí

 **...počítač a doktor** **48**
Kvalitní internetová prezentace (web)

 **...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa** **49**
Zákon o uplatňování, regulaci a kontrole cen výrobků, výkonů, prací a služeb pro tuzemský trh

 **...znalostní test** **56**

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
1/2010, ročník 9

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:

Šéfredaktorka: MUDr. Jaroslava Laňková, 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 Vojtíšková

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 **22. 12. 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, 2010**



MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Novoroční přání

Každý zkušený sloupkař vám řekne, že vánoční fejeton je nutné napsat uprostřed žhavého léta, nejraději v červenci, aby byl nadčasový a nezatížený adventním běsněním. Nadčasové novoroční přání by se mělo tedy rodit již v červnu! Přestože mi k zesumírování textu byla dopřána šibeniční lhůta, nepovažuji svůj příspěvek za ukvapený, protože probírané problematice: Kdo pomůže pomáhajícím? (když ne oni sami)? se věnuji několik let.

Čekám, že zanedlouho se v našich týdenících tradičně objeví výsledky ankety hodnotící prestiž jednotlivých povolání. V posledních letech se lékaři a sestry vyskytovali (spolu s Karlem Gottem ve Zlatém slávku) monotónně na prvních příčkách. Na šestnáctém místě se zahanbeně krčili bankéři a politici se nedostali ani do první dvacítky. Nepochybuji, že vyhraje i letos, stejně jako vyhrál božský Kája.

Praxe je však zatraceně jiná; stačí jeden nešťastný případ, aby nás do té doby milující a adorující veřejnost šmahem odsoudila a hodila do jednoho pytle. Na to jsme si ale již zvykli. Horší je to v každodenní praxi, kde svérázný výklad lidských práv spolu s nepřehlednými informačními kanály mění naše pacienty nejprve v pseudoexperty vyškolené na internetu a posléze v potenciální žalobce u soudů. Strašící právníci na seminářích jsou materializující se noční můrou. GOMER!!! chce se nám na všechny zařvat¹. Ale nezařveme, a ošetřujeme.

Na stres organizační vyvolávaný chaotickými zásahy shora (kolik úřadů je schopno ničit nám život protichůdnými požadavky) nasedá ten nejpodstatnější, který nám připravují naši pacienti. Nejde jen o ty konfliktní, ale též o ty, pro něž máme velkou a neregulovanou empatii, jejíž odraz v mozku je blízký odrazu vlastní bolesti a z ní vyplývajícího stresu. Důsledkem nadměrného chronického stresu je pak syndrom vyhoření s dlouhodobými symptomy depersonalizace, exhaustion a pracovního neuspokojení. Ženy jím trpí dvakrát častěji než muži, mladí lékaři mnohem více než my, staříci.

Pro generaci mých rodičů napsal pan řídící Hakl veselou knížku Dědečkovy žertíky. Byl to humor k popukání a jednu anekdotu si pamatuji dodnes: Na co musí dávat strážník řídící křižovatku největší pozor? No na to, aby ho nepřejeli! S odstupem času vidím, že žertující dědeček měl hlubokou pravdu, kterou bych zde parafrázoval asi takto: Na co musí lékař dávat největší pozor? Ne sebe! Protože on sám je nejmocnějším léčebným prostředkem a pokud se nedokáže postarat sám o sebe, neskýtá záruku, že se jednou bude moci postarat o druhé.

Poslání mé balady tedy zní: Kolegyně a kolegové, věnujte (nejen) v příštím roce patřičnou pozornost a čas svým potřebám, nenechte se vycucnout a otrávit a až vám bude zle, dokažte pro sebe udělat to, co byste udělali pro své blízké a co denně opakovaně děláte pro své pacienty.

¹ Lekce medicínské angličtiny: GOMER = go out of my emergency room!!!

Praha – 18.12.2009

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství

Úvod

Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména všeobecnými praktickými lékaři jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejblíže vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby (8).

Význam primární péče jako klíče k posilování péče o zdraví zdůrazňuje Světová zdravotnická organizace v různých dokumentech; naposledy v rezoluci přijaté na 62. Světovém zdravotnickém shromáždění v Ženevě v květnu 2009. **Rezoluce se obrací na členské státy, aby rozvíjely zdravotnické systémy založené na silné primární péči, rozvíjely komplexní zdravotnické služby na regionální a lokální úrovni a zajistily výchovu dostatečného počtu zdravotníků, praktických/rodinných lékařů a zdravotních sester, schopných pracovat v kontextu multidisciplinární komunitní péče (5).**

Primární péči charakterizuje:

- přímá dostupnost a otevřenost, bez bariér kulturních, geografických či ekonomických
- schopnost porozumět potřebám občanů - klientů a reagovat na ně
- schopnost zprehlednit a ovlivnit proces poskytování zdravotní péče tak, aby se občan rámcově vyznal v poskytované LPP a byl v souvislosti s onemocněním co nejméně vytrhován ze svého běžného životního prostředí
- citlivost a humánní přístup při maximálním zachování lidské důstojnosti

Pro společnost a systém zdravotní péče pak primární péče představuje místo uspokojování základních i hlubších zdravotnických potřeb populace a zároveň místo rozhodování o racionálním využívání specializovaných a nákladnějších služeb. Reformy národních zdravotních systémů jsou na pořadu dne jak v ČR, v Evropě, tak i na celém světě. Existuje mezinárodní shoda podložená důkazy na tom, že systémy založené na primární péči s kvalifikovanými praktickými lékaři poskytují nákladově i klinicky péči více efektivní než systémy s malým důrazem na primární péči. Vzhledem k nízkoprahové dostupnosti a preventivnímu zaměření má primární péče nejvyšší potenciál k příznivému ovlivnění zdravotního stavu celé populace.

Definice, předmět a cíle oboru

Všeobecné praktické lékařství je základním oborem, který zajišťuje léčebnou a preventivní péči

o svěřenou populaci. Je otevřeno všem kategoriím problémů, které souvisejí se zdravím, se zřetelem na sociálně ekonomické faktory a prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje. Je nejblíže pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti.

Všeobecné praktické lékařství v sobě zahrnuje jak své vlastní, tak i základní poznatky a praxi různých lékařských oborů. Uplatňuje je v činnostech preventivních, diagnostických, léčebných, rehabilitačních i posudkových.

Charakteristickými rysy oboru jsou:

- dlouhodobá a soustavná péče, s možností ovlivňování způsobu života celé rodiny
- snižování individuálních rizik pacienta
- spolupráce s ostatními obory
- přístup k pacientovi zvažující hlediska biologická, psychologická i sociální
- poskytování péče v prostředí pacientovi vlastním nebo blízkém

Úkolem oboru je zabezpečit první kontakt zdravotnického systému s obyvatelstvem a odpovědně a citlivě rozhodnout o potřebě další péče, a to v případech akutních i chronických stavů. Soustavným úkolem je shromažďování zdravotních informací a koordinace specializovaných služeb u jednotlivých pacientů.

Obor tak má významnou odpovědnost za kvalitu i efektivitu celého systému zdravotní péče.

Nezastupitelná je role všeobecného praktického lékaře jako důvěrníka a rádce občanů v problematice zdravotní, zdravotně-sociální, sociálně-zdravotní i osobní. Stejně významná je role výchovná, směřující k odpovědnosti pacienta za své zdraví.

Hlavním cílem oboru všeobecné praktické lékařství je zprostředkovat občanům lékařskou a zdravotní péči, odpovídající v praxi dosažitelným současným poznatkům vědy, poskytovanou způsobem, který odpovídá kulturní vyspělosti společnosti, a to vlastními silami na úrovni primární péče nebo prostřednictvím efektivního využívání specializovaných služeb.

Vymezení činnosti oboru

Všeobecný praktický lékař (VPL) v rámci oboru poskytuje soustavnou zdravotní péči registrovaným pacientům a neodkladnou péči všem obyvatelům bez ohledu na trvalé bydliště, věk, pohlaví, rasu či vyznání. Provádí v potřebném rozsahu základní vyšetření a ošetření, diagnostiku a diferenciální diagnostiku, léčbu, prevenci a posudkovou činnost u všech onemocnění a stavů. Péči poskytuje ve standardních podmínkách v ordinaci, v domácím prostředí pacienta nebo v místě náhlé poruchy zdraví či úrazu. Určuje, která onemocnění může léčit sám, která vyžadují konziliární vy-

Obor má významnou odpovědnost za kvalitu i efektivitu celého systému zdravotní péče

Rezoluce SZO se obrací na členské státy, aby rozvíjely zdravotnické systémy založené na silné primární péči

Pro plnou realizaci činnosti je třeba využít celý potenciál primární péče, zvýšit kompetence a léčebné možnosti VPL a využít regulační a organizační roli primární péče pro přístup k nákladným specializovaným službám

Koordinace zdravotní péče registrujícím VPL je jako nástroj efektivity a kvality již uplatňována ve většině zemí EU

Nelze tolerovat tendence ostatních specializovaných oborů a odborností k omezování činnosti VPL.

Poskytování dispenzární péče VPL je znemožňováno preskripčními omezeními na běžné a široce užívané léky. To má za následek poskytování duplicitní ambulantní péče a působí zvýšení nákladů v celém systému zdravotní péče.

šetření nebo předání ke sledování specialistou a která je nutno hospitalizovat. Následně zabezpečuje péči o pacienta po hospitalizaci. V indikovaných případech sdílí péči o pacienty s dalšími lékařskými obory v případě chronických i akutních onemocnění. Je významným článkem v integraci komunitních zdravotnických služeb, zejména činnosti služeb sester domácí péče. Účastní se na zdravotní výchově obyvatelstva a spolupracuje s orgány místní správy a službami sociální péče. Ve spolupráci s pracovníky hygienických stanic se účastní na realizaci protiepidemických a hygienických opatření.

Pro plnou realizaci činnosti oboru ze systémového hlediska **je nutné využít celý potenciál primární péče v ČR, t.j. zvýšit kompetence a léčebné možnosti VPL na straně jedné a využít regulační a organizační roli primární péče** pro přístup k nákladným specializovaným službám na straně druhé. Koordinace zdravotní péče registrujícím VPL je jako nástroj efektivity a kvality již uplatňována ve většině zemí EU, kde VPL působí jako průvodce pacienta zdravotnickým systémem. VPL má ze všech zdravotnických složek největší možnost ovlivnit zdravotní stav celé populace. Zároveň je jedním z nejvýznamnějších prvků regulujících spotřebu zdravotní péče.

Pracovně lékařská péče (PLP)

Součástí činnosti VPL je poskytování pracovně lékařských služeb závodům, organizacím i osobám samostatně výdělečně činným. VPL provádí posuzování pracovní schopnosti k výkonu určité práce, ve spolupráci se zaměstnavateli u skupin I a II a centry PLP (závodními lékaři) u skupin III a IV. Plní příslušné úkoly vyplývající z Úmluvy o závodních zdravotních službách v rámci primární pracovně lékařské péče.

Dispenzarizace

Všeobecný praktický lékař zařazuje registrované pacienty do dispenzární péče podle odborných kritérií a platných předpisů (Vyhláška MZ ČR č. 386/2007 Sb). **Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře.** Registrující VPL **odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče.** V této souvislosti stále chybí v ČR dostatečné vymezení priorit pro tuto oblast, včetně jasně specifikovaných kompetencí pro VPL a orgánové specialisty. Nelze tolerovat tendence ostatních specializovaných oborů a odborností k omezování činnosti VPL (např. omezování možností provádět určité výkony, laboratorní, diagnostická a jiná vyšetření, ke kterým má VPL vzdělání i kompetenci, preskripční omezení apod.). Poskytování dispenzární péče VPL je stále často znemožňováno preskripčními omezeními na běžné a široce užívané léky. To má za následek poskytování duplicitní ambulantní péče a působí zvýšení nákladů v celém systému zdravotní péče. Je též nezbytné ekonomicky (např. bonus/malus cestou zdra-

vočního pojištění) motivovat pojištěnce k účasti na preventivních prohlídkách a programech.

Struktura optimální sítě zdravotní péče v oboru

Odpovědnost za tvorbu sítě zdravotních služeb nese státní správa ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami (ZP). Odbornými partnery jsou Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL ČLS JEP), Sdružení praktických lékařů (SPL ČR) a Česká lékařská komora (ČLK).

K naplnění cílů oboru všeobecné praktické lékařství a zabezpečení kvality péče o registrované pacienty, by měla být síť přizpůsobena podmínkám geografickým, demografickým, průmyslovým a ekologickým, s ohledem na místní infrastrukturu (možnost místní dopravy, telekomunikační síť) a sociální rozložení obyvatel.

V současné době je síť daná počtem dospělé populace na 1 VPL. **Průměrný počet je 1613 obyvatel na jednoho VPL (9). Vzhledem k rostoucím nárokům na kvalitu a rozsah služeb, poskytovaných VPL, bude třeba do budoucna optimalizovat průměrný počet registrovaných osob na jednoho lékaře a zvýšit denzitu sítě.**

Základním pracovištěm oboru jsou ordinace VPL ve zdravotnických zařízeních, poskytujících péči v oboru všeobecné praktické lékařství. Pracoviště jsou vedena VPL se specializací v oboru.

Základními pracovníky oboru jsou VPL a všeobecné zdravotní sestry, případně další zdravotníci (sestra domácí péče, rehabilitační pracovník, dietní sestra) a nezávodní (např. recepční, dokumentarista) pracovníci. Pracovníci oboru spolupracují systematicky nebo podle potřeby s pracovníky z různých oblastí komunitní péče, zejména se složkami sociálních služeb.

V rámci poskytování neodkladné péče je **organizačně historicky přetrvávající duplicita přednemocniční neodkladné péče tzv. LSPP** (Lékařská služba první pomoci), která již neodpovídá požadavkům a možnostem moderní medicíny. Je zřejmé, že koexistence 3 typů pohotovostní lékařské péče (ZZS, ÚPS a LSPP) je zbytečným a drahým přežitkem. Za účelné považujeme její postupný útlum a naopak posílení kvalifikované urgentní péče zajišťované ZZS a ústavními složkami emergentní medicíny.

Odborné a profesní řízení oboru

Každý VPL je odpovědný za kvalitu poskytované péče. Odborné zázemí pro nezávisle pracující VPL poskytuje Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP a její regionální reprezentanti. Ve věcech zajišťování podmínek poskytování péče a vztahu k pojišťovnám a institucím hraje tuto roli Sdružení praktických lékařů ČR a jeho regionální struktura. Obě společnosti k zajištění potřeb regionu vytvořily **Krajská centra primární péče**. Tato existující síť připravuje a poskytuje podněty a informace ke zlepšení regionální zdravotní politiky a spolupracuje s příslušnou regionální adminis-

trativou. Na centrální úrovni Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP a Sdružení praktických lékařů ČR vytvářejí koncepce, předkládají náměty, připomínky a poskytují odborné poradenství státní administrativě a zdravotním pojišťovnám. Prostřednictvím svých zástupců v orgánech a komisích MZ ČR a jím přímo řízených institucích, působí na klíčová rozhodnutí týkající se oboru. **Prostřednictvím své regionální infrastruktury, periodik a webových stránek zajišťují nepřetržitou informovanost VPL v otázkách odborných i profesních.**

Ekonomické zajištění primární péče

V ČR se projevují obecné trendy zdravotní péče v EU. Část péče nemocniční se přesouvá do péče ambulantní, narůstá objem chronické péče, péče o starou populaci a péče paliativní. V této souvislosti **narůstá objem služeb a zároveň nároky na kompetence lékařů primární péče.** Tomuto trendu je třeba přizpůsobit i financování primární péče. Aby se vybudovala tato struktura a mohl být očekávaný potenciál primární péče využit, musí dojít **k alokaci finančních prostředků** do této složky ve výši odpovídající zvýšení objemu poskytované péče VPL. **Dle zkušeností a doporučení EU je tento přesun z hlediska systémových úspor nezbytný a musí odpovídat aspoň průměru ve vyspělých státech EU.**

V primární péči se do budoucna daleko více prosadí **týmová práce.** VPL bude potřebovat více kvalifikovaného zdravotnického i pomocného personálu, kvalitnější vybavení a lékařsky specifické i obecné informační zabezpečení.

Do praxí se přesouvá specializační příprava. Akreditovaná pracoviště VPL potřebují ekonomickou podporu k vytvoření podmínek pro řádné provádění školicí činnosti.

Vzdělávání pracovníků v oboru

Význam oboru všeobecné praktické lékařství a obecné trendy v péči o zdraví se promítají i do změn v náplni vzdělávání na lékařských fakultách, kde výuka všeobecného praktického lékařství je nezbytnou součástí přípravy všech budoucích lékařů.

Systém a podmínky specializačního vzdělávání jsou stanoveny v zákoně č. 95/2004 Sb. v platném znění o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Odborné zázemí oboru poskytují pro lékaře ve specializační přípravě akreditovaná zdravotnická zařízení, poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství. Koordináční roli na celostátní úrovni má Akreditační komise MZ ČR pro obor všeobecné praktické lékařství. Činnost komise je metodicky a personálně propojena s činností Katedry všeobecného lékařství IPVZ Praha, SVL ČLS JEP a SPL ČR. V regionálním měřítku

se uplatňují koordinálně Krajská centra primární péče. **Specializační vzdělávání** v oboru všeobecné praktické lékařství zabezpečuje svou náplní pokrytí potřebných znalostí a dovedností klinických i komunikačních a schopností vedení vlastní praxe v minimální délce 3 let.

Cílem je vytvořit takové časové, technické i organizační podmínky, aby specializační příprava ve všeobecném praktickém lékařství připravila uchazeče na evropsky srovnatelnou úroveň kompetence VPL (6). Přitom respektujeme stav rozdělení kompetencí v primární péči v ČR. Všeobecné praktické lékařství je obor, jehož specializační příprava probíhá na lůžkových a ambulantních nemocničních odděleních s nediferencovaným příjmem, ve specializovaných ambulancích a v ordinacích akreditovaných VPL. Nemocniční zařízení budoucí VPL nemají zájem zaměstnávat, protože není předpoklad, že zde po ukončení specializační přípravy zůstanou pracovat jako kvalifikovaní lékaři u lůžka. Všeobecní praktičtí lékaři – školitelé nemají finanční prostředky na platy školených lékařů. Jako řešení tohoto problému je nutné rozvíjet systém cílených dotací státu - rezidenčních míst, který se v současné době začíná rozvíjet. Všeobecné praktické lékařství potřebuje při 3-leté specializační přípravě pro udržení přirozené obnovy minimálně 330 rezidenčních míst (4).

Obor všeobecné praktické lékařství je otevřeným oborem i pro lékaře s erudicí v jiném oboru po absolvování doplňovacího vzdělávacího programu a složení atestace z oboru.

Systém celoživotního (kontinuálního) vzdělávání (CŽV)

Systém CŽV v oboru všeobecné praktické lékařství je realizován cestou odborných aktivit, pořádaných Společností všeobecného lékařství České lékařské společností JEP, Sdružením praktických lékařů ČR, Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, lékařskými fakultami a dalšími akreditovanými subjekty.

V rámci celoživotního vzdělávání hraje důležitou roli samostudium domácí i zahraniční literatury, různé druhy distančního vzdělávání, přednášková, publikační a výzkumná činnost.

Významné aktuální náměty pro CŽV z oblasti léčby i prevence jsou náplní pravidelných a systematicky organizovaných regionálních akcí po celé republice, v koordinaci výše zmíněných složek. Zároveň je dotvářen s pomocí moderních informačních medií mezi VPL systém, zajišťující včasnou distribuci odborných i profesních informací a efektivní implementaci zaváděných doporučených postupů.

Práce VPL je tradičně v našich podmínkách založena na spolupráci se zdravotní sestrou. Vzhledem k jejímu významnému postavení v týmu je nezbytně nutná po základním vzdělání její účast na systému celoživotního vzdělávání. Tuto oblast

Aby mohl být využit očekávaný potenciál primární péče, musí dojít k alokaci finančních prostředků do této složky ve výši odpovídající zvýšení objemu poskytované péče VPL.

Všeobecné praktické lékařství potřebuje při 3-leté specializační přípravě pro udržení přirozené obnovy minimálně 330 rezidenčních míst

Standard organizační úrovně, kvality a bezpečí pacientů je popsán v Národních akreditačních standardech pro zdravotnická zařízení poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství

SVL ČLS JEP byla vybrána a pověřena přípravou světové konference praktických/rodinných lékařů WONCA v Praze v roce 2013

zajišťuje zajišťuje SVL ČLS JEP, SPL ČR, NCO NZO Brno, Asociace sester, případně další instituce.

Kvalifikační předpoklady pro vedoucí funkce

5 a více let práce v oboru, soustavné kontinuální studium, event. publikační a přednášková činnost či vyšší stupeň kvalifikace.

Priority výzkumu a výzkumná pracoviště

Obor všeobecného praktického lékařství skýtá širokou základnu pro oblast výzkumu, a to jak samostatně, tak v rámci spolupráce s dalšími styčnými odbornostmi.

Nezastupitelnou roli má výzkum v:

- epidemiologii a léčbě chorob s vysokou prevalencí
- časné symptomatologii závažných chorob
- managementu chronických onemocnění
- chování populace ve zdraví a nemoci
- prevenci a podpoře zdraví
- hodnocení a ovlivňování individuálních rizik
- zdravotně – sociálních aspektech péče
- posuzování kvality života individuálního pacienta.

Výzkum může ovlivnit kvalitu poskytované péče. Je základem pro rozvoj vědecké báze všeobecného praktického lékařství. Výzkum ve všeobecném praktickém lékařství doplňuje klinický výzkum v jiných oborech.

Výzkumnými pracovišti oboru jsou ordinace VPL. Teoretickou základnou výzkumu jsou pracoviště lékařských fakult (7), IPVZ a SVL ČLS JEP. Nejblíže spolupracovníky ve výzkumu pak specialisté, klinická ambulantní nebo lůžková zařízení a pracoviště hygienické služby.

Kvalita poskytované péče v oboru

Výkon všeobecné praxe je podmíněn kvalifikací lékaře a dále splněním podmínek pro provozování praxe, včetně věcného, technického a personálního vybavení, v souladu s příslušnou legislativou. Odbornými poradními orgány jsou Krajská centra primární péče.

Podíl na tvorbě a vytváření odborných i organizačních doporučených postupů a standardizace činností v praxi jsou dalším krokem systematického zajišťování kvality oboru všeobecné praktické lékařství. Sledování a zajišťování kvality poskytované péče včetně bezpečí pacientů je nedílnou součástí činnosti každého zdravotnického zařízení, poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství. Standard organizační úrovně, kvality a bezpečí pacientů je popsán v Národních akreditačních standardech pro zdravotnická zařízení poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství. V krátké budoucnosti bude rozvinut systém externích akreditací, s možností srovnávání kvality praxí na celonárodní úrovni. Obor všeobecné praktické lékařství již disponuje autoritami a metodickou základnou pro tyto činnosti.

K rozvoji oboru je třeba co nejlépe propojit mosty v oblastech vzdělávání, výzkumu a zvyšování kvality. Nejlepší základnou pro naplnění těchto ideálů jsou v Evropě akademická oddělení všeobecného praktického lékařství lékařských fakult (1), která je třeba dále budovat.

Přírodním nástrojem hodnocení kvality péče je hodnocení pacientem, realizované např. svobodnou volbou lékaře. VPL by měl mít aktivní zájem i o jiné formy hodnocení spokojenosti svých pacientů.

V procesu poskytování péče hraje významnou roli celoživotní vzdělávání lékařů a vzájemná výměna poznatků a zkušeností mezi lékaři. Může být realizována v malých místních skupinách lékařů, na úrovni regionální nebo národní. Rozvíjení informačního systému mezi lékaři je další významnou cestou ke zvyšování kvality.

Námětem, který vyžaduje zvláštní zřetel, je registrace chyb a omylů při poskytování péče, jejich sdílení a poučení z nich. Kromě pozitivních motivačních nástrojů existují i nástroje sankční v případě postupů non lege artis a etických pochybení. Tato agenda je zajištěna orgány a činnostmi České lékařské komory, znaleckých komisí řízených MZ ČR, orgány příslušnými k registraci, Krajskými centry primární péče, případně dalšími institucemi.

Z hlediska nároků na zajišťování a zvyšování kvality v oboru a bezpečí pacientů, mají větší perspektivu malé skupinové praxe tvořené vlastníky praxí (3).

Standards a doporučené postupy pro obor

V procesu zvyšování kvality poskytované péče se uplatňují doporučené diagnostické a léčebné postupy, které jsou vytvářeny SVL ČLS JEP a spoluúčasti ostatních odborných společností (2). V implementační fázi je úkolem odborných, profesních i vzdělávacích institucí přispět k uvedení těchto doporučení do praxe a provázet je systematickým edukačním programem. V souladu s DP pokládáme za účelné rozšířit spektrum zdravotních výkonů hrazených ZP, které by byl oprávněn provádět VPL. Jedná se například o péči o diabetiky II. typu, astmatiky, rychlou laboratorní diagnostiku přímo v ordinacích, onkologickou prevenci a další výkony. V oblasti předepisování léčiv a PZT odstranit preskripční omezení vázaná na odbornost lékaře. V případě zvláštních důvodů je vhodné ponechat pouze indikační omezení (dle diagnózy).

Napojení na mezinárodní aktivity

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Katedra všeobecného lékařství IPVZ, Sdružení praktických lékařů ČR a ústavy všeobecného praktického lékařství LF jsou zapojeny do mezinárodních organizací praktických lékařů. SVL ČLS JEP má stále zástupce v evropské a světové radě Světové organizace praktických lékařů (WONCA)

a v hlavních zájmových organizacích WONCA, zabývajících se vzděláváním, kvalitou, výzkumem, prevencí, klinickými oblastmi, atd. SVL ČLS JEP podporuje zastoupení českých lékařů v programu Vasco de Gama, určenému pro lékaře v předatestační přípravě. SPL ČR je členem Unie evropských praktických/rodinných lékařů (UEMO). SVL ČLS JEP byla vybrána a pověřena přípravou světové konference praktických/rodinných lékařů WONCA v Praze v roce 2013.

Závěr

Naplnění jednotlivých částí koncepce je předpokladem k rozvoji všeobecného praktického lékařství jako samostatné specializace v primární péči, akademické i vědecké disciplíny se svou vlastní náplní vzdělávání, výzkumem, svými důkazy a klinickými aktivitami. Dále vytvoří podmínky pro poskytování koordinované komplexní LPP poskytované VPL, respektující pacientovy bio-psycho-sociální potřeby a pro rozvoj činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním v primární péči v rozsahu a spektru činností vykonávaných VPL v zemích EU.

Literatura

1. Býma, S.: Lékařské fakulty a všeobecné/praktické lékařství v České republice. Čas. Lék. čes., 2004, 143, s. 260-263
2. Býma S.: Všeobecné praktické lékařství a Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Kardiologie v primární péči, 2, 2007, s. 38, ISSN 1802-1379
3. Býma S., Beneš V., Seifert B., Laňková J.: Skupinové praxe v ČR, ano či ne? Practicus, 6, 2007, dvojčíslo 5-6, s. 204-205, ISSN 1213-8711
4. Býma S.: Potřeba specializačních míst pro všeobecné praktické lékaře v ČR, Practicus 2008, 7, č. 6, s. 9-13, ISSN 1213-8711
5. Primary health care including health system strengthening, agenda item 12.4., WHO 62nd World Health Assembly
6. Rowe A., Garcia-Barbero M.: Regulation and licensing of physicians in the WHO, WHO - Regional Office for Europe, 2005, 150 s.
7. Seifert, B. Všeobecné lékařství jako akademický obor, Čas. Lék. čes., Roč. 142, č. 11, 2003, s. 691-693, 0008-7335
8. Seifert B., Beneš V., Všeobecné praktické lékařství, Praha, Galen a Karolinum, 2005,
9. Zdravotnická ročenka ČR 2007, UZIS 2008, s. 108

Předkládají:

Býma S.¹, Seifert B.², Šmatlák V.³, Štolfa J.⁴

¹Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, pověřený vedením. Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc, předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

²1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Ústav všeobecného lékařství, přednosta Doc. MUDr. Bohuslav Seifert, PhD., předseda akreditační komise MZČR

³SPL ČR Praha, předseda Sdružení praktických lékařů ČR MUDr. Václav Šmatlák

⁴IPVZ Praha, Katedra všeobecného praktického lékařství, vedoucí MUDr. Josef Štolfa

Volby výboru a revizní komise SVL ČLS JEP 2010



Vážené kolegyně, vážení kolegové!

V souladu se stanovami, jednacími řádem a volebním řádem České lékařské společnosti J. E. Purkyně (SVL ČLS JEP) vyhláší **volby výboru a revizní komise SVL ČLS JEP**. Počet volených členů výboru SVL je 17 a členů revizní komise 3.

Právo volit a být zvoleni mají všichni řádní členové.

Proto, aby uvedené právo bylo naplněno, výbor zvolil v souladu volebním řádem korespondenční způsob voleb.

Aby bylo možné sestavit kandidátku, volební komise Vás žádá, pokud máte zájem aktivně pracovat ve výboru nebo v revizní komisi SVL ČLS JEP, abyste pečlivě sledovali Vaši lednovou korespondenci. Všem členům SVL ČLS JEP budou dne 4. ledna 2010 rozeslány kandidátky, jejichž vyplněním se můžete ucházet o funkce ve výboru nebo v revizní komisi SVL ČLS JEP.

Vyplněnou kandidátku je potřeba vložit do přiložené obálky a **DOPORUČENĚ** zaslat zpět volební komisi volební komisi nejpozději do **19. 2. 2010** (razítko pošty).

MUDr. Jiří Appelt
předseda volební komise

Mladí praktici z Evropy na konferenci WONCA v Basileji

V září (15. – 19.) se konala celoevropská konference všeobecného praktického lékařství v Basileji. Jejím nedílnou součástí je i setkání mladých praktických lékařů, kteří jsou sdruženi ve Vasco da Gama Movement (VdGM) - oficiální pracovní skupině Evropské organizace WONCA - v rámci dvoudenní prekonference. Mladí praktici, což v Evropě znamená lékaři ve specializační přípravě a lékaři do pěti let po atestaci, se setkávají a řeší aktuální starosti, které nejvíce souvisí se specializační přípravou, nebo nástupem mladých lékařů do praxe.

Z ostatních témat pro konkrétnější představu zmiňme: postavení



praktického lékaře mezi lékaři jiných odborností, mezioborová spolupráce, postavení PL na univerzitách, výměnné pobyty PL, důležitost a satisfakce v povolání PL, PL jako manažer, PL jako gatekeeper nebo například screeningové programy PL v dané zemi.

Ačkoli jsou evropské země různé, mají odlišnou tradici i historický vývoj, je celá řada oblastí, které jsou stejné, a ve kterých jsme na stejné pozici. Obzvláště zajímavá pro nás byla diskuze o specializačním vzdělávání s kolegy ze zemí s rozvinutou primární péčí i oborem praktické lékařství (Velká Británie, Nizozemí, severské státy), kde je oboru i vzdělávání mladých věnována dlouhodobě velká pozornost. Nejzajímavější je poučení o tom, co se jim v praxi osvědčilo, ale také o neosvědčených postupech, neboť ve vzdělávání praktických lékařů v Evropě již bylo vyzkoušeno mnohé.

Výměnný program pro mladé PL

Jako zástupci českého týmu jsme se aktivně zapojili do společných projektů dvou z pěti pracovních skupin Vasco da Gama Movement, a to do skupiny Exchange, která plánuje znovuoobnovení Hippokratova výměnného programu. Konkrétní kroky jsou toho času podnikány. Jeho minimálním cílem je, aby každá země byla zapojena tak, aby byla schopna přijmout minimálně jednoho zájemce o stáž z jiné země a také vyslat alespoň jednoho svého zástupce do výměnného programu, a to za 1 rok.

Dále jsme spolu s ostatními členy pracovní skupiny Education and Training Theme Group připravili workshop, kde byly probírány již běžící Evropské studie zaměřené na motivaci a spokojenost v přípravě ve všeobecném praktickém lékařství.

Důležitý závěr je, že vznikla shoda na potřebnosti takovéto studie, zároveň je ještě třeba v některých zemích doladit metodické postupy, aby výsledná data byla porovnatelná. V projektu je již zapojeno několik zemí (Německo, Itálie, Portugalsko, ČR, chystá se Velká Británie, Norsko a další).

Letos se prekonference zúčastnilo 23 zemí a ČR bylo umožněno obsadit tři místa k účasti na prekonferenci. K. Sklářová, která je členem výboru VdGM, projednávala stanovy organizace a další návrhy pro aktivity VdGM pro nadcházející roky. Norbert Král a Pavel Vychytil pak diskutovali s ostatními zástupci Evropských zemí v pracovních skupinách, jejichž závěry byly později prezentovány na hlavní konferenci WONCA.

Založení organizace mladých praktiků v ČR

Chceme se držet hesla VdGM: "Think globally, act locally" – "Myslet globálně, jednat lokálně". Účast na prekonferenci nás dovedla k tomu, že jsme se rozhodli současnou neoficiální platformu mladých praktiků jasně profilovat založením oficiální organizace mladých praktiků, jak je běžné v západních zemích. První setkání všech mladých praktiků v ČR - tedy praktiků ve specializační přípravě a praktiků, kteří mají do 5 let od atestace, se uskuteční na začátku příštího roku. Všichni mladí praktici jsou na něj srdečně zváni.

Poděkování: Účast mladých praktiků na konferenci umožnila laskavá podpora SVL ČLS JEP.

MUDr. Kateřina Sklářová, členka Evropského výboru VdGM za ČR; MUDr. Pavel Vychytil, MUDr. Norbert Král, lékaři v přípravě ve všeobecném praktickém lékařství pro dospělé, všichni členové SVL ČLS JEP

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v únoru 2010

Hlavní téma: Novinky z geriatry

Datum	Čas	Město, místo konání
Čtvrtek 4.2.2010	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Pondělí 8.2.2010	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Úterý 9.2.2010	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel EURO, Jiráskova 2781
Čtvrtek 11.2.2010	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Sobota 13.2.2010	9:00 - 13:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Úterý 16.2.2010	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Středa 17.2.2010	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová ul.
Čtvrtek 18.2.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Sobota 20.2.2010	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 20.2.2010	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota 20.2.2010	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Středa 24.2.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Středa 24.2.2010	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Čtvrtek 25.2.2010	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota 27.2.2010	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8

2. část zprávy (pokračování z minulého čísla)

XXVIII. výroční konference SVL ČLS JEP,

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

Postavení fixních kombinací v léčbě hypertenze

Zpráva z přednášky prof. MUDr. Miroslava Součka, CSc. z II. interní kliniky MU LF a FN u sv. Anny, Brno.

Hypertenze představuje celosvětově nejvýznamnější příčinu morbidity a mortality (1). Závažnost hypertenze podtrhuje skutečnost, že s každým zvýšením krevního tlaku o 20/10 mmHg dochází ke zdvojnásobení rizika kardiovaskulární mortality a morbidity a že toto riziko narůstá již od hodnoty krevního tlaku 115/75 (2). Nekontrolovaná arteriální hypertenze vede k dvojnásobnému zvýšení rizika ischemické choroby srdeční a náhlé smrti a k trojnásobnému zvýšení rizika mozkových cévních příhod a srdečního selhání.

Účinná antihypertenzní léčba prokazatelně snižuje výskyt cévních mozkových příhod až o 35–40 %, infarktů myokardu o 20–25 % a kardiovaskulárního úmrtí o 30–40 % (3). Navzdory tomuto dobře prokázanému vztahu mezi úspěšnou kontrolou krevního tlaku a prognózou hypertoniků, však zůstává antihypertenzní terapie v populaci stále neuspokojivá. Cílových hodnot systolického a diastolického krevního tlaku nedosahuje v Evropě 70 % hypertoniků (3) a ani situace v České republice není o mnoho lepší (4). Dle posledních údajů je v populaci hypertoniků kontrolováno pouze 28 % mužů a 35 % žen.

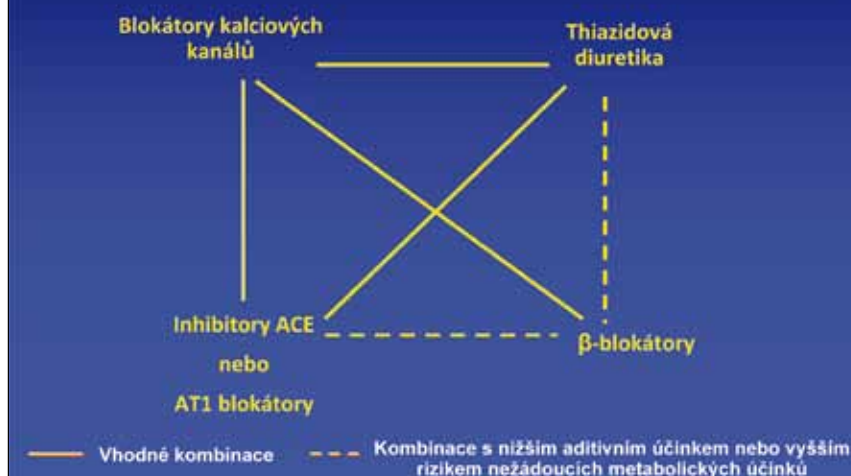
V souvislosti s uvedenými neuspokojivými výsledky je nutno zvýšit úsilí ve snaze o dosažení cílových hodnot krevního tlaku. Ke zlepšení situace může vést nepochybně častější indikace kombinační antihypertenzní terapie, neboť monoterapie vede k úpravě hodnot krevního tlaku pouze u 20–30 % nemocných. Ve všech významných studiích antihypertenzní léčby bylo dosaženo cílových hodnot právě kombinační léčbou (2–3 léky) a nejnovější studie jako ADVANCE (5) a ACCOMPLISH (6) indikovaly terapii fixními kombinacemi antihypertenziv již jako 1. volbu. Trend k většímu využití kombinační léčby je patrný i v České republice, kde je v současnosti na kombinaci dvou a více antihypertenziv více než 60 % hypertoniků, nicméně fixní kombinace užívá pouze 11 % hypertoniků.

Kombinační léčba je výhodná nejen z hlediska účinnosti léčby (různá antihypertenziva působí synergicky na různé patofyziologické mechanismy hypertenze a zároveň neutralizují možné kontraregulační mechanismy), ale i z důvodů bezpečnosti, neboť přidání dalšího antihyper-

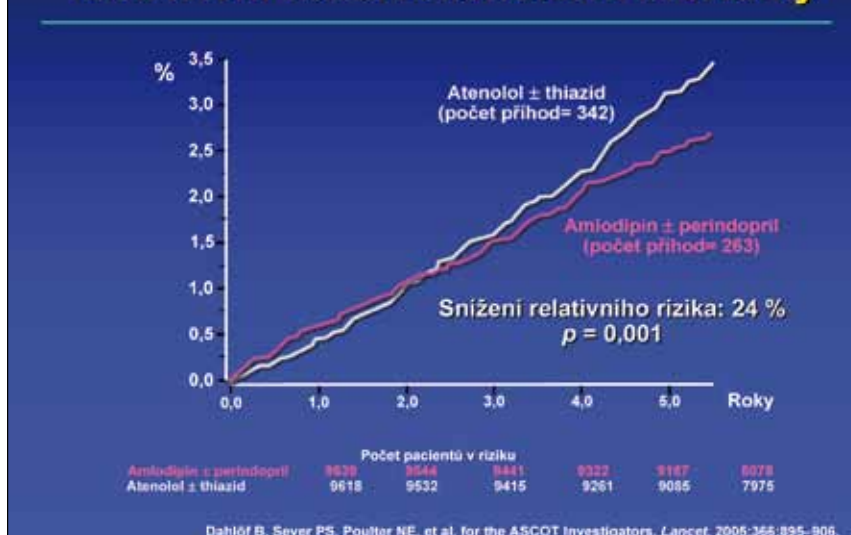


prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Guidelines ČSH 2007: kombinace základních antihypertenziv



Ovlivnění kardiovaskulární mortality



Kombinace ACEI + BKK: Synergie účinků na cévní strukturu a funkci

ACEI

Struktura cév

- ↓ fibrózy
- ↓ zánětlivého procesu
- ↓ poměru stěna / lumen arterioli

Funkce

- Vazodilatace
- ↗ zlepšení funkce endotelu
- ↓ arteriální tuhosti
- ↓ odrazu pulsní vlny
- ↓ centrálního pulsního TK

BKK

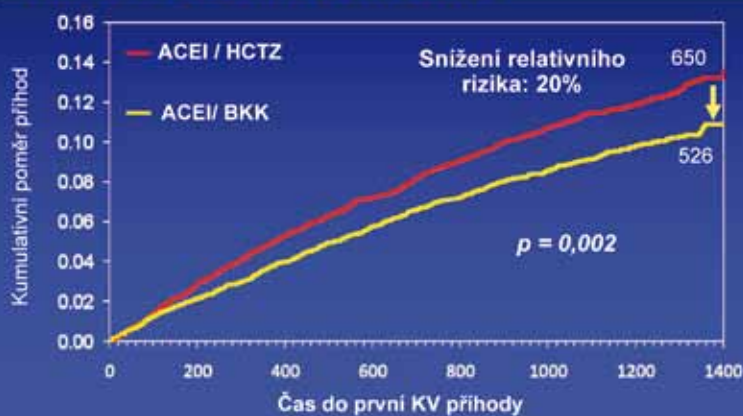
Struktura cév

- ↓ aterosklerózy
- ↓ IMT karotid
- ↓ poměru stěna / lumen arterioli

Funkce

- Vazodilatace
- ↗ zlepšení funkce endotelu
- ↓ arteriální tuhosti
- ↓ odrazu pulsní vlny
- ↓ centrálního pulsního TK

ACCOMPLISH: primární cíl ve prospěch ACEI/BKK



Závěry: výhody fixních kombinací

■ Moderní léčba fixními kombinačními preparáty poskytuje

- Zlepšení kontroly hypertenze
- Příznivé ovlivnění KV rizika
- Lepší toleranci
- Vyšší compliance s léčbou

Fixní kombinace by u pacientů s hypertenzí měly být indikovány častěji a dříve

tenziva umožní léčit nižšími dávkami jednotlivých komponent a tím snížit frekvenci výskytu vedlejších účinků léčby. **Recentní metaanalýza profesora Walda prokázala na souboru téměř 11 000 hypertoniků, že kombinací antihypertenziv z různých tříd dosáhneme 5x účinnějšího snížení krevního tlaku než lze dosáhnout pouhým zvýšením dávky jednoho léku (7).** Zároveň studie VALUE (8) poukázala na skutečnost, že jde i o rychlost dosažení cílových hodnot TK – rychlejší normalizace TK v prvních šesti měsících v amlodipinové větvi jasně souvisela s časnějším průkazem KV benefitu léčby. **Zvláště výhodné jsou v této souvislosti fixní kombinace antihypertenziv obsahující v jedné tabletě více komponent, protože takový léčebný přístup významně zvyšuje adherenci pacientů k léčbě, a to až o 24%. Výsledkem vyššího využití fixních kombinací antihypertenziv bude zkrácení doby do dosažení cílových hodnot TK, zvýšený podíl respondentů a konečně příznivé ovlivnění kardiovaskulární prognózy.** Výběr vhodné kombinace pro léčbu hypertenze je uveden v doporučení České společnosti pro hypertenzi z roku 2007 (9); (Obr. č. 1) nové přehodnocení evropských doporučení pro léčbu hypertenze jasně podporuje indikaci fixních kombinací léků dříve a častěji (10). Jednou z preferovaných kombinací antihypertenziv je současné podávání inhibitoru angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEI) a blokátoru kalciového kanálu (BKK).

Tato kombinace byla úspěšně hodnocena například v průlomové studii ASCOT-BPLA (11) a v nedávno publikované studii ACCOMPLISH (6). Do studie ASCOT-BPLA bylo zařazeno více než 19 000 hypertoniků, kteří měli současně 3 jiné kardiovaskulární rizikové faktory. Jednalo se o první přímé porovnání mezi dvěma antihypertenzními režimy – betablokátořem +/- diuretikem a ACEI +/- BKK; i v této studii byla potvrzena nutnost kombinace, neboť pouze 13 % nemocných léčených amlodipinem nevyžadovalo přidání dalšího antihypertenziva. Přestože ve studii ASCOT vedla kombinace amlodipin/perindopril ke srovnatelnému poklesu krevního tlaku jako při léčbě kombinací atenolol/thiazidové diuretikum, ve větvi léčené BKK společně s ACEI došlo k významnému, 11% poklesu celkové mortality a 24% poklesu kardiovaskulární mortality (11). Příznivý účinek kombinace BKK s ACEI (Obr. č. 2) spočívá v synergickém účinku na skladbu a funkci cévní stěny – především v ovlivnění funkce endotelu. (Obr. č. 3). Studie ASCOT-BPLA tedy prokázala jednoznačný benefit ve prospěch moderních antihypertenziv ACEI a BKK nad tradičními antihypertenzivy beta-blokátorem a diuretikem.

Studie ACCOMPLISH se pak pokusila odpovědět na otázku, zda je lepší kombinovat inhibitor ACE s BKK nebo s diuretikem. Více než 11 000 hypertoniků bylo randomizováno k léčbě buď amlodipinem/benazeprilem nebo amlodipinem/hydrochlorothiazidem a primárním sledovaným ukaza-

Servier - Prestance

**Fixní kombinace
by měly být
využívány
u pacientů
s hypertenzí
mnohem častěji**

telem byla kombinace úmrtí z KV příčin, nefatální IM, nefatální CMP, hospitalizace pro ICHS, koronární revaskularizace a resuscitované srdeční úmrtí. Obě kombinace byly neobyčejně úspěšné v kontrole TK (podíl normalizovaných hypertoniků 82% resp. 79%), nicméně fixní kombinace ACEI/BKK vedla ke snížení relativního rizika primárního cíle o 19,6% ($p < 0,001$) (6). (Obr. č. 4) Možným vysvětlením takového rozdílu je známé metabolicky negativní působení thiazidového diuretika (studie zařadila 60% diabetiků) a právě volba hydrochlorothiazidu jako diuretika jež nemá oproti například indapamidu¹² prokázán KV benefit.

Jaké jsou indikace kombinační antihypertenzní léčby? Jedná se o hypertoniky, jejichž hodnota systolického krevního tlaku přesahuje cílové hodnoty o > 20 mmHg nebo hodnota diastolického krevního tlaku přesahuje cílové hodnoty o > 10 mmHg, tj. TK $> 160/100$ mmHg. Z kombinační léčby dále budou profitovat pacienti, jež mají cílové hodnoty TK = $130/80$ mmHg jako jsou nemocní s diabetes mellitus, s metabolickým syndromem, s poškozením cílových orgánů, s cévními onemocněními a nemocní s vysokým rizikem podle tabulek SCORE ($\geq 5\%$) (13).

Závěrem je potřeba zdůraznit, že fixní kombinace by měly být využívány u pacientů s hypertenzí mnohem častěji. Umožní vyšší podíl kontrolovaných hypertoniků, lepší adherenci k léčbě a v konečném důsledku zlepšení kardiovaskulární prognózy. (Obr. č. 5) Data z posledních klinických studií indikují, že preferovanou kombinací je nová fixní kombinace inhibitoru ACE perindoprilu s blokátorem kalciového kanálu amlodipinem, jež navíc poskytuje díky čtyřem silám výhodu dostatečné titrační škály.

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny
Pekařská 53, 656 91 Brno,
miroslav.soucek@fnusa.cz

Literatura:

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365:217-23.
2. Lewington et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002;360:1903-13.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-52.
4. Cífková R et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the Czech Republic. Results of two nationwide cross-sectional surveys in 1997/1998 and 2000/2001, Czech Post-MONICA Study. *Journal of Human Hypertension* 2004;18:571-579.
5. Patel A and ADVANCE Collaborating Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomized controlled trial. *Lancet* 2007;370:829-840.
6. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, et al; ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high risk patients. *N Engl J Med* 2008;359:2417-28.
7. Wald DS, Law M, Morris JK, et al. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11 000 participants from 42 trials. *Am J Med* 2009; 122:290-300.
8. Julius S, Kjeldsen SE, Weber M et al for the VALUE Trial Group. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. *Lancet* 2004; 363: 2022- 2031.
9. Widimský J Jr, Cífková R, Špinar J, a spol., za Českou společnost pro hypertenzi. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze - verze 2007. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Vnitřní Lék* 2008; 54: 101-18
10. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei L et al: Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of hypertension Task Force document. *Journal of Hypertension* 2009; 27 (11): 2121-58
11. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, et al, for the ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA). *Lancet* 2005; 366: 895-906.
12. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE et al. for the HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358: 1887-1898.
13. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. *Guidelines Committee. J Hypertens* 2007;25:1105-87.

Význam fixních kombinací – nová kombinace perindopril/amlodipin

**přednáška prof. MUDr. Jindřicha Špinara, CSc.
z Interní kardiologické kliniky,
FN Brno-Bohunice**

Hypertenze představuje nepochybně značný zdravotní problém, neboť postihuje čtvrtinu populace na světě a je jedním z hlavních rizikových faktorů kardiovaskulární příhody, včetně úmrtí (3, 5). Léčba hypertenze a ischemické choroby srdeční má jasné důkazy na prodloužení délky života. Optimální léčba dokáže snížit i riziko diabetu mellitu, který je u hypertoniků 2,5x častější než u nehypertoniků. Příčinou selhání léčby je většinou nevhodný výběr léku či špatná volba

dávky. Při kombinaci antihypertenziv pak chybějí synergického účinku a nelze opomenout ani compliance pacienta.

Podávání fixních kombinací může vyřešit většinu výše uvedených důvodů selhání léčby a má oporu v mezinárodních doporučeních (5). Některé kombinace mají jasné důkazy na zlepšení prognózy hypertoniků, ať už s komplikacemi či bez nich. **Výběr vhodné kombinace není snadný** a lékaři mají široké spektrum léčiv a jejich možných kombinací.

Perindopril a amlodipin mají řadu důkazů pro účinnost v léčbě hypertenze v monoterapii,



prof. MUDr. Jindřich
Špinar, CSc.

či přidáné k jiné léčbě. Ve studii ASCOT BPLA (obr. 1) kombinace perindoprilu a amlodipinu byla jasně účinnější než kombinace betablokátoru a diuretika (2, 6). Byl zjištěn rozdíl ve výskytu kardiovaskulárních příhod a významný rozdíl i v celkové mortalitě, který činil 11% ($p = 0,0247$). Kardiovaskulární mortalita byla snížena o 24% ($p = 0,0001$), koronární příhody o 13% ($p = 0,007$) a cévní mozkové příhody o 23% ($p = 0,0003$). Dále byl významný rozdíl i ve výskytu nového diabetu mellitu (obr. 2). V celé studii kombinovanou léčbu potřebovalo 78% nemocných, na samotném amlodipinu zůstalo pouze 15% nemocných.

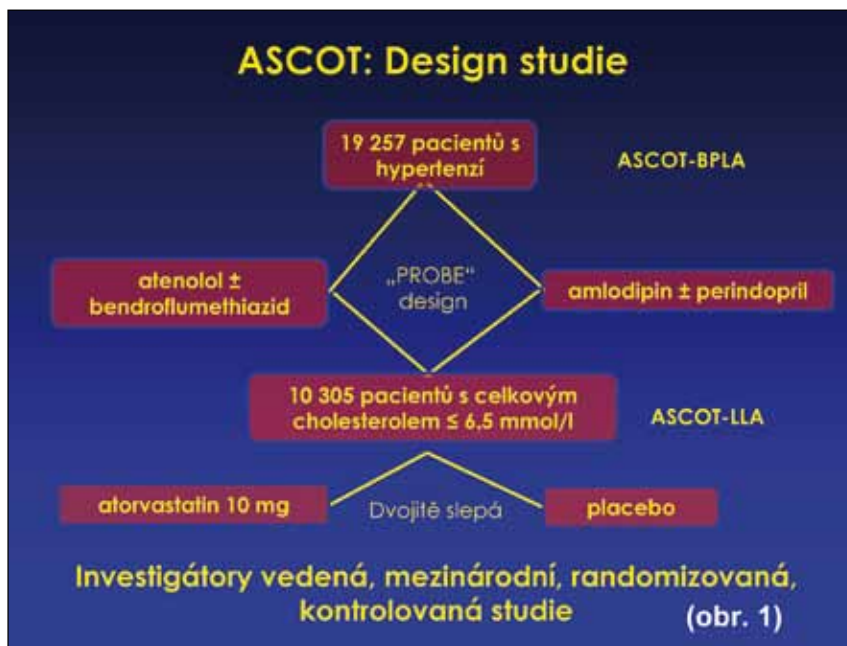
Zajímavým vysvětlením pro větší účinnost kombinace amlodipin/perindopril je rozdílný efekt na periferní a centrální krevní tlak, kdy tato kombinace snížila centrální krevní tlak mnohem více než atenolol s diuretikem (obr. 3). Rovněž zajímavé je, že **přidání atorvastatinu k amlodipinu/perindoprilu bylo několikanásobně účinnější než přidání atorvastatinu k atenololu/diuretiku** (obr. 4).

Účinnost perindoprilu ve snížení kardiovaskulárních příhod u pacientů se stabilní ICHS prokázala již studie EUROPA, kdy perindopril snížil relativní riziko kardiovaskulární mortality, nefatálního infarktu myokardu a resuscitovanou srdeční zástavu o 20% ($p = 0,0003$) (4, 10, 13). V této studii současně polovina nemocných užívala nějaký blokátor vápníkového kanálu (obr. 6). Nejvyšší výskyt primárního cíle byl u nemocných bez blokátoru vápníku i bez perindoprilu, nejnižší u nemocných s blokátorem vápníku + perindopilem (obr. 7).

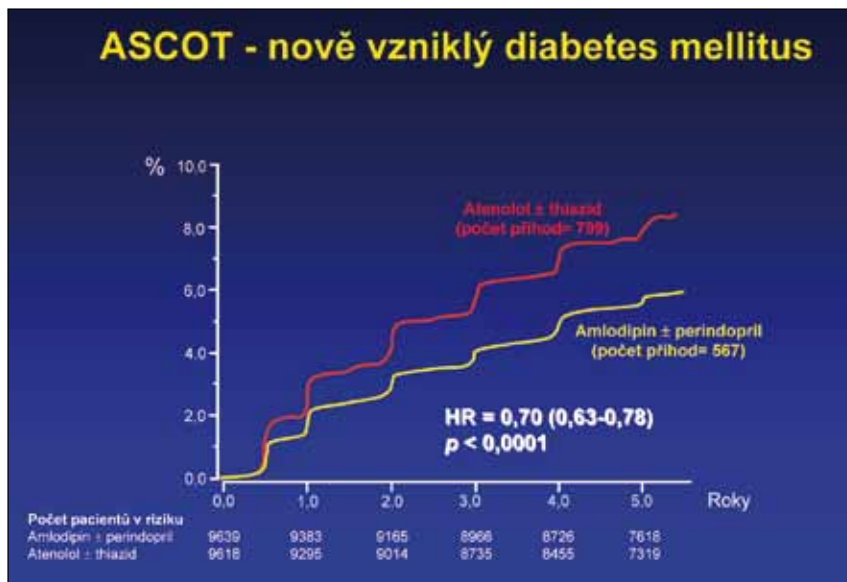
Perindopril samotný, či v kombinaci byl testován v několika morbiditálních studiích, především po cévní mozkové příhodě (PROGRESS), po infarktu myokardu (EUROPA), u nemocných s diabetes mellitus (ADVANCE) a u nemocných s hypertenzí (ASCOT) (1, 2, 7, 8, 9, 10, 13). Při dodatečné analýze těchto studií se ukázalo, že snižoval kardiovaskulární příhody stejně účinně u diabetiků i nediabetiků, u hypertoniků i normotoniků (11).

Fixní kombinace perindopril/amlodipin je vůbec první fixní kombinací v lékovém arzenálu ICHS a nepochybně představuje spolehlivou volbu. Tato kombinace je nejen účinná v sekundární prevenci, ale současně i snižuje výskyt anginy pectoris.

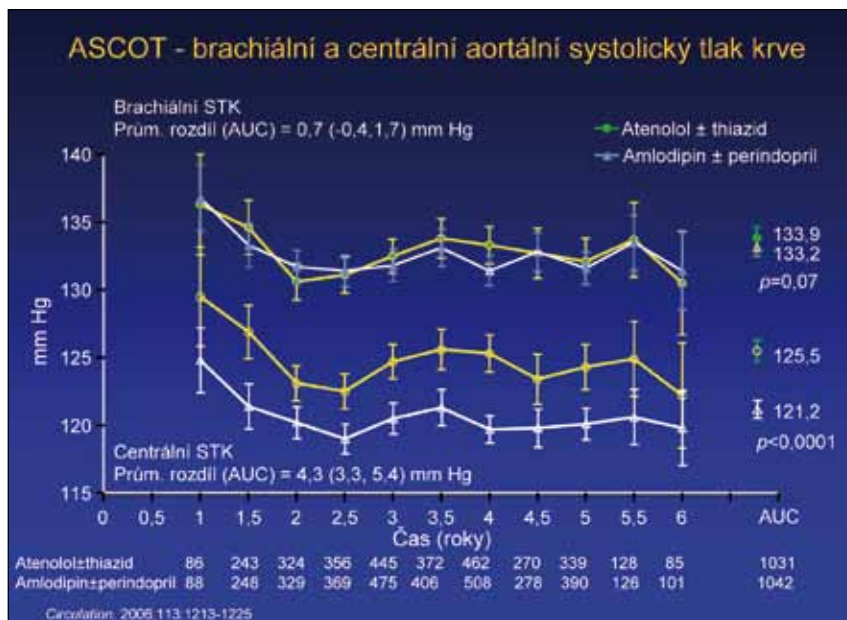
Nedávná metaanalýza hodnotila vliv antihipertenziv na výskyt diabetes mellitus ve 22 klinických studiích se 150 000 hypertoniky a prokázala, že ACE inhibitory a AII antagonisté jsou s novým diabetes mellitus spojeny nejméně, a že snad mohou toto riziko i snižovat (3, 12). Blokátory vápníku se chovají neutrálně, tedy podobně jako placebo, a betablokátorů a diuretika mají efekt negativní a mohou zvýšit riziko nového diabetes mellitus. **Na základě výsledků studie ASCOT víme, že kombinace amlodipin/pe-**



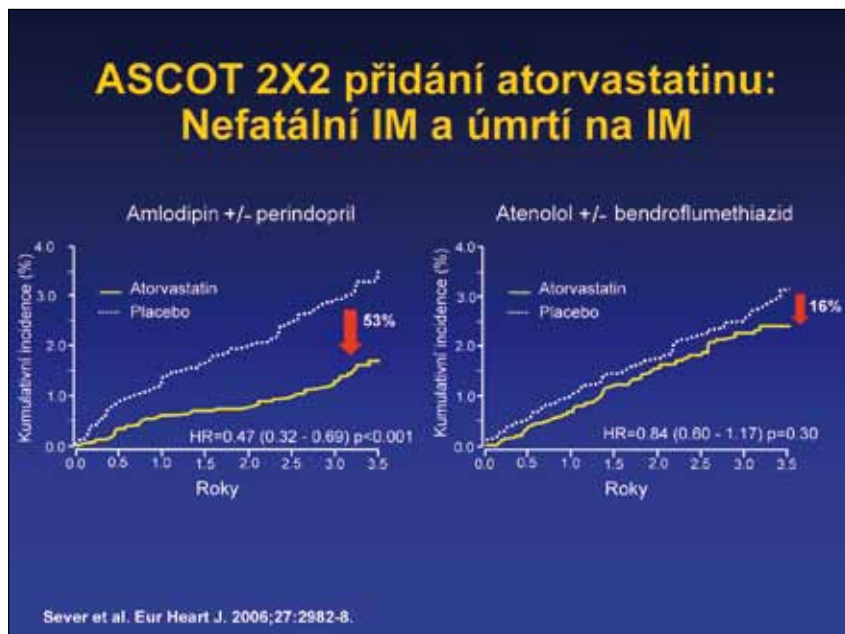
Obr. 1: Schéma studie ASCOT



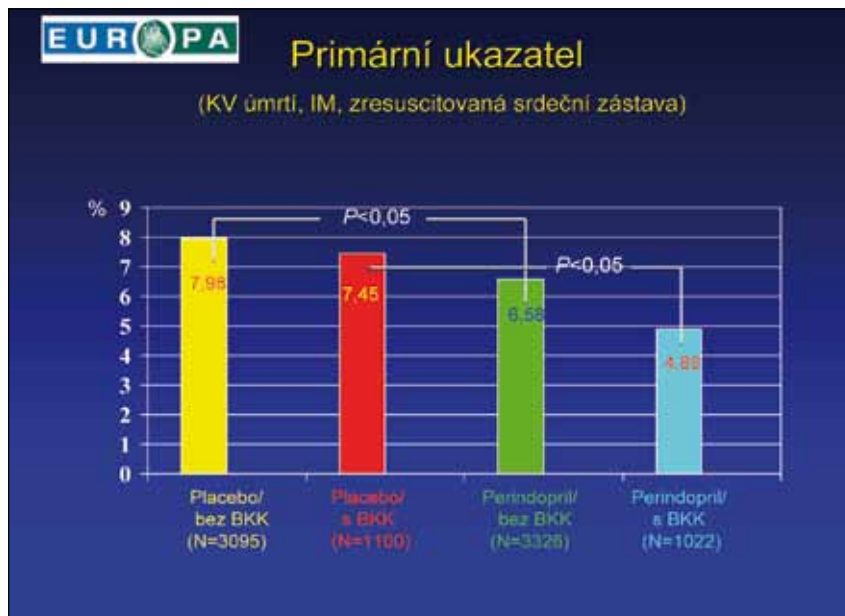
Obr. 2: ASCOT - vliv na diabetes mellitus



Obr. 3: ASCOT - vliv na centrální a periferní tlak



Obr. 4: ASCOT - vliv přidání atorvastatinu



Obr. 5: EUROPA - vliv na primární cíl – kardiovaskulární mortalita, nefatální infarkt myokardu, zresuscitovaná příhoda

Perindopril výskyt diabetes mellitus snižuje.

Hypertenze má nesporný vliv v patofyziologii onemocnění ledvin, mikroalbuminurie pak představuje důležitý prognostický ukazatel kardiovaskulárního rizika. Pomocí metaanalýzy byl prokázán efekt ACE inhibitorů na snížení mortality o 21% u hypertoniků s diabetes mellitus a již prokázanou nefropatií. Tento efekt prokázal i perindopril ve studii ADVANCE u diabetiků 2. typu s hraničně kontrolovanou hypertenzí.

Fixní kombinace perindopril/amlodipin představuje obecně doporučovanou kombinaci dvou všeobecně známých a široce užívaných léčiv se schopností udržet kontrolu krevního tlaku po celých 24 hodin. Navíc se jedná o režim ověřený ve studii ASCOT, čímž nabízí lékařům v praxi opakovat skvělé výsledky dosažené v této studii – snížit kardiovaskulární mortalitu

a morbiditu a omezit incidenci nově vzniklého diabetes mellitus. Kombinace perindopril/amlodipin snižuje krevní tlak dvěma vzájemně se doplňujícími mechanismy, což vede k lepší snášenlivosti preparátu i účinnějšímu efektu na krevní tlak. Pacienti s ICHS mohou navíc těžit z přínosu fixní kombinace perindopril/amlodipin díky ojedinelé kombinaci účinku v jedné tabletě, a to jak na redukci symptomů, tak na zlepšení prognózy. Perindopril nabízí snížení kardiovaskulárního rizika především u nemocných s ICHS a se srdečním selháním, naopak amlodipin je především účinný ve snížení cévních mozkových příhod (11, 14). Účinnější snížení krevního tlaku fixní kombinací perindopril/amlodipin můžeme velmi dobře využít i u hypertoniků s diabetes mellitus, kde je agresivní terapie velmi žádoucí (3).

Práce byla podpořena VVZ MŠMT 0021 622 402.

Prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.,
Interní kardiologická klinika, FN Brno-Bohunice,
Jihlavská 25, Brno, jspinar@fnbrno.cz

Literatura:

- Berthet K, Neal BC, Chalmers JP et al. Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study Collaborative Group. Reductions in the risks of recurrent stroke in patients with and without diabetes: the PROGRESS Trial. *Blood Press.* 2004;13(1):7-13
- Dahlof B. for the ASCOT investigators: Prevention of coronary stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower than average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 1149-1158
- Ferrari R: Optimalizace léčby hypertenze a stabilní ischemické choroby srdeční: klinický důkaz pro fixní kombinaci perindopril/amlodipin. *Curr Med Res Opin* 2008; 24 (12): 3543-57
- Fox KM; The EUROPE Trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary artery disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet.* 2003; 362:782-788
- Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei L et al: Reappraisal of European guidelines of hypertension management: a European Society of hypertension Task Force document. *Journal of Hypertension* 2009; 27 (11): 2121-58
- Poulter NR for the ASCOT investigators: Role of blood pressure and other variables in the differential cardiovascular event rate noted in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA). *Lancet* 2005; 366:907-13
- PROGRESS Collaborative Group. Effects of a perindopril-based blood pressure lowering regimen on cardiovascular outcomes among patients with cerebrovascular disease. *Eur Heart J.* 2003;24:475-484
- PROGRESS Collaborative Group. Effects of blood pressure lowering with perindopril and indapamide therapy on dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease. *Arch Int Med* 2003;163:1069-75
- PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of perindopril-based blood pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358: 1033-41
- Remme W et al. on behalf of the EUROPA Investigators. EUROPA: perindopril's benefits according to blood pressure and endothelial function in coronary artery disease. Oral presentation, The congress of the European Society of Cardiology, Munich, 30 August 2004.
- Špinar J., Vítvec J.: Perindoprilum. *Remedia* 2005; 15 (2): 121-135
- Špinar J., Vítvec J.: Metabolické účinky inhibitorů ACE. *Remedia* 2005; 15 (2): 147-53
- Widimský P. Studie EUROPA: Úspěch perindoprilu a české kardiologie. *Cor et Vasa* 2004; 46: 7-8
- Widimský J. Prestarium při srdeční insuficienci. *Cor et Vasa* 1999;41:368-76

Ambulantní antitrombotická léčba z pohledu hematologa

Zpráva ze sdělení doc. MUDr. Tomáše Kvasničky, CSc., vedoucího lékaře Trombotického centra ÚKB LD, VFN a 1. LF UK v Praze.

Na začátku prezentace se přednášející krátce věnoval epidemiologii a etiologii **žilního tromboembolismu (ŽTE)** a uvedl, že patří mezi nejčastěji se vyskytující onemocnění cévního systému, jeho incidence je vysoká a představuje asi 1,2 případy/1000 obyvatel za rok, z čehož v polovině případů jde o embolizaci do plic, která je častou příčinou úmrtí. Etiologie tohoto onemocnění je multifaktoriální a u 80% postižených lze zjistit přítomnost 1-2 rizikových faktorů. Dispozice k tvorbě trombů v cévním systému je označována jako **trombofilie**, která může být dědičná nebo získaná. V 80% případů ji lze rozpoznat laboratorně. Až u 40% nemocných se ŽTE lze zjistit přítomnost mutace faktoru V Leiden, která je nejčastější vrozenou trombofilií v populaci. Mezi další častější dědičné trombofilie pak patří deficit proteinu S, deficit proteinu C, deficit antitrombinu III.

Získaná rizika trombofilie nabývají na síle při kombinovaném výskytu a patří mezi ně věk nad 65 let, obezita, srdeční (NYHA III-IV) a respirační selhávání, imobilizace nebo setrvání na lůžku více než 72 hod (pacienti na interních odděleních, po CMP atd.), přítomnost varixů, těhotenství, užívání hormonální antikoncepce (HAK), perioperační období zejména po větších zákrocích, poranění včetně popálenin.

Na vrozenou trombofilii je nutno pomýšlet při:

- výskytu trombózy ve věku pod 45 let
- častých recidivách trombotických stavů
- pozitivní rodinné anamnéze ŽTE
- neobvyklé lokalizaci trombóz (mozkové, abdominální, retinální, ...)
- známkách antifosfolipidového syndromu (arteriální nebo žilní trombózy, trombocytopenie, potraty)
- opakovaných potratech, preeklampsii

Přednášející rozdělil **dnes používaná antikoagulantia podle účinku** do tří základních skupin:

- 1) hepariny (nefrakcionovaný standardní heparin NFH a nízkomolekulární hepariny LMWH)
- 2) kumarinové preparáty (antagonisté vitamínu K) používané per os
- 3) přímé inhibitory trombinu – hirudin a jeho deriváty s injekční nebo perorální formou podání

Nízkomolekulární hepariny (LMWH)

Ohledně využití LMWH v ambulantní praxi přednášející uvedl jejich současné indikace při léčbě flebotrombózy u malignit, v prevenci a léčbě TEN u gravidních, v prevenci TEN v rizikových situacích, při přípravě warfarinizovaného pacien-

ta před operačním zákrokem, kde je nutné vysazení warfarinu pro riziko nebezpečného krvácení a současně je přítomno vysoké riziko tromboembolismu (tzv. **překlenovací léčba**). Přitom zdůraznil, že u **warfarinizovaných s INR 2-3 není u malých výkonů, jako jsou například extrakce zubů, operace katarakty nebo drobné kožní incize, nutno vysazovat warfarin**. Krvácení v těchto případech lze úspěšně stavět lokálními hemostyptiky a není nutno vystavovat pacienty riziku z vysazení antikoagulační léčby.

K „**překlenovací léčbě**“ při nutnosti přerušení dlouhodobé léčby warfarinem uvedl:

- pokud je nutno před plánovaným výkonem přerušit léčbu warfarinem, je třeba několik dní před výkonem přejít na léčbu LMWH v terapeutických (ne profylaktických) dávkách 2x denně s.c.
- den před operací je třeba vyšetřit parametry koagulace (APTT, PT a INR), hodnota INR má být nižší než 1,4
- operaci je možné provést 8 hodin po aplikaci poslední dávky LMWH s.c. (popřípadě je možno vyšetřit inhibici faktoru Xa, její hodnota $\leq 0,2$ IU/ml znamená, že zvýšené krvácení již nehrozí)
- druhý den po operaci se opět podává LMWH s.c. po 12 hod a pokud již nehrozí krvácení je možno zahájit léčbu warfarinem současně s LMWH
- po dosažení INR 2,0 při alespoň dvou po sobě jdoucích měřeních, je možno pokračovat v léčbě samotným warfarinem.

K současné indikaci jednotlivých na trhu v ČR dostupných LMWH uvedl přehlednou tabulku (tabulka 1) (zdroj - SPC platná k 1.4.2009), kterou si dovoluujeme reprodukovat.

Dabigatran

Z nových dostupných antikoagulancií přednášející blíže představil **dabigatran etexilát** (Pradaxa®), který je přímým inhibitorem trombinu (faktoru IIa). Má poločas 12-17 hodin a podává se perorálně ve fixní dávce 1x denně bez nutnosti monitorování antikoagulačního účinku. Jde o slibný preparát, který by mohl v budoucnu velmi usnadnit tromboprofylaxi (s výjimkou specifických situací není nutný monitoring účinku, perorální užívání, menší lékové interakce - neinterferuje s CYP). V současné době je tento přípravek **indikován pouze k prodloužené profylaxi ŽTE po plánovaných totálních náhradách kyčelního a/nebo kolenního kloubu**.

Rivaroxaban

Dalším z perorálních přípravků je přímý inhibitor faktoru Xa - rivaroxaban (Xarelto®). Podobě jako dabigatran je podáván ve fixních dávkách,



doc. MUDr. Tomáš Kvasnička, CSc.

80% warfarinizovaných pacientů je sledováno u praktických lékařů

U malých výkonů, jako jsou například extrakce zubů, operace katarakty nebo drobné kožní incize, není nutno warfarin vysazovat

Dabigatran je zatím indikován pouze k prodloužené profylaxi ŽTE po plánovaných totálních náhradách kyčelního a/nebo kolenního kloubu

Tabulka 1: současné indikace jednotlivých na trhu v ČR dostupných LMWH					
	enoxaparin (Clexane®)	reviparin (Clivarine®)	dalteparin (Fragmin®)	nadroparin (Fraxiparine®)	bemipramin (Zibor®)
Profylaxe žilní TEN po operaci	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Profylaxe žilní TEN u pacientů s akutním interním, nebo infekčním onemocněním	ANO	NE	NE	NE	NE
Léčba žilní TEN (včetně plicní embolie)	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Léčba nestabilní angíny pectoris a non-Q infarktu myokardu	ANO	NE	ANO	ANO	NE
Trombolytická léčba akutního infarktu myokardu s ST elevací	ANO	NE	NE	NE	NE
Prevence srážení krve během hemodialýzy	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Stavy vyžadující antikoagulační léčbu v průběhu gravidity	ANO	NE	ANO	ANO	NE
Antikoagulační léčba před plánovanou srdeční transplantací	ANO	NE	ANO	ANO	NE

Léčba warfarinem není důvodem k opuštění zásad racionálního stravování

1x denně, bez nutnosti monitorace účinku. Je též indikován pouze k prodloužené profylaxi ŽTE po plánovaných totálních náhradách kyčelního a/nebo kolenního kloubu.

Warfarin

Ve svém sdělení doc. Kvasnička nemohl samozřejmě vynechat warfarin – který přes svoje rizika a komplikované interakce je, vzhledem k nízké ceně a širokým indikacím (primární i sekundární prevence ŽTE včetně prevence iktu při fibrilaci síní), nejužívanějším antitrombotikem. V ČR je léčeno asi 200-250 tisíc osob za rok a z nich je 80% sledováno u všeobecných praktických lékařů. Pro praktického lékaře je proto velmi důležité dobře ovládat principy léčby a jejího monitoringu a znát široké spektrum lékových i nelékových interakcí. Hlavní příčinou individuální variability účinku warfarinu je geneticky podmíněná metabolická transformace této molekuly. Dále je známá celá řada farmakokinetických a farmakodynamických interakcí, z nichž např. amiodaron, chinidin, propafenon, erytromycin, kotrimoxazol, metronidazol, ketokonazol, aspirin a nesteroidní antiflogistika výrazně potencují účinek warfarinu, naopak barbituráty, karbamazepin, griseofulvin, rifampicin, fenytoin nebo cholestyramin jeho účinek tlumí. Pozor je třeba dát na širokospektrá antibiotika, která tím, že vymýtlí střevní flóru snižují syntézu vitamínu K a potencují tím účinek warfarinu.

Přednášející upozornil na přežívající staré mýty při léčbě heparinem, které již byly překonány důkazy provedených studií:

1. Léčba warfarinem není důvodem k opuštění zásad racionálního stravování a vynechávání konzumace zeleniny, pokud je nemocný poučen o potřebě její vyvážené konzumace.

Při nedostatku vitamínu K v dietě naopak dochází k nestabilitě koagulace. Organismus navíc potřebuje vitamín K i pro jiné bílkoviny, např. pro tvorbu kostní hmoty, kdy při jeho depleci hrozí vznik osteoporózy.

2. Věk sám o sobě není kontraindikací podávání warfarinu.

Tj. neplatí již limitace léčby warfarinem při dovršení určité věkové hranice. Limitující však může být schopnost spolupráce pacienta při léčbě. Pacienta i jeho okolí je vždy třeba pečlivě poučit.

V prezentaci byly dále uvedeny mnohé praktické zásady, z nichž pro tuto zprávu zkráceně uvádím:

Délka podávání warfarinu

• **v primární prevenci ŽTE po ortopedických operacích** s vysokým rizikem tromboembolismu **35 dnů**

• **v sekundární prevenci**, tj. v zábraně progresu a rekurence žilní trombózy a plicní embolie **minimálně 3 měsíce, průměrně 6 měsíců i déle.**

• v prevenci nitrosrdeční trombózy a embolických komplikací (zejména iktu) **při fibrilaci síní, st.p. IM nebo u chlopenních vad** a jejich náhrad dlouhodobá **až celoživotní**

Délka léčby závisí i na výši rizika rekurence ŽTE.

Po ortopedických operacích 35 dnů v sek. prevenci 3-6 měsíců i déle u fibrilace síní až celoživotně

GSK - Fraxiparin

**Rizika
rekurence ŽTE**

Nízké riziko mají obecně ženy, negativita sérových hladin D-dimerů, kde není přítomen reziduální trombus. Naopak vysoké riziko představuje samotné mužské pohlaví, stavy po plicní embolii, sérová pozitivita D-dimerů, přítomnost reziduální sraženiny, přítomnost trombofilie (viz tabulka 2). Rozhodnutí o prodloužení profylaxe však závisí i na stabilitě INR hodnot, výskytu krvácivých komplikací a v neposlední řadě i na preferencích pacienta.

Tabulka 2:
Vyhodnocení rizika rekurence žilní trombózy

riziko	stav
nízké	žilní trombóza vyvolána přechodným rizikovým faktorem
střední	mužské pohlaví heterozygotní mutace faktoru V Leiden heterozygotní mutace faktoru F II 20210
vysoké	antifosfolipidový syndrom (LA, APLA) deficit antitrombinu III, proteinu C faktor VIII >150 % heterozygotní mutace faktoru V Leiden + faktoru II 20210 homozygotní mutace faktoru V Leiden

**Doporučení ESC/AHA/2006
k léčbě warfarinem nebo ASA
v prevenci iktu u nevalvulární
fibrilace síní**

(ESC = European Society of Cardiology, AHA = Ame-

rican Heart Association, ASA = acetylsalicylic acid
– kyselina acetylsalicylová)

Tabulka 3: Výpočet rizika (CHADS2 kritéria)

stav	body
nemocní ve věku od 75 let výše	1
prodělaný ischemický iktus nebo TIA	2
diabetes	1
hypertenze	1
srdeční selhání	1

skóre > 1 bod

= indikace k léčbě warfarinem (INR2,0 - 3,0)

skóre ≤ 1 bod

= indikace k léčbě ASA 100 mg/den

**Obecná doporučení k profylaxi ŽTE
(dle 8. vydání doporučení ACCP)**

(ACCP = American College of Chest Physicians)

- Mechanická prevence je primárně indikována u nemocných s vysokým rizikem krvácení nebo jako doplněk farmakologické profylaxe.
- Samotné podání aspirinu je pro profylaxi ŽTE neúčinné a nehodí se pro žádnou skupinu nemocných.
- Pro každé antitrombotikum je doporučeno dodržovat dávky určené výrobcem.
- Dávkování antitrombotik vylučovaných ledvinami (LMWH, fondaparinux aj.) je třeba přizpůsobit stavu renálních funkcí, zejména u starších pacientů, diabetiků a pacientů se sklonem ke krvácení

zprávu připravila Jaroslava Laňková



prof. doc. MUDr. Ivan
Čapov, CSc.

**Onkologičtí pacienti
jsou z hlediska TEN
vysoce riziková**

**20% všech TEN
vzniká právě
u onkologických
pacientů**

Rizika tromboembolické nemoci (TEN) u pacientů s onkologickým onemocněním a možnosti profylaxe

**Zpráva ze sdělení prof. MUDr. Ivana Čapova,
CSc. z I. chirurgické kliniky LF MU a FN USA
v Brně.**

Toto sdělení bylo cíleno na problematiku tromboprophylaxe u onkochirurgických pacientů. Onkologičtí pacienti jsou z hlediska TEN obecně vysoce riziková. Přednášející uvedl, že až 20% všech TEN vzniká právě u onkologických pacientů. Navíc nálezy při pitvě signalizují až 50% souvislost úmrtí onkologických pacientů s TEN, což znamená, že TEN je hlavní příčinou vedoucí k úmrtí onkologického pacienta. TEN také může signalizovat přítomnost dosud neprojeveného maligního nádoru. Onkologičtí pacienti s projevy TEN mají více než dvojnásobně horší prognózu přežití než ostatní pacienti.

Onkologičtí pacienti podstupující onkochirurgický zákrok mají ve srovnání s pacienty bez maligního nádoru, kteří podstupují srovnatelný operační výkon, nejméně 2x vyšší riziko vzniku pooperační hluboké žilní trombózy (vyskytuje se až ve 30% případů) a minimálně 3x vyšší riziko vzniku fatální plicní embolie. Tyto skutečnosti přednášející dokumentoval na výsledcích několika studií.

Prof. Čapov dále uvedl výsledky dlouhodobého (>21 dnů) profylaktického podávání nízkomolekulárních heparinů (LMWH) po velkých onkochirurgických výkonech, které výrazně snížilo výskyt hluboké žilní trombózy při zachování příznivého bezpečnostního profilu. Toto zjištění podpořil citací z **doporučení ACCP z r 2008** (American College of Chest Physicians): „**U vybraných**

Roche - Coagu check

vysoce rizikových pacientů podstupujících výkon všeobecné chirurgie, včetně některých pacientů, kteří podstoupili rozsáhlou onkologickou operaci nebo u pacientů s předchozí anamnézou TEN, by mělo být po propuštění z nemocnice zváženo pokračování tromboprofylaxe LMWH po dobu až 28 dnů od operace a obdobného doporučení ASC (American Society of Oncology): „**Podání prodloužené profylaxe po dobu až 4 týdnů lze zvážovat po rozsáhlé břišní/pánevní onkologické operaci s rizikovými faktory jako je pooperační maligní residuum, obezita nebo předchozí anamnéza TEN**“.

Kolegium jihomoravských chirurgů v listopadu 2008 doporučilo chirurgům v kraji, aby přikročili v indikovaných případech k prodloužené profylaktické aplikaci LMWH - tj. prodloužení oproti dřívějšímu trvání tromboprofylaxe 8-10 dnů po operaci na aktuálně doporučovanou délku tromboprofylaxe 4-5 týdnů. Na I. chirurgické klinice LF MU a FN USA v Brně je prodloužená tromboprofylaxe indikována u cca 900 pacientů za rok. Problémem však zůstává nevyřešené hrazení těchto nákladů ze strany zdravotních pojišťoven.

zprávu připravila Jaroslava Laňková



MUDr. Jaroslava Laňková

Antikoagulační léčba z pohledu praktického lékaře

Zpráva ze sdělení MUDr. Jaroslavy Laňkové, praktické lékařky, Kamenice nad Lipou, odborného garanta SVL ČLS JEP pro problematiku antikoagulační léčby v primární péči.

Cílem sdělení byly praktické aspekty antikoagulační léčby v primární péči

ně nejčastější indikací k jeho užívání je dlouhodobá/celoživotní profylaxe iktu u fibrilace síní. Warfarin lze podávat ve všech indikacích primární a sekundární tromboprofylaxe. Jde o dobře známý lék s dlouhou tradicí. Mezi jeho výhody patří bezesporu i nízká cena a plná úhrada ze zdravotního pojištění. Je ovšem spojen i s mnoha nevýhodami a riziky při užívání. Vzhledem k úzkému terapeutickému oknu a široké variabilitě účinku (viz přednáška doc. Kvasničky) je nutno pravidelně monitorovat jeho účinek a upravovat jeho dávkování. To znamená nemalou zátěž pro pacienta (opakované odběry, časté návštěvy ordinace nebo laboratoře) i lékaře (časová zátěž - kontroly, edukace, mnohotné farmakokinetické a farmakodynamické interakce).

Nízkomolekulární hepariny (LMWH)

LMWH jsou další možností ambulantní antikoagulační léčby. Jejich výhodou je fixní dávkování podle indikace (terapeutické, profylaktické), a hmotnosti pacienta. Od 1.4.2009 byla jejich úhrada ze zdravotního pojištění rozšířena o další indikace (indikační omezení „P“), které významně usnadňují tromboprofylaktickou léčbu v ambulantním prostředí - viz tabulka č. 1.

Dabigatran (Pradaxa®)

Dabigatran lze zatím využít pouze v indikacích tromboprofylaxe po totální endoprotéze (TEP) kolenního nebo kyčelního kloubu. V den operace se podává 110 mg a od 2. dne dále 220 mg, po TEP kolenního kloubu je délka tromboprofylaxe 10 dnů, po TEP kyčelního kloubu 35 dnů. Dávkování dabigatranu je nutno snížit na polovinu (75 a 150 mg) u renální insuficience, při současném užívání amiodaronu a ve věku ≥ 75 let). Léčba dabigatranem není hrazena ze zdravotního pojištění.

V současné době probíhají studie srovnávající účinek dabigatranu s warfarinem a LMWH a to zejména v indikacích profylaxe iktu u pacien-

Tabulka 1: Rozhodnutí - Fraxiparine 56148

(rozhodnutí nabylo právní moci dnem 24.3.2009)

1) **zahájení léčby hluboké žilní trombózy** potvrzené dopplerovským vyšetřením nebo při silném klinickém podezření na venózní tromboembolismus před tím, než jsou známy výsledky diagnostických testů, a to v monoterapii nebo spolu s warfarinem do dosažení terapeutického účinku ($INR \geq 2$) nebo při nutnosti ambulantního převedení z warfarinu na LMWH tzv. překlenovací léčba

2) v prevenci srážení krve v mimotělním oběhu, zejména při hemodialýze a hemofiltraci

3) **v prevenci žilního tromboembolismu v perioperačním období** v délce 10 dnů, po vysoce rizikových operacích (TEP kyčelního, kolenního kloubu, po operaci zlomeniny proximálního femoru, po rozsáhlé operaci pro zhoubný nádor) se délka profylaxe prodlužuje **na 28 dnů**

4) pro léčbu stavů vyžadujících antikoagulační léčbu v průběhu gravidity a šestinedělí či před plánovanou transplantací srdce

5) v prevenci a léčbě hluboké žilní trombózy u nemocných s prokázaným či získaným hyperkoagulačním stavem, u nichž nelze stabilizovat požadované snížení koagulačních faktorů perorálními antikoagulanty či při nemožnosti nebo dokumentované kontraindikaci této antikoagulancia podat

6) u nemocných se zvýšeným rizikem tromboembolické nemoci indikovaných k zahájení léčby warfarinem z jiných indikací (fibrilace síní aj.) k potlačení prvotního prokoagulačního působení warfarinu po dobu 2-3 dnů či nejdéle do dosažení terapeutického účinku ($INR \geq 2,0$).

Warfarin

Nejběžnějším tromboprofylaktickým lékem užívaným v primární péči je warfarin. Jednoznač-

tů s fibrilací síní, léčby a sekundární prevence venózního tromboembolismu, léčby akutních ko-ronárních syndromů.

Praktické aspekty léčby warfarinem

Dále byly probírány praktické aspekty léčby warfarinem – variabilita účinku, úloha vitamínu K, strategie dávkování, předoperační přípravy pacienta a překlenovací léčby. Z nich pro tuto zprávu vyjímám:

Ambulantní zahájení léčby warfarinem

Rychlé zahájení léčby (u většiny pacientů):

- zahajuje se dávkou 5-10 mg warfarinu + LMWH
- kontrola INR po 2-3 dávkách warfarinu. tj. po 2-3 dnech
- LMWH vysadit až po dosažení terapeutických hladin INR minimálně ve dvou po sobě jdoucích dnech
- minimální délka podávání LMWH je 4 dny (nutno vyčkat antitrombotického účinku warfarinu)
- iniciační dávky warfarinu > 10 mg nejsou doporučeny

Pomalé zahájení léčby (u starých, těžce nemocných, podvyživených, s městnavým srdečním selháním, jaterním onemocněním, obecně vysokým rizikem krvácení)

- zahajuje se dávkou ≤ 5 mg (obvykle 1,5-3 mg) warfarinu + LMWH
- LMWH se podává současně minimálně po dobu 4-5 dnů a minimálně do dosažení terapeutické hladiny INR ve dvou po sobě jdoucích dnech
- v případech, kdy není nutné okamžité dosažení efektivní antikoagulace, není při pomalém zahajování léčby warfarinem potřeba současně podávat LMWH

Důležité:

- **LMWH vysazujeme nejdříve tehdy, jsou-li 2 za sebou jdoucí hodnoty INR, odebrané s odstupem 24 hodin v léčebném rozmezí.**
- **Při přetrvávání klinických známek flolidní trombózy překrýváme LMWH a warfarin déle.**

Management dávkování warfarinu

V první řadě je třeba pacientovi podávat jednoduché a jasné instrukce k dávkování léku. Upřednostňuje se každodenní stejná dávka před střídáním různých dávek. Jednotlivé střídavé dávky se mohou lišit max. o 2,5 mg.

Při rozhodování o změně dávky zvažujeme:

1. absolutní hodnotu INR a rozdíl mezi minulou a současnou hodnotou
2. dosavadní stabilitu antikoagulační léčby
3. možné příčiny předávkování či poddávkování (lékové interakce, změna nutričního stavu, interkurentní onemocnění apod.)
4. riziko TEN (důvod podávání antikoagulační léčby)
5. riziko krvácivé komplikace

Úprava dávek warfarinu podle INR (podle doporučení ACCP 2008):

- **INR < 1,5** - zvýšit dávku o 10-20%, event. jednu dávku přidat, kontrola za 4-8 dnů
- **INR 1,5-1,9** - zvýšit d. o 5-10%, ko za 7-14 dnů
- **INR 2-3** - d. beze změn, ko dle algoritmu
- **INR 3,1-3,9** - snížit d. o 5-10%, ko za 7-14 dnů,
- **INR 4,0-4,9** - přerušit na 2 dny a snížit o 10%, ko za 4-8 dnů
- **INR > 5** - viz postup níže

Při poddávkování či předávkování do 0,1-0,2 INR nad nebo pod léčebné rozmezí u jinak stabilního pacienta dávku možno ponechat a provést kontrolu INR nejdéle za 14 dnů.

Postup, je-li INR > 5

- Krvácí pacient? Pokud ano, doporučit hospitalizaci
- Zákaz nadměrné fyzické aktivity
- Vynechat jednu až dvě dávky warfarinu
- Zvážit aplikaci vit. K 1,25 až 2,5mg p.o., je-li vyšší riziko krvácení
- Kontrola INR za 1-2dny, při podání vit. K kontrola INR denně do úpravy
- Podání warfarinu až po dosažení cílové terapeutické hodnoty, zvažování snížení dávky o 10-15%, pokud nebyla zjištěna a odstraněna příčina navýšení INR

Postup u pacientů s vysokou variabilitou INR

- Vyloučit jiné známé příčiny nestability léčby (nepravidelný příjem vit. K, nepravidelné užívání warfarinu, nepravidelná konkomitativní medicína apod.)
- Možno zkusit přidat k léčbě warfarinem vitamín K v nízkých dávkách a upravit dávky warfarinu dle INR

Intervaly mezi kontrolami INR obecně

- Zpočátku 2-3x týdně, poté prodlužovat
- Maximální interval 4 týdny, u dlouhodobě stabilizovaného pacienta možno až 6 týdnů
- Častější kontroly při změně zdravotního stavu a změně ostatní medicíny
- Při změně dávky warfarinu kontrola za týden, nejpozději za 2 týdny

Algoritmus kontrolních vyšetření INR dle doporučení ACCP 2008	
Počet po sobě jdoucích vyšetření s norm. hodnotami	Interval INR kontrol
1	5-10 dnů
2	2 týdny
3	3 týdny
4	4 týdny

LMWH vysazujeme nejdříve tehdy, jsou-li 2 za sebou jdoucí hodnoty INR, odebrané s odstupem 24 hodin v léčebném rozmezí

Pacientovi je třeba podávat jednoduché a jasné instrukce k dávkování léku

zprávu připravila Jaroslava Laňková

Nové přístupy k léčbě bérceových vředů

Zpráva z vystoupení MUDr. Sabiny Švestkové, Ph.D. z Dermatovenerologické kliniky LF MU a FN Brno.

V úvodu přednášející připomněla, že v historii lidstva byly k léčbě ran používány nejrůznější materiály a prostředky, od látek živočišného, rostlinného a nerostného původu, přes horký olej a vosk (popsaný v Eberském papyrusu 1550 b.c.) a zvířecí blány a výkaly ve středověku až k pasivním produktům (cupanina, gáza, bavlna, koudel) používaným do r. 1960.

Na základě rozvoje znalostí o humorních a buněčných faktorech spojených s procesem hojení byla vytvořena **nová generace produktů**, které se označují jako **interaktivní**. Bylo zjištěno, že buněčné i nebuněčné aktivity poškozené v každé hojení, jsou optimalizovány v kontrolovaném mikroprostředí rány (teplota, vlhkost), které umožňuje volný pohyb buněk a efektivní odpověď na bioaktivní složky krytí ran.

Dr. Švestková dále rozdělila konzervativní léčbu na klasickou a moderní. Klasická léčba zahrnuje různé obklady (Calcaria, roztok hypermanganu, Borová voda, Rivanol, Persteril, Chloramin, Fyziologický roztok, Ringer sol., Dermacyn, Pron-

tosan, Octenilin a masti (Kafrová, Borová vaselina, Borargentová, Majewského, UC 7 mast, Framykoin a.j.) nebo metoda ošetření pásky – tapingem (methylmodř + pásky z náplasti) jsou víceméně zastaralé a neúčinné.

Moderní léčba pak zahrnuje krytí různého materiálového složení, různé konzistence, odlišného účinku. Volba krycích prostředků musí respektovat charakter spodiny rány a intenzitu sekrece.

Uveden byl přehled současně dostupných moderních prostředků pro léčbu rány, který je skutečně bohatý a poskytuje dostatečný výběr pro individuální charakteristiky rány:

Okluzivní a semiokluzivní krytí:

1. hydrokoloidní krytí
2. hydropolymerová
3. hydrogely
4. polyuretanové pěny
5. hydroaktivní krytí
6. alginátová krytí
7. krytí z hydrovláken

Krytí stimulační angiogenezi a snižující infekci:

8. absorpční krytí s aktivním uhlím, stříbrem
9. mokré krytí
10. síťová krytí se stříbrem
11. transparentní polyuretanová

Saphenamed® ucv

Systém, který skutečně pomáhá

Saphenamed je jedinečný kompresivní systém vyvinutý pro léčbu ulcus cruris venosum. Jde o systém dvou k sobě ideálně Inoucíh punčoch. Obě punčochy společně vyvíjí konstantní klidový tlak 40 mmHg, který je doporučován pro léčbu ucv. Jako jediný je indikován přes materiály vlhkého krytí a sekundární fixaci, které dobře fixuje na ráně.



Stálý tlak – po dobu nošení je zajištěn klidový tlak 40 mmHg a pracovní tlak 55 mmHg.

Vysoký komfort při nošení – kůže revitalizující SeaCell technologie.

Lehké oblékání – díky skládanému systému dvou punčoch.

Více informací na
www.hartmann.cz

Volejte naše odborné poradce
na infolince **800 100 333**.



12. enzymatické prostředky
13. antiseptické a antibakteriální
14. prostředky s kyselinou hyaluronovou
15. růstové faktory
16. inhibitory proteolytických enzymů

Přednášející zdůraznila striktní konsenzuální doporučení pro léčbu chronických ran:

- Pro exsudativní fázi a debridement se doporučují **hydrogely**
- Pro granulační fázi je třeba využít **pěny a slabě přilnavé materiály**
- Pro epitelizační fázi jsou nejvhodnější **hydrokoloidy a slabě přilnavé materiály**
- Pro okolní křehkou kůži jsou vhodné **slabě přilnavé materiály**,
- Pro hemoragické rány jsou vhodné **algináty**.
- Pro zápachající rány hemoragické rány je nejvhodnější **aktivní uhlí a stříbro**

Jednotlivé materiály přednášející doložila obrazovou prezentací jejich využití podle typu rány.

Kompresivní systém Saphenamed uc v

Zvláštní pozornost věnovala kompresivní léčbě u bércevého vředu a představila novinku duální komprese systému Saphenamed uc v (ucv = ulcus cruris venosum) a vysvětlila princip jeho účinku: Systém Saphenamed se skládá ze dvou punčoch, které dohromady vytváří konstantní klidový tlak 40 mmHg, potřebný k léčbě venózních vředů a zabránění jejich recidivy. Spodní punčocha vyvíjí tlak 18 mmHg, horní punčocha tlak 22 mmHg. Horní punčocha je určena pouze pro denní nošení, spodní punčochu lze nosit celých 24 hodin. Při výrobě bylo použito speciální pletení ve tvaru vln, které do sebe navzájem zapadají a udrží tak jednotlivé vrstvy v ideální pozici, čímž je dosaženo rovnoměrného a konstantního klidového tlaku.

Použití duální komprese dr. Švestková doporučovala obrazovými kazuistikami úspěšného vyhojení mnohočetných bérceových defektů.

zprávu připravila MUDr. Jaroslava Laňková

Využití duální komprese v léčbě bérceových vředů

Nový azitromycin v České republice nejen pro primární péči

Dne 13. listopadu 2009 proběhlo na Konferenci SVL ČLS JEP dlouho očekávané satelitní sympozium, které uvedlo novou formu **AZITROMYCINU** na našem trhu s názvem **ZETAMAC**.

Pro úplnost tento preparát je již na trhu 3. rokem v USA a nejsou hlášeny jakékoliv odlišnosti stran nežádoucích účinků, které vidíme i u ostatních makrolidů. Celé sympodium výborně moderoval kolega MUDr. Otto Herber. Tématicky bylo toto sympodium rozděleno na 3 přednášky.

V úvodní přednášce se **profesor Švihovec** zabýval farmakokinetikou makrolidů obecně a poté přešel k unikátním vlastnostem tohoto preparátu a zdůraznil jeho bezpečnost a dobrou vstřebatelnost. Poukázal na jedinečnou lékovou formu (mikrogranule s postupným uvolňováním) a názorně demonstroval ve své přednášce, jak se liší ve farmakokinetickém profilu zejména během prvních 24 hod po podání od ostatních azitromycinů na trhu.

V další přednášce **MUDr. Igor Karen** představil tento nový preparát a sdělil praktické informace k použití léku ZETAMAC. Antibiotikum je indikováno při lehčích až středně závažných infekcích vyvolaných bakteriálními kmeny citlivými na azitromycin. Je určeno pro **pacienty starší 18 let a podává se v jediné dávce 2 g bez ohledu na hmotnost pacienta**. Vzhledem k podávání v jediné dávce odpadá problém s vynecháním dávků či nedokončením léčby. Antibiotikum je po naředění 60 ml vody možno použít do 12. hodin po naředění a je ochucené (banánovo-třešňová chuť). Dávkování se neupravuje ani pro pacienty s mírným až středně závažným jaterním

či renálním poškozením.

Samozřejmě neopomněl zdůraznit i vhodnost a dnes již prakticky standardní doporučení užívání probiotik při jakékoliv ATB terapii jako prevence průjmů při ATB terapii.

Dále se zabýval indikačním spektrem schválených indikací.

Pro které diagnózy ze schválených indikací bude Zetamac skutečně vhodný?

1. **akutní exacerbace chronické bronchitidy** (pokud není vhodné podání antibiotik, která jsou všeobecně doporučována k iniciační léčbě této infekce nebo pokud tato léčba selhala a nepotlačila infekci)
2. **faryngitida / tonzilitida** vyvolaná bakterií *Streptococcus pyogenes* u pacientů netolerujících betalaktámová antibiotika
3. **akutní bakteriální sinusitidy** (pokud není vhodné podání antibiotik, která jsou všeobecně doporučována k iniciační léčbě této infekce nebo pokud tato léčba selhala a nepotlačila infekci)
4. **komunitní pneumonie** (pokud není vhodné podání antibiotik, která jsou všeobecně doporučována k iniciační léčbě této infekce)

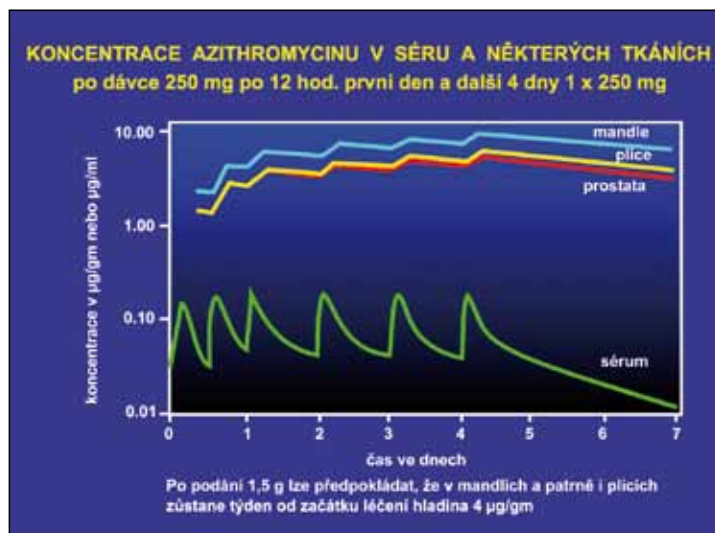
Dále ve své přednášce srovnal účinnost přípravku ZETAMAC i nežádoucí účinky s makrolidy na našem trhu, kdy sdělil, že mají srovnatelnou účinnost a obdobný výskyt NÚ. Z nežádoucích účinků je jen o trochu vyšší výskyt průjmů, proto doporučil podávání probiotik.

Na téma chlamydiových infekcí poté navázala svou přednáškou **RNDr. Věra Toršová CSc.**



prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc.

Jedinečná léková forma a speciální farmakokinetický profil nového azitromycinu umožňuje podání v jednorázové dávce 2 g



Azithromycin je vhodný i proti chlamydiovým infekcím

Po podání 2 gramů azithromycinu v jedné dávce se účinné koncentrace udržují v místě zánětu po dobu 5 až 10 dnů

z Ústavu epidemiologie a ochrany veřejného zdraví FZS v Ostravě. Uvedla, že s ohledem na svou vysokou koncentraci ve tkáních je azithromycin vhodný proti chlamydiovým infekcím. Blok přednášek zakončil **prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc.**, emeritní přednosta Infekční kliniky FN Bulovka, který vystoupil s příspěvkem týkajícím se současného stavu rezistence u patogenů *S. pyogenes* a *S. pneumoniae*. Zdůraznil, že po podání 2 gramů azithromycinu v jedné dávce se účinné koncentrace udržují v místě zánětu po dobu 5 až 10 dnů, což by mělo pacienta vyléčit a zároveň zabránit vzniku rezistencí. Ty jsou podle profesora Havlíka díky dobré práci lékařů primární péče **nižší** než v okolních zemích. Podle jeho názoru je podání ATB v jedné dávce v souladu s doporučeními WHO, která již před 15 lety vyzvala farmaceutické firmy k vyvíjení jednodávkových léků (zejména s ohledem na země třetího světa).

V závěru mimo jiné uvedl, že tento nový přípravek je již několik let v léčebném používání v USA a Kanadě. V uvedených indikacích je používán právě u bakteriální tonsilofaryngitidy (při alergii na PNC), akutní exacerbace chronické bronchitidy, akutní sinusitidy a lehce až středně těžce probíhající pneumonie. Zkušenosti s ním pocházejí od amerických autorů a jsou příznivé. Co říci závěrem? - že se od ledna 2010 můžeme těšit na nový preparát, který plně vystihuje jeho slogan: „...**jeden zásah stačí.**“

Diskuse

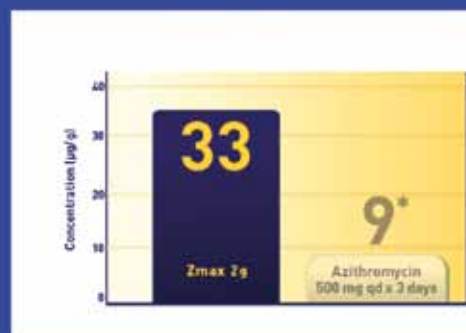
Na závěr bych ještě rád odpověděl na některé dotazy, které jsme obdrželi v rámci sympozia a na něž nebyl čas reagovat:

Liší se dávkování přípravku v závislosti na tělesné hmotnosti pacienta?

Ne, neliší. Pro všechny dospělé pacienty je určena stejná dávka 2g.

Jak je to s použitím přípravku Zetamac u mimorespiračních infekcí např. lymfské boreliózy apod.?

Koncentrace v plicní tkáni v čase 72 hod Zetamac vs Azithromycin



Zetamac je indikován pouze k léčbě respiračních infekcí. Data o použití přípravku u mimorespiračních infekcí nejsou k dispozici (včetně použití u genitální infekce vyvolané *Chlamydia trachomatis*, duodenální infekce vyvolané *Helicobacter pylori* a boreliózy vyvolané *Borrelia burgdorferi*).

In vitro byla zjištěna citlivost u následujících mikroorganismů:

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*
- *Ureaplasma urealyticum*

Jak je to s užíváním přípravku Zetamac v době těhotenství a laktace?

Protože chybí vhodné a dobře kontrolované studie u těhotných žen, měl by se azithromycin v průběhu těhotenství užívat pouze v případech, kdy je jeho použití nezbytné. Kojící matky by měly azithromycin užívat pouze v případech, kdy nejsou dostupné vhodné alternativy.

Jaké je riziko vzniku rezistence při podání jediné dávky 2g?

Riziko vzniku rezistence nebylo ve studiích zkoumáno, přesto je možné se na základě farmakokinetických dat domnívat, že nebude vyšší než při podávání azithromycinu IR.

Má se přípravek Zetamac podávat s jídlem nebo nalačno?

Z výsledků klinických hodnocení plyne, že přípravek Zetamac je lépe snášen, pokud se podává nalačno tj. alespoň 1 hodinu před jídlem nebo 2 hodiny po jídle.

Kdy bude přípravek Zetamac dostupný pro primární péči?

Přípravek Zetamac bude v distribuci od ledna 2010.

V čem se liší přípravek Zetamac (azithromycin ER) od azithromycinu s okamžitým uvolňováním (IR)?

Přípravek Zetamac má jedinečnou lékovou formu (mikrogranule s postupným uvolňováním), jedinečné dávkování, protože celý průběh an-

tibakteriální léčby zajistí jediná podaná dávka. Dále se od azithromycinu s okamžitým uvolňováním liší ve farmakokinetickém profilu zejména během prvních 24 hodin. V neposlední řadě je to i 100% compliance.

Jaký pacient je „vhodný“ pro přípravek Zetamac?

- a) **Pacient s historií non-compliance**, u kterého nelze předpokládat dodržení dávkovacího režimu a délky užívání
- b) **Pacient s polykacímí obtížemi**, na jejichž podkladě existují pochybnosti o dodržení dávkovacího režimu a délky užívání
- c) **Pacient s komorbiditami**, užívající řadu léků, kde je riziko nedodržení dávkovacího režimu a délky užívání, a také interakcí s užívanou medikací.

Vhodný u pacientů, u nichž není možné podávat kvůli případným lékovým interakcím makrolid se silnou či středně silnou vazbou na CYP 3A4 (erythromycin, klaritromycin) současně s následujícími léky (lékovými skupinami): Theofylin, karbamazepin, benzodiazepiny, neuroleptika, antihistaminika HMG-CoA reduktázové inhibitory, antiretrovirotika (mimo nelfinavir) Antacida.

zpracoval MUDr. Igor Karen

Aktuality

Mladí praktici - lednové setkání



Vážení přátelé,

situace mladých praktiků – tj. praktiků ve specializační přípravě a začínajících praktických lékařů – se v poslední době vyvíjí tak, že cítíme nutnost se podílet se na jejím řešení. Musíme být partnery v organizaci specializační přípravy a systému rezidenčních míst, protože se nás bezprostředně týká. Chceme vyjednat co nejlepší pozici pro mladé lékaře v ožehavých otázkách přebírání či odkupu nových praxí. Samozřejmě chceme být dobrým zdrojem informací všem mladým lékařům a studentům medicíny, kteří mají zájem stát se praktickým lékařem.

Proto zakládáme oficiální organizaci mladých praktiků. První oficiální a ustavující setkání se bude konat dne 27.1.2010 v 16.30 na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, Ruská 87 v Praze. Všechny zainteresované mladé kolegy - praktiky ve specializační přípravě a lékaře do 5 let po atestaci ze všeobecného lékařství, event. záměrně o všeobecné lékařství z řad studentů medicíny - na setkání srdečně zveme a těšíme na vaše zapojení i zajímavou diskusi. Velmi vítáme vaše návrhy a podněty. Pokud máte chuť se zapojit již teď, kontaktujte nás – každý z nás je potřebný.

Abychom mohli zajistit dostatečnou prostorovou kapacitu, prosíme vás o přihlášení na akci přes email:

mladi.praktici@centrum.cz.

Pro jakoukoli debatu, či dotazy je připraveno diskuzní fórum: atestacepraktici@googlegroups.com, na které vás též srdečně zveme.

Těšíme se na viděnou **27.1.2010 v 16.30 v Praze!**

Za mladé praktiky:

Pavel Vychytil, pavelvychytil@centrum.cz

Karel Bláha, karoy@seznam.cz

Norbert Král, norbert.kral@seznam.cz

David Macharáček, davidmacharacek@gmail.com

Gabriela Mazurová, mazurovag@seznam.cz

Ondřej Sobotka, ondrej.sobotka@centrum.cz

Kateřina Javorská, kjavorska14@yahoo.co.uk



Zetamac®
(azithromycinum s prodlouženým uvolňováním)

...jeden zážah stačí...

Terapie v jediné dávce¹

Léčba respiračních infekcí¹

100% compliance^{2,3,5}

Nová léková forma^{2,6}

ZETAMAC 2 g, granule pro přípravu perorální suspenze s prodlouženým uvolňováním

Léčivá látka: azithromycinum 2 g. **Indikace:** ZETAMAC je určen k léčbě dospělých pacientů s následujícími lehkými až středně závažnými infekcemi vyvolanými bakteriálními kmeny citlivými na azithromycin: akutní bakteriální exacerbace chronické bronchitidy, akutní bakteriální sinusitida, komunitní pneumonie, faryngitida/tonzilitida vyvolaná bakterií *Streptococcus pyogenes*. **Dávkování:** Jedna jednorázová dávka přípravku ZETAMAC 2 g ve formě 60 ml perorální suspenze. Doporučuje se užívat nalačno. **Části:** Nedoporučuje se podávání u jedinců do 18 let věku. **Starší pacienti:** U pacientů starších než 75 let jsou zkušenosti omezené. **Renální insuficience:** Úprava dávky není nutná u pacientů s mírným až středně závažným poškozením ledvin. U pacientů s těžkým poškozením ledvin je třeba postupovat opatrně. **Hepatická insuficience:** Úprava dávky není nutná u pacientů s lehkým až středně závažným jaterním poškozením. U pacientů se závažným jaterním poškozením je třeba azithromycin užívat s opatrností. **Kontraindikace:** Precitlivlost na azithromycin, erythromycin či jiné makrolidové nebo ketolidové antibiotika, anebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** U pacientů užívajících azithromycin byly vzácně hlášeny závažné alergické reakce, včetně angioedému a anafylaxe. Je nutná obezřetnost u pacientů se závažným onemocněním jater nebo ledvin. Přípravek by neměl užívat pacient se vzácnými dědičnými poruchami typu nesnášenlivosti fruktózy, glukózo-galaktózové malabsorpce nebo sacharózo-izomaltázové deficeience. Doporučuje se sledovat příznaky superinfekce necitlivými mikroorganismy, včetně hub. Vzhledem k teoretické možnosti vzniku ergotizmu by se neměl azithromycin užívat současně s ergotovými deriváty. U pacientů se zvýšeným rizikem vzniku srdeční arytmie nelze zcela vyloučit možný účinek azithromycinu na prodloužení srdeční repolarizace a intervalu QT. **Interakce:** Azithromycin významně neovlivňuje systém jaterního cytochromu P450. Farmakokinetické interakce pozorované u erythromycinu a jiných makrolidů se u azithromycinu zdají být nepravděpodobné. Nedoporučuje se současně užívání azithromycinu s ergotovými deriváty. Je třeba pečlivě zvážit současné podávání s cyklosporinem. Je-li nezbytné, je třeba sledovat hladinu cyklosporinu a podle ní upravovat dávku. Je třeba přehodnotit frekvenci monitorování protrombinového času při současném podávání azithromycinu a kumarinových perorálních antikoagulantů. Sledování pacienta se doporučuje při současném podávání s nelfinavirem. **Těhotenství a kojení:** Azithromycin by se v průběhu těhotenství měl užívat pouze v případech, kdy je jeho použití nezbytné. U kojících matek by se měl užívat pouze v případech, kdy nejsou dostupné vhodné alternativy. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: průjem, bolest břicha, nauzea, flatulence. Časté: zvracení, dyspepsie, anorexie, závrať, bolest hlavy, parestezie, dysgezie, vyrážka, svědění, antralgie, únava, snížení počtu lymfocytů, zvýšení počtu eosinofilů, snížení bikarbonátů v krvi, zhoršení zraku, hluchota. **Předávkování:** Je-li to nutné, jsou indikována obecná symptomatická a podpůrná opatření. **Uchovávání:** Při teplotě do 30°C, v dobře uzavřené lahvičce. **Balení:** Granule: 2 g pro přípravu 60 ml suspenze v lahvičce z polyethylenu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, Česká republika. **Reg. číslo:** 15/342/09-C. **Datum poslední revize textu:** 22.4.2009. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek dosud není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací přípravku.

Literatura: 1. Souhrn údajů o přípravku (22.4.2009). 2. Zervos M, Breen JD, Jorgensen DM, Godrich JM. Novel, single-dose microsphere formulation of azithromycin versus levofloxacin for the treatment of acute exacerbation of chronic bronchitis. *Infect Dis Clin Pract.* 2005;13:115-121. 3. Kegel S, McCoig C, Jorgensen D. Single-dose azithromycin microsphere versus three-day azithromycin for the treatment of group A β -hemolytic streptococcal (GABHS) pharyngitis/tonsillitis in adults and adolescents. Poster presented at the European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Disease (ECCMID): April 2-5, 2005; Oxford, UK. 4. D'Ignazio J, Cammer MA, Lewis DE, Jorgensen D, Breen JD. Novel, single-dose microsphere formulation of azithromycin versus 7-day levofloxacin therapy for treatment of mild to moderate community-acquired pneumonia in adults. *Antimicrob Agents Chemother.* 2005;49:4035-4041. 5. Dreihobl MA, De Salvo MC, Lewis DE, Breen JD. Single-dose azithromycin microspheres vs clarithromycin extended release for the treatment of mild-to-moderate community-acquired pneumonia in adults. *Chest.* 2005;128:2230-2237. 6. Murray JJ, Emparanza P, Lesinskas E, Tawadrous M, Breen JD. Efficacy and safety of a novel, single-dose azithromycin microsphere formulation versus 10 days of levofloxacin for the treatment of acute bacterial sinusitis in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;133:194-201.

Pfizer, spol. s r.o.
Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270
www.pfizer.cz



Pracujeme společně pro zdravější svět™

Chronické žilní onemocnění a symptomy

Zpráva ze sdělení doc. MUDr. Pospíšilové a MUDr. Švestkové z dermatovenerologické kliniky LF MU v Brně.

V úvodu sdělení přednášející definovala terminologické pojmy:

„**Chronická venózní porucha**“ = všechny morfolické a funkční abnormality žilního systému.

„**Chronické žilní onemocnění (CVD - Chronic Venous Disease)**“ = morfolické a funkční abnormality žilního systému, které trvají delší dobu, manifestují se buď symptomy nebo klinickými příznaky, které jsou indikovány k vyšetření a léčbě.

„**Chronická venózní insuficience (CVI - Chronic Venous Insufficiency)**“ = funkční abnormality žilního systému, zapříčiňující edém, kožní změny a ulcerace (C3-C6, viz níže)

„**Venózní symptomy**“ = subjektivní potíže vztahující se k venóznímu onemocnění (bolest, pocit napětí, pálení nohou, svědění, parestézie, pocit tíhy nebo neklidu v nohou, křeče).

„**Venózní klinické příznaky**“ = viditelné manifestace žilního onemocnění - teleangiektázie, retikulární žíly, varikózní vény, edém, kožní změny, ulcerace.

Doc. Pospíšilová uvedla, že chronické žilní onemocnění je jedním z nejrozšířenějších onemocnění a postihuje 50 - 85% západní populace. Náklady na jeho léčbu jsou vysoké a čítají 2-3% rozpočtu pro zdravotnictví.

Přednášející dále připomněla platnou **klinickou klasifikaci CEAP** (Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology), která slouží nejen k řádné dokumentaci a rutinnímu vyšetřování pacientů s chronickým žilním onemocněním, ale hlavně pomáhá i ke stanovení adekvátní léčby a odhadu prognózy onemocnění.

Pod **písmenem C** jsou zahrnuty **klinické projevy onemocnění** (Clinical). Jsou označeny indexy 0-6. To reprezentuje škálu, na které 0 znamená absenci klinických známek venózního onemocnění a 6 znamená přítomnost aktivního venózního vředu. Další indexy „s“ a „a“ doplňují třídu C o popis symptomatiky onemocnění (**s** - symptomy přítomny, **a** - asymptomatic = symptomy nepřítomny).

- C 0 - žádné viditelné ani palpovatelné známky žilního poškození
- C 1 - teleangiektázie nebo retikulární žíly
- C 2 - varikózní žíly
- C 3 - edém
- C 4 - pigmentace, dermatitida ze stázy, bér-cový ekzém, změny trofické
- C 5 - předcházející kožní změny a zhojená ulcerace
- C 6 - kožní změny a současně ulcerace

Etiologická klasifikace je zahrnuta **pod písmenem E** a je značena indexem **c**, **p**, **s** nebo **n** (c

- kongenitální, **p** - primární, **s** - sekundární, **n** - etiologie neznáma).

Pod **písmenem A** se skrývá anatomická klasifikace a má indexy **s** (superficiální žíly), **p** (perforátory), **d** (hluboké žíly) a **n** (neidentifikováno).

Poslední **písmeno P** popisuje patofyziologii. Užívá indexy **r** (reflux), **o** (obstrukce), **ro** (reflux a obstrukce), **n** (patofyziologický podklad nebyl identifikován).

Pokročilá CEAP klasifikace má základ ve zjednodušené klasifikaci, pouze třída P je doplněna o číselné indexy 1-18, přičemž každé číslo označuje některý z venózních segmentů. Čísla 1-5 označují povrchové žíly, 6-16 hluboké žíly, 17 perforátory stehna a konečně 18 perforátory bérce.

Chronická žilní insuficience (CVI)

Doc. Pospíšilová definovala CVI z hlediska patofyziologického jako stav, při kterém jsou porušeny mechanismy návratu žilní krve a který znamená již pokročilý stav chronického žilního onemocnění. Důsledkem těchto poruch je vznik žilní hypertenze, která dále zhoršuje insuficienci a tak vzniká „circulus vitiosus“.

Dle klasifikace CEAP je CVI charakterizována stupni C3-C6 - tj. od klinické přítomnosti pouhého edému, před pigmentace, dermatitidy ze stázy, bér-cový ekzém, trofické změny kůže, jizvení po zhojených ulceracích až po přítomnost aktivních vředů.

Jde o progresivní onemocnění, které zdaleka není tak triviální, jak se mnohdy předpokládá. Má sice poměrně nízkou mortalitu, zato ale vysokou morbiditu, která zapříčiňuje častou dlouhodobou pracovní neschopnost nebo invaliditu. Znamená výrazně sníženou kvalitu života, srovnatelně s např. diabetem mellitem, karcinomy nebo plicním onemocněním.

Hodnocení symptomatologie chronického žilního onemocnění

Přednášející upozornila, že symptomy jsou sice pestré, ale diagnosticky málo specifické. Možnou souvislost s žilním onemocněním podporuje:

- Proměnlivost se změnou polohy nebo fyzické aktivity
- Zhoršování ke konci dne
- Proměnlivost související se změnou okolní teploty
- Variabilita související s hladinou pohlavních hormonů
- Symptomy intenzifikuje dlouhodobé stání, sezení, zhoršují se ke konci dne, mizí ráno
- Při elevaci končetin velká část symptomů mizí
- Zhoršují se v teple, v letním období, v horké lázni
- Proměnlivost symptomů v závislosti na men-

Terminologie žilních poruch

klinická klasifikace CEAP

Symptomy CVI jsou sice pestré, ale diagnosticky málo specifické

stručným cyklu, mohou souviset s hormonální terapií.

Existence alespoň 2 výše uvedených kritérií potvrzuje, že uváděné symptomy souvisí s CVD, jejich nepřítomnost však nevylučuje venózní původ onemocnění.

Prezentovány byly jak studie, které dokazují, že přítomnost a intenzita symptomů DK, které by mohly souviset s CVD, nejsou v korelaci se závažností klinických nálezů tak i studie, které u CVD třídy C4-C6 prokázaly vztah mezi stupněm venózního refluxu, klinickými známkami a symptomy.

Doc. Pospíšilová uvedla, že nejnovější vědecké výzkumy poukazují na to, že **symptomy jsou výsledkem zánětlivého procesu** při žilní hypertenzi, který postihuje žilní chlopně nebo žilní stěnu. Uvedla, že mezi spouštěcí mechanismy a rizikové faktory zánětlivé reakce u CVD patří: snížený počet chlopní, genetická dispozice a abnormální distenzibilita pojivové tkáně žilní stěny, dlouhodobá statická zátěž, nedostatek pohybu, zvýšený abdominální tlak – sedavé zaměstnání, obstrukce, hormonální vlivy – receptory pro estrogen a progesteron, hormonální antikoncepce, opakované gravidity, věk – stárnutí, což vysvětluje stoupající prevalenci s věkem u obou pohlaví, odchýlný střihový stres krevního proudu.

Zánětlivá reakce se účastní již na začátku onemocnění, kdy v prostřední žilní hypertenzi dochází k interakci mezi leukocytem a endotelem. Endotel je infiltrován monocyty, makrofágy a ostatními leukocyty, které uvolňují zánětlivé mediátory jako je histamin, serotonin, bradykinin, tryptáza, prostaglandiny, leukotrieny, cytokiny.

Probrány byly také nečastější symptomy:

Bolest v dolní končetině

Je velmi častým příznakem žilního onemocnění. Přítomnost či intenzita bolesti nemusí korelovat se závažností klinických projevů CVD. Venózní bolest koreluje s CEAP stádiem C3 – C6.

Pocit neklidných nohou

Dostavuje se při dlouhodobém stání, sezení, většinou ve druhé polovině dne nebo v noci.

Příčinou je hypoxie ve vasa vasorum, hemoreologické změny – zejména hyperviskozita a zvýšená agregace červených krvinek, zhoršení cirkulace ve vasa vasorum.

Pocit tíhy v nohou

Jde o nejčastěji uváděný symptom. Je často vázán na roční období, klimatické podmínky, u žen na menstruační cyklus.

Noční křeče

Jde o častý stesk, ale nespecifický příznak. Pravděpodobnou hlavní příčinou je hypoxie žilní stěny (tunica media), často se objevuje u pacientů se smíšeným refluxem. Další možné příčiny jsou: svalová extenze, kouření, porucha elektrolytového hospodářství, zvýšený příjem alkoholických nápojů.

Svědění

Příčinou je suchá, hyperkeratotická kůže u CVD, otok, dermatózy. Často se objevuje u pacientů se smíšeným refluxem.

Napětí kůže spojené s otokem

Podle rozsáhlé studie provedené v Bulharsku 2009 byl zjištěn následující výskyt symptomatologie:

Těžké nohy (nejčastěji): 79%

Bolest nohou: 69%

Pocit napětí nohou: 64%

Zhoršení obtíží po dlouhodobém stání, ale zlepšení po odpočinku nebo chůzi (52%), zhoršení v teplém počasí a zlepšení v zimě (80%), zhoršení obtíží před menstruací (16%)

Medikamentózní možnosti ovlivnění žilní symptomatologie

Přednášející se také sručně věnovala současným léčebným možnostem, mezi kterými uvedla:

Venofarmaka, venoaktivní léky

Jde o různorodou skupinu přípravků. Jsou převážně přírodního (rostlinného) původu, dále semisyntetická a syntetická. Mechanismus jejich účinku je komplexní a přináší zlepšení žilního návratu a lymfatické drenáže. Ovlivňují jak makrocirkulaci (žilní stěnu a chlopně, tonus dilatovaných žil), tak mikrocirkulaci (porušenou funkci mikrocirkulace v důsledku žilní hypertenze, kapilární permeabilitu, kapilární rezistenci). Ochraňují endotel před zánětlivými změnami, potlačují aktivaci leukocytů, zvyšují lymfatickou drenáž.

Mezi současné venoaktivní léky užívané v ČR patří:

Aescin (escin), **Anavenol** (rutosid+dihydroergocristin+eskulin), **Antistax** (extrakt z Vitis viniferae), **Ascorutin** (rutosid + kyselina askorbová), **Cilkanol** (troxerutin), **Cyclo 3fort** (hesperidin+ruscus aculeatus+ac.ascorbicum), **Danium** (calcium dobesilat), **Detralex** (diosmin + hesperidin), **Dobica** (calcium dobesilat), **Doxium** (calcium dobesilat), **Ginkor Fort** (troxerutin+heptaminol+extr.Ginkgo), **Glyvenol** (tribenosid), **Reparil** (escin), **Venorutin** (oxerutin), **Yellon** (escin)

Kompresivní terapie

Jde o přímou aplikaci graduovaného tlaku na tkáňové struktury za účelem fyziologických změn v oblasti žilní a mízní cirkulace.

Je to neúčinnější, jednoduchá a ekonomická dostupná forma léčby. Nutno je pacientovi vysvětlit podstatu a význam kompresivní terapie a nutnost každodenní aplikace. Nezbytná je instruktáž pacienta event. člena rodiny o přikládání bandáže

Režimová opatření

Doporučuje se pohybová aktivita, polohování končetin s pasivním zvednutím končetin nad úroveň srdce, gymnastická cvičení, chůze, sportovní aktivita.

zprávu připravila Jaroslava Laňková

Symptomy CVD jsou výsledkem zánětlivého procesu

Venofarmaka ovlivňují jak makrocirkulaci tak mikrocirkulaci

Neúčinnější konzervativní formou léčby je kompresivní terapie

MUDr. Lukáš Zikmund

Oční odd. Masarykovy nemocnice, Ústí nad Labem; Privátní oční ambulance v ÚP, Masarykova 92, Ústí nad Labem, UZS UJEP, Ústí nad Labem

Blefaroplastika horních a dolních víček

Úvod: Proces stárnutí je přirozenou součástí lidského bytí. Již od pradávna se lidé snažili tento proces zastavit nebo alespoň zpomalit, ne vždy byly tyto snahy úspěšné. Dnešní medicína vlivem moderních poznatků a pomocí moderních operačních postupů dokáže lidem nejenom mnohdy navrátit mladistvý vzhled ale i zlepšit kvalitu života.

Projevy stárnutí v obličeji se projevují nejdříve v okolí očí, což je bohužel v jedné z esteticky nejdůležitějších oblastí. Periokulární oblast je velmi důležitým estetickým prvkem obličeje, kůže víček patří k nejtenčím a nejjemnějším na našem těle. Vlivem každodenního mimického i funkčního zatížení oblasti obličeje se vznikající vrásky kolem očí prohlubují, kůže víček ochabuje a s tím souvisí ztráta mladistvého vzhledu. Velice často se k popisovaným změnám přidávají i tzv. prolapsy orbitálního tuku horních i dolních víček, které danou situaci z kosmetického hlediska ještě zhoršují. Popisované změny tkáně v okolí očí představují problém nejen estetický, ale často i funkční. Poruchy funkce se často projeví zvýšeným slzením, pocitem těžkých víček, pocitem tlaku za očima. Někdy také zúžením zorného pole a pocitem snížené ostrosti vizu, spočívající v omezeném pronikání světla přes kožní převisy horních víček.

Je potřeba připomenout, že proces stárnutí na obličeji přichází komplexně. Netýká se jen kůže víček, ale i celého obličeje včetně čela a obočí. Popisované změny a pokles tkáně je vhodné po dohodě s klientem řešit někdy pomocí kombinovaných technik spočívajících v blefaroplastice spojené s elevací obočí eventuálně faceliftem. Záleží na pečlivé předoperační rozvaze chirurga, založené na reálných představách klienta.

V poslední době v souvislosti se snahou společnosti zachovat si mladistvý vzhled, což hraje důležitou roli v životě osobním i profesním, pociťujeme stále větší zájem o tento typ zákroků. Převažující skupinou jsou stále ženy středního věku, ale stále častěji o zákroku uvažují i ženy mladší a muži.



MUDr. Lukáš
Zikmund

Anatomie, etiopatogeneze:

Proces stárnutí periorbitální oblasti zahrnuje několik změn:

1. ztenčení kůže a snížení elasticity kůže
2. snížení tonu svalové tkáně v oblasti
3. relaxace podpurných tkání víček
4. dislokace orbitálního tuku, jeho objem může být zvětšen nebo i zmenšen

Oční bulbus je uložený v orbitě a je obklopen tukovým polštářem parabolárního tuku, tyto tukové váčky jsou ohraničeny jemnými vazivovými pouzdry. Frontálně ohraničuje prostor tenké vazivové septum – septum orbitale. Postupem let a často na základě familiární predispozice ztrácí tato vazivová pouzdra a septa svou pevnost a tukové váčky se často začnou pozvolna protlačovat do podkoží očního víčka skrze snopce zeslabeného kruhového očního svalu. Takto vzniká tzv. tukový prolaps - výhřez orbitálního tuku z prostoru očnice do podkožních struktur víček. Tento proces přichází velice pozvolna a nenápadně. Jeho důsledkem jsou však kosmeticky nepříznivé váčky kolem očí, typicky měnící během dne svou výraznost. Kůže nad prolapsy působením tlaku dále ochabuje a ztenčuje se, což umožňuje další zhoršování situace. Oči získáva-

jí unavený vzhled a tím zhoršují celkový výraz obličeje.

Při včasném plánování zákroku zůstává kůže pružná a otoky víček se výrazně zmírní nebo se odstraní trvale.

Dalšími možnými příčinami tohoto kosmeticky nevyhovujícího stavu může být pokles obočí vzniklý ztrátou elasticity kůže, hypertrofie m. orbicularis oculi, pokles slzné žlázy, popřípadě kombinace uvedených. Z dalších příčin uvádím stavy spojené s chronickým onemocněním srdce, štítné žlázy, ledvin, jater nebo u chronické alergie či vlivem neadekvátní životosprávy.

Typy blefaroplastik:

1. horních víček
2. dolních víček
 - a. laserová transkonjunktivální
 - b. chirurgická - ze zevního přístupu
- z vnitřního přístupu

1. Operace horních víček:

Po pečlivém nákresu je proveden chirurgický řez tak, aby jizvy zůstaly pokud možno skryté pod přirozenými kožními záhyby v orbitopalpebrální rýze horních víček. Následně je poté odstra-

něh přebytek kůže a v určitých případech i zbytnělý orbikulární sval. Po vypreparování 2 tukových prolapsů (často velmi individuálně lokalizovaných) je rána uzavřena pečlivou jemnou suturou pokračovacím stehem. Na závěr je možno použít stripové fixace rány.

2. Operace dolních víček:

a) Laserová:

Laserová transkonjunktivální blefaroplastika

Tato technika je vhodná pro pacienty s tukovými prolapsy bez výraznějšího kožního nadbytku dolních víček. Laserovým nožem je proveden řez z vnitřní strany víčka spojivkou, následně se vypreparují tukové prolapsy. Touto technikou je dosažena absence kožní jizvy. Vhodné je použití krycích kontaktních čoček ke zlepšení komfortu pacienta při operaci.

b) Chirurgická:

Operace dolních víček ze zevního přístupu:

Tento tzv. subciliární řez je veden těsně pod okrajem víčka cca 2mm. Řez vedený příliš blízko u řas hrozí komplikacemi spojenými s vypadáváním řas a řez vedený příliš nízký je esteticky nevyhovující. Po incisi kůže jsou vypreparovány 3 tukové prolapsy dolního víčka, nadbytek tuku se odstraní (rozsah odstraňované tukové tkáně je velice individuální!). Po excisi kožní řasy se uzavírá rána opět jemnou pokračující suturou.

Operace dolních víček z vnitřního přístupu:

Tato operační technika je použitelná stejně jako laserový transkonjunktivální přístup u pacientů s tukovými prolapsy bez kožních přebytků. Řez je veden z vnitřní strany dolního víčka spojivkou a další postup je obdobný. U většiny pacientů není potřeba uzavírat ránu suturou a ponechává se ke spontánnímu zhojení bez šití spojivky.

Operační postup

1. Anamnéza: rodinné předpoklady, představy pacienta ohledně zákroku atd.

2. Kontraindikace: vyplývající z celkového onemocnění, akutní a chronické zánětlivé stavy v oblasti víček, porucha funkce slzného aparátu, nereálné představy klienta o výsledku zákroku

3. Předoperační vyšetření:

- Krevní obraz
- Srážlivost krve (INR,APTT..)
- Vyloučení onemocnění štítné žlázy, ledvin, srdce, jater, kůže
- Porucha hojení ran? (v oblasti víček vznikají keloidní jizvy naštěstí velmi vzácně)
- Oftalmologické vyšetření: vizus, NT, šterbinová lampa, průplach slzných cest, funkční testy slzení, např. Schirmerův test

4. Předoperační příprava a promluva s pacientem, psychologický efekt:

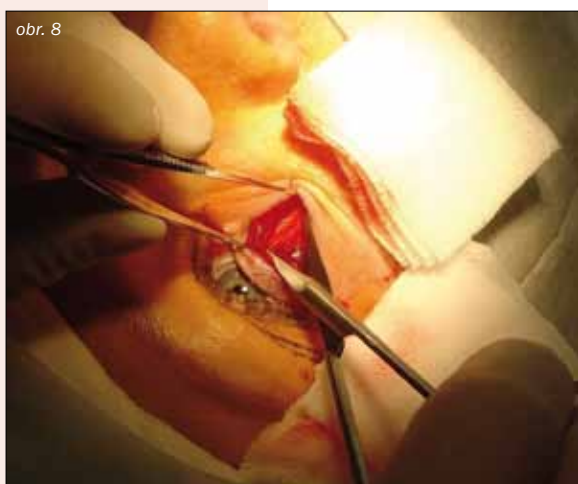
Předpokladem k zákroku je dobrý zdravotní stav, věková hranice není striktně dána. Smyslem pečlivé promluvy s pacientem je objektivní posouzení psychického stavu pacienta, neboť ten má na subjektivní zhodnocení výsledku zákroku pacientem zásadní vliv. Je potřeba s pacientem prodiskutovat co od zákroku očekává a jaké jsou reálné možnosti chirurga mu v tomto vyhovět. Je potřeba zhodnotit zda-li je vhodné provést zákrok na všech 4 víčkách najednou, nebo nejdříve na horních a poté na dolních či naopak.

5. Fotodokumentace (obr. 1)!!!

6. Zhodnocení situace a anatomických poměrů: rozsah excise, existence tukových prolapsů a jejich lokalizace

7. Náčrt rozsahu excise s naznačením problematických míst, nejlépe vleže a poté doplnění i vsedě s ohledem na změnu anatomických poměrů vlivem gravitace. U dolních víček napomůže správnému odhadu excise náčrt u pacienta s maximálním pohledem vzhůru a s otevře-





nými ústy k minimalisaci rizik spojených s předimenzováním kožní excise a důsledků s tím spojených. V tuto chvíli nastupuje individuální estetické citění operátora spojené s odlišnou prostorovou úvahou lékaře ohledně zákroku a tím vzniká typický „rukopis“ daného operátora (obr. 2).

Mezi linií temporální excise horního a dolního víčka v zevním koutku musí zůstat minimálně 5 mm volné tkáně k zajištění správné cirkulace tkáňového moku v této oblasti (obr. 3)

8. Příprava operačního pole s pečlivou desinfekcí a zakrytím sterilní jednorázovou rouškou (obr. 4)

9. Instilační anestezie: velmi tenkou jehlou a velmi pomalu k minimalisaci nepříjemných pocitů klienta. Někteří kolegové přidáním adrenalinu k anestetiku (v poměru 1: 200 000) zlepšují přehlednost operačního pole snížením krvácivosti v místě. Vzhledem k možným následným rizikům ze strany pacienta však na našem pracovišti nepoužíváme.

10. Excise vyznačeného kožního nadbytku pokud možno „jedním tahem“ k minimalisaci traumatizace okrajů ran (obr. 5, 6).

11. Jemná, ale dokonalá hemostáza k vyloučení rizik spojených s následným krvácením (obr. 7)

12. Preparace orbitálního septa s evakuací prolapsů orbitálního tuku: Ve vnitřním koutku je nutno preparovat s obzvláštní pozorností s ohledem na důležité struktury zde se nacházející (a.angularis - větev a.facialis a dolní šikmý sval). Lehkým tlakem na bulbus dojde ke zvýraznění tukových váčků a tím ke zlepšení přehlednosti operačního pole. Zdůrazňuji lehkou bolestivost preparace vnitřního orbitálního tuku, která je pocítovaná klienty v naprosté většině jako tlak za okem. Na toto je vhodné pacienta upozornit k zamezení nepříjemných náhlých reakcí ze strany operovaného. Vnitřní tukový váček má lehce odlišnou barvu od ostatních, je bělavější. V blízkosti tohoto prolapsu je šlacha dolního šikmého okohybného svalu, což nutí ke značné obezřetnosti v preparaci (obr. 8, 9, 10).

13. Opatrná excise prolapsů s dokonalou koagulací (CAVE: hemorragické komplikace)

CAVE! Někteří autoři excisi tukových prolapsů nedoporučují a pouze je zatlačují zpět do orbity s následným zpevněním orbitálního septa. Přílišná extrakce nadměrného objemu tukových váčků může přinést nevzhledný defekt chybějící tkáně v místě odběru, obzvláště na dolních víčkách. Je proto nutné pečlivě již v předoperační přípravě zvážit objem tukové tkáně, která se bude odstraňovat (obr. 11, 12).

14. U některých pacientů vzhledem k anatomickým poměrům je ke zvýraznění orbitopalpebrální rýhy vhodná bodovitá koagulace v linii probíhající pod orbitopalpebrální rýhou.

14. Sutura pokračujícím stehem nebo intradermálním stehem (při včasné extrakci stehů 5.-6. den po zákroku a při šetrné operační technice je výsledek obou technik plně srovnatelný). Existují dvě možnosti směru sutury, buď od vnitřního koutku k zevnímu, nebo naopak. Naše pracoviště preferuje druhou variantu (obr. 13, 14).

15. Blepharoplastika může být **doplněna zákrokem** upravujícím šířku oční štěrby, výšku očních koutů, nebo jejich stabilizaci (canthopexie, canthoplastika), záleží individuálně na anatomických dispozicích pacienta a estetickém citění chirurga.

16. Postoperační bandáž elastickým obvazem (na našem pracovišti cca 1 hodina, u pacientů s vyšším rizikem krvácení i déle) (obr. 15)

17. Následná stripová fixace rány až do **extrakce stehů** (na našem pracovišti) (obr. 16)

18. Domácí ošetření spočívá v přiměřeném **chlazení operačního pole** cca 3-4 hodiny, nejlépe vsedě k minimalisaci hematomů

19. Druhý pooperační den kontrola

20. 5.-6. den **extrakce stehů**, líčení po 2 týdnech, obvyklá fyzická aktivita po 2-3 týdnech (obr. 17)

21. Následná péče

o jizvy:

- promazávání jizev, tlaková masáž v místě k redukci jizevnaté tkáně (cca 20 sekund tlak v místě jizvy urychlí ztrátu tuhosti a vyblednutí zarudnutí)

- omezení přímého slunění, solárium

- podpůrné látky enzymatické povahy (např. Wobenzym) ke zrychlení procesu hojení a vstřebávání otoků (mají ve velké většině velmi dobré výsledky, doporučujeme užívat již cca 1 týden před operací a cca 3 týdny po zákroku)

22. Zdůrazňuji přínosnost průběžné **FOTODOKUMENTACE:**

- foto předoperační
- foto po extrakci stehů 6.den po výkonu
- foto po 3 týdnech od výkonu (obr. 18)

23. KOMPLIKACE:

1. nespokojený pacient:

Výsledek operace:

- a) nespokojený pacient + nespokojený lékař
- b) nespokojený pacient + spokojený lékař
- c) spokojený pacient + nespokojený lékař
- d) spokojený pacient + spokojený lékař

Zcela evidentní je, že poslední varianta je nejlepší kombinací. Je nutno však počítat i s existencí předchozích variant. K vyloučení těchto ne zcela ideálních kombinací názorů na výsledek zákroku je potřeba zdůraznit dokonalou promluvu lékaře s pacientem před operací, trpělivé vyslechnutí přání a představ pacienta, které nejsou vždy zcela reálné. S tím souvisí selekce nevhodných pacientů pro zákrok.

2. okulokardiální reflex: vyvolaný tlakem na oční kouli. Projevuje se poklesem krevního tlaku a pulsu. Tento stav může být velmi závažný, ale většinou se jedná jen o malý pokles tlaku.

3. rozestup rány po vytažení stehů – způsobená poruchou hojivosti, infekcí v ráně atd.

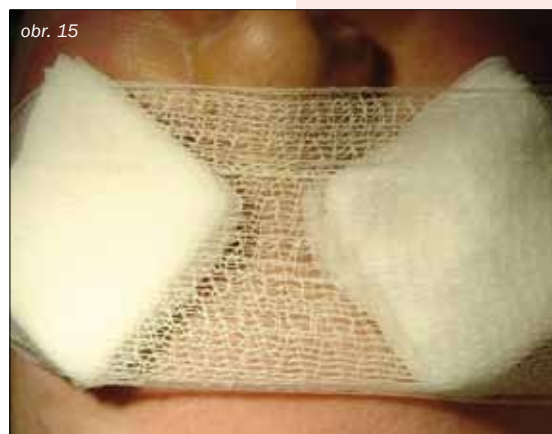
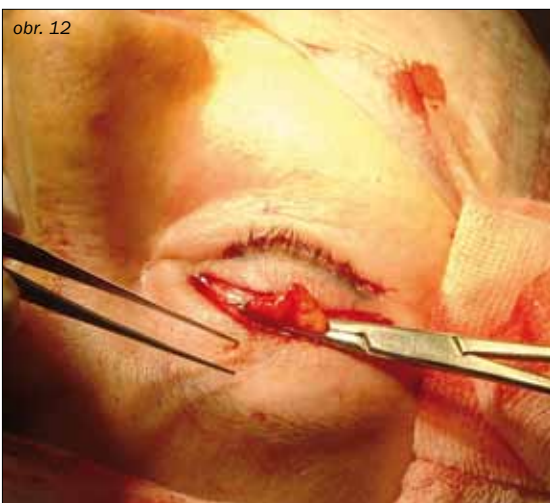
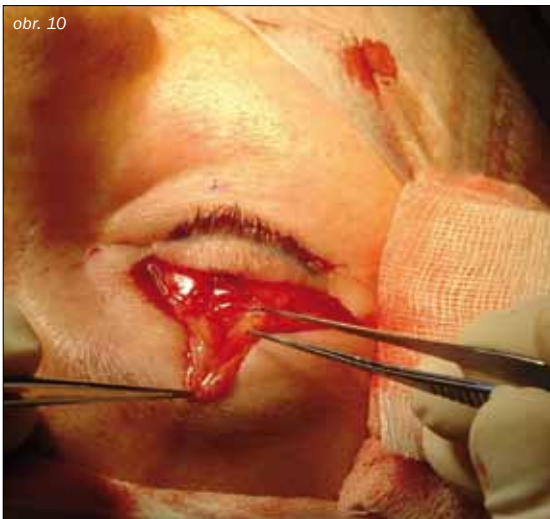
4. postoperační ektropium, lagophthalmus: v převážné většině případů vzniká u předimenzování kožní excize u blefaroplastiky dolních víček. Tato komplikace jde bohužel vždy na vrub operátora, neboť při respektování všech pravidel a precizního plánování výkonu lze tuto komplikaci v téměř 100% vyloučit.

5. pooperační ptóza: způsobená otokem a hematodem, která se sama během několika dnů upraví. Při nešetrném operování může dojít k poranění zdvihače víčka nebo jeho inervace a to způsobí ptózu trvalou.

6. mília v jizvě

7. peroperační, postoperační krvácení: prevencí je vyšetření koagulačních faktorů předoperačně a dokonalá koagulace při výkonu (APTT, INR..)

8. retrobulbární krvácení: velmi vzácná, ale svízelná komplikace. V určitých případech hrozí i ztrátou vizu postiženého oka. Projevy jsou mnohdy



obr. 16



obr. 17



obr. 18



velmi nenápadné – tlak v oku, lehká bolestivost a na pohmat tvrdý bulbus.

9. keloidní jizva: naštěstí v této lokalitě se vyskytuje zcela vzácně

10. alergická reakce na desinfekční látky, lokální anestetikum. Je nutno být připraven i na tyto možné nepříjemné reakce ze strany pacienta

11. postoperační infekce: prevencí je důsledné dodržení pravidel dezinfekce, asepsy a šetrného operování. Zhmožděná tkáň a nedůsledná sutura jsou náchylnější na infekční komplikace.

12. epifora: může být důsledkem nepřiměřené kožní excize a následné everze slzných bodů, zvláště náchylní jsou pacienti s poruchou funkce slzného aparátu již před operací (vhodné tyto pacienty k zákroku nedoporučit). Navzdory k popisovaným rizikům zvýšeného slzení u osob s anamnézou předoperační epifory pozorují u našich klientů výraznou úlevu od slzení u cca 75% odeperevaných.

13. diplopia: nejvíce náchylný k poškození je dolní šikmý okohybný sval při preparaci orbitálního tuku

Závěr

Závěrem bych rád připomenul, že v zájmu pacienta i v zájmu našem je pozitivní výsledek operace a oboustranná spokojenost při minimalizaci rizika. Pacient by měl svému chirurgovi věřit a řídit se jeho pokyny.

Pokud jsou představy pacienta nereálné a přesto žádá zákrok, který není z medicínského hlediska splnitelný, je vhodné takového pacienta odmítnout. Tímto předejdeme možným svízelným právním nepříjemnostem vyplývajících ze stále sílícího trendu žalovat svého lékaře za zdravotní újmu. Na toto má lékař z odborného, morálního i etického hlediska právo.

V této souvislosti se stále častěji dostává do popředí otázka, kdo je oprávněn tento zákrok provádět, plastický chirurg nebo oftalmolog? Na dané téma padlo již mnoho protichůdných argumentů. Dle mého názoru je blefaroplastiku oprávněn provádět především lékař, který je znalý všech rizik a pravidel bezpečného operování, který respektuje anatomické vlastnosti dané lokality, zná problematiku operace víček a je schopen výsledkem své práce uspokojit představy klienta ohledně operačního výsledku.

V nejlepším případě je také trochu, tak jak to platí v celé plastické chirurgii, „umělec“.

MUDr. Lukáš Zikmund - v r. 1997 promoval na lékařské fakultě UK v Plzni, v r. 2001 atestoval z oftalmologie I. st., od r. 2006 získal odbornou způsobilost v oboru oftalmologie, v r. 2003 absolvoval kurzy plastické chirurgie v nemocnici Bulovka v Praze. V letech 1997-1988 prošel praxí na operačních sálech v Sydney Eye Hospital, Austrálie. Od r. 1999 pracuje na očním oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem a od r. 2007 současně pracuje ve své privátní ordinaci v Ústecké poliklinice, a dále v privátní ambulanci kosmetické chirurgie obličeje v Doctus, Ústí nad Labem. Publikuje v odborných časopisech v ČR, pravidelně přednáší v oboru oftalmologie a plastické chirurgie v ČR i v zahraničí.

MUDr. Jan Knopp

Psychiatrická ambulance, Vojenská nemocnice, Brno

Úzkostný pacient v ambulanci praktického lékaře - 1. část

Souhrn: Úzkostné poruchy patří k nejčastějším psychickým poruchám, přesto vysoký počet takto postižených pacientů stále ještě není adekvátně léčen. Jednou z cest jak tuto situaci změnit, je začlenění problematiky duševních poruch do primární péče. Je důležité si uvědomit, že v současné industriální době, provázené rychlým rozvojem informačních technologií je člověk neustále zahlcován informacemi a vystaven četným psychosociálním tlakům. Adaptační mechanismy, které po staletí sloužily ke zvládnutí bezprostředního ohrožení a k boji o přežití se však těmto rychlým změnám nedokáží dostatečně přizpůsobit. V důsledku jejich dysfunkce se rozvíjí celá škála poruch adaptace, které se klinicky projevují jako poruchy úzkostného spektra. Následující text si klade za cíl prohloubit porozumění vztahu vnějších stresorů a jejich odrazu v psychické a somatické oblasti lidského zdraví.

Klíčová slova: Úzkostné poruchy, stresová reakce, léčba úzkostných poruch

Úvod

Dle odhadů WHO z roku 2006 trpí až 60% klinické populace, tedy pacientů aktivně čerpajících zdravotní péči v ambulancích praktických lékařů, diagnostikovatelnou psychickou poruchou. Značnou část z této skupiny pacientů tvoří pacienti s úzkostnou poruchou. **Začlenění péče o úzkostné pacienty do primární péče zvyšuje pravděpodobnost včasné diagnostiky a včasné zahájení léčby.** Včasné zahájená léčba úzkostných poruch, mimo výrazné zvýšení kvality života léčebných pacientů, výrazně snižuje nákladovost léčby, předchází chronifikaci úzkostných poruch a celkově zvyšuje dostupnost léčby postižených pacientů. Naopak pozdní zahájení léčby u těchto pacientů je, mimo důsledky zdravotní, spojeno se sociální izolací a s poklesem sociálního statusu těchto nemocných, na kterém se významnou měrou podílí zvýšená míra čerpání pracovní neschopnosti, invalidizace těchto nemocných. Dalším argumentem pro toto začlenění je i těsný vztah somatického a psychického onemocnění, kdy dobrá kompenzace psychického stavu zlepšuje spolupráci pacientů na léčbě somatických onemocnění a snižuje míru nepohody spojené s tělesnými obtížemi.

Úzkost a strach – od normy k patologii

Jedna ze základních otázek, kterou si klademe při léčbě úzkostných poruch se týká toho, kdy je úzkost, případně strach ještě přirozenou reakcí na vnější stresové podněty a kdy se již jedná o patologii. Úzkost a strach patří k běžným emocím,

kteří mají ochranný charakter. Tyto prožitky nás upozorňují na hrozící nebezpečí, vyplývající ať již z vnějších okolností, tak i ze změn uvnitř organismu. Zároveň posilují zvládací mechanismy, podporují tedy přizpůsobení se nové situaci. Prožitek strachu nebo úzkosti je často doprovázen vegetativními příznaky, které mohou vést po delší době k únavě nebo vyčerpání.

Úzkost se stává poruchou v okamžiku, kdy není přítomen skutečný důvod pro úzkostnou reakci, nebo kdy je úzkostná reakce, s ohledem na vyvolávající podnět, nepřiměřená a to uť v intenzitě (příliš silná) nebo v délce trvání (příliš dlouhá). Patologická úzkost také ve svém důsledku vede k poruše nebo neschopnosti „normálního“ fungování, vede ke vzniku vyhybavého chování - dochází tedy k narušení adaptace, a při dlouhodobém trvání patologická úzkost zvládací mechanismy zcela vyčerpává.

Z tohoto negativního působení patologické úzkosti vychází i otázky volené k orientačnímu vyšetření výskytu úzkostných poruch. **Pacientů se ptáme zda se v posledním období často cítí unavení nebo vyčerpaní, jak se jim daří odpočívat, jak spí, zda jsou ustaraní nebo podráždění, jak se dokáží soustředit nebo zda pociťují nějaké nepříjemné tělesné příznaky** (nejčastěji bolesti hlavy nebo za krkem, třes, závratě, pocení, časté nucení na moč nebo stolicí...). V případech výskytu více kladných odpovědí na položené dotazy je vysoce pravděpodobně přítomna některá ze skupiny úzkostných poruch.

Stresová reakce

Výše zmíněný soubor vegetativních reakcí spo-



MUDr. Jan Knopp

Včasné zahájená léčba úzkostných poruch, výrazně zvyšuje kvalitu života, snižuje nákladovost léčby a předchází chronifikaci úzkostných poruch

**Tělesné projevy
stresové reakce jsou
nejčastějším
důvodem, proč
pacient trpící
úzkostnou poruchou
vyhledá lékaře**

jených s prožitky strachu nebo úzkosti se nazývá stresová reakce. Jde o soubor fyziologických změn v organismu rozvíjející se pod vlivem pocitu ohrožení, za které je zodpovědný sympatický oddíl vegetativního nervstva. Stresová reakce, jejíž tělesné projevy jsou nejčastějším důvodem, proč pacient trpící úzkostnou poruchou lékaře vyhledá, je jedním z klíčových míst jak diagnostiky, tak úspěšné léčby všech úzkostných poruch. **Pacienti jsou zvyklí zmiňovat především tělesné příznaky** a vzdělávací proces vychovávající lékaře je zaměřen na to, jak jednotlivé tělesné příznaky vyšetřit a léčit. Přestože role psychiky při nejrůznějších zdravotní potížích je v posledních desetiletích již oběma stranami běžně akceptována, informace ze strany lékaře, že dané fyzické potíže jsou vyvolané stresem nebo psychickými obtížemi, je i v dnešní době pro celou řadu pacientů jen velmi těžko přijatelná. Z tohoto důvodu „nezpochybňovat normalitu“ svého pacienta i řada lékařů v prvním kroku „šáhne“ po symptomatické léčbě (např. zvýšeného krevního tlaku, dyspepsie či bolestí zad). A až když tato selhává a pacient se opakovaně vrací, jeho zdravotní potíže se mění až se někdy rozmělní do nespecifických „polymorfních somatických stesků“, které jsou zaměřeny zejména na únavu a pocit celkové nepohody, přijdou na řadu otázky na psyché. A právě zde dovednost přiblížit pacientovi souvislosti mezi fyzickými příznaky a psychickými reakcemi výrazně usnadňuje pacientovi tuto skutečnost přijmout.

V dalším textu bude stresová reakce poměrně podrobně rozebrána s nástinem jejího přesahu do pozorovatelných příznaků, na které si pacienti nejčastěji stěžují. Cílem tohoto popisu je poskytnout čtenáři představu, jak lze srozumitelnou a názornou formou pacientovi přiblížit souvislosti mezi nepříjemnými fyzickými prožitky a psychickým stavem.

Smysl stresové reakce nejlépe vysvětlíme na modelu „pračlověka v ohrožení“, po kterém jsme tuto reakci „zdědili“. Ohrožení v tomto případě nijak blíže nespecifikujeme, rozumíme tím však jak ohrožení zevní (predátoři) či vnitřní (hlad, zima či jiný tělesný dyskomfort). Někdy také tuto reakci popisujeme dvouslovím „fight or flight“ (boj nebo útěk). Jak z výše uvedeného pojmenování vyplývá, jde o aktivizující reakci zaměřenou na mobilizaci organismu. Dochází ke zrychlení srdeční akce a zvýšení krevního tlaku, které pacienti často popisují jako pocit bušení srdce, „srdce až v hrdle“, nával horkosti nebo tlak v hlavě. Další změnou je zrychlení dechové frekvence, rozšíření nostril a bronchů, které se projeví jako pocit dušnosti, nedostatku vzduchu, nemožnost se dodechnout. Je to důsledek zvětšení mrtvého dechového prostoru, což pacientovi nejlépe přiblížíme sdělením, že je to podobné jako dýchat přes šnorchl, kdy je výrazně prodloužena cesta čerstvého vzduchu do plic. Tyto změny jsou zaměřeny na lepší zásobení především kosterních svalů kyslíkem a dalšími živinami. S tím je spojena i redistribuce krevního zásobení v organismu. Dochá-

zí k přesunu krve do svalů (pocit těžkých nohou a rukou) a dochází i ke změnám v prokrvení mozku, kde jsou preferenčně prokrveny vývojově staré struktury CNS, zodpovědné za pudové reakce na úkor oblastí zajišťujících vyšší mozkovou činnost. **Důvodem je, že „přemýšlení zdržuje“ a vahající pračlověk, který dumá nad tím zda je lepší vrhnout se do boje nebo rovnou utíkat, a nedbá pudových instinktů, by záhy přišel o život.** Dnešní „moderní“ člověk však tyto změny prokrvení CNS vnímá jako pocit „prázdná v hlavě“, „lehké hlavy“ nebo závratě. Dalším ukazatelem redistribuce krevního zásobení, které je zprostředkováno konstrikcí hladké svaloviny ve stěnách tepen některých orgánových systémů (zažívací, urogenitální, kožní), je chladná pokožka, nebo snížení činnosti slinných žláz (sucho v ústech). Vlivem sympatické stimulace také dochází k pozastavení aktuálně „nedůležitých“ funkcí, jako například trávení nebo činnost močového traktu. Jelikož jde o bohatě prokrvené orgánové systémy, je snaha o co největší využití krve zadržené v jejich tkáni. Dochází tedy ke kontrakci hladké svaloviny ve stěně trávicí trubice, která mechanicky vytlačí nehromaděnou krev do žilního systému a umožní tak její využití k zásobení aktuálně potřebných orgánů. Mechanické stažení stěn zažívacího traktu se může projevit celou řadou tělesných pocitů, počínaje pocitem „sevrženého hrdla“ nebo „knedlíku v krku“, přes svírání za hrudní kosti, pocitem staženého žaludku, víření v břiše až po pocity nevolnosti či imperativního pocitu nucení na stolici či na zvracení. Podobné pochody probíhají i v systému urogenitálním.

Typickým projevem stresové reakce je zvýšené napětí v kosterních svaích. Je projevem připravenosti kosterní svaloviny na okamžitou reakci. Jelikož se ve stejné chvíli připravují k reakci všechny svalové skupiny a tedy i skupiny svalů vzájemně s opačnou funkcí, dochází k určitému „přetahování“ opozičních svalových skupin – agonistů a antagonistů. Toto vzájemné „přetahování“ se na organismu projevuje jako třes, který je většinou nejvíce patrný na končetinách. Při dlouhodobém působení stresu, toto zvýšené svalové napětí vede k pocitům únavy, zesláblosti a dále se podílí na vzniku některých algických obtíží (tenzí cephalie, vertebrogenní alogický syndrom...). Ke zvýšené svalové reaktivitě také přispívá změna zastoupení ionizované a neionizované frakce sérového vápníku a hořčíku. V době stresu v krvi dochází, v důsledku změn její kyselosti (pH), k převaze ionizovaných forem těchto iontů. Za tuto změnu, potažmo za změnu pH v krvi, je zodpovědný pokles hladiny oxidu uhličitýho, který je vydychán při výše zmíněné hyperventilaci. Tyto změny v pH krve svým centrálním působením na CNS mohou umocňovat pocit nevolnosti, závratí a někdy mohou vést až ke ztrátě vědomí (mdloby). Výše popsané změny v zastoupení jednotlivých forem iontů v krvi také ovlivňují přenos nervovými vlákny v důsledku čeho dochází k narušení zejména kožní citlivosti projevující se pocity znecitlivění nebo

naopak mravenčení v určitých částech těla. Další z reakcí organismu je pocení, které slouží jednak k ochlazení organismu při zvýšené svalové práci a v minulosti zajišťovalo větší „kluzkost“ povrchu těla v případě boje. Pocení často provází piloerекce - „husí kůže“, která zvětšuje povrch těla a usnadňuje tak odpařování potu. U „chlupatého pračlověka“ tato reakce sloužila také k vizuálnímu zvětšení objemu těla i končetin a tím k zastrašení protivníka. Dostatek přehledu v situaci ohrožení zajišťuje rozšíření zornic, které při mydriáze propustí do oka více světelných paprsků, což umožní jasnější vidění, zároveň dochází k rozšíření zorného pole. Tyto změny se dějí na úkor zrakové ostrosti, takže si pacienti stěžují na „rozmazané“ vidění. Ztráta zrakové fixace pak posiluje pocit závratě. Ke změnám, které již nejsou patrné na první pohled patří zvýšená spotřeba kyslíku v celém organismu, zvýšení glykémie v důsledku glykogenolýzy v jaterní tkáni (dekompensace diabetu mellitu v důsledku působení stresu), dále je zvýšena srážlivost krve (prevence krevních ztrát v případě zranění) a snížena imunitní odpověď (možnost masivní imunitní reakce v případě poranění). I tyto změny při dlouhodobém trvání negativně působí na organismus. Důsledky neléčené patologické úzkosti mohou tedy samy vyvolávat tělesná onemocnění, způsobovat pocit vyčerpání a významnou neschopnost vykonávat denní a pracovní aktivity. V případě komorbidního somatického onemocnění opak mohou negativně ovlivňovat jeho průběh včetně negativního vlivu na mortalitu.

Dále je důležité si uvědomit, že **stresová reakce představovala adaptivní prostředek ještě do devatenáctého století**, kdy k řešení řady životních situací byla potřeba výrazně zvýšená fyzická aktivita. Ta ve svém důsledku „spotřebovala“ stresem vyvolanou zvýšenou aktivitu organismu a fungování většiny orgánových systémů bylo díky tomu opět fyziologické. Oproti tomu je v současnosti v převaze stres a ohrožení na úrovni „socio-ekonomické“, kdy nemáme možnost se s jednotlivými stresory fyzicky poprat či před nimi utéct. Řešení většinou spočívá v celé řadě zejména duševních činností, takže fyzické vybití organismu připraveného na boj chybí. Z této skutečnosti ale vychází řada doporučení stran sportovních aktivit, kdy zejména ty aerobní, pozitivně působí i na organismus vystavený stresu psychickému.

Nejčastější úzkostné poruchy

Z epidemiologického hlediska patří úzkostné poruchy mezi nejfrekventovanější psychické poruchy. Až čtvrtina populace trpí někdy během svého života úzkostnou poruchou. Vyšší riziko výskytu je u pacientů, kteří trpí chronickým somatickým onemocněním (hypertenze, obstrukce plicní, diabetes) a naopak úzkostní pacienti jsou „náchylnější“ ke vzniku somatického onemocnění. Celoživotní prevalenci těchto nejčastějších ukazuje graf č. 1.

Z hlediska etiologie těchto poruch je obecně uznávanou příčinou komplex faktorů biologických, psychosociálních a behaviorálně podmíněných.

Probrat všechny úzkostné poruchy přesahuje rozsah tohoto sdělení, v následujícím textu budou zmíněny jen ty v klinické praxi nejčastější

Panická porucha F41.0

Typickým projevem této poruchy je **panická ataka**. Jedná se o náhlý záchvat masivní úzkosti, přicházející bez vyvolávajícího podnětu či jiných varovných příznaků. Úzkost vrcholí během minut a trvá většinou několik minut až desítky minut. Po záchvatu úzkosti přichází vyčerpání, únava, neřídka pacient i vy-



Indikován k léčbě deprese, OCD, panické poruchy a sociální úzkostné poruchy.¹

Prokázaná účinnost a bezpečnost u pacientů s rekurentní depresí po infarktu myokardu nebo s nestabilní anginou pectoris.^{2,3}

Významně neovlivňuje krevní tlak ani tepovou frekvenci.⁴

Zlepšuje kvalitu života.⁵

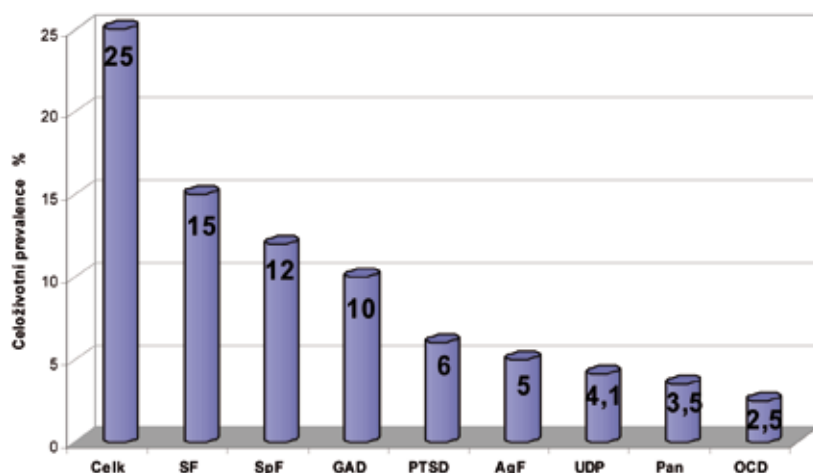
Zkrácená informace o přípravku ZOLOFT® 50 a 100 mg, potahované tablety • **Léčiva látka:** Sertralini hydrochlorid 55,95 nebo 111,9 mg v jedné potahované tabletě, což odpovídá 50 mg nebo 100 mg sertralini. **Indikace:** Deprese, prevence návratu depresivních epizod, panické poruchy s agorafobií nebo bez ní, obsedantně kompulzivní poruchy (OCD) u dospělých a dětí ve věku 6-17 let, sociální úzkostné poruchy, posttraumatické stresové poruchy (PTSD). **Dávkování:** Sertralini se podává jednou denně, ráno nebo večer s jídlem. **Úvodní léčba:** Deprese, OCD, 50 mg/den. **Panická porucha, PTSD, sociální úzkostná porucha:** 25 mg/den, po týdnu zvýšit na 50 mg/den. **Údržbová léčba:** Deprese, OCD, panická porucha, sociální úzkostná porucha, PTSD: pro pacienty neodpovídající na dávku 50 mg/den může být prospěšné zvyšování dávky. Změny dávky musí být po 50 mg v intervalech nejméně jednoho týdne, až na maximální dávku 200 mg/den. **Údržbová léčba:** Deprese: Pro prevenci opakovaných depresivních epizod vhodná dlouhodobá léčba. Většinou je dávkování u prevence opakovaných depresivních epizod stejné jako u současných epizod. Pacienti by měli být léčeni nejméně 6 měsíci. **Úžití u dětí:** 13-17 let. Počáteční dávka 50 mg/den, 6-12 let: počáteční dávka 25 mg/den, po 1 týdnu může být dávka zvýšena na 50 mg. Při nedostatečné terapeutické odpovědi lze zvyšovat po 50 mg až na maximální dávku 100 mg/den. Změny dávky nejdříve po 1 týdnu. **Použití u starších pacientů:** je nutná opatrnost při dávkování, je vyšší riziko hypotenzie. **Úžití u pacientů se zhoršenou funkcí jater:** Sertralini používat s opatrností; je nutno používat nižší dávky případně podávat méně často. **Nesmi se používat při závažném poškození jater.** **Použití u pacientů s nedostatečností ledvin:** Není nutná úprava dávky. **Abstinenční příznaky pozorované po vysazení sertralini:** Je třeba se vyvarovat náhlého ukončení léčby, je nutné dávku snižovat postupně během nejméně 1-2 týdnů. **Při výskytu nesnesitelných příznaků,** je vhodné pokračovat i dříve předepsaným dávkovacím schématem. **Pozor!** Je opět začít snižovat dávku ještě později. **Kontraindikace:** Precitlivlost vůči sertralini nebo pomocným látkám; současné podávání s reverzibilními inhibitory monoaminooxidázy z hlediska riziku vzniku serotoninového syndromu. **Léčba sertralinem může být zahájena nejdříve za 14 dní po ukončení léčby IMAO.** Léčba sertralinem musí být ukončena alespoň 7 dní před zahájením léčby IMAO. **Kontraindikováno je současné podávání sertralini a pimozidu. Zvláštní upozornění:** Současné podání sertralini s léky, které zlepšují serotoninergní neurotransmisí, jako je tryptofan nebo fenilalanin nebo agonisté 5-HT₁ nebo bylinné přípravky s frezalkou tekoucnou, lze jen s opatrností. U pacientů s mální nebo hypomální v anamnéze je nutné užívat sertralini s opatrností. U pacientů vstupujících do lázeň mánie je nutné sertralini vysadit. U pacientů se schizofrenií může dojít ke zhoršení psychotických symptomů. Během léčby sertralinem se mohou vyskytnout záchvaty. Je třeba se vyvarovat podávání sertralini u nemocných s nestabilní epilepsi a při jeho podávání pečlivě monitorovat. Při výskytu epileptického záchvatu je nutné léčbu sertralinem přerušit. Deprese je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebeopakování a sebevraždy. Riziko přetrvává až do klinicky významné remise. Proto je nutné pacienty sledovat, dokud nedojde ke zlepšení. Pacientům s historií sebevražedného chování je nutné během léčby věnovat zvýšenou pozornost. Zvláštní na počátku léčby a po změně dávkování. U dětí a dospívajících do 18 let by sertralini neměl být použit kromě pacientů s OCD ve věku 6-17 let. Při užívání SSRI byly hlášeny případy abnormálního kožního krvácení, a jiné krvávací poruchy jako gastrointestinální nebo gynekologické. Zvlášť v kombinaci s léky, které ovlivňují funkci destiček i u pacientů s historií krvácaní je nutná opatrnost. V důsledku léčby SSRI včetně sertralini se může objevit hypománie, vyššímu riziku hypomanié jsou vystaveni starší pacienti. **Známky hypomanié jsou** bolest hlavy, otužilost při koncentraci, porucha paměti, zmatenost, slabost a nestabilita. Při vysazení léčby jsou časté abstinenční příznaky, zvlášť byla léčba ukončena náhle. **Nečastěji hlášené reakce jsou** závrat, poruchy smyslového vnímání, poruchy spánku, agitovanost nebo úzkost, nevolnost a/nebo zvracení, třes a bolest hlavy. Většinou jsou tyto příznaky mírné až střední intenzity, obvykle samy odezní do 2 týdnů. **Úžití sertralini bylo spojeno s rozvojem akatie.** U pacientů s diabetem může léčba SSRI ztížit kontrolu glykémie, proto při léčbě sertralinem je nutné pečlivě sledovat kontrolu glykémie. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Kontraindikováno jsou reverzibilní inhibitory monoaminooxidázy jako je selegilin. Z hlediska riziku vzniku serotoninového syndromu není kombinace sertralini a reverzibilního selektivního IMAO, jako je moklobemid, doporučena. Antibiotikum linezolid je slabý reverzibilní neselektivní IMAO a nesmí být pacientům užívajícím sertralini podáván. U pacientů, kteří zahájili léčbu sertralinem po nedávnou ukončení léčby IMAO, nebo zahájili léčbu IMAO po nedávnou ukončení léčby sertralinem, byly hlášeny závažné nežádoucí účinky jako tremor, myoklonus, diaréze, nauzeu, zvracení, návaly, závratě a hypertemie. Z hlediska k účinku terapeutickému indexu pimozidu je kontraindikováno souběžné podávání sertralini a pimozidu. Souběžné podání se sertralinem není doporučeno u látek s tlumivým účinkem na CNS a alkoholem a dalšími serotoninergními přípravky. Zvláštní opatrnosti by mělo být u souběžného užívání sertralini s lithiem, fenylem, triptany, warfarinem, digoxinem, atoleolem, cimetidinem. Může být zvýšeno riziko krvácivosti při souběžném podání léků SSRI skupiny a léků ovlivňujících funkci krevních destiček (NSAID, kyselina acetylsalicylová). Sertralini může působit jako mírný až středně silný inhibitor CYP 2D6. Klinicky významné interakce mohou nastat s jinými substráty CYP 2D6 s úzkým terapeutickým indexem, jako jsou antitumorka trždy 1C - např. propafenon a flekainid, tricyklická antidepresiva a typická antipsychotika, zvlášť při vysokých dávkách sertralini. Sertralini neubíjí klinicky významné jako inhibitor CYP 3A4, CYP 2C9, CYP 2C19 a CYP 1A2. **Těhotenství a kojení:** Těhotenství: Nejsou k dispozici žádné dobře kontrolované studie u těhotných žen. Používání sertralini u těhotenství je možné jen, pokud klinický stav pacientky je takový, že výhody léčby převážají potenciální riziko. Pokračuje-li matka v užívání sertralini v pozdějších fázích těhotenství, je nutné sledovat novorozence. **Kojení:** Malá množství sertralini a jeho metabolitů se vylučují do mléka. Dosud nebyly hlášeny žádné nežádoucí účinky na zdraví kojenců kojících matkami, které užívaly sertralini. Používání sertralini u kojících matek je možné jen tehdy, kdy podle určení lékaře výhody převážají riziko podání. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Studie neprokázaly vliv sertralini na psychomotorické funkce, je vhodné pacienty upozornit. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější nežádoucí účinky je nauzea. Při léčbě sociální úzkostné poruchy se u 14% mužů léčených sertralinem vyskytla sexuální dysfunkce (porucha ejakulace), tuto nežádoucí účinky jsou závislé na dávce a se pokračují i léčbou často vymizí. Velmi časté nežádoucí účinky: Nespavost, závratě, somnolence, bolest hlavy, průjem, nauzea, suchá v ústech, porucha ejakulace, únava. **Předávkování:** Sertralini má při předávkování široké rozptýlení bezpečnosti. Neexistují specifická antitoxika. Je třeba zajistit průběhné odčerpání dýchacích cest, adekvátní oxygenci a ventilaci. Aktivní uhlí, které může být podáno spolu s projímadlem, je stejně účinné nebo i účinnější než výplach, a proto ho lze při předávkování užívat. Doporučuje se monitorování srdečních a vitálních funkcí, dále symptomatická a podpůrná opatření. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 30°C. **Balení:** Zolofit 50 mg: 14, 28, 56 nebo 100 tablet v blistru. Zolofit 100 mg: 14, 28, 56 tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, Česká republika. **Registraci číslo:** 50 mg: 30/1093/94-A/C, 100 mg: 30/1093/94-B/C. **Datum poslední revize textu:** 10.6.2009. **Před předepsáním se, prosím, seznámté s úplnou informací o přípravku.** Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis.

Literatura: 1. Souhrn údajů o přípravku Zolofit, verze 10. 6. 2009. 2. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, Svedberg K, Schwartz P, Bigger JT Jr, Krishnana KRR, et al for the Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHART) Group. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina (Eng.). JAMA 14 Aug 2002; 288 (3): 701-9. 3. McFarlane A, Kamath MW, Fallon EJ, Malcolm V, Chertan F, Norman G. Effect of sertraline on the recovery rate of cardiac autonomic function in depressed patients after acute myocardial infarction (Eng.). Am Heart J Oct 2001; 142 (4): 617-623. 4. Reimherr FW, Chouinard G, Cohn CX, Cole JO, Irl T, LaPlante YD, Massolli H, Mendels J. Antidepressant efficacy of sertraline: a double-blind, placebo- and amitriptyline-controlled, multicenter comparison study in outpatients with major depression (Eng.). Serotonin Reuptake Inhibition in the Management of Depression Proceedings of a satellite symposium held in Athens, Greece, 18 Oct 1989 (Eng.). J Clin Psychiatry Dec 1990; 51 (Suppl 6): 18-27. 5. Rapaport MH, Pollack M, Wolkow R, Mardeski J, Clary C. Is placebo response the same as drug response in panic disorder? (Eng.). Am J Psychiatry 157 (5): 1014-6, Jun 2000.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, telefon: 283 004 111, fax: 251 610 270

www.pfizer.cz

Neuroscience

Graf 1: Celoživotní prevalence jednotlivých úzkostných poruch

Legenda: Celk- celkem, SF – sociální fobie, SpF – specifické fobie, GAD – generalizovaná úzkostná porucha, PTSD posttraumatická stresová porucha, AgF – agorafobie, UDP – Smíšená úzkostně depresivní porucha, Pan – Panická porucha, OCD – obsedantně kompulzivní porucha

Po první panické atace nastupuje trvalý strach z možnosti opakování ataky

čerpáním usne. Po první panické atace nastupuje trvalý strach z možnosti opakování ataky. V průběhu ataky, která je fyzickým projevem plně rozvinuté stresové reakce jsou přítomny četné vegetativní a psychické příznaky. V oblasti psychiky pacienti nejčastěji popisují prožitek velmi silné úzkosti nebo nedefinovatelného strachu, prožívají pocit neskutečnosti okolního světa nebo odcizení vlastního těla (derealizace, deperzonalizace). Typický je strach ze ztráty kontroly nad sebou, strach z omdlení, strach z náhlého propuknutí závažné tělesné choroby (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, epilepsie...) nebo z náhlého úmrtí. V oblasti fyzických projevů se objevuje bušení srdce, palpitace, bolesti na hrudi, pocity dušnosti vedoucí ke zrychlenému povrchnímu dýchání, nadměrné pocení, polévání horka a chladu po těle, suchost v ústech, nevolnost, nutkání na stolici či na močení, průjem, bolesti břicha, mravenčení prstů rukou, předloktí, chodidel, kůže kolem úst, chvění nebo třes končetin nebo celého těla, točení hlavy, pocit nejisté rovnováhy, pocity na omdlení nebo i mdloby.

V rámci léčby této poruchy můžeme využít jak strategie psychotherapeutické (strategické psychodynamické postupy, kognitivně-behaviorální terapie) tak i léčbu farmakologickou. Z psychotherapeutických postupů je na prvním místě zejména edukace pacienta o povaze onemocnění a o souvislosti psychických prožitků a fyzických reakcí organismu. Uvádí se, že již samotné určení diagnózy a edukace pacienta o průběhu „stresové reakce“ výrazně redukuje počet panických atak a míru prožívané úzkosti u této poruchy. Z psychofarmak využíváme jak anxiolytika, většinu k bezprostřednímu ovlivnění nastupující panické ataky, tak antidepresiva. Používáme preparáty jak ze skupiny SSRI, která jsou první volbou, tak v druhé volbě i tricyklická antidepresiva (TCA) (clomipramin, imipramin) případně i duální působící preparáty ze

skupiny SNRI. Podrobněji budou farmakoterapeutické strategie rozebrány dále v textu.

F 41.1 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) je charakterizovaná chronickou úzkostí kolísající ve své intenzitě. Trvale přítomný pocit úzkosti, někdy také popisovaný jako „volně plynoucí úzkost“, je doprovázen řadou neurovegetativních příznaků z celé řady orgánových systémů. Celoživotní prevalence tohoto onemocnění je cca 5 - 15% a vyskytuje se dvakrát častěji u žen než u mužů. Více postihuje svobodné jedince s nižším socioekonomickým statutem. Jde o nejčastější úzkostnou poruchu v primární péči. Toto onemocnění začíná většinou mezi dvacátým a třicátým rokem života a je-li neléčeno, bývá jeho průběh letitý a chronický. GAD má velký dopad na kvalitu života nemocného a dá se předpokládat, že i na kvalitu života jeho příbuzných, dochází k narušení sociálních a interpersonálních vztahů, v důsledku poruch koncentrace i ke zhoršení pracovní výkonnosti a vzdělávacích aktivit. Neschopnost uvolnit se a nadměrné zabývání se „starostmi“ narušuje i pozitivní prožívání nejrůznějších aktivit a celkovou schopnost prožitků „příjemného“. Dlouhodobým problémem spojeným s GAD je absence adekvátní léčby, které se v současné době dostává pouze cca jedné třetině nemocných, přesto že pro tělesné příznaky s GAD spojenými vyhledá péči praktického lékaře či léčbu specializovanou, nejčastěji interní nebo neurologickou. Většina postižených GAD je také zatížena vysokou komorbiditou, až u 80 % nemocných nalezneme v anamnéze další úzkostné poruchy, a u 7 % pacientů i komorbidní depresivní poruchu. V rámci stanovení diagnózy patří ke sledovaným příznakům neschopnost uvolnit se, zvýšená „ustaranost“, stále se objevující obavy z toho že se stane něco špatného pacientovi nebo jeho blízkým, i když si je vědom, že nic bezprostředně nehrozí. Mimo trvalý pocit úzkosti do klinického obrazu dále patří trvalá podrážděnost, pocity psychického vyčerpání a potíže s koncentrací.

V rámci léčby využíváme jak anxiolytika včetně nebenzodiazepinových preparátů – buspiron, dále celou řadu antidepresiv (SSRI, TCA, SNRI, SARI), tak i některá antiepileptika (pregabalín). Na místě je i dlouhodobá systematická psychotherapie (psychodynamické postupy, kognitivně-behaviorální terapie).

Agorafobie F 40.0

Pro tuto poruchu jsou typické abnormní obavy provázené snahou o vyhnutí se specifickým místům a situacím. Jedná se zejména o místa a situace, kde je v případě potřeby zhoršená možnost úniku a dosažení „bezpečí“. Pacienti s touto poruchou se typicky vyhýbají cestování veřejnými dopravními prostředky, ohrožující jsou pro ně nákupní střediska, někdy i pohyb po rozsáhlých prostranstvích (náměstí, široké ulice). Naopak část těchto pacientů trápí obava zůstat o samotě doma. Společným jmenovatelem jsou opakující se neurovege-

Generalizovaná úzkostná porucha je nejčastější úzkostnou poruchou v primární péči

tativní stavy provázené nauzeou, pocity slabosti, či prekolapsovými stavy. Pacient pak tyto nepřijemné tělesné prožitky katastroficky interpretuje a na myšlenkové úrovni se objevují obavy typu „Co když tady omdlím, nikdo mě nepomůže!“ nebo „Když teď sebou seknu, budou si myslet, že jsem opilá, každý mne jenom překročí!“. Typickou obranou je pak vyhýbavé chování, v rámci kterého pacient předchází expozici specifickým situacím, které u něj vyvolávají úzkost. Důsledkem je pak narušené fungování ať již ve smyslu sociálního stažení, nebo neschopnosti cestovat nebo nakupovat bez pomoci. Tyto limity pak dále narušují schopnost pracovního uplatnění a často také vedou ke zvýšené závislosti na ostatních členech rodiny. Celoživotní prevalence této poruchy se pohybuje kolem 5%, a dvakrát častěji postihuje ženy. V neléčené podobě může chronifikovat. V rámci terapeutických postupů používáme jak psychofarmakoterpii anxiolytiky a antidepresivy (SSRI, TCA, inhibitory monoaminoxydázy – IMAO) tak i techniky psychoterapeutické, které mimo edukace zahrnují zejména nácvik expozice obávaným situacím a techniky zaměřené na dekatastrofizaci myšlenek.

Sociální fobie F 40.1

Sociální fobie je duševní onemocnění charakterizované pocitem úzkosti až trapnosti, doprovázeným neurovegetativní symptomatikou (zrudnutí, třes, strach ze zvracení, nucení na moč nebo stolicí), ve vazbě na specifické situace spojené se sociální interakcí. V rozvinuté podobě, při dlouhodobém průběhu, má tato porucha výrazný vliv na život postiženého jedince. Prožívaný strach je buď vázán na specifické sociální situace (telefonování, kontakt s autoritou, jídlo či pití ve společnosti atd.), nebo se vyskytuje difusně při veškeré interakci jedince se sociálním okolím kdy pacient očekává že bude svým okolím negativně hodnocen, zesměšněn či ponížen. Na selhávání v těchto oblastech jsou tedy zaměřeny i dotazy v rámci diagnostického procesu.

Pravdou je, že pacient stížený sociální fobií exponovaný sociální situacím ve stavu emoční nepohody a napětí, které dále posilují „sociální neobratnosti“ často v kontaktu selhává a svým neobvyklým projevem a vystupováním opravdu nežádoucí pozornost svého okolí poutá. Důsledek takovýchto negativních zkušeností je vyhýbání se situacím, na které je tento strach vázán. I když si pacient často uvědomuje nadměrnost a nepřiměřenost takovýchto svých obav, považují svoji nadměrnou „stydlivost a plachost“ za svůj povahový rys, a předpokládá, že se jedná o něco s čím se budou muset smířit a naučit žít. Nevyhledávají tedy odbornou pomoc. Sociální fobie pak jako psychická porucha zůstává často nerozpoznána. Celoživotní prevalence se dle různých zdrojů pohybuje v rozmezí 10-16%. Počáteční příznaky se objevují již v pozdním dětství či ranné adolescenci. Neléčená sociální fobie je onemocněním, které výrazně narušuje kvalitu života jedince a vede k jeho vyřazení z normálního života. Dopady se projevují jak v oblasti vzdělání, pracovního zařa-

zení, partnerského soužití tak v dalších oblastech socio-kulturního vyžití. Poměrně typické jsou obtíže prospěchové, kdy jedinec selhává při slovní zkoušení, a v rámci vyhýbavého chování často končí na nižších stupních vzdělání, než by odpovídalo intelektu a studijním ambicím stíženého sociální fobií. Neléčená sociální fobie také disponuje k rozvoji poruch z okruhu závislosti na psychoaktivních látkách (zejména látky s anxiolytickým působením) a dále k rozvoji sekundární depresivní poruchy.

V léčbě sociální fobie je v první řadě důležité správné stanovení diagnózy. Jak bylo zmíněno výše, tyto pacienti specializovanou péčí vyhledávají spíše zřídka. **Diagnostický úkol tedy leží zejména na praktických lékařích** a s ohledem na vznik poruchy i na dětských a dorostových lékařích. V rámci léčebných strategií pak dominují postupy psychoterapeutické zaměřené na rozvoj sociálních dovedností. Z farmak pak volíme nejčastěji antidepresiva ze skupiny SSRI a IMAO. Benzodiazepiny jsou zejména u těžších forem rizikové stran rozvoje syndromu závislosti. Naopak u lehčích forem můžeme využít i nízkou dávku betablokátorů, které se podávají jednorázově před expozicí specifické situaci. Svým sympatolytickým působením výrazně redukuje neurovegetativní projevy, jejichž absence pak výrazně snižuje i míru prožívané úzkosti.

Další úzkostné poruchy

Rozsah tohoto textu neumožňuje probrat všechny psychické poruchy z této skupiny. Pro primární péči je jistě důležité mít povědomí o diagnostických jednotkách jako **Obsedantně kompulzivní porucha – OCD (F42), Posttraumatická stresová porucha – PTSD (F43.1) nebo Smíšená úzkostně depresivní porucha (F41.2)**. Diagnostický proces, stejně jako terapeutické postupy jsou ale u těchto poruch často časově náročné, spojené s navázáním terapeutického vztahu se všemi jeho specifiky a proto se jako nejefektivnější řešení jeví odeslání těchto pacientů do specializované péče, nebo alespoň spolupráce s psychiatrem ve formě péče konziliární. Oproti tomu diagnostické jednotky jako **Specifické fobie (F40.2) nebo Poruchy přizpůsobení (F43.2)**, které jsou vázané na specifické životní situace, umožňují poskytnout i v primární péči dostatečnou „laickou“ psychoterapeutickou podporu a účinnou krátkodobou symptomatickou anxiolýzu.

Pokračování v příštím čísle.

MUDr. Jan Knopp – V roce 2001 promoval na fakultě všeobecného lékařství MU Brno, atestoval v oboru psychiatrie I. (2004) a II. (2007). Od roku 2001 pracuje na psychiatrickém oddělení Vojenské nemocnice v Brně, od roku 2007 na pozici ambulantního lékaře a konziliáře. V oboru psychiatrie se blíže zajímá o problematiku psychoterapie úzkostných a depresivních poruch, kde uplatňuje zkušenosti z absolvovaného pětiletého výcviku v kognitivně-behaviorální psychoterapii.

Sociální fobie zůstává často nerozpoznána

Neléčená sociální fobie predisponuje k rozvoji závislosti na psychoaktivních látkách

Benzodiazepiny jsou rizikové stran rozvoje syndromu závislosti.

MUDr. Martin Pehr

NZZ, DP hl. města Prahy

Kazuistika: Maligní histiocytom

Souhrn: Ve svém sdělení bych rád upozornil na neobvyklou lokalizaci a klinický průběh nediferencovaného sarkomu v podkoží v pravé podlopatkové krajině.

Klíčová slova: nediferencovaný sarkom, maligní histiocytom, méně obvyklý průběh onemocnění



MUDr. Martin Pehr

Teoretický úvod

Maligní histiocytom patří do skupiny mezenchymálních nádorů. Mezenchymální nádory se dělí na benigní a maligní.

Benigní mezenchymální nádory jsou časté, vyskytují se kdekoliv. Nejčastěji jsou nalézány v kůži, na sliznicích, kosterních svalech a vytvářejí buď povrchové uzly či výrůstky. Vyskytují se jako fibromy, histiocytomy, myxomy, chondromy, osteomy, lipomy. Léčba je chirurgická.

Maligní mezenchymální nádory jsou vzácné. Lokalizovány jsou obdobně jako benigní. Často jsou uloženy hlouběji. Ovšem nejčastěji postihují kosterní svaly, plíce, nebo retroperitoneum. Společným znakem těchto nádorů je časná metastázování do vzdálených orgánů, např. do mozku nebo jater. Léčba je chirurgická a následně onkologická. Jedním z nejčastěji se vyskytujících maligních mezenchymálních nádorů je **maligní histiocytom**.

Jedná se o vysoce maligní nádor. Histologicky se dají v rámci jednoho tumoru rozlišit různé subtypy: storiformně pleomorfni varianta, myxoidní varianta, varianta z obrovských buněk, zánětlivá varianta a angiomatoidní varianta (3).

Nejčastěji se jedná o storiformně pleomorfni variantu, kde je patrný polymorfni infiltrát z histiocytoidních buněk se širokou cytoplazmou a ledvinovitými jádry. Tyto buňky mají schopnost fagocytózy a zároveň tvoří kolagenní vlákna (2). Klinicky nacházíme subkutánně uzly, které mohou dosahovat značné velikosti.

Prognostické faktory (2)	
Velikost nádoru	Stupeň malignity
Do 2 cm	Nízký
2-5 cm	Střední
5-10 cm	Vysoký
Nad 10 cm	Velmi vysoký

Tumor se může vyskytovat v podkoží, v dutině břišní, v plicích (1), a velmi často na dolních končetinách – nejčastěji na distálním konci tibie.

Diferenciálně diagnosticky je nutno odlišit: epidermoidní cystu (atherom), dermatofibrom, neurofibrom, Schwannom, maligní melanom, leiomyom, xantom, xantogranulom.

Terapie: Úplná excize.

Terapeutický postup a doléčení se liší v závislosti na faktorech, jako jsou lokalizace, velikost a histologická varianta. Časté jsou lokální recidivy a metastázy (nad 40%), většinou v plicích (3).

Vlastní kazuistika

V mé kazuistice popisují vznik onemocnění u 55 letého pacienta, který se dostavil do naší ordinace pro 2 měsíce trvající horečky okolo 38 °C a na chirurgické klinice dříve zjištěnou normochromní a normocytární anemii. Na chirurgii se pacient dostavil pro nebolestivý a tuhý tumor v oblasti pravé podlopatkové krajiny velikosti 20x5cm, který chtěl odstranit. Nález byl vyhodnocen jako fibrolipom. Neobvyklá byla ale jeho kamenná tuhost a současně febrilie a normochromní normocytární anémie. Pacient byl odeslán do naší ordinace k vyšetření etiologie horeček a anémie.

V OA + RA bez závažností. V laboratorii potvrzena anémie normochromní a normocytární- Hb 109, MCV 83,4, Leuko 7,7, HIV I, 2- negat. V moči byl nález negativní. ORL, gastroenterologické a plicní vyšetření bylo negativní. Elfo bílkovin bylo bez patologického nálezu.

Pro naléhavé podezření na paraneoplastickou etiologii febrilií byl pacient poslán na osvědčené chirurgické lůžkové zařízení, kde nemocného ihned přijali a následně v celkové anestézii mu byl útvar na zádech vyjmut. Histologie prokázala maligní fibrózní histiocytom dle WHO klasifikace nediferencovaný sarkom. U pacienta došlo k vymizení teplot a k celkovému zlepšení zdravotního stavu. Následně byl pacient odeslán k další léčbě na onkologii.

Závěr: Jedná se o velmi vzácné onemocnění. Ale při koincidenci febrilií, normocytární a normochromní anémie a nálezu velmi tuhého útvaru v podkoží je nutno v první řadě myslet na tuto malignitu a pacienta co nejdříve směřovat na chirurgické pracoviště a trvat na jeho odstranění.

Literatura:

- 1) Miettinen M., Sarlomo-Rikala M., Lasota J.,: *Gastrointestinal stroma tumors: Recent advances in understanding of their biology*, Hum. pathol (1999):s.1213-1220
- 2) Chan J.H.: *Images in pathology GIST versus inflammatory fibroid polyp*, Int.J.surg.pathol.(2001),s.859-865
- 3) Otto Braun-Falco: *Dermatologie a venerologie* (1995), s 125

MUDr. Martin Pehr - v r. 1998 atestoval v oboru vnitřní lékařství a v r. 2003 v oboru všeobecné praktické lékařství. Od r. 2003 pracuje v NZZ DP hl. města Prahy jako intenzista. Je členem Sdružení PL ČR.



Dotazy a odpovědi

DOTAZ:

Vážení v redakci Practicusu,

nevím zdali budete mít ještě vůbec chuť odpovídat na mé dotazy, protože si uvědomuji, že v letošní sezoně „dost bylo chřipky“. Nicméně musím konstatovat, že lidé (ale i někteří lékaři) jsou opravdu zmateni, řekl bych až nepřátelskou kampaní v médiích. Dovolte mi tedy následující dotazy. Budu velmi vděčný pokud mi na ně odpovíte, protože se na ně ptají nejen pacienti, ale i manažeři firem o které se starám v rámci závodní preventivní péče.

1. Má význam ještě nyní očkovat proti sezónní chřipce, v době, kdy je stále vyšší výskyt „prasečí“ chřipky? Mohu očkovat i subjednotkovou vakcínou, kterou mám t.č. k dispozici?

2. Lze očkovat na sezónní chřipku ještě na začátku roku? Jak to vypadá s aktuální epidemickou situací? Je možno očkovat i při potvrzené/vyhlášené epidemii?

3. Jak vypadá souběh očkování proti sezónní a prasečí chřipce nejen všeobecně v populaci, ale i u stejného pacienta?

LH, Praha 8

K typům vakcín: Všechny typy vakcín proti sezónní chřipce mají stejné složení (tři druhy virů) podle doporučení WHO. Všechny vakcíny dostupné v ČR jsou kvalitní, jsou prověřené za řadu let používání a je u nich evidován velmi nízký výskyt nežádoucích účinků.

2. V dané chvíli není epidemie vyhlášena, počet nemocných s akutní respirační infekcí včetně chřipky odpovídá průběhu posledních let, lze tedy stále s úspěchem pacienty proti sezónní chřipce očkovat. Navíc podle současných doporučení je možné očkovat i v době již probíhající epidemie. Je však vhodné upozornit očkovaného na to, že tvorba protilátkové odpovědi po očkování zabere 10-14 dní a v této době je možné onemocnět.

3. Očkování proti sezónní a pandemické („prasečí“) chřipce se navzájem nevylučuje, očkování u stejných pacientů by se mělo provádět s odstupem alespoň 2 týdnů. Proočkovanost proti chřipce bohužel v České republice stále nedosahuje úrovně doporučené WHO (30% oproti cca 7% v ČR). Přestože je nyní možno vakcínami proti pandemickému viru H1N1 proočkovat více osob, stále je vakcína dostupná max. pro 10% obyvatel České republiky. Evropské centrum pro kontrolu nemocí (ECDC) i WHO nadále doporučují očkování proti sezónní chřipce.

MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.

Odbor epidemiologie infekčních nemocí
Státní zdravotní ústav Praha

Některé studie prokázaly určitý ochranný efekt sezónní chřipkové vakcíny vůči těžkému průběhu chřipky pandemické

podle současných doporučení je možné očkovat i v době již probíhající epidemie

tvorba protilátkové odpovědi po očkování zabere 10-14 dní

Očkování u stejných pacientů by se mělo provádět s odstupem alespoň 2 týdnů

ODPOVĚĎ:

1. Očkování proti sezónní chřipce má význam v průběhu celé chřipkové sezóny, tedy v době, kdy hrozí nákaza chřipkou a toto nebezpečí tu stále je. Letošní sezóna je netypická vzhledem k výskytu pandemického viru chřipky, který je aktuálně dominantním původcem chřipkových onemocnění v celé Evropě. Vakcína proti sezónní chřipce chrání samozřejmě proti obsaženým sezónním kmenům a vůči onemocnění pandemickou chřipkou ochranu neposkytne, avšak některé studie prokázaly určitý ochranný efekt sezónní chřipkové vakcíny vůči těžkému průběhu chřipky pandemické. Je tu ale ještě další důvod proč i nadále doporučovat očkování proti sezónní chřipce a tím je reálná možnost výskytu sezónních virů chřipky v druhé polovině zimy a na jaře. Velmi často se např. v březnu setkáváme s druhou vlnou chřipky vyvolané virem typu B (tento typ je obsažen v sezónní vakcíně), nemluvě o tom, že koinfekce sezónním a pandemickým virem může u nemocného vést k závažným komplikacím.

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

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

80% pacientů udávalo přítomnost alespoň jednoho „červeného praporku“, patologie byla potvrzena pouze u 0,9% pacientů

Celkově nebyly mezi léčebnými režimy gabapentinem, nortriptylinem a kombinací obou zjištěny signifikantní rozdíly v úlevě od bolesti

Cca 1% pacientů s akutní bolestí zad v primární péči má závažnou patologii

Klinická otázka: Jak často jsou u pacientů s akutní bolestí zad, kteří navštíví lékaře primární péče, identifikovány závažné problémy?

Závěr: V této prospektivní studii pacientů s akutní bolestí dolních zad, kteří navštíví lékaře primární péče, má přibližně 1% z nich závažnou patologii. Ačkoliv by někdo mohl pochybovat, zda-li diagnostický standard byl dostatečně přísný, skutečný výskyt patologií je i tak pravděpodobně nízký. (LOE = 2b)

Reference: Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum* 2009;60(10):3072-3080.

Typ studie: Kohortová (prospektivní)

Financování: Vláda

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (primární péče)

Synopse: Tato zpráva australských autorů se týká 1172 pacientů starších 14-ti let s akutní bolestí dolních zad, kteří postupně navštívili lékaře primární péče. Každý pacient byl dotazován na přítomnost jakéhokoli z 25 (opravdu dvacetipět!) „červených praporků“ („red flags“), což znamená symptomů asociovaných s vážnými příčinami bolesti zad, jako je nádor, syndrom kaudy, infekce nebo fraktura. Lékaři primární péče byli pro tuto studii vyškoleni v užívání klinického rozhodovacího postupu, aby kategorizovali pacienty do 1 ze 3 tříd: prostá bolest zad, ohrožení nervového kořene nebo podezření na vážnou páteřní patologii. Ne všichni pacienti byli rentgenováni. Zlatý standard byl zakotven v klinické kontrole za 12 měsíců po počáteční konzultaci. Pacienti byli navíc hodnoceni telefonickou kontrolou po 6ti týdnech, 3 a 12 měsících po počáteční návštěvě. V těchto rozhovorech byli pacienti dotazováni, zda-li u nich nebyla stanovena diagnóza zlomeniny, infekce, rakoviny nebo artritidy. Revmatolog ve studii nezávisle zhodnotil 20% pacientů (náhodně vybraných) a dále hodnotil všechny pacienty s podezřením na závažnou příčinu bolesti zad. Ačkoliv 80% pacientů udávalo přítomnost alespoň jednoho „červeného praporku“, patologie byla potvrzena pouze u 0,9% pacientů: 8 pacientů mělo frakturu, 1 měl syndrom kaudy a 2 měli zánětlivou artritidu. Žádný z pacientů neměl infekci nebo rakovinu.

Gabapentin + nortriptylin mohou být u neuropatické bolesti lepší než každý sám o sobě

Klinická otázka: Je kombinace gabapentinu a nortriptylinu nadřazena monoterapii u pacientů

s neuropatickou bolestí při diabetické neuropatii nebo postherpetické neuralgii?

Závěr: V této zkřížené studii byla celková účinnost gabapentinu (Neurontin), nortriptylinu a nebo jejich kombinace při léčbě bolesti u diabetické neuropatie a postherpetické neuralgie podobná. Zdá se, že mezi pacienty zaslepenými k léčbě je kombinace více účinná než jeden z obou léků samostatně. Nicméně některé problémy v této práci naznačují potřebu dalšího výzkumu. (LOE = 2b-)

Reference: Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. *Lancet* 2009;374(9697):1252-1256.

Typ studie: Zkřížená studie (randomizovaná)

Financování: Vláda

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (specializované)

Rozdělení: Tajné

Synopse: Autoři studovali 56 dospělých pacientů s anamnézou 6 nebo více měsíců trvající bolesti diabetickou neuropatií (n=40) nebo postherpetickou neuralgií (n=16). Skóre bolesti u pacientů bylo minimálně 4 z 10-ti. Každý pacient byl náhodně přidělen (tajné rozdělení) do skupiny buď se 6-ti týdenní léčbou gabapentinem (G) nebo nortriptylinem (N) nebo kombinace obou (C): GCN, NGC nebo CNG. Žádný z pacientů nedostával pouze placebo. Během 6-ti týdenního léčebného cyklu byla v prvních 24 dnech léčebná dávka postupně navyšována podle přeprogramovaného režimu s cílem dosažení stropových dávek a potom tato maximální tolerovaná dávka byla udržována po dobu 7 dnů, následovaná 4 dny postupného snižování dávky a 7 dny „washout“ (bez léčby) obdobím před začátkem dalšího léčebného cyklu. Počáteční a stropová dávka u gabapentinu byla 400 a 3600 mg za den, u nortriptylinu byla 10 a 100 mg za den. Hlavní výsledek - změna ve skóre bolesti - byl hodnocen podle léčebného záměru, nicméně síla výsledků byla snížena postrandomizačním úbytkem pacientů z důvodu nedostatečného účinku léčby, špatné tolerance léků nebo jiných přidružených problémů. Během každého léčebného období, bez ohledu na způsob léčby, bylo patientské skóre bolesti zlepšeno. Nicméně výsledky byly poněkud neuspořádané. Během prvního období léčby, ačkoliv každý z pacientů zaznamenal zlepšení, bylo u těch, co užívali kombinovanou léčbu, zaznamenáno větší zlepšení skóre bolesti. Ale s každou další léčebnou periodou se výsledky stávaly homogennější, takže celkově nebyly mezi léčebnými režimy zjištěny signifikantní rozdíly v úlevě od bolesti, nicméně celková odpověď na léčbu byla významná (oproti počátečnímu skóre bolesti 5,4 bylo na konci 6ti týdenního období dosaženo skóre 2-3). Tato homogenizace naznačuje, že

významný účinek léku přetrvává i po jeho vysazení („carry-over effect“), nebo že se pacienti během doby stali více refrakterní k léčbě.

Vitamin D ve vysokých dávkách ochraňuje před pády

Klinická otázka: Může suplementace vitamínem D zabránit pádům starých osob?

Závěr: Dávky vitamínu D 700 až 1000 IU denně zabraňují jednomu dalšímu pádu u každých 11 pacientů, kteří vitamín D užívají. Nižší dávky nejsou účinné a aktivní formy vitamínu D nejsou efektivnější než vysoké dávky. Při jeho ceně, dostupnosti a nevýznamných vedlejších účincích, by vitamín D (s nebo bez kalcia) měl být pravidelným doplňkem u starších pacientů, neboť přibližně 1 ze 3 seniorů každým rokem utrpí pád. (LOE = 1a)

Reference: Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Staehelin HB, et al. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2009;339:b3692.

Typ studie: Metaanalýza (randomizované kontrolované studie)

Financování: Nadace

Prováděcí prostředí studie: Různé (metaanalýza)

Synopse: Vitamin D vedle účinku na kostní denzitu také ovlivňuje svalovou sílu a u pacientů s rizikem pro deficienci vitamínu D zvyšuje sílu, funk-

ci a rovnováhu. Autoři této metaanalýzy zkombinovali výsledky z 8 randomizovaných kontrolovaných studií, čímž získali celkem 2426 starších osob. Tyto studie vyhledali pomocí čtyř databází (včetně Cochrane central register), dále pomocí konzultace expertů a prozkoumáním bibliografie identifikovaných studií. U vybraných studií nezjistili žádnou publikační zaujatost. Z výběru vyloučili studie, které nebyly randomizované, které byly krátkodobé, které studovaly intramuskulární vitamin D nebo nehodnotily pády v průběhu studie. Dva výzkumníci nezávisle na sobě abstrahovali výsledky. V pěti z 8 studií bylo také podáváno doplňkové kalcium u pacientů v obou léčebných skupinách. Heterogenita byla zjištěna, ale odstraněna tím, že studie s vysokými dávkami a nízkými dávkami byly hodnoceny odděleně. Vysoké dávky vitamínu D (700-1000 IU/den) snížily riziko pádu o 19% při užívání po dobu 2-36 měsíců, 1 dalšímu pádu bylo zabráněno u každých 11 pacientů, kteří užívali vysoké dávky vitamínu D místo placeba (počet potřebný léčit = 11, 95% CI, 7-20). Nižší dávky vitamínu D nesnížily pády. Aktivní formy vitamínu D přinesly podobné výsledky jako vysoké dávky doplňkového vitamínu D.

Přibližně 1 ze 3 seniorů každým rokem utrpí pád

Vitamin D vedle účinku na kostní denzitu také ovlivňuje svalovou sílu a funkci a zlepšuje rovnováhu

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



Jak naši práci cení komerční pojišťovny

V minulém čísle časopisu Practicus byl zpracován problém vyžadování kompletní dokumentace jednou z komerčních životních pojišťoven. I já se ve své praxi často setkávám s až arogantním přístupem některých těchto institucí. Je nutné si uvědomit, že jsou to „komerční“ společnosti, se všemi klady i zápory. Medicínské informace mohou obdržet jedině se souhlasem pacienta/klienta. Určitě však nemají právo úkolovat nějaký jiný subjekt, např. lékaře, a už vůbec

ne mu diktovat finanční vyrovnání. Tento vztah je smluvní a měl by být výhodný pro obě strany.

Případ

Z pojišťovny přišel písemný požadavek na výpis z dokumentace mých pacientů, kde bylo prohlášení že „klient podepsal souhlas s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu“, a za práci mi nabízeli 210,- Kč. Když mne o posudek telefonicky upomínal jejich zaměstnanec, upozor-

Allianz pojišťovna, a. s.
generální ředitelství
úsek pojistění osob
Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8
Česká republika



Váš dopis zn.:
Ze dne:
Naše zn.:
Vyřizuje: [redacted]
Tel.: [redacted]
Fax: [redacted]
E-mail: [redacted]
Datum: [redacted]

**Vážený pan
MUDr. MUCHA
ZDRAVOTNÍ STŘEDISKO
VÍTĚZNÉ NÁM. 829/10
16000 PRAHA 6**

Vyžádání zdravotní dokumentace [redacted]

Vážený pane doktore,

prosíme Vás o výpis ze zdravotnické dokumentace v souladu se zmocněním pověřeného zdravotnického zařízení ve smyslu ustanovení § 50 zákona č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě na přiložený formulář lékařské zprávy.

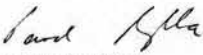
Paní [redacted] uzavřela u naší společnosti pojistnou smlouvu, jejíž přijetí bez výpisu ze zdravotní dokumentace nemůžeme potvrdit.

Pojistná smlouva obsahuje prohlášení klienta o zproštění mlčenlivosti pojistitelem dotazovaných lékařů a pracovníků zdravotnických zařízení ve smyslu § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, a souhlas Allianz pojišťovny, a. s., ke zpracovávání údajů o zdravotním stavu pro účely sjednání pojištění a pro potvrzení vzniku pojistných událostí a existence okolností, za kterých k nim došlo, na celou dobu trvání nároků z pojištění plynoucích.

Za vyplnění tiskopisu Vám poskytneme honorář ve výši 210,- Kč.

Děkujeme Vám za spolupráci a zaslání vyplněného tiskopisu lékařské zprávy a honoráře (faktury) do 14 dnů. Jsme si vědomi nepříliš velkého časového prostoru a prosíme Vás o pochopení – termín je uveden v souladu se zákonnými ustanoveními, jimiž jsme vázáni.

S pozdravem


MUDr. Pavel Rybka
lékař zmocněný pověřeným zdravotnickým zařízením

Vyřizuje: [redacted]

Přílohy:
Lékařská zpráva - tiskopis
Proplacení honoráře

Allianz pojišťovna, a. s.

Tel.: 224 40 5 111

klient@allianz.cz

IČ 47 11 59 71



ňoval jsem jej na skutečnost, že platba je hluboko pod mými náklady. Jeho argument byl, že výši platby stanoví jejich vnitřní předpis. Když jsem vyžadoval písemný souhlas klienta, oznámil mi, že jsem jediný, kdo dělá takové problémy.

Pojišťovně jsem tedy zaslal tento dopis:

Vážení,
obdržel jsem vaše žádosti o výpis z dokumentace mých pacientů (MR ŠF).

Dovolte dvě připomínky:

1) Jednoznačně bych se dopustil protiprávního jednání, pokud bych na základě tak vágního prohlášení (věta: pojistná smlouva obsahuje prohlášení klienta...) poskytl komukoli informace tak intimního rázu, jakými jsou anamnéza a diagnózy, bez jednoznačného ověřitelného souhlasu pacienta. Porušil bych důležitý bod Hippokratovy přísahy - tedy dodržování lékařského tajemství - a pokud by to neudělal kdokoli jiný, nutila by stavovská čest mne samotného, abych tento přečin oznámil Lékařské komoře. Následné řízení by mohlo vést k odebrání lé-

kařského diplomu, popř. by mohlo mít i forezní následky.

2) Prosím, neurávejte mne gáží 210,- Kč za práci, kterou vyžadujete. Pokud je opravdu finanční situace vaší společnosti tak špatná, že nemůže svým partnerům poskytnout důstojné plnění, oznamte mi tuto skutečnost a já vám příslušnou práci poskytnu zadarmo - jako sociální výpomoc. Jsem zvyklý, že smluvně pracuji buď za důstojnou mzdu nebo zdarma pro sociálně slabé - nic mezi tím (ve své ordinaci často ošetřuji zdarma např. bezdomovce). Dovoluji si upozornit, že jen poštovné činí 10 % vámi nabízené „odměny“).

Vzhledem k tomu, že je zřejmě ekonomická situace vaší firmy tak špatná, že by písemná odpověď byla nad vaše ekonomické možnosti, dovoluji si přiložit též poštovní známku jako sociální výpomoc, neboť pošta na rozdíl od nás lékařů žádné sociální slevy neposkytuje.

S pozdravem

MUDr. Cyril Mucha
krajský konzultant SVL Praha

Spolupráce se ZP Média

Rád bych se s kolegy podělil o svou zkušenost s řešením problému s nově vzniklou zdravotní pojišťovnou.

V posledních měsících se podle aktivity dealerů vyskytují menší nebo větší skupinové přestupy pacientů do zdravotní pojišťovny Média. Bohužel v nabídce různých výhod, které tato pojišťovna při přestupu poskytuje, není upozornění, že by se o svém přestupu měli poradit se svým praktickým lékařem, zda-li jim bude moci nadále poskytovat zdravotní péči. Pro některé pacienty je pak velkým překvapením, když se od svého praktického lékaře dozví, že u něho již nemohou být dále registrováni, nebo že ne každá lékárna jim vydá předepsaný lék, nebo že i v jiných zdravotnických zařízeních mohou mít problémy.

Jeden z mých takto „postižených“ pacientů se ale ohradil, že jsem přece na seznamu, který pojišťovna Média vydala a že ho ošetřovat dále musím. Zjistil jsem, že skutečně bez mého vědomí „visím“ na **Seznamu poskytovatelů zdravotní péče, kteří potvrdili zájem spolupracovat se Zdravotní pojišťovnou MÉDIA na základě veřejného příslibu nebo již podepsali smlouvu (www.mediazp.cz).**

Reagoval jsem tedy dopisem přímo na ZP Média s žádostí o vymazání mého jména ze seznamu (viz příloha). Musím říci, že obratem bylo moje jméno ze seznamu vymazáno. Nicméně si mys-

lím, že valná většina z lékařů vyvěšených na seznamu, podobně tak jako já, žádný zájem o spolupráci neprojevila. Vidím to jako velmi neseriózní jednání pojišťovny, která se bezohledně snaží prorazit na trh a působí tak problémy jak nevědomým pacientům, tak jejich poskytovatelům péče.

MUDr. Jiří Burda,
České Budějovice

ZP Média
Karlovo nám. 10, Praha 2, 120 00

Věc: Okamžité vymazání ze seznamu.

Jsem uveden na straně 12 filtrovaného seznamu zdravotnických zařízení, která údajně potvrdila zájem spolupracovat se ZP Média.

Jelikož jsem žádný takový zájem nepotvrdil a vaše tvrzení je zcela lživé, žádám o okamžité vymazání z tohoto seznamu.

Jinak budu nucen věc předat právnímu odd. SPL ČR a ČLK.

Dne 12.11.2009

MUDr. Jiří Burda
Žižkova 12, České Budějovice

Na vědomí:
SPL ČR, U Hranic 16, Praha
SVL ČLS JEP, U Hranic 16, Praha



Akutní stavy – shrnutí



MUDr. Cyril Mucha

Milé kolegyně a kolegové, přes 2 roky vycházela na stránkách Practicusu rubrika s názvem Přednemocniční péče. Všechno jednou končí a tedy i tato rubrika. V tomto posledním vydání bychom rádi shrnuli několik základních informací, které by měl PL o přednemocniční péči vědět – takové „záchranným snadno a rychle“.

Chtěli bychom tímto poděkovat pí primářce Ščamburové, která se role zprostředkovatele praktické výuky praktiků v tomto oboru zhostila více než výborně. Naštěstí náš kontakt s MUDr. Ščamburovou nekončí – slíbila nám, že bude s redakcí nadále spolupracovat.

Ještě jednou pí primářko: Moc děkujeme.

Redakce Practicusu

ta s vznikem komorové fibrilace a nutností kardiopulmonální resuscitace.

Opakované laboratorní vyšetření troponinu, kontrolní EKG a intenzivní monitorace jsou v nemocničním zařízení standardem v péči o takové pacienty a ty teprve mohou potvrdit resp. vyloučit ischemii myokardu.

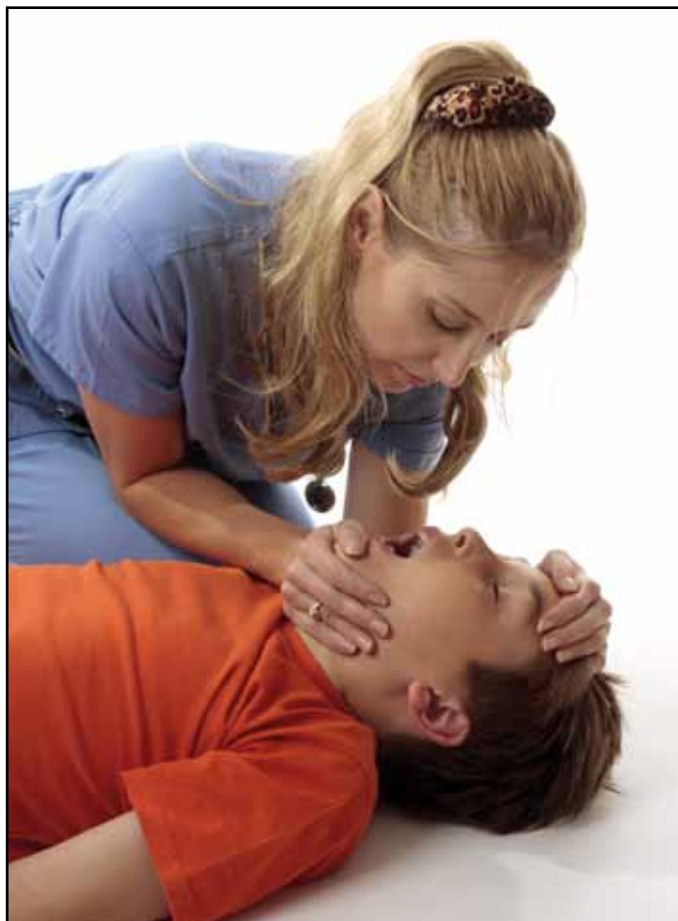
Kolapsový stav je ve většině případů méně závažný symptom, než na první pohled vypadá. Může však být i prodromem velmi závažného stavu, ne-li katastrofy pro pacienta. Mějme na paměti že důvodem může být náhlá hypotenze či únava pacienta, nepříznivé klimatické podmínky (např. horko), ale také počínající CMP, plicní embolie, závažná arytmie, ischemie myokardu nebo závažný proces v CNS. Jistě dalších

U akutních stavů je velmi důležitá rychlá a správná diagnostika potíží. Naše razantnost může pacientovi zachránit život. Dovolím si tedy malé shrnutí u těch nejčastějších:

Hypertenze, hypertenzní krize

na místě podáváme antihypertenzní terapii nejlépe diuretikum i.v. Možná podat Isoket spray sublinguálně nebo Capoten. Není zde žádoucí příliš rychlý pokles tenze, na druhou stranu naše možná liknavost může způsobit závažné komplikace ve smyslu cévní mozkové příhody, kardiálního selhání a podobně. Pacient musí zůstat v naprostém lidu – nejlépe v polosedě do příjezdu ZZS.

Bolesti na prsou není dobré nikdy podcenit. Normální EKG, resp. stabilní změny ještě, jak je známo, nevylučuje možný rozvoj IM. Důležité je na tuto skutečnost myslet a razantně zasáhnout: přivolání RZP, i.v. kanyl, Aspegic i.v., NTG při bolesti, korekce možné bradykardie a hypertenze. 12ti svodové EKG a podání O₂ by již mělo být standardem v ordinaci PL. Ischemie myokardu může probíhat dle učebnice, ale také v malém procentu téměř i bez závažných symptomů. Pacienta, u kterého máme sebemenší podezření na možnou ischemii myokardu, vždy odešleme ZZS (nikoli po vlastní ose) do nemocničního zařízení. Do transportu pacienta vždy monitorujeme jeho stav uvnitř ambulance. Zde je dobré mít na paměti možnost prudkého zhoršení stavu pacien-



diagnóz je velké množství, zde si dovolím uvést ty nejčastější:

Pokud dojde ke kolapsu bez ztráty vědomí je na zvážení dle anamnézy pacienta a okolností při kterých k této situaci došlo, jak rozsáhlé vyšetření je pro pacienta v akutní fázi nutné. Zde si ale dovolím apelovat na možné i forenzní dopady při nechtěném zanedbání možné závažné



příčiny kolapsu. Pacienti opakovaně mnohdy disimulují, je třeba vždy odebrat důkladně anamnézu a provést podrobné klinické vyšetření, orientačně i neurologické vyšetření (cave zornice) provedení EKG, vyšetření glykémie a opakované měření TK, SF je nutností. Dokonalá dokumentace je samozřejmostí. Při sebemenší pochybnosti je nutné odeslání pacienta do nemocničního zařízení.

Při kolapsovém stavu s i krátkodobým bezvědomím platí totéž, ale zde je třeba mít na paměti že hospitalizace pacienta v nemocničním zařízení je nutností.

Křeče - křečový stav mohou být rovněž příznakem závažného onemocnění, proto je potřeba vždy pacienta který má němou anamnézu nebo je epileptik třeba i léta bez antiepileptické medikace odeslat do nemocničního zařízení. Důležité je si uvědomit, že i iniciální vyšetření v nemocnici je mnohdy u těchto pacientů negativní (CT...) a diagnóza je stanovena nebo vyvrácená až po provedení opakovaného nebo speciálnějšího vyšetření (např. NMR). Některé typy tumorů, ischemické cévní příhody nejsou na CT v počátečním stadiu jednoznačně diagnostikovatelné a není tedy vůbec žádnou chybou pokud lékař první linie pošle pacienta do nemocnice tzv. „zbytečně“.

Krvácení jakékoli etiologie zejm. je-li masivní, může pacienta ve velmi krátké době ohrožit na životě. Zde je razance v poskytnutí účinné pomoci na prvním místě. Vždy zajistíme žilní vstup - pokud možno co nejširší i.v. kanylou - podáváme krystaloidy a dle typu poskytneme účinnou první pomoc. Mějme na paměti, že je-li to jen trochu možné používáme účinné ochranné pomůcky, chráníme tím sami sebe.

Alergická reakce patří mezi časté komplikace, alergenem může být cokoli, musíme mít na paměti možné rychlé zhoršení celkového stavu s rozvojem anafylaktického šoku. Vždy zajistíme žilní vstup, podáváme kortikoidy, CaCl₂, anti-histaminika. Lékem volby v terapii těžké alergické reakce je Adrenalin. Pacienta je nutné vždy při rozvoji závažné alergické reakce hospitalizovat. Nepodceňujeme možné alergeny. Má-li pacient v anamnéze závažný projev alergické reakce, bude jistě znát i původce, je však mnoho pacientů kteří mají v anamnéze třeba jen mírný pruritus nebo zarudnutí po nějaké noxe, je dobré je odeslat i přes dlouhé čekací lhůty na odborné alergologické vyšetření. Pro praktika to je forenzně velmi důležité.

Bezvědomí jakékoli etiologie je stav, který akutně ohrožuje pacienta na životě, je nutností zajistit a opakovaně monitorovat vitální funkce, vždy přivolat ZZS, do příjezdu udržujeme prů-

chodnost dýchacích cest, při spontánní ventilaci pacienta stabilizovanou polohou, zajistíme kvalitní žilní vstup s dobrou fixací kanyly.

V případě bezvědomí se zástavou dechu provedeme nejdříve trojmat: otevření úst, záklon hlavy a předsunutí dolní čelisti. Mnohdy již toto vede k obnovení spontánní ventilace. Nezapomeneme na nutnost odstranit umělý chrup. Dutina ústní musí být čistá. Nepomůže-li trojmat k obnově spontánní ventilace, zahajujeme umělé dýchání (v ambulanci vždy Ambu vakem) monitorujeme srdeční akci nejlépe na velkých tepnách. Není-li pulsace hmatná zahajujeme nepřímou srdeční masáž 15:2 v případě dvou zachránců nebo 30:1 jsme-li sami. Zajištění žilního vstupu je v ordinaci praktického lékaře nutností.

V každé ambulanci by neměl chybět kufřík první pomoci s medikací kterou podáváme při závažných stavech. Do této medikace jistě patří: Adrenalin, Atropin, Aspegic, Atrovent, Apaurin, CaCl₂, Dithiaden, Furosemid, Hydrokortison, Isoket, Nitroglycerin, Syntophyllin, Solu Medrol, Ventolin. Infuze infusní sety a i.v. kanyly různých průsvitů s kvalitním zajištěním jejich fixace. Léky musí být stále na stejném místě. Je důležitá pravidelná kontrola expirace.

Z přístrojového vybavení má jistě své místo: funkční Ambu Vak, tonometr, EKG, pulsní oxymetr, u kritických stavů je dobré mít možnost použít defibrilátor a O₂.

U akutních a závažných stavů vždy platí, že je lepší udělat raději více věcí a při diferenciální diagnostice myslet na pokud možno co nejširší spektrum příznaků, než podcenit stav našich pacientů.

Tyto stavy vyžadují vždy rychlou, razantní a účinnou terapii. Mnohdy neprobíhají takzvaně podle učebnice, a korunou je naše dokonalá dokumentace, to co není psáno, jako kdyby nebylo vykonáno i když na dokonalou dokumentaci u akutních život ohrožujících stavů není vždy velký časový prostor, je v našem vlastním zájmu, aby tomu tak bylo.

Profit pro pacienty je zřejmý, ale i pro lékaře RLP není nic příjemnějšího, když přijíždějí k pacientům, kteří jsou ukázkově zajištěni již svým praktickým lékařem. Z vlastní praxe mohu říci, že dnes je zajištění pacienta v ambulanci praktického lékaře před příjezdem RLP ve velké většině na vysoké úrovni.

I přes tuto skutečnost si dovoluji Vám všem popřát co nejméně takových návštěv ZZS ve Vašich ordinacích.

MUDr. Cyril Mucha



Kvalitní internetová prezentace (web)

Přestože jsme již v minulosti psali o charakteristikách dobré webové prezentace, nakupilo se v redakci v poslední době mnoho dotazů, jak má správná webová stránka (ordinace) vypadat. Každému je jasné, že by se o tomto tématu dala napsat celá knihovna (a je samozřejmě napsaná). Zde se však pokusme v několika bodech shrnout, jak by měl web vypadat tak, aby na jedné straně nepůsobil „školácky“ na straně druhé, aby svojí složitostí neodradil návštěvníka od setrvání. Pokud některým bodům nebudete zcela rozumět – nevádí, stejně ji bude dělat nějaký expert a ten ocení jasné zadání.



MUDr. Cyril Mucha

Zde jsou hlavní body, na které by měl tvůrce, resp. zadavatel webu dát pozor:

Použitelnost

je vlastnost každé věci - tužky, telefonu, notebooku a i webu. Použitelnost webu popisuje nakolik je jeho uživatelské prostředí jasné, intuitivní, jak rychle se stránky načítají.

Přístupnost

je vlastnost, která popisuje nakolik je web přístupný, tj. kolik návštěvníků si ho může zobrazit a pracovat s ním. To záleží jak na technických možnostech - rychlost připojení, webový prohlížeč, velikost obrazovky, tak i na vlastnostech samotného návštěvníka, který může špatně vidět, slyšet, může špatně vidět barvy nebo být pohybově omezený atd.

Cílem kvalitního webu je maximální použitelnost i přístupnost.

• Nepište web pro sebe

Musíte zapomenout na sebe a myslet na ostatní snazit se vžít do toho, kdo bude web prohlížet, přemýšlet, jaké informace jsou pro něj důležité, užívat slova, kterým bude rozumět apod.

• Smysl webu

Udělejte si jasno, co je pro vás důležité - dát vědět návštěvníkovi kolik je hodin a kdo má svátek, nebo oznámit ordinanční hodiny, nabídku nadstandardních služeb, popř. oznámit, že máte dovolenou.

• Vžijte se do role návštěvníka

Myslete jako on a snažte se s webem pracovat. Vy svůj web znáte, ale zná ho návštěvník?

• Ziskávejte informace o vašich návštěvnících (zejm. počet a struktura)

Prostřednictvím počítadel typu top-list, krátké ankety (ale nedělejte z nich hlavní účel stránky). Navštěvují váš web lidé pravidelně? Muži nebo ženy? Kolik jim je let? Vidí úvodní stránku a hned odcházejí? Co studují. Umožněte jim článek ohodnotit, případně podat vlastní názor v knize návštěv.

• Pište o tom, co zajímá druhé

Poskytněte návštěvníkovi to, co potřebuje, nabídněte mu odpovědi na aktuální otázky, odkazy na dokumenty, které jsou aktuální.

• Jednoduchý a jasný jazyk

Vyhnete se odborným termínům, pište krátké věty, krátké odstavce. Návštěvník může spěchat, být nervózní.

• Kdo čte váš web

Mějte stále před očima, skupinu lidí pro které píšete

• Umožněte ve stránkách vyhledávat informace

Třeba pomocí jyx.cz

Design

Jak stránka vypadá, co se na ní „hýbe“, jaké barvy se tam kombinují - to je to, co stránku prodává. Mnoho webdesignerů dává přednost designu před obsahem, což není úplně správné.

• To, co se líbí vám, se nemusí líbit ostatním

Vyhnete se častým („okoukaným“) obrázkům a zejm. křiklavým barvám. Nechte pracovní verzi Vašeho webu zhodnotit několika různými lidem.

• Méně druhů písma, znamená více

Jeden nebo dva druhy písma, víc působí „pouťově“.

• Standardní písma

Volte písma u kterých je jisté, že je každý na svém počítači má, tedy ta která jsou běžně např. ve Wordu (pokud toto nedodržíte, může se stát, že Váš pacient uvidí místo hledané informace jen množství čtverečků teček a hieroglyfů).

• Nebuďte za každou cenu originální ale ani tuctoví

Existuje pár věcí na které jsou lidé zvyklí, menu nalevo a v horním levém rohu logo. Můžete mít na svých stránkách něco neobvyklého, co jinde není, ale držte jakýsi standard vzhledu. Nikdo nebude dlouhodobě uvažovat, jak používat Vaše stránky nechce učit používat vaše stránky.

• Prohlídněte si stránku s vypnutou grafikou

Je hodně lidí, kteří grafiku vypínají a potom je tu důležité hledisko přístupnosti, kdy nikdy nemůžete vědět jaké jsou možnosti vašeho návštěvníka. Texty dělejte textem a obrázky obrázkem.

• JavaScript a jiné skripty se nemusí zobrazit

Pochopí návštěvník vaši stránku s vypnutým JavaScriptem? Ne? Tak to je chyba. Nedávejte JavaScriptu hlavní úlohu

• Flash je věc pěkná, ale mnohdy k ničemu

Ve Flashi jdou dělat opravdu pěkné věci, ale ne všichni ho mají nainstalovaný a potom je vaše práce k ničemu. Vždy poskytněte obsah i v klasickém (X)HTML

• Snažte se, aby vaše stránky vypadaly profesionálně

Dodává to důvěru, přidává serióznost a budete působit solidně, spolehlivě

• Jasně dělení stránek

Nadpisy, krátké odstavce, krátké věty a seznamy. Lidé neradi čtou, co mohou přeskočit, to přeskočí, pokud tedy důležité informace utopíte v množství textu, návštěvník se je nedozví.

• Standardní prvky

Návštěvníci jsou zvyklí na systémová tlačítka a tím, že tlačítka „natřete“ nazeleno, je můžete trochu zmást. Rovněž se nedoporučuje barvit rolovací lišty.

• Menu

Poskytněte návštěvníkům nějaké menu, které budou mít stále k dispozici a ze kterého se dostanou na každou stránku vašeho webu. Myslete jako návštěvník, vy svůj web perfektně znáte, ale on o něm nic neví. Zkusťte opět použít své známé, ať zkusí něco najít na vašem webu.

Jak vidíte, je toho mnoho, co musí tvůrce/zadavatel webu sledovat, aby byla jeho webová prezentace zajímavá a čitelná a k návštěvníkovi přátelská. Někdy přistě bychom probrali, jak na svůj web upozornit, aby jej potencionální klient lépe našel.

MUDr. Cyril Mucha

Zákon o uplatňování, regulaci a kontrole cen výrobků, výkonů, prací a služeb pro tuzemský trh

Vážené kolegyně a kolegové,
přinášíme aktuální informace o zákoně, který se zásadně mění až po cca 20 letech, ale dotýká se našeho každodenního života i částečně našich praxí.

Jedná se o **zákon č. 403/2009 Sb. ze dne 8. října 2009**, kterým se mění zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů. **Barveně jsou uvedeny aktuální změny – podtržena jsou důležitá fakta.**

Umožňuje totiž postihovat správními poplatky všechny, kteří prodávají nebo poskytují služby nejen za nadstandardní ale i podlimitní ceny. Proto bude opět na místě obnovit diskuzi o cenách služeb poskytovaných v našich praxích mimo zdravotně-pojišťovní systém.

OBECNÁ USTANOVENÍ

§ 1

Předmět úpravy

(1) Zákon se vztahuje na uplatňování, regulaci a kontrolu cen výrobků, výkonů, prací a služeb (dále jen „zboží“) pro tuzemský trh, včetně cen zboží z dovozu a cen zboží určeného pro vývoz.

(2) Cena je peněžní částka

a) sjednaná při nákupu a prodeji zboží podle § 2 až 13 nebo

b) zjištěná podle zvláštního předpisu k jiným účelům než k prodeji.

(3) Postup podle tohoto zákona platí i pro převody práv a dále též pro převody a přechody vlastnictví k nemovitostem včetně užívacích práv k nemovitostem.

(4) Zákon se nevztahuje na odměny, úhrady, poplatky, náhrady škod a nákladů a úroky, upravené zvláštními předpisy.

(5) Zákon vymezuje práva a povinnosti právnických a fyzických osob a pravomoc správních orgánů při uplatňování, regulaci a kontrole cen.

(6) Správní orgány příslušné k regulaci cen podle zákona upravujícího působnost orgánů České republiky v oblasti cen (dále jen „cenové orgány“) mohou regulovat ceny podle tohoto zákona

a) je-li trh ohrožen účinky omezení hospodářské soutěže,

b) vyžaduje-li to mimořádná tržní situace,

c) pro účely odvodu spotřební daně z cigaret podle zvláštního právního předpisu,

d) vyžadují-li to předpisy Evropských společenství, nebo

e) vyžaduje-li to veřejný zájem spočívající v udržení vyváženého postavení prodávajícího a kupujícího u zboží zcela nebo zčásti dotovaného z prostředků státního rozpočtu nebo z jiných veřejných rozpočtů.

§ 2

Sjednávání ceny

(1) Cena se sjednává pro zboží vymezené názvem, jednotkou množství a kvalitativními a dodacími nebo jinými podmínkami sjednanými dohodou stran, popřípadě číselným kódem příslušné jednotné klasifikace, pokud tak stanoví zvláštní předpis (dále jen „určené podmínky“). Podle určených podmínek mohou být součástí ceny zcela nebo zčásti náklady pořízení, zpracování a oběhu zboží, zisk, příslušná daň a clo.

(2) Dohoda o ceně je dohoda o výši ceny nebo o způsobu, jakým bude cena vytvořena za podmínky, že tento způsob cenu dostatečně určuje. Dohoda o ceně vznikne také tím, že kupující zaplatí bezprostředně před převzetím nebo po převzetí zboží cenu ve výši požadované prodávajícím.

(3) Prodávající ani kupující nesmí zneužít svého výhodnějšího hospodářského postavení k tomu, aby získal nepřiměřený majetkový prospěch.

(4) Výhodnější hospodářské postavení podle odstavce 3 má prodávající nebo kupující, který sjednává ceny na trhu, aniž by při tom byl vystaven podstatné cenové soutěži. Hospodářské postavení prodávajícího nebo kupujícího se posuzuje zejména podle objemu prodaného nebo nakoupeného zboží, podílu na daném trhu, hospodářské a finanční síly, právních nebo jiných překážek vstupu na trh a míry horizontálního i vertikálního propojení s jinými osobami na daném trhu.

(5) Nepřiměřený majetkový prospěch získá

a) prodávající, jestliže prodá zboží za cenu

1. zahrnující neoprávněné náklady nebo nepřiměřený zisk získaný na základě uplatnění vyšší ceny prodeje oproti obvyklé ceně, v případě zneužití výhodnějšího postavení na trhu,

2. vyšší než maximální nebo pevnou úředně stanovenou cenu, nebo

3. vyšší, než by odpovídalo pravidlům cenové regulace,

b) kupující, jestliže nakoupí zboží za cenu

1. výrazně nedosahující oprávněných nákladů nebo nižší, než je cena obvyklá, v případě zneužití výhodnějšího postavení na trhu,

2. nižší než minimální nebo pevnou úředně stanovenou cenu.,..

(6) Obvyklou cenou pro účely tohoto zákona se rozumí cena shodného nebo z hlediska užití porovnatelného nebo vzájemně zastupitelného zboží volně sjednávaná mezi prodávajícími a kupujícími, kteří jsou na sobě navzájem ekonomicky, kapitálově nebo personálně nezávislí na daném trhu, který není ohrožen účinky omezení hospodářské soutěže. Nelze-li zjistit cenu obvyklou na trhu, určí se cena pro posouzení, zda nedochází ke zneužití výhodnějšího hospodářského posta-



Informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu.

„cenové orgány“
dle zákona
č. 265/1991 Sb.

riziku nepřiměřeného
majetkového
prospěchu je vystaven
nejen prodávající,
ale i kupující

vení, kalkulačním propočtem ekonomicky oprávněných nákladů a přiměřeného zisku.

(7) Pro účely tohoto zákona se za

a) ekonomicky oprávněné náklady považují náklady pořízení odpovídajícího množství přímého materiálu, mzdové a ostatní osobní náklady, technologicky nezbytné ostatní přímé a nepřímé náklady a náklady oběhu; při posuzování ekonomicky oprávněných nákladů se vychází z dlouhodobě obvyklé úrovně těchto nákladů v obdobných ekonomických činnostech s přihlédnutím k zvláštnostem daného zboží,

b) přiměřený zisk považuje zisk spojený s výrobou a prodejem daného zboží odpovídající obvyklému zisku dlouhodobě dosahovanému při srovnatelných ekonomických činnostech, který zajišťuje přiměřenou návratnost použitého kapitálu v přiměřeném časovém období.

(8) Ustanovení odstavců 3 a 4 se vztahují i na cenu obchodního nebo zprostředkovatelského výkonu, i když není samostatně sjednána.

REGULACE CEN

§ 3

(1) Regulací cen se rozumí stanovení cen, mezí, ve kterých mohou být sjednávány, usměrňování výše cen nebo i stanovení postupu při sjednávání, uplatňování a vyúčtování cen nemovitostí, jejich částí a služeb spojených s jejich užíváním cenovými orgány.

(2) Rozhodnutí cenových orgánů podle tohoto zákona jsou závazná pro okruh adresátů, který je v nich vymezen.

§ 4

Způsoby regulace cen

(1) Způsoby regulace cen podle tohoto zákona jsou

- a) stanovení cen (dále jen „úředně stanovené ceny“),
- b) usměrňování vývoje cen v návaznosti na věcné podmínky (dále jen „věcné usměrňování cen“),
- c) cenové moratorium.

(2) Způsoby regulace cen lze účelně spojovat.

§ 5

Úředně stanovené ceny

(1) Úředně stanovené ceny jsou ceny určeného druhu zboží stanovené cenovými orgány jako maximální, pevné nebo minimální.

(2) Maximální cena je cena, kterou není přípustné překročit.

(3) Pevná cena je cena, kterou není přípustné změnit.

(4) Minimální cena je cena, kterou není přípustné snížit.

(5) Regulace formou maximální, pevné nebo minimální ceny platí pro všechny prodávající a kupující určeného druhu zboží. Pro uplatnění jednotlivých forem regulace cen mohou cenové orgány stanovit další věcné podmínky, včetně pravidel a postupů pro stanovení těchto cen, jejich změn a v případě nájmu nemovitostí nebo jejich částí

a služeb spojených s jejich užíváním i způsob jejich sjednávání, uplatňování a vyúčtování. Cenové orgány mohou stanovit u stejného zboží souběžně maximální a minimální cenu.

§ 6

Věcné usměrňování cen

(1) Věcné usměrňování cen spočívá ve stanovení podmínek cenovými orgány pro sjednání cen. Tyto podmínky jsou

- a) maximální rozsah možného zvýšení ceny zboží ve vymezeném období, nebo
- b) maximální podíl, v němž je možné promítnout do ceny zvýšení cen určených vstupů ve vymezeném období, nebo
- c) závazný postup při tvorbě **ceny nebo při kalkulaci ceny, včetně zahrnování přiměřeného zisku do ceny.**

(2) Tento způsob regulace cen platí pro všechny prodávající určeného druhu zboží.

§ 7

(1) Jestliže pro smlouvy platí ceny, které **byly sjednány před vyhlášením příslušného rozhodnutí o cenové regulaci** a jsou v rozporu s úředně stanovenými cenami podle § 5 nebo s věcným usměrňováním cen uplatněným podle § 6 po vzniku smluv, smluvní strany jsou povinny sjednat ceny odpovídající novým úředně stanoveným cenám nebo uplatněnému způsobu věcného usměrňování cen tak, aby vstoupily v platnost nejpozději do tří měsíců od účinnosti rozhodnutí o úředně stanovených cenách nebo o věcném usměrňování cen.

(2) Nedohodnou-li se smluvní strany na cenách odpovídajících novým úředně stanoveným cenám nebo uplatněnému způsobu věcného usměrňování cen, mohou ve lhůtě uvedené v odstavci 1 od smlouvy odstoupit. Odstupující strana je v takovém případě povinna nahradit druhé straně náklady tím vzniklé. Odstupuje-li od smlouvy občan jako kupující, platí postup podle zvláštního předpisu.

§ 8

(zrušen zák. č. 403/2009 Sb. k 18.11.2009)

§ 9

Cenové moratorium

(1) Cenovým moratoriem se rozumí časově omezený zákaz zvyšování cen nad dosud platnou úroveň na trhu daného zboží.

(2) **Cenové moratorium stanoví vláda nařízením.**

(3) Cenové moratorium lze stanovit nejdéle na dobu dvanácti měsíců.

§ 10

(1) Cenové orgány stanoví cenovým rozhodnutím podle § 3 odst. 2, kraje a obce svým nařízením, zboží podléhající cenové regulaci podle § 5, 6 a 8, uplatněný způsob a podmínky cenové regulace, úředně stanovené ceny, pravidla a postupy pro stanovování těchto cen a jejich změn.

(2) Předpisy o regulaci cen podle odstavce 1 zveřejňuje Ministerstvo financí v Cenovém věstníku, Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, Energetický regulační úřad v Energetickém regulačním věstníku a Český telekomunikační úřad v Poštovním věstníku. Jejich vydání vyhláší ve Sbírce zákonů podle zvláštního právního předpisu. Kraje a obce svá nařízení zveřejňují způsobem stanoveným zvláštním právním předpisem. Cenové rozhodnutí nabývá platnosti dnem uveřejnění v příslušném věstníku a účinnosti nabývá dnem stanoveným v cenovém rozhodnutí, nejdříve však dnem uveřejnění.

CENOVÁ EVIDENCE A CENOVÉ INFORMACE

§ 11

Cenová evidence

(1) Prodávající jsou povinni vést evidenci o cenách uplatňovaných při prodeji, pokud jde o

- a) úředně stanovené ceny,
- b) ceny podléhající věcnému usměrňování cen,
- c) ceny zboží prodáváného spotřebiteli, kterým je osoba nakupující zboží pro jiné účely než pro podnikání.

(2) Prodávající jsou povinni uchovávat evidenci o cenách podle odstavce 1, návrhy pro stanovení cen podle odstavce 1 písm. a) a kalkulace cen uvedených v odstavci 1 písm. b) prokazující dodržení pravidel regulace tři roky po skončení platnosti ceny zboží. Prováděcí právní předpis stanoví rozsah údajů prokazujících výši a dobu uplatňování cen a u zboží podléhajícího věcnému usměrňování ceny strukturu kalkulace ceny.

§ 12

Cenové informace

(1) Prodávající, kupující a správní orgány poskytují bezplatně informace a podklady, které si cenové orgány a orgány oprávněné ke kontrole cen podle zákona upravujícího působnost orgánů České republiky v oblasti cen (dále jen „cenové kontrolní orgány“) vyžádají pro potřeby vyhodnocování vývoje cen, regulace cen, cenové kontroly a pro řízení o porušení cenových předpisů a rozhodnutí (dále jen „cenové předpisy“).

(2) Ustanovením odstavce 1 není dotčena povinnost poskytovat cenové informace podle zvláštního předpisu.

(3) Pracovníci, kteří zjišťují a využívají informace uvedené v odstavci 1, jsou povinni zachovávat vůči třetím osobám mlčenlivost o veškerých zjištěných skutečnostech, které by mohly vést k ohrožení oprávněných zájmů zúčastněných osob. Nedodržení této povinnosti se postihuje podle zákona.

§ 13

Označování zboží cenami

(1) Prodávající je povinen, pokud nejde o prodej zboží spotřebitelům, předložit kupujícímu na jeho žádost nabídkový ceník, obsahující ceny nabízeného zboží ve vztahu k určeným podmínkám.

(2) Prodávající je povinen při nabídce a prodeji zboží poskytnout informaci spotřebiteli tak, aby měl možnost seznámit se s cenou před jednáním o koupi zboží, pokud tento zákon nestanoví jinak, a to

- a) označit zboží cenou, kterou uplatňuje v okamžiku nabídky a vztahenou k prodávánému jednotkovému množství zboží a určeným podmínkám,
- b) zpřístupnit na viditelném místě informaci o této ceně formou ceníků,
- c) zpřístupnit tuto cenu jiným přiměřeným způsobem, nelze-li označit zboží cenou způsoby uvedenými v písmenu a) nebo b),
- d) předložit nabídkový ceník dílů a činností, pokud se zboží sestavuje z běžných dílů nebo činností na základě zvláštních požadavků kupujícího, nebo
- e) oznámit kupujícímu odhad ceny, nelze-li podat informaci o ceně způsoby uvedenými v písmenech a) až d); cenou podle tohoto odstavce se u výrobků rozumí konečná nabídková cena, která zahrnuje všechny daně, cla a poplatky.

(3) Pokud tento zákon nebo zvláštní právní předpis nestanoví jinak, musí být balené výrobky označeny

- a) cenou baleného výrobku (dále jen „prodejní cena“) a
- b) cenou za měrnou jednotku množství výrobku (dále jen „měrná cena“).

(4) Nebalené výrobky volně ložené, nabízené podle hmotnosti, objemu, délky či plochy, které jsou váženy či měřeny v přítomnosti spotřebitele, a to jak v prodeji formou samoobsluhy, tak i v prodeji s obsluhou, musí být označeny pouze měrnou cenou.

(5) Pro ceny uváděné v reklamě na výrobky nabízené spotřebiteli platí ustanovení odstavců 3 a 4 obdobně.

(6) Měrnou jednotkou množství se rozumí 1 kilogram, 1 litr, 1 metr, 1 metr čtvereční nebo 1 metr krychlový výrobku, pokud není dále nebo zvláštním právním předpisem stanoveno jinak. Lze uvádět i jiné jednotky množství v případech, kdy to odpovídá všeobecným zvyklostem nebo to odpovídá povaze výrobku, například 1 kus, 100 g, 100 ml, 100 mm.

(7) Povinnost označovat výrobky prodejní cenou současně s měrnou cenou podle odstavce 3 se vztahuje na balené potravinářské výrobky, které jsou v souladu se zvláštním právním předpisem označeny údajem o množství, objemu či hmotnosti výrobku, a na druhy nepotravinářských výrobků uvedené ve zvláštním právním předpisu upravujícím jmenovité hmotnosti a jmenovité objemy některých druhů hotově baleného zboží

(8) U pevných potravin nacházejících se v nálevu, u kterých se musí podle zvláštního právního předpisu uvádět kromě celkové hmotnosti i hmotnost pevné potraviny, se měrná cena vztahuje k udané hmotnosti pevné potraviny.

(9) Povinnost označovat výrobky prodejní cenou

nutnost vést evidenci ceny zboží prodáváného spotřebiteli, kterým je osoba nakupující zboží pro jiné účely než pro podnikání

informace o konečné ceně zájezdu

současně s měrnou cenou podle odstavce 3 nepatří

- a) pokud je měrná cena shodná s prodejní cenou,
 - b) u výrobků při prodeji s obsluhou,
 - c) při prodeji formou samoobsluhy na prodejní ploše menší než 400 m²,
 - d) u výrobků, u kterých by vzhledem k jejich povaze nebo účelu takové označení nebylo vhodné nebo by bylo zavádějící,
 - e) u výrobků podléhajících významným změnám na objemu nebo hmotnosti,
 - f) při změně ceny z důvodu nebezpečí znehodnocení výrobku podléhajícího rychlé zkáze,
 - g) u kombinace různých výrobků v jednom obalu,
 - h) u výrobků, které jsou nabízeny během poskytování služby,
 - i) u dražeb a nabídky uměleckých děl a starožitností,
 - j) u výrobků nabízených v prodejních automatech.
- (10) Výrobce zboží určeného ke konečné spotřebě může uvést např. v nabídkovém ceníku, katalogu, propagačních podkladech nebo na obalu zboží doporučenou cenu prodeje spotřebiteli vždy však s označením „nezávazná doporučená spotřebitelská cena“.
- (11) Značení **cigaret** cenou pro konečného spotřebitele se řídí zákonem o spotřebních daních.

§ 13a

Informování o cenách při poskytování služeb cestovních kancelářů

Při nabídce a prodeji zájezdů musí prodávající spotřebiteli poskytnout informaci o konečné ceně zájezdu, která má být zaplacená. Je-li informace o ceně zájezdu tvořena z více složek, uvede prodávající také aktuální cenu všech oddělených složek. Nelze-li cenu některé složky zájezdu uvést, musí v nabídce zájezdu informovat o čase a místě zpřístupnění této ceny pro spotřebitele jiným vhodným způsobem.

CENOVÁ KONTROLA

§ 14

(1) Cenovou kontrolu podle tohoto zákona provádějí cenové kontrolní orgány podle své působnosti stanovené ve zvláštním právním předpisu č. 265/1991 Sb

(2) Cenová kontrola spočívá

- a) ve zjišťování, zda prodávající nebo kupující neporušují ustanovení tohoto zákona a cenové předpisy,
 - b) v ověřování správnosti předkládaných podkladů pro potřeby vyhodnocování vývoje cen, regulace cen a pro řízení o porušení cenových předpisů,
 - c) v kontrole plnění opatření uložených k nápravě.
- (3) Vznikne-li při kontrole podezření, že kontrolovaná osoba získala nepřiměřený majetkový prospěch, který je možno vyčíslit, uvede jej kontrolní pracovník v protokolu o provedené cenové kontrole. Pro jeho vyčíslení není přípustná kompenzace kladných a záporných rozdílů mezi kontrolova-

nými druhy zboží. Získá-li prodávající nebo kupující nepřiměřený majetkový prospěch, který sám zjistí a prokáže, že byl bezodkladně před zahájením kontroly vrácen tomu, na jehož úkor byl získán, nezapočítává se do vyčíslení nepřiměřeného majetkového prospěchu uvedeného v protokolu.

(4) Proávající získá nepřiměřený majetkový prospěch dnem jeho připsání na účet, popřípadě dnem převzetí hotovosti. Kupující získá nepřiměřený majetkový prospěch dnem, kdy získal předmětné plnění.

(5) Před zahájením cenové kontroly lze zajistit důkazy potřebné pro řízení o porušení cenových předpisů v maloobchodě a ve službách i bez přítomnosti kontrolované osoby nebo osoby oprávněné jednat jménem kontrolované osoby za účasti osob zajišťujících prodej zboží nebo poskytování služby. O těchto důkazech a průběhu cenové kontroly mohou cenové kontrolní orgány pořizovat zvukové a obrazové záznamy.

(6) Vláda předkládá Poslanecké sněmovně každoročně do 30. dubna přehled o činnosti cenových kontrolních orgánů za předcházející kalendářní rok.

SPRÁVNÍ DELIKTY

§ 15

Přestupky

(1) **Fyzická osoba** se jako prodávající dopustí přestupku tím, že

- a) nabídne, sjedná nebo požaduje cenu ve výši, která není v souladu s cenou úředně stanovenou podle § 5 odst. 1,
 - b) nedodrží při prodeji úředně stanovenou cenu podle § 5 odst. 1,
 - c) nedodrží věcné podmínky, pravidla nebo postupy pro stanovení úředních cen, jejich změn a způsobu jejich sjednávání, uplatňování a vyúčtování, stanovené cenovými orgány podle § 5 odst. 5,
 - d) sjedná nebo požaduje cenu, jejíž výše nebo kalkulace není v souladu s podmínkami věcného usměrňování cen podle § 6 odst. 1,
 - e) nedodrží při prodeji cenu, která je v souladu s podmínkami věcného usměrňování cen podle § 6 odst. 1,
 - f) nedodrží cenové moratorium podle § 9 odst. 1,
 - g) nevede nebo neuchovává evidenci o cenách podle § 11,
 - h) poruší některou z povinností stanovených v § 13 odst. 2 až 11 při označování zboží cenami,
 - i) neposkytne informaci o ceně podle § 13a,
 - j) při prodeji zboží nedodrží určené podmínky sjednané podle § 2 odst. 1,
 - k) v rozporu s § 2 odst. 3 zneužije svého hospodářského postavení, nebo
 - l) neposkytne bezplatně informaci nebo podklad podle § 12 odst. 1 cenovému orgánu nebo poskytne nepravdivou informaci.
- (2) Za přestupek lze uložit pokutu
- a) do 1 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. g) až j) nebo l),

- b) ve výši jedno až pětinasobku nepřiměřeného majetkového prospěchu, jde-li vyčíslit, zjištěného za kontrolované období, nejvýše za dobu jeho posledních 3 let, nebo do 1 000 000 Kč, je-li výše nepřiměřeného majetkového prospěchu nižší než 1 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. a) až f) nebo k),
- c) do 10 000 000 Kč, jestliže výši nepřiměřeného majetkového prospěchu nelze zjistit, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. a) až f) nebo k).

§ 16

Správní delikty právnických osob a podnikajících fyzických osob

- (1) Právnická nebo podnikající fyzická osoba se jako prodávající dopustí správního deliktu tím, že
 - a) nabídne, sjedná nebo požaduje cenu ve výši, která není v souladu s cenou úředně stanovenou podle § 5 odst. 1,
 - b) nedodrží při prodeji úředně stanovenou cenu podle § 5 odst. 1,
 - c) nedodrží věcné podmínky, pravidla nebo postupy pro stanovení úředních cen, jejich změn a způsobu jejich sjednávání, uplatňování a vyúčtování, stanovené cenovými orgány podle § 5 odst. 5,
 - d) sjedná nebo požaduje cenu, jejíž výše nebo kalkulace není v souladu s podmínkami věcného usměrňování cen podle § 6 odst. 1,
 - e) nedodrží při prodeji cenu, která je v souladu s podmínkami věcného usměrňování cen podle § 6 odst. 1,
 - f) nedodrží cenové moratorium podle § 9 odst. 1,
 - g) nevede nebo neuchovává evidenci o cenách podle § 11,
 - h) poruší některou z povinností stanovených v § 13 odst. 2 až 11 při označování zboží cenami, nebo
 - i) neposkytne informaci o ceně podle § 13a.
- (2) Právnická nebo podnikající fyzická osoba se jako kupující dopustí správního deliktu tím, že
 - a) koupí zboží za cenu, která není v souladu s cenou úředně stanovenou podle § 5 odst. 1, nebo
 - b) koupí zboží z prostředků poskytnutých jí ze státního rozpočtu za cenu vyšší, než je cena regulovaná podle § 5 nebo 6.
- (3) Právnická nebo podnikající fyzická osoba se jako prodávající nebo kupující dopustí správního deliktu tím, že
 - a) při prodeji nebo koupi zboží nedodrží určené podmínky sjednané podle § 2 odst. 1,
 - b) v rozporu s § 2 odst. 3 zneužije svého hospodářského postavení, nebo
 - c) neposkytne bezplatně informaci nebo podklad podle § 12 odst. 1 cenovému orgánu nebo poskytne nepravdivou informaci.
- (4) Za správní delikt se uloží pokuta
 - a) do 1 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. g), h) nebo i), odstavce 2 písm. b) nebo podle odstavce 3 písm. a) nebo c),

- b) ve výši jedno až pětinasobku nepřiměřeného majetkového prospěchu, jde-li vyčíslit, zjištěného za kontrolované období, nejvýše za dobu jeho posledních 3 let, nebo do 1 000 000 Kč, je-li výše nepřiměřeného majetkového prospěchu nižší než 1 000 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. a) až f), odstavce 2 písm. a) nebo odstavce 3 písm. b),
- c) do 10 000 000 Kč, jestliže výši nepřiměřeného majetkového prospěchu nelze zjistit, jde-li o správní delikt podle odstavce 1 písm. a) až f), odstavce 2 písm. a) nebo odstavce 3 písm. b).

§ 17

Společná ustanovení o správních deliktech

- (1) Právnická osoba za správní delikt neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložila veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení právní povinnosti zabránila.
- (2) Při určení výměry pokuty právnické osobě se přihledne k závažnosti správního deliktu, zejména ke způsobu jeho spáchání a jeho následkům a k okolnostem, za nichž byl spáchán.
- (3) Odpovědnost právnické osoby za správní delikt zaniká, jestliže správní orgán o něm nezahlasil řízení do 3 let ode dne, kdy se o porušení cenových předpisů cenový kontrolní orgán dozvěděl, nejpozději však do 5 let ode dne, kdy byl spáchán.
- (4) Na odpovědnost za jednání, k němuž došlo při podnikání fyzické osoby nebo v přímé souvislosti s ním, se vztahují ustanovení tohoto zákona o odpovědnosti a postihu právnické osoby.
- (5) Správní delikty podle tohoto zákona v prvním stupni projednávají cenové kontrolní orgány.
- (6) Pokuta je splatná do 30 dnů ode dne, kdy nabylo právní moci rozhodnutí o jejím uložení.
- (7) Pokutu vybírá a vymáhá orgán, který ji uložil, kromě pokut uložených finančním ředitelstvím, které vybírá a vymáhá místně příslušný finanční úřad, a pokut, uložených celním ředitelstvím, které vybírá a vymáhá příslušný celní úřad.

§ 17a

Přehled provedených cenových kontrol a rozhodnutí o uložení pokuty, která nabyla právní moci, uveřejní cenový kontrolní orgán nejméně jednou ročně v Cenovém věstníku s uvedením kontrolované osoby, výše pokuty a ustanovení zákona o cenách, které bylo porušeno. Prováděcí právní předpis stanoví vzor přehledu o provedených cenových kontrolách a způsob jeho předkládání.

§ 18

Uložením pokuty není dotčeno právo na vydání majetkového prospěchu tomu, na jehož úkor byl získán, ani odpovědnost prodávajícího nebo kupujícího podle zvláštních předpisů¹²⁾ Nelze-li tento majetkový prospěch vydat tomu, na jehož úkor byl získán, stane se příjmem příslušného rozpočtu určeného zvláštním předpisem.

cenový kontrolní orgán uveřejní v Cenovém věstníku kontrolované osoby, výše pokuty a ustanovení zákona o cenách, které bylo porušeno



Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 5 kreditů ČLK. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejpozději do 1. 2. 2010. Písemné odpovědi zasílejte na adresu Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, U Hranic 16, 100 00 Praha 10.

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese www.svl.cz.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP. Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

test 1/2010

Správné
odpovědi
testu
č. 10/2009:

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

Ambulantní antitrombotická léčba z pohledu hematologa

- 1. Nejčastější vrozenou trombofilií v populaci je:**
- a) Mutace faktoru V Leiden
 - b) Deficit proteinu C
 - c) Deficit antitrombinu III

2. Mezi získaná rizika tromboembolie patří:

- a) Obezita
- b) Varixy
- c) Perioperační období

3. V rámci primární prevence žilního tromboembolismu po ortopedických operacích s vysokým rizikem tromboembolismu je délka warfarinizace doporučena po dobu:

- a) 10 dnů
- b) 21 dnů
- c) 35 dnů

Rizika tromboembolické nemoci (TEN) u pacientů s onkologickým onemocněním

- 4. Onkologičtí pacienti s tromboembolickou nemocí mají oproti stejně postiženým neonkologickým pacientům:**
- a) Stejnou prognózu přežití

- b) Více než 2x horší prognózu přežití
- c) Případný rozdíl v prognózách přežití není znám

Antikoagulační léčba z pohledu praktického lékaře

5. Při iniciaci léčby warfarinem vysazujeme současně podávaný LMWH:

- a) jakmile je dosažena terapeutická hladina INR
- b) nejdříve tehdy, jsou-li 2 po sobě jdoucí hodnoty INR odebrané s odstupem 24 hod v léčebném rozmezí
- c) nejdříve po týdnu současného užívání

6. Dabigatran je indikován:

- a) V sekundární prevenci žilního tromboembolismu
- b) V prevenci iktu při chronické fibrilaci síní
- c) Pouze v případě prevence žilního tromboembolismu po provedení totální endoprotéze kolenního nebo kyčelního kloubu

Úzkostný pacient v ambulanci praktického lékaře

7. Nejčastější úzkostnou poruchou v primární péči je:

- a) Sociální fobie
- b) Panická porucha
- c) Generalizovaná úzkostná porucha

8. Generalizovaná úzkostná porucha je charakterizována:

- a) chronickou úzkostí
- b) atakami masivní úzkosti
- c) vazbou na specifické sociální situace

Chronické žilní onemocnění a symptomy

9. CEAP klasifikace je využívána k:

- a) řádné dokumentaci chronického žilního onemocnění
- b) stanovení adekvátní léčby žilního onemocnění
- c) odhadu prognózy žilního onemocnění

10. Písmeno P v CEAP klasifikaci slouží k popisu:

- a) prognózy onemocnění
- b) patofyziologie onemocnění
- c) příznaků onemocnění

Správné mohou být všechny tři možnosti.

odpovědní lístek - test č. 1/2010

Jméno a příjmení

Adresa pracoviště

Členské číslo SVL (povinný údaj)

(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

**Zakroužkujte 1-3
správné odpovědi:**

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

ONKOLOGICKÁ KLINIKA VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE

VE SPOLUPRÁCI

S INSTITUTEM BIOSTATISTIKY A ANALÝZ

MASARYKOVY UNIVERZITY V BRNĚ

A ČESKOU SPOLEČNOSTÍ PODPORY ZDRAVÍ

realizují



CÍLEM PROJEKTU JE:

- *Zkvalitnění diagnostiky a léčby mladých žen ve věku do 35 let se zhoubným nádorem prsu.*
- *Zvýšení dostupnosti speciálních vyšetření a nových léčebných postupů.*
- *Umožnění pacientkám léčit se doma a zároveň mít přístup ke všem standardním i velmi speciálním vyšetřením i novým léčebným postupům.*

Pokud ve své péči budete mít pacientku ve věku do 35 let, u níž zjistíte anomality na prsních dvorcích, prsní bradavce nebo v prsu, doporučte jí návštěvu mammologické poradny.

Zvláště naléhavá je návštěva poradny v případě, že v rodinné anamnéze naleznete případy onemocnění nebo úmrtí na karcinom prsu.

Více informací naleznete na stránkách
www.projekt35.cz



Boehringer - Micardis