



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 3/2010

ročník 9

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem tohoto čísla je
Doporučený postup

**Metabolický
syndrom**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Volby do výboru SVL ČLS JEP 2010...čtete na str. 5



Z obsahu čísla:

Anketa: Jste spokojeni se svým softwarem? - str. 32

Bakteriální lyzáty - str. 14

Možnosti léčby pylových alergií – sezónní alergická rhinitida - str. 17

Očkování proti klíšťové encefalitidě - str. 22

Padělky a nelegální léčivé přípravky - str. 27

Vztahy mezi praktickými lékaři a ambulantními specialisty - str. 33

Vyhláška o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek - str. 38

Baxter - FSME Imun

Obsah

Volby do výboru SVL ČLS JEP	5
Specializační vzdělávání a systém rezidenčních míst	11
Bakteriální lyzáty MUDr. Dana Mudruňková	14
Možnosti léčby pylových alergií – sezónní alergická rhinitida MUDr. Jaroslava Braunová	17
Metabolický syndrom MUDr. Zdeněk Hamouz	20
Očkování proti klíšťové encefalitidě MUDr. Marie Manoušková	22
Možnosti operačního řešení stresové inkontinence moči u žen MUDr. Václav Hynek	24
 ...SÚKL informuje Padělky a nelegální léčivé přípravky	27
Anketa: Jste spokojeni se svým softwarem?	32
 ...jak řeším problémy v praxi Jak jsme řešili u nás v Ostravě problematické vztahy mezi praktickými lékaři a ambulantními specialisty	33
 ...POEM: Patient oriented evidence that matters	34
 ...počítač a doktor Zabezpečení a ochrana dat na notebooku před zneužitím	36
 ...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa Vyhláška č. 3/2010 Sb. o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek	38
 ...znalostní test	42

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
3/2010, 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, lanikova@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 Stárková, MUDr. Jana Vojtíšková

Poradci redakce: MUDr. Jiří Appelt, MUDr. Pavel Břejník, 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 **2. 3. 2010**. 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. Jaroslava Laňková

K tomuto číslu

Vážení kolegové,

v tomto čísle přinášíme **prezentace všech kandidátů, kteří se budou ucházet o zvolení do nového výboru SVL ČLS JEP** v korespondenčních volbách, které podle volebního plánu budou probíhat v období 14.5. - 15.6. 2010, s vyhlášením výsledků dne 30.6. 2010. Otiskli jsme prezentace, tak jak je jednotliví kandidáti podle daných instrukcí o sobě poslali.

Dále nepřehlédněte zajímavé **sdělení o systému rezidenčních míst**, které zpracoval kolega Josef Štolfa, člen akreditační komise. V poslední době byly slyšet negativní komentáře některých kolegů k tomuto systému. Tento článek vysvětluje pozadí celé situace a úsi-

lí o udržení specializačního vzdělávání v našem oboru a vyzývá všechny zúčastněné, aby se aktivně podíleli na zlepšení tohoto systému.

Z odborných článků jsme zařadili 2 aktuální **témata z oboru alergologie a imunologie** - využití bakteriálních lyzátů v léčbě imunodeficientních stavů a léčba pylových alergií, které již pomalu klepou na dveře našich čekáren. K článku o pylových alergiích jen podotýkám, že popsaný pohled alergologa pochopitelně upřednostňuje své kompetence před kompetencemi praktického lékaře, což může budit dojem, že praktický lékař má pacienty pouze vyhledávat a odesílat. Tento poněkud zkreslený pohled alergologa můžeme vzhledem k jinak pěknému článku autorce odpustit. Článek kolegyně Marie Manouškové z Ostravy na **téma klíšťové encefalitidy** zdůrazňuje stav výskytu onemocnění a jeho prevence u nás a připomíná potřebu zvýšeného očkování populace. Velmi zajímavé informace pro naši praxi přináší i článek dr. Václava Hynka, urologa z Ústí nad Labem, o **možnostech a úspěších operační léčby močové inkontinence**.

Přílohou tohoto čísla je aktualizovaný **doporučený postup Metabolický syndrom**, který je uvnitř čísla uveden zvláštním článkem kolegy Zdeňka Hamouze, jednoho z autorů tohoto postupu.

Informace ze SÚKLu tentokrát přinášejí **fakta o padělcích a nelegálních léčivech**.

Nepřehlédněte **anketu SVL o softwarech** na str. 32. Informace, které nám pošlete, mohou pomoci k rozhodnutí o spuštění projektu tvorby nepředraženého a přitom na míru šitého softwaru pro naše ordinace. Při této příležitosti také připomínám **výzvu na zaslání vaší kontaktní e-mailové adresy** (str. 13), která může výrazně zlepšit Vaši komunikaci s výborem SVL.

V rubrice legislativa je kromě dokončení textu z minulého čísla o vykazování výkonů uvedena nově platná vyhláška o preventivních prohlídkách, která je platná od 1.2. 2010 a přináší některé zásadní změny. Mezi jinými **byla zrušena horní věková hranice pro provádění screeningové mamografie**. Chtěla bych zde omluvit menší chybu z minulého čísla, kde v dotazech a odpovědích k problematice preventivních prohlídek byla ještě „po staru“ uvedena horní hranice 69 let.

Určitě mnoho kolegů si se zájmem přečte a možná i ve své praxi využije zkušenosti z Ostravy v podání krajské konzultantky SVL dr. Alice Havlové, **jak řešili spolupráci s ambulantními specialisty** při poskytování péče svým společným pacientům.

Přeji Vám hezké chvíle strávené s naším časopisem

Jaroslava Laňková
šéfredaktorka

Zpráva volební komise o došlých kandidátech

22. února 2010

Přítomni:

MUDr. Appelt, MUDr. Doležal
pí. Vrbová
MUDr. Bradáčová - omluvena

Volebních výzev odesláno: 3 925

Počet kandidátů na práci ve výboru a v revizní komisi: 32

Ověřil: MUDr. Appelt Jiří
Zapsala: Andrea Vrbová

Kandidáti do výboru a revizní komise SVL ČLS JEP



MUDr. Šárka Bílková

Pracoviště: Smetanovo nám. 1358, 274 01 Slaný

Promoce 1988 na Fakultě všeobecného lékařství v Praze. Od r. 1993 soukromá praxe v oboru Všeobecného lékařství pro dospělé doposud. Atestace z oboru 1992. Akreditace přidělena 3/2009. V současnosti připravuji k atestaci jednoho rezidenta. Členkou výboru SVL ČLS JEP v období 2002-2006. Působila jsem jako šéfredaktor webových stránek SVL a podílela se na jejich vzniku. Vypracovávala jsem mnoho oponentur k odborným pracím z ostatních oborů (nefrologie, kardiologie, diabetologie, obezitologie). Věnovala jsem se i přednáškové činnosti. Jsem členkou v atestačních komisích v našem oboru. Doposud jsem aktivním účastníkem několika klinických studií. Svě členství ve výboru SVL JEP jsem byla nucena přerušit z rodinných důvodů. Nyní bych se ráda ke své práci vrátila a pokračovala v ní, abych mohla být přínosem pro náš tolik potřebný obor. Svůj odborný zájem bych chtěla zaměřit na kardiiovaskulární oblast, diabetologii, hypertenzi.



MUDr. Pavel Brejník

Pracoviště: Čermákova 1987, 272 01 Kladno

Narozen 1956. Absolvent FVL UK Praha 1981. 1981-84 OÚNZ Kladno, 1984-2002 jako závodní obvodní lékař Důl Kladno, 1995-dosud jako všeobecný praktický lékař Kladno, od 1992 jako OSVČ. Kvalifikace v oboru: atestace I. stupně 1984, II. stupně 1988. Zájmy: znalecká a posudková činnost, od roku 1992 soudní znalec v oboru zdravotnictví, specializace všeobecné lékařství. Zastupuje praktické lékaře při jednáních Ústřední znalecké komise Ministerstva zdravotnictví ČR, vypracovává posudky na obranu praktických lékařů při soudních sporech a obviněních praktických lékařů. Je školitelem v oboru všeobecné praktické lékařství, za cca 20 let činnosti pomohl získat praktické i teoretické dovednosti pro 16 praktických lékařů. Činnost pro SVL: V posledních letech je členem výboru společnosti s funkcí pokladníka, v minulosti pracoval jako předseda revizní komise. Podílel se od roku 2003 na organizaci vzdělávacích seminářů SVL ve středočeském kraji.



doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Pracoviště: LF HK, Šimkova 580, 500 38 Hradec Králové

Jako předseda SVL ČLS JEP jsem se ve spolupráci se členy výboru věnoval oblastem organizace, koordinace a zdokonalování kontinuálního vzdělávání PL (600 reg. seminářů, e-learningové lekce, Practicus, www stránky), výzkumných projektů v oblasti kvality primární péče (AKVA) a hlavních civilizačních chorob (ATLET, MOET-DM), tvorby doporučených postupů (36 DP pro VPL), problematiky personálního zabezpečení primární péče (270 rez. míst, kde bylo získáno pro budoucí PL přes 270 mil. Kč), připravám výročních konferencí, interaktivních jarních konferencí a řešení koncepčních otázek obo-

korespondeční způsob voleb

počet přihlášených kandidátů: 32

**počet volených kandidátů:
do výboru 17
do reviz. komise 3**



MUDr. Petr Bouzek

Pracoviště: Lékařský dům Slávia, Masaryk. nám. 35, 697 01 Kyjov

Mnozí kolegové z našeho oboru se snaží, abychom mohli nabízet nejvyšší kvalitu péči. To je zcela v pořádku. I proto v kvalitě poskytované péče, ve srovnání s vyspělým světem, nevidím žádný významnější rozdíl. Náš obor trápí jiné věci a to organizační. Rozhodl jsem se věnovat právě těmto stránkám a proto jsem vystudoval obor zdravotnického managementu na VŠE a nyní jej studuji třetím rokem na FZV UP v Olomouci. Během svého života jsem pracoval jak v řídicích funkcích, tak v pozicích posledního pěšáka. Mám tedy určité životní zkušenosti i teoretické znalosti, které bych chtěl použít pro zlepšení našeho oboru právě v organizační oblasti. Mým hlavním cílem je plnoprávné postavení lékařů vůči zdravotním pojišťovnám a představitelům státní moci. Se současným stavem jsem velmi nespokojen. Je snadné kritizovat, je

ru. Dalšími okruhy bylo navržení nového kurikula pro specializační přípravu, nové koncepce oboru a i podíl na zlepšení podmínek práce PL ve spolupráci se SPL ČR. Co v budoucím období? Zejména zabezpečit další komplexní rozvoj edukačních, výzkumných a profesních aktivit SVL ve prospěch terénních PL a oboru. Prosazovat novou koncepci VPL na úrovni vyspělých států EU. Podporovat a prosazovat všechny aktivity rozšiřující naše odborné kompetence a ve spolupráci se SPL ČR i lepší ekonomické zabezpečení primární péče.



MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.

Pracoviště: Ke střílně 393, 330 08 Zruč - Senec

V minulém volebním období jsem měl na starosti kromě běžné agendy oblasti související s neodkladnou péčí, předoperačními vyšetřeními a preventivní obezitologií. Spolupracoval jsem na přípravě jako odborný garant - DP Přednemocniční neodkladná péče, Erektální dysfunkce, jako spoluautor v DP Geriatrie, jako oponent DP bolesti hlavy, Obezita a ICHS. Kromě této činnosti jsem zastupoval SVL na jednáních na různých úrovních, např. ohledně LSPP. Na mezinárodní úrovni za SVL pracuji ve výboru Evropské kardiologické společnosti primární péče EPCCS – při WONCA Europe, pravidelně aktivně vystupuji na mezinárodních i domácích konferencích za SVL, pracuji externě jako asistent na LF UK Plzeň, kde se zabývám přednášením oboru praktického lékařství, vzděláváním a akreditacemi. Do budoucna, pokud bych byl nadále zvolen, bych chtěl pokračovat v těchto dosavadních aktivitách.



MUDr. Jozef Čupka

Pracoviště: ul. Suchbátorské náměstí 7/445, 165 00 Praha 6

Moje profesní zaměření je orientováno na prevenci kardiovaskulární, onkologickou, zdravý životní styl, rizikové závislosti a harmonické stárnutí populace. V rámci SVL ČLS JEP koordinuji oblast preventivní intervenční medicíny a závislostí, jsem redaktorem časopisu Practicus a monitoruji aktuální právní normy nutné pro existenci a činnost praxe praktického lékaře. Přednáším na konferencích a seminářích pro praktické lékaře novinky ve výše uvedených problematikách a spolupracuji na projektech Státního zdravotního ústavu i Ministerstva zdravotnictví ČR. V práci pro SVL ČLS JEP bych rád pokračoval jako aktivní člen výboru a revizní komise. Bude mi ctí zažít spolu s Vámi konání světové konference praktických lékařů WONCA v roce 2013 v Praze.



MUDr. Eva Grzegorzová,

Pracoviště: Hnojník 127, 739 53 Hnojník u Třince

Promovala v r. 1970 na FVL UK v Plz-

ni. v r. 1975 získala atestaci z vnitřního lékařství I.st. Po té pracovala v záv. zdrav. středisku jako záv. lékař. V r. 1978 nastoupila na poloměstský a polovenkovský obvod v Třinci, jako praktický lékař. V r. 1979 složila atestaci I.st. ze všeobecného lékařství, a v r. 1983 složila atestaci II.st. ze všeobecného lékařství. Členkou SVL od r. 1979 při založení, stala předsedkyní sekce SVL při Spolku JEP v Třinci, kde sama pořádala přednášky pro praktické lékaře anebo organizovala přednášky pod hlavičkou Spolku s tematikou pro praktické lékaře. Od r. 1984 byla vedoucím lékařem všeobecného lékařství v Třinci. Od r. 1991 pracuje až dodnes na venkovském zdrav. středisku v Hnojníku u Třince. Od r. 1992 zároveň se stala léc. prev. ná-městkem řed. polikliniky Třinec a po jejím zprivatizování již pracovala jako okresní předseda Sdružení praktických lékařů Frýdek Místek. Jako vedl. činnost splnila roční Kurs Myoskeletální medicíny a věnuje se tomuto oboru dodnes. Rovněž část své činnosti věnovala provozování Kursů „Snižování nadváhy“. Nyní od I.I.2009 svou praxi předala MUDr. Bilkové Lence a zde pracuje nadále jako její zaměstnanec. Po celou dobu až do r. 2007 byla v představenstvu ČLK.



MUDr. David Halata

Pracoviště: Hošťálkova 90, 756 22 Hošťálková u Vsetína

Dosavadní činnost pro SVL ČLS JEP - žádná. Do výboru SVL ČLS JEP bych rád přinesl pohled mladých praktických lékařů a zároveň pohled vesnického praktika ze srdce valašských kopců na současnou praktickou medicínu.



MUDr. Alice Havlová

Pracoviště: Hvězdoslavova 584/16, 71600 Ostrava-Radvanice



MUDr. Otto Herber

Pracoviště: Nerudova 686, 278 01 Kralupy nad Vlt.

V minulém volebním období jsem byl místopředsedou výboru SVL ČLS JEP. V rámci odborné činnosti jsem působil jako garant doporučených postupů pro PL zejm. v oblasti metabolických chorob. Mým zájmem pro další období je pokračovat v prohlubování kompetencí PL. Např. 24 hod. monitoring TK v našich praxích považuji za základní kvalitativní prvek moderní praktické medicíny, který dosud nemůžeme vykazovat. Další posílení vidím ve využití moderní hypolipid. léčby, kde pro nás stále existují omezení. Rád bych se zasadil o ještě užší spolupráci s odbornými společnostmi a také o to, aby se naše činnost přenesla i do dalších oblastí

(např. do okresů či spolupráce s LF a nemocnicemi). Za důležitou považuji též komunikaci s mladými lékaři. Nadále bych chtěl prezentovat náš obor v red. radách časopisů Postgraduální medicína a Kapitoly z kardiologie pro praxi. Při setrvání ve výboru budu při prosazování našich zájmů vycházet ze znalosti problematiky oboru, s níž se denně setkávám ve své ordinaci.



MUDr. Petr Herle

Pracoviště: Pekárenská 4, 141 00 Praha 4

Příležitostná výpomoc výboru, kde bylo potřeby. Přednášky na vyžádání a dle potřeby na různá témata, zejm. kožní. Pomoc v oblasti vzdělávání.

Rád bych pracoval jako předseda revizní komise (budu-li zvolen) stejně jako doposud.



MUDr. Toman Horáček

Pracoviště: Komárov 501, 267 62

Ve výboru SVL jsem se věnoval problematice závodní preventivní péče, pracoval jsem v akreditační komisi, úkoly jsem plnil podle aktuální potřeby. V příštím volebním období chci v této práci pokračovat, podporovat spolupráci se SPL ČR, s ČLK, eventuálně se věnovat činnosti, která bude potřeba.



MUDr. Karel Janík

Pracoviště: Horní Bečva 655, 756 57

Pracuji od r. 1969 jako praktický lékař na horském obvodu. Od roku 1990 jsem členem výboru SVL J.E.Purkyně.

Podílím se na organizování a moderování celostátních konferencí a odborných seminářů pořádaných SVL J.E.Purkyně. Účastím se na tvorbě doporučených diagnostických a léčebných postupů pro všeobecné praktické lékařství. Nadále budu pokračovat v této činnosti hlavně se zaměřením na geriatrického pacienta.



MUDr. Igor Karen

Pracoviště: tř. Osvoboz. polit. vězňů 241, 294 71 Benátky nad Jizerou II

Pracuji ve výboru SVL již 4. volební období. V minulém i předminulém volebním období jsem měl na starosti kromě běžné agendy oblasti související s hypertenzí, diabetologií, metabolickým syndromem, antibiotiky ještě přípravu nového kódu: „Péče o stabilizovaného nekomplikovaného diabetika 2. typu VPL, který se nám přes MZ povedlo prosadit právě pro VPL v ČR a tak narovnat naše postavení na přibližnou úroveň jako mají kolegové v Evropě od 1.1.2010. Spolupracoval jsem na přípra-

vě jako odborný garant a koordinátor DP Arteriální hypertenze, Diabetes mellitus, Metabolický syndrom, Chronická rána, Očkování, jako spoluautor DP ICHS, jako oponent DP Dyslipidémie, Prevence KVO. Hlavní koordinátor a garant v projektu MOET DM2 za primární péči. Zastupoval jsem SVL na jednáních na různých úrovních např. ohledně diabetes mellitus, arteriální hypertenze, ale také v ATB komisi ČLS JEP. Jsem členem Evropské infektol. spol. a Evropské diabetol. spol. Pravidelně aktivně vystupuji na mezinárodních i domácích konferencích za SVL, publikuji v odborných periodících za primární péči v uvedených tématech. Do budoucna, pokud bych byl zvolen, bych chtěl pokračovat v těchto aktivitách ve prospěch všeobecných praktických lékařů a dále tak rozvíjet náš obor.



MUDr. Stanislav Konšacký, CSc.

Pracoviště: FVZ, Třebešská 1575, 500 01 Hradec Králové

Ve výboru SVL pracuji druhé volební období. Jsem zaměstnán jako akademický pracovník na Fakultě vojenského zdravotnictví a Lékařské fakultě v Hradci Králové. Jsem místopředsedou Akreditační komise pro všeobecné praktické lékaře a člen předsednictva Komise pro lékovou politiku a kategorizaci. V této organizaci hájím zájmy VPL, mám zájem o rozšiřování kompetencí v rámci preskripce všeobecných praktických lékařů. Podílel jsem se na uvolnění preskripce sartanů, rozšíření preskripce statinů, uvolnění atorvastatinů a dalších, v posledním období pak na uvolnění preskripce kombinací léčby: statin- fibrát, výhledově pak o další uvolnění léků pro léčbu diabetiků II. typu a pacientů s Chronickou obstrukční plicní nemocí. Jsem garantem SVL pro tvorbu doporučených postupů pro Astma bronchiale, CHOPN a Insomnie.

Při zvolení do výboru mám zájem pokračovat v uvedených činnostech a navíc nabízím své jazykové znalosti při organizování světového kongresu WONCA 2013 v Praze.



MUDr. Mgr. Josef Korenek, CSc.

Pracoviště: Krátká 798, 766 01 Valašské Klobouky

Po seznámení se s úkoly výboru SVL v tomto volebním období se chci podílet na potřebných průběžných povinnostech výborové činnosti a navíc se chci věnovat problematice etických dilemat v praxi praktického lékaře.



MUDr. Jaromír Langer

Medica-Langer s.r.o., Protifašistických bojovníků 18/2, 550 01 Broumov 1

1964-1970 jsem studoval na LF

UK. 1970 - 1971 jsem pracoval jako postgraduální lékař v ÚVN v Praze, 1971 - 1980 jako vedoucí lékař polikliniky v Praze, v r. 1974 jsem složil atestaci I. stupně v oboru vnitřní lékařství, v r. 1979 atestaci I. stupně v oboru VPL, v r. 1978 atestaci II. stupně z oboru přenosných nemocí. 1980 - 1985 jsem pracoval jako starší sekundární lékař, posléze jako odborný asistent infekční kliniky UK Praha. Od roku 1986 jsem pracoval jako obvodní územní lékař, závodní lékař a lékař ústavu sociální péče. V r. 1992 jsem se privatizoval a v r. 1994 jsem založil společnost s ručením omezeným Medica - Langer s.r.o., kde funguji dosud jako jednatel a garant společnosti a zároveň i jako praktický lékař. Moje společnost má i ordinaci v Broumově a v Teplicích n.M. Jsem členem SVL ČLS JEP, SIL ČLS JEP a též se angažuji v sekci cestovního a tropického lékařství STLC. V roce 2008 jsem splnil akreditaci z praktického lékařství na MZ ČR. Zúčastňuji se mezinárodních konferencí v oboru infekčního a tropického lékařství. Mojí jedinou a velikou zálibou je medicína a snažím se léčit své pacienty podle posledních výsledků rychle vpřed postupující medicíny a farmakologie.



MUDr. Jaroslava Laňková

Pracoviště: Palackého 75, 394 70 Kamenice nad Lipou

Ve výboru pracuji od r. 2002, nejdříve jako koordinátor kontinuálního vzdělávání. V posledním volebním období jsem pracovala jako místopředsedkyně SVL pro vzdělávání, jako šéfredaktorka odborného časopisu SVL ČLS JEP Practicus, jako odborný garant a spoluautor doporučených postupů Deprese, Úzkostné poruchy, Demence, Funkční poruchy štítné žlázy, Antikoagulační léčba. Snažím se rozvíjet mezioborovou spolupráci a zvyšování kompetencí PL v oblasti psychiatrie, endokrinologie a hematologie. Díky plynulé komunikaci v angličtině jsem zastupovala SVL v evropském sdružení učitelů v primární péči EURACT, aktivně se účastním mezinárodních konferencí praktických lékařů, od r. 2009 pracuji ve výboru pro přípravu světové konference WONCA v Praze 2013. V novém výboru bych ráda pokračovala v rozvíjení dosavadních činností s cílem dovedení oboru VPL na úroveň evropského standardu.



MUDr. Marie Manoušková

Pracoviště: Lyčkova 14, 724 00 Ostrava

Začala pracovat v r. 2000 při organizaci 20. jubilejní konference SVL ČLS JEP v Ostravě. Od r. 2006 jsem členkou výboru SVL a členkou redakční rady časopisu PRACTICUS. Podílela jsem na oponentuře doporučeného postupu pro všeobecné praktické lékaře a také jsem doporučené postupy přednášela.

Pokud budu zvolena do výboru, ráda bych zintenzívnila práci v redakční radě časopisu PRACTICUS a ráda bych se podílela na organizování světové konference WONCA v r. 2013 v Praze. Budu-li zvolena do revizní komise ráda využiji svých zkušeností z působení v revizní komisi ČLK.



MUDr. Otakar Maňas

Pracoviště: nábr. Ludvíka Svobody 1222/12, 110 00 Praha 1

Vážím si práce všech členů Výboru SVL JEP, a protože ve všech firmách i organizacích se mění v průběhu 2-5 let tváře i funkce, což udržuje organizace jednak v chodu i čerstvosti, a i v životě jednotlivých osob to bývá podobně. Pracoval jsem během let jak v ČR, tak i v zahraničí a stejně tak i v řadě funkcí doma i venku – např. v exekutivě Evropské organizace pro léčbu diabetu v primární péči, zakládal jsem odbornou sekci diabetologie na WONCE, organizoval jsem odborné akce a kongresy, přednášel na III. fak. UK Praha (diabetologie, urologie), zastupoval jsem PL na řadě jednání při tvorbě kapitace a mnoha jiných na MZ ČR, v Parlamentu ČR, zdrav. pojišťovnách, pracoval jsem na projektech čipových karet a využití informatiky ve zdravotnictví. Jsem spoluautorem projektu elektronické preskripce pro MZ ČR, autorem projektu Malé Praxe, pracoval jsem jako zástupce ČR (SPL) v Evropské organizaci UEMO. Řadu let jsem vedl ekonomickou sekci SPL ČR jako pokladník a místopředseda. Vzhledem k dobrým znalostem ekonomiky celkově i v oblasti PL se ucházím o místo v revizní komisi, kterou je třeba obnovovat i v rámci důvěryhodnosti a čistoty organizace a rád bych tyto zkušenosti doma i venku využil pro Výbor SVL JEP.



MUDr. Gabriela Mazurová

Pracoviště: Medicover s.r.o., Lomnického 5, 140 00 Praha 4

Narodila jsem se 19. 9. 1973 v Jindřichově Hradci. V roce 1998 jsem ukončila studium všeobecného lékařství na 1. LF UK v Praze, v roce 2009 jsem složila atestaci z všeobecného praktického lékařství. Nyní pracuji jako praktická lékařka. Od roku 2007 jsem řádnou členkou SVL ČLS JEP, od ledna 2010 jsem členkou Rady sdružení Mladých praktiků (www.mladipraktici.cz). V rámci SVL ČLS JEP bych se chtěla zaměřit na problémy mladých praktických lékařů - účastnit se na koncepci oboru především v oblasti předatestační přípravy, rozšířit informační zázemí nejen pro lékaře v předatestační přípravě, podílet se na organizaci vzdělávacích seminářů pro praktické lékaře. Dále bych se chtěla podílet na rozvoji zahraničních aktivit v rámci oboru všeobecného praktického lékařství (stáže, organizace mezinárodních setkání). Těším se na spolupráci.



MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

Pracoviště: Květnové nám. 7, 252 43 Průhonice u Prahy

Kandiduji v letošních volbách do výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Ráda Vás proto seznámím se svým programem: Ve své práci vycházím z toho, že všeobecné praktické lékařství je spojkou mezi medicínou, psychologií a sociologií. Praktik umí navíc ke svým medicínským schopnostem poradit i v otázkách psychosociálních, v oblasti včasného zachytu závažných onemocnění i v oblasti paliativní péče. Proto jsem velice ráda spolupracovala na tvorbě i implementaci Doporučených postupů (Mamografický screening, Všeobecné onkologické vyhledávací postupy, Onemocnění prostaty, Odkládání kouření). Aktivně jsem se účastnila konferencí na téma paliativní péče. V současné době připravuji s kolegou MUDr.B. Skálou, Ph.D. aktualizaci DP na téma onkologická prevence. Do budoucna hodlám v tomto úsilí pokračovat.



MUDr. Dana Moravčíková

Pracoviště: I. P. Pavlova 65, 779 00 Olomouc

Pracuji 21 roků jako všeobecný praktický lékař pro dospělé v Olomouci. Ve výboru SVL ČLS JEP působím od svého zvolení, od roku 2006. Moje dosavadní činnost ve výboru SVL ČSL JEP jsou následující: jsem spoluřešitelem společného projektu SVL a Diabetologické společnosti ČLS JEP na podporu kvality péče o diabetiky v ordinacích PL pod názvem MOET DM II. Jako oponent jsem zpracovala posudky k doporučeným postupům: Laboratorní metody, Hypertenze Dyslipidémie, Diabetes mellitus, Očkování v ordinaci praktického lékaře, profylaxe malárie a cestovních průjmů, Metabolický syndrom. Ze své letité praxe praktického lékaře jsem si uvědomila důležitost neustálého prohlubování odborných vědomostí s nutností upevňování fyzické a duševní kondice. Tato myšlenka mě vedla k vytvoření programu, jehož jsem zakladatelkou a který vedl k založení víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP - netradičního formátu vzdělávacích akcí v přijatelné kombinaci klasického vzdělávání a odborně edukace v pohybových aktivitách a režimových opatření. Pokud budu Vámi zvolena do výboru SVL ČLS JEP, ráda bych pokračovala ve všech dosavadních činnostech.



MUDr. Cyril Mucha

Pracoviště: Vítězné nám. 10, Praha 6

Od roku 2004 pracuje jako krajský konzultant pro Prahu, organizuje semináře SVL ČLS JEP v Praze. Ve výboru SVL

ČLS JEP pracuje jako poradce pro (počítačovou) techniku, je členem redakční rady a odborný redaktor časopisu Practicus, ve kterém též často publikuje. („jeho“ rubrikou je např. „PC a doktor“). Je hlavním autorem doporučeného postupu Software v ordinaci PL. Pracuje jako odborný asistent Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK Praha. Soukromou praxi PL má v Praze 6. K jeho dalším odborným zájmům patří i očkování, zejm. proti chřipce. V případě zvolení se chce věnovat dalším aktivitám v oblasti softwaru (SW) pro PL tak, aby SW sloužil lékaři a nikoli naopak. Pokud by se nedařilo do budoucna více komunikovat s výrobcí SW je ochoten prosazovat vytvoření neziskového ambulantního programu pro ordinace PL vlastního např. odbornou společností.



MUDr. Miloš Ponižil

Pracoviště: Mlýnská 541, Hrušovany nad Jevišovkou, 671 67

Narozen v Brně v roce 1957, studium LF UJEP Brno 1976 - 1982, v letech 1982-83 jsem v rámci ZVS vykonával službu vojenského lékaře v Levicích na Slovensku. Od roku 1983 příprava na obor VPL při OÚNZ Znojmo, atestace I. stupně VPL v roce 1986, atestace II. stupně z VPL v roce 1990. Po celou aktivní dobu pracuji jako PL na venkovském obvodu v Hrušovanech nad Jevišovkou - do roku 1993 v zaměstnaneckém poměru při NsP Znojmo, od roku 1993 jako soukromý PL. V posledním volebním období 2006-2010 jsem byl členem výboru SVL ČLS JEP. Hlavní náplní mé činnosti je organizování postgraduálního vzdělávání PL v regionu, v roce 2007 a 2009 jsem byl prezidentem výroční konference SVL ČLS pořádané v Brně. Dále jsem byl dne 1.11.2007 jmenován Ministrem zdravotnictví členem odborného kolegia MZ se zaměřením na problematiku primární zdravotnické péče.



MUDr. Hugo Příbyl

Pracoviště: NZZ Pernerova 22, 718 00 Ostrava

Chtěl bych pomoci dle svých zkušeností a potřeb SVL.



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Pracoviště: Šaldova 24, 186 00 Praha 8

Od roku 2002 působím ve výboru SVL ČLS JEP ve funkci vědeckého sekretáře. Věnuji se zejména oblasti výzkumu, vzdělávání, podpory kvality a rozvíjení teorie oboru všeobecného praktického lékařství. Působím jako reprezentant SVL ve výborech světové a evropské organizace praktických/rodinných lékařů WONCA. Vedl jsem tým SVL, kterému se podařilo získat pro Prahu světovou konferenci v roce 2013.

V dalším volebním období se chci plně soustředit na přípravu světové konference a zvýšení mezinárodní prestiže českého praktického lékařství. Chci podpořit práci nového výboru svými zkušenostmi. Svého současného působení na lékařské fakultě využiji k propagaci oboru mezi studenty, ke zlepšení úrovně mezioborové spolupráce a získávání nových adeptů všeobecného praktického lékařství.



MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Pracoviště: Na valech 216, 563 01 Lanškroun

Dosavadní činnost - garance DP v oblasti farmakoterapie bolesti, onkologické prevence, následné symptomatické a paliativní péče. Jsem zástupcem SVL v Akreditační komisi pro obor VPL na MZd. Za poslední roky se povedlo díky důsledné implementaci DP v oblastech léčby bolesti a v oblasti paliativní péče přinést informace o nových pojetích této problematiky do primární péče, nastolit důstojný dialog o roli lékaře primární péče mezi ostatními odbornými společnostmi. Víze: dále vyhledávat nové postupy, novinky ve farmakoterapii, diagnostické metody v oblastech léčby bolesti a paliativní péče. Na základě diskuse s kolegy PL a zástupci odborných společností nacházet a prosazovat shodu v této problematice. Zásadním způsobem ovlivnit další jednání o domácí paliativní péči, kde VPL má nezastupitelnou roli. V letošním roce je plánováno připravit DP v obecné onkologické prevenci na úrovni celostátního projektu napříč odbornostmi, zpracováván Národním referenčním centrem. Byl jsem jmenován zástupcem za SVL do tohoto projektu. Jako prioritu vidím koordinaci aktivit v onkologické prevenci, která povede ke smysluplné definici onkologické prevence v ordinaci praktika. Dále výbor řeší řadu dalších aktivit a běžnou agendu (ta je jasná a daná), kde každý člen má nezastupitelnou roli.



MUDr. Hana Šedivá

Pracoviště: Malšice 54, 391 75

Jsem praktická lékařka pro dospělé. Mám praxi v městysu Malšice, kterou vedu již 17 let. Mám i přidruženou rehabilitaci. Ráda bych ev. byla zapojená do problematiky kloubů a vertebrogenních onemocnění. Tyto civilizační pohybové problémy trápí populaci v jakémkoliv věku, a tím je jejich aktuálnost a diskuze přínosná.



MUDr. Jiří Šoukal

Pracoviště: Dlouhá 5617, Zlín 760 01

Ze své dosavadní praxe cítím potřebu zvýšení odborných kompetencí praktika. Ty by měly být zaštitěny všeobecně přijatými odbornými postupy, jak

z hlediska jednotlivých nosologických jednotek, tak z hlediska diferenciálně diagnostických témat. Na tvorbě těchto odborných postupů bych se rád podílel.



MUDr. Josef Štolfa

Pracoviště: IPVZ, Ruská 85, 100 05 Praha 10

Nar. 24.11.1959 v Havlíčkově Brodě. Po maturitě na choťebořském gymnáziu v r. 1987 jsem absolvoval LFUK v Hradci Králové. Po ZVS jsem se zařadil do oboru všeobecné lékařství (VPL). Atestoval jsem v r. 1991. Od té doby pracuji jako všeobecný praktický lékař, nejprve u OÚNZ, od r. 1994 jako OSVČ v Praze 8. Jsem držitelem specializované způsobilosti v oboru VPL. Současně se věnuji postgraduálnímu doktorskému studiu biomedicíny se zaměřením na prevenci v toxikomanii. Od r. 2002 se aktivně věnuji vzdělávání ve VPL. Jednak na regionální úrovni, ale zajišťuji rovněž pregraduální výuku oboru VPL na 2. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze Motole. Mojí hlavní vzdělávací aktivitou je v současné době práce spojená se specializačním vzděláváním v oboru VPL, z titulu vedoucího katedry všeobecného lékařství, KVL IPVZ. Jsem dlouholetým členem SVL ČLS JEP. Jako vedoucí KVL již dlouho a úzce spolupracuji s představiteli SVL. Výsledkem naší práce je např. Koncepce oboru VPL. Svůj přínos pro SVL, v případě svého zvolení, vidím v upevnění spolupráce všech subjektů, podílejících se na postgraduálním vzdělávání. Rovněž mohu přispět k lepšímu porozumění mladým lékařům, zejména těm, kteří ještě nesložili specializační atestaci anebo jsou krátce po jejím složení a s jejichž problémy se dnes a denně setkávám.



MUDr. Jana Vojtišková

Pracoviště: ul. Petra Rezka 3/1090, 140 00 Praha 4

Dosavadní činnost pro SVL ČLS JEP a plánovaná činnost v revizní komisi. Členkou SVL jsem řadu let. Pravidelně se účastním konferencí a podílím se na přípravě a realizaci odborného programu. Spolupracovala jsem na tvorbě doporučených postupů (Gastroenterologie, Laboratorní metody, Náhlé příhody břicha) a podílela se na vedení několika projektů a výzkumných úkolů (např. METRO, MIM, MOET-ICHDK, Pochybení a omyly). Jako členka redakční rady jsem pomáhala přetvářet časopis Practicus v atraktivní periodikum odborné společnosti. Na 1. lékařské fakultě studentům představuji náš obor a práci SVL.

Kromě odborných aktivit bych chtěla činnosti v revizní komisi stimulovat výkon nového výboru tak, aby nejen plnil své současné funkce, ale také zvýšil prestiž oboru mezi odbornou i laickou veřejností.

Specializační vzdělávání a systém rezidenčních míst (RM)

Systém specializačního vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství (VPL) prošel v posledních 20 letech množstvím více či méně přínosných změn. Ať pokud jde o délku specializační přípravy, tak zejména o způsob financování.

Délka vzdělávání

Délka specializačního vzdělávání v oboru VPL byla na začátku devadesátých let 3 roky. Vzhledem k tomu že mnozí z nás ji takto absolvovali, můžeme se vcelku kvalifikovaně vyjádřit k její současné délce, která je opět 3 roky. Nechceme-li degradovat svoje vlastní specializační vzdělání, můžeme současnou tříletou specializační přípravu jen těžko napadnout. Když pomíme individuální rozdíly, pak lze říci, že lékař, který se 3 roky připravuje v základním specializačním výcviku, není hůře vybaven pro samostatnou praxi a není tedy horší ani méně kvalifikovaný všeobecný praktický lékař nežli ten, který prošel čtyř nebo pětiletou specializační přípravou. Samozřejmě za předpokladu dalšího kontinuálního vzdělávání a individuálního studia. Z tohoto pohledu za čtyř nebo dokonce pětiletou specializační přípravou nelze cítit nostalgii. Tříletým curriculum vychází náš současně platný vzdělávací program vstříc doporučení EU na minimální délku specializační přípravy v oboru VPL. Minimálním doporučením samozřejmě není nikterak omezena možnost delší přípravy, pokud se tak rozhodnou národní instituce.

Financování

S délkou specializačního vzdělávání úzce souvisí otázka financování lékaře v přípravě – kandidáta oboru VPL. Z logiky věci vyplývá, že méně finančně náročná je kratší povinná specializační příprava. Jak známo, náš obor jako jeden z mála nemá klinickou základnu v lůžkových zdravotnických zařízeních. Zájemci o obor VPL z řad lékařů tedy nemohou nastoupit do pracovního poměru např. v blízké nemocnici, která by jejich specializační přípravu financovala za logického předpokladu možného budoucího využití těchto lékařů ve svých službách. Zjednodušeně řečeno, budoucí všeobecný praktický lékař nemá pro lůžkové zdravotnické zařízení žádnou cenu a jako k takovému k němu bylo, a někdy ještě je, přistupováno. Proto byl v 90. letech vybudován systém, kdy lékař, který chtěl vstoupit do praktické medicíny, mohl být zaměstnán u IPVZ, nástupce tehdejšího ILF, a při průchodu specializační přípravou byl touto institucí také placen. Tímto způsobem byli placeni rovněž školitelé, resp. školící pracoviště kandidáta a hrazeny poplatky za kurzy a pomůcky.

Vlivem politicko - ekonomické situace v České republice v roce 2005 bylo tehdejším ministerstvem zdravotnictví rozhodnuto o ukončení financování specializační přípravy v našem oboru výše popsaným způsobem. Bohužel se tak stalo náhlým rozhodnutím, na které nenavazovalo žádné jiné, které by způsob financování specializačního vzdělávání řešilo a zrušený systém nahradilo jiným. Díky této náhlé ráně nebylo vzdělávání v našem oboru v letech 2006 a 2007 financováno vůbec. Tento stav vyvolával opakovaně obtížná jednání zástupců SVL a SPL s MZČR, jejichž výsledkem byl Dotační program MZ, který pokrýval alespoň 2/3 nákladů spojených s průchodem lékaře specializační přípravou. Kromě Dotačního programu bylo v únoru 2008 rovněž umožněno přijmout posledních 20 lékařů do zaměstnaneckého poměru k IPVZ. Výše popsaný stav byl dlouhodobě neudržitelný, zvláště vezmeme-li v potaz data mapující demografickou situaci oboru VPL v naší republice. I proto jsme vděční, že byl uveden v život dlouho zpracovávaný **systém financování specializační přípravy formou rezidenčních míst**. Ten není výsadou vzdělávání v oboru VPL, ale realizuje se v různé míře u všech odborností.

Rezidenční místa (RM)

Pro první období s nástupem účinnosti od 1.10.2009 MZČR přidělilo pro specializační vzdělávání v oboru VPL 149 RM. Tento počet byl v průběhu přípravy spuštění tohoto systému upraven na 155 RM pro obor VPL. Každé RM bylo dotováno celkovou částkou 1 030 000 na jedno RM na 3 roky. Uvedená částka činí 28,660,- Kč měsíčně. Nejedná se o částku určenou na mzdu lékaře v přípravě. Její rozdělení se řídí platnou metodikou a na mzdu lékaře v přípravě musí jít minimálně 55%, 20% je maximální částka určená na odměnu školitele. Zbytek pak slouží k pokrytí nákupu dalších služeb a materiálu. Pro druhé období, dotýkající se období od 1.10.2010, bylo našemu oboru přiděleno 120 RM s dotací 1 010 000,- Kč na 1 RM na 3 roky, což odpovídá 28.055,- Kč měsíčně. Metodika rozdělení částky zůstává stejná. Tolik řeč čísel.

S přidělenými RM je ovšem nutno řádně naložit a spravedlivě je rozdělit. Zvolen byl princip roz-



MUDr. Josef Štolfa

tříletým curriculum vychází náš vzdělávací program vstříc doporučení EU na minimální délku specializační přípravy v oboru VPL

155 rezidenčních míst v r 2009

120 rezidenčních míst pro rok 2010

**princip rozdělení
podle potřeb regionů**

**každý, kdo se se
systémem RM
setká, by měl
usilovat o jeho
kultivaci
ve spolupráci
s pověřenými
institucemi**

**v rozporu s vysokou
poptávkou nebyla
v prvním kole
všechna RM
obsazena**

dělení podle potřeb regionů a návrh na rozdělení RM byl rovněž delegován na regionální zástupce oboru, sdružených v SVL ČLS JEP a členů Akreditační komise MZČR. Při rozdělení RM bylo přihlíženo k několika faktorům, které dokladovaly profesionální úroveň žadatele, vybavení ordinace a poskytované služby, předchozí pedagogickou zkušenost, profesionální bezúhonnost, publikační činnost a další. Jakkoli se uvedená čísla přidělených RM zdají být na první pohled optimistická, po přepočtení na jednotlivé regiony už se takto nejeví. Některým regionům připadlo k rozdělení například pouze 6 – 7 RM. Při mnohonásobně převyšující poptávce bylo rozdělení RM velmi obtížné a namnoze se neobešlo bez emocí. Je jisté, že metodika udělování RM je na samém počátku, stejně jako sám systém financování specializační přípravy formou RM. Jistě projde vývojem a metodika systému bude v odrazu realizace upravována. Lze proto doporučit, aby každý, kdo se s realizací systému RM přímo či nepřímo setká, usiloval o kultivaci tohoto systému ve spolupráci se zainteresovanými institucemi, jakými je Akreditační komise MZČR, SVL ČLS JEP, SPL ČR.

Jen o něco málo méně výbušným krokem byla následně vypisovaná výběrová řízení (VŘ) na obsazení RM. Akreditované zdravotnické zařízení, které uspělo v žádosti o RM, musí vypsát VŘ. Metodika i kritéria a sama technologie VŘ také zcela nepochybně projde zdokonalením. Po prvním kole rozdělení RM jsme s podivem zjistili, že v rozporu s vysokou poptávkou po RM nebyla všechna místa obsazena. Naopak mnoho zájemců o RM nebylo uspokojeno a na RM přijato. Proto SVL iniciovala aktivity vedoucí k obsazení všech RM přidělených našemu oboru. SVL byla rovněž významným rádcem a pomocníkem při zpracování administrativy, kterou sebou systémem RM nese.

Reálnou představu jak skutečně vypadá realizace systému RM vzhledem k době nástupu prvních rezidentů (1.10.2009), teprve začínáme mít, proto se k této problematice zatím nelze podrobněji vyjádřovat. Je ale jisté, že tato tematika bude předmětem některého z dalších roz-

borů, jak v tomto, tak v příbuzných periodicích. Stejně tak se budeme věnovat všem otázkám, které se v souvislosti s nástupem realizace systému RM objevují. Všechny orgány, které se problematikou realizace RM v praxi zabývají, budou vděčné za zpětnovazební podněty z jednotlivých praxí, kde je systém RM realizován.

Systém financování vzdělávání formou RM není jen výsadou oboru VPL. Realizuje se ve všech oborech s různým počtem přidělených RM a různým stupněm finanční podpory. V obou letech je náš obor na čele v obou výše popisovaných parametrech, (což není představiteli ostatních odborností přijímáno vždy s pochopením). V této skutečnosti lze vidět, že MZČR si je vědomo situace v oboru VPL a je ochotno podnikat kroky vedoucí k řešení. Někdy napadaná podmínka 5 let práce v oboru v ČR, na kterou je vázáno přidělení RM, se v kontextu výše uvedeného už nejeví tak omezující. Snahou MZČR jako státní instituce, která má zajistit lékařskou péči prvního kontaktu v České republice, musí být zajištění dlouhodobé dostupnosti této péče obyvatelstvu, což systémem RM v rámci současného přístupu k oboru VPL reálně činí.

Závěrem

Co říci závěrem? Snad jen zopakovat, že systém RM je krátce po porodu a jako k takovému se k němu musíme chovat. Vychovat – vykultivovat jej do podoby zralého dospělce, který umí poskytnout to, co od něj společnost očekává a přitom si je schopen zachovat pružnost a akceptaci všech racionálních podnětů vedoucích k případným změnám. Se všemi jeho nedostatky je tento systém jediný, který máme a který se jeví být perspektivní, když jej hned v začátcích nepokřívíme a nezničíme.

*MUDr. Josef Štolfa,
pověřený vedením katedry
Všeobecného praktického lékařství IPVZ,
člen Akreditační komise MZČR*

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**

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v dubnu 2010

Hlavní téma: Diferenciální diagnostika bolestí hlavy

Datum	Čas	Město, místo konání
Čtvrtek 1.4.2010	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Čtvrtek 1.4.2010	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Sobota 10.4.2010	9:00 - 13:00	Píseň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Sobota 10.4.2010	9:00 - 13:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Sobota 10.4.2010	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Pondělí 12.4.2010	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Středa 14.4.2010	16:00 - 20:00	Litomyšl, Hotel Zlatá hvězda, Smetanovo nám. 84
Čtvrtek 15.4.2010	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Čtvrtek 15.4.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Sobota 17.4.2010	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 17.4.2010	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Středa 21.4.2010	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek 22.4.2010	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Středa 28.4.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Středa 28.4.2010	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17



POZOR, BUĎTE V KONTAKTU!

kontakty.svl@cls.cz

Vážené kolegyně a kolegové,
pro zlepšení komunikace s lékaři se výbor SVL rozhodl zřídit databázi
e-mailových adres praktických lékařů.

Adresy budou využívány výjimečně - pouze pro nutná sdělení, tak aby nikoho neobtěžovala.

Prosíme, pokud chcete být v databázi, zašlete ZE SVÉ E-MAILOVÉ ADRESY zprávu s údaji:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ, ADRESU BYDLIŠTĚ, ADRESU PRACOVNÍŠTĚ
na adresu **kontakty.svl@cls.cz**

Na tuto adresu je možno sdělovat případné pozdější změny udaných
adres včetně změny e-mailu.

Děkujeme. Výbor SVL

MUDr. Dana Mudruňková

Ordinace alergologie a klinické imunologie, Ústí nad Labem

Bakteriální lyzáty

I když se již blíží jaro – letos spíše jen podle kalendáře – stále přichází do ambulancí praktických lékařů řada pacientů s nachlazením, virosami a bakteriálními infekty. Jde o nemoci, jejichž příznaky lze snadno léčit, ale výhodnější jak pro pacienty, tak i pro jejich ošetřující lékaře je jejich vzniku předejít. Problematičtí jsou ti pacienti, kteří mívají záněty horních a dolních dýchacích cest opakovaně.



MUDr. Dana
Mudruňková

**alergie jsou
u pacientů s IgA
deficitem 5x častější**

**neindikované
podání antibiotik
může být příčinou
imunodeficitu**

**čím dříve se imunos-
timulancia nasadí,
tím lepší je výsledný
efekt jejich podání**

Opakované respirační infekce zahrnují celou řadu diagnóz – rýmy, záněty paranasálních dutin, záněty nosohltanu, hltanu a hrtanu, záněty průdušnice, průdušek a zápaly plic, záněty středouší. U velké části těchto případů má při vzniku recidivujících infekcí významnou etiologickou roli porucha imunity.

Poruchy imunity

Poruchy obranyschopnosti mohou být primární – vrozené imunodeficity a sekundární – získané v průběhu života.

Mezi **primární imunodeficity**, se kterými se setkáváme v dospělosti, patří tzv. **selektivní deficit IgA**. Jde o částečné nebo úplné chybění slizničních protilátek třídy IgA. Jde o poměrně častou poruchu, která se klinicky projevuje častějšími záněty sliznic nejen dýchacích cest, ale i zažívacího traktu a močových cest. Také alergie jsou u pacientů s defektem IgA 5x častější než u zdravých osob. Vzácnější primární poruchou v dospělosti je tzv. **CVID – běžný variabilní imunodeficit**, který vede k častým především bakteriálním zánětům dýchacích cest.

Sekundární imunodeficity jsou časté, proto je důležité při opakování respiračních infekcí dýchacích cest (ale i zánětů kůže, středouší, močových cest apod.) myslet na stavy, které mohou tyto poruchy způsobit. Nejběžnější příčinou vzniku sekundárních poruch obranyschopnosti jsou infekční nemoci – především nedolčené, bez dostatečně dlouhé doby rekonvalescence, dále opakované vyčerpání, kdy organismus nemá dostatek odpočinku k regeneraci; k tomu často přispívá chybné složení stravy, nedostatek látek potřebných k regeneraci vyčerpaného imunitního systému. Příčinou imunodeficitu může být i neindikované nasazení antibiotik, které může zabránit plnému rozvinutí adekvátní imunitní reakce na infekci, dále k sekundárnímu imunodeficitu může vést akutní a chronický stres, některé metabolické choroby.

Pro život člověka je dobře fungující imunitní systém nezbytný. Základy obranyschopnosti si přinášíme na svět již při narození, jde o tzv. nespecifickou imunitu, která vede k rychlé obraně organismu proti různým škodlivinám a probíhá bě-

hem několika minut, eventuálně hodin po setkání člověka s patogenem. Tato reakce se v průběhu života člověka nemění. Vývojově mladší systém představuje imunita specifická, která umožňuje organismu cíleně reagovat na cizorodé struktury tvorbou specifických protilátek a vytváří si na ně imunologickou paměť. Specifická imunitní reakce se rozvíjí v průběhu několika dnů až týdnů, ale při dalších setkání těla se stejným cizorodým mikroorganismem proběhne obranná reakce rychleji a intenzivněji.

Tato imunologická paměť nám umožnila využívat očkování proti virovým a bakteriálním infekcím. Vakcíny však nechrání před všemi druhy onemocnění, proto se hledají i jiné formy ovlivnění imunitního systému – tj. imunoterapie.

Imunoterapie

Imunoterapii můžeme podle typu zásahu do imunitního systému rozdělit na **imunosupresi** (potlačení imunitních reakcí, např. při transplantacích), **imunosubstituci** (dodávání imunoglobulinů), **hyposenzibilizační léčbu alergií** (specifická alergenová imunoterapie). Pro léčbu a prevenci častých infekcí je určena **imunostimulace** (aktivace imunitního systému). K tomu využíváme preparáty označované jako imunomodulátory, případně imunostimulancia.

Imunostimulancia

Jsou to různorodé látky s rozdílným působením na imunitní systém. Jejich společným rysem je schopnost aktivace imunitního systému, tvorba většího množství obranných látek a tím prevence vzniku virových, bakteriálních a plísňových infekcí. Některé z nich lze použít při probíhající akutní infekci, kdy imunomodulační preparáty mohou zmírnit projevy onemocnění a zkrátit délku léčby. U všech imunostimulačních prostředků platí, že čím dříve se nasadí, tím lepší je výsledný efekt jejich podání. Největší význam má jejich preventivní a dlouhodobé podávání. Začít s užíváním je optimální jeden měsíc před očekávaným výskytem infekcí horních dýchacích cest, tedy podzimní a jarní měsíce.

Pro koho jsou imunostimulancia určena? Pro pacienty, kteří trpí častými a opakujícími se infek-

cemi horních i dolních dýchacích cest, recidivujícími infekcemi urogenitálního traktu, pro pacienty s chronickým onemocněním kardiovaskulárního systému, pro diabetiky a pacienty s oslabenou imunitou, kterým i běžná chřipka nebo nachlazení může způsobit vážné komplikace.

V závažnějších případech může předepsat imunostimulancia vázaná na recept ošetřující praktický lékař nebo ambulantní specialista - imunolog, alergolog, pneumolog aj. Za indikaci k zahájení imunomodulační léčby se považuje u dospělých výskyt dvou infekcí za 3 měsíce nebo výskyt čtyř infekcí během jednoho roku, u dětí výskyt tří infekcí v průběhu 3 měsíců. Před jejím zahájením by mělo být provedeno imunologické vyšetření.

V Čechách má imunomodulační léčba velkou tradici. Na českém trhu se v minulosti používaly především **bakteriální vakcíny a autovakcíny**, které se dnes připravují již jen v několika mikrobiologických laboratořích. Jde o látky bakteriálního původu, tzv. **bakteriální lyzáty**. Tyto vakcíny mají k dispozici imunologické ambulance. Pro praktické lékaře jsou dostupné firemně vyráběné perorální bakteriální lyzáty (Broncho-vaxom, Uro-vaxom, Luivac, Ribomunyl). Mezi bakterie, nejčastěji používané k výrobě lyzátů, patří *Klebsiella pneumoniae*, *Mycobacterium bovis*, *Corynebacterium parvum*, *Bordetella pertussis*, *Streptococcus pyogenes*. Řada studií prokázala, že fragmenty těl těchto bakterií (proteoglykany, lipopolysacharidy, ribosomové frakce) působí na řadu buněk účastnících se obranných reakcí v organismu a podporují sekreci cytokinů. Účinek bakteriálních lyzátů je jak nespecifický, tak i specifický. Bakteriální antigeny představují přirozený imunitní podnět, a bakteriální lyzáty působí podobným způsobem. Jejich pravidelné podávání vede k aktivaci nespecifických imunitních mechanismů jako je zvýšená produkce sekrečního IgA, aktivace fagocytózy, tvorba interferonů, aktivace NK-buněk. Podání bakteriálních lyzátů vede k posílení tvorby specifických protilátek. Tyto specifické mechanismy se uplatňují při dlouhodobějším podávání (týdny až měsíce).

Dříve byly imunomodulátory používány na základě empirie, v posledních letech byly provedeny kvalitní klinické studie, které řadí bakteriální lyzáty registrované v kategorii hromadně vyráběných léčiv do pozice přípravků, jejichž účinnost byla prokázána na úrovni medicíny založené na důkazech (evidence based medicine = EBM), a to nejen pokud jde o snížení počtu infekcí a jejich trvání, ale i redukci spotřeby antibiotik a dalších léků užívaných v léčbě infekčních onemocnění. Z farmakoekonomického hlediska je významné snížení počtu zameškaných dní v zaměstnání.

Preventivně a při běžných akutních obtížích lze zakoupit bez lékařského předpisu některý z volně prodejných přípravků. Většina preparátů na posílení imunity, které jsou v lékárnách volně prodejné, patří do kategorie tzv. potravních doplňků, to znamená, že jsou schváleny hygienikem, ale nejsou na ně kladeny tak vysoké požadavky, jako u registrovaných léků, které podléhají přísnému klinickému hodnocení. Proto doporučuji pacientům nasazení imunostimulancií prokonzultovat s lékařem nebo lékárníkem, aby jejich užívání bylo efektivní a dobře načasované.

I mezi doplňky stravy nacházíme přípravky, u kterých byla klinická hodnocení provedena, a přestože nejsou zařazeny mezi léky, existují doklady o jejich bezpečnosti a účinnosti. Příkladem takového doplňku stravy je **GS Imunostim** - 1 tableta obsahuje směs bakteriálních lyzátů 50 mg a vita-

TVRDÁ RÁNA pro chřipku a nachlazení



¹ Studie: Stanek J et. Al. Preventivní podávání GS Imunostimu jako ochrana před akutními respiračními infekcemi. Cent. Eur. J. Publ. Health 2006; 14(3):130-132



doplňek stravy

30 tbl. 160 Kč³

60 tbl. 272 Kč³

Účinný cucací bakteriální lyzát je zase tady

- Jediný volně prodejný bakteriální lyzát²
- Účinnost ověřena klinickou studií 3. LF UK Praha a SZÚ Praha¹
- V oblíbené formě cucacích tablet s mentolovou chutí
- Vhodně doplňuje účinek antibiotik
- Hrazen pacientem – šetří Váš lékový paušál
- Složení: 50 mg bakteriálního lyzátu (*Escherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*) a 10 mg vitamínu C
- Dávkování: 3x denně 1 tableta

² V kategorii IMUNITA IMS Health 2009

³ Orientační doporučená cena v lékárně vč. DPH

**nejvýznamnější
pro preventivní
posílení organismu
je vitamin C**

min C 10 mg. Je ve formě rozpustných pastilek, které působí na sliznici dutiny ústní a nosohltanu a přirozeným způsobem stimulují obranné reakce organismu (posilují imunitu). Preventivně působí proti vzniku a rozvoji infekčních chorob, snižují nemocnost, zlepšují průběh onemocnění a podporují účinek antibiotik.

Dále je v lékárnách dostupný i registrovaný lék na posílení imunity **Wobenzym**, spadající do kategorie tzv. systémové enzymoterapie. Obsahuje enzymy rostlinného i živočišného původu. Imunoglukan je přípravek s obsahem beta-(1,3/1,6)-D-glukanů. Beta-glukany jsou obsaženy v některých rostlinách a houbách (např. extrakt z hlívy ústřední). Mezi registrovanými léky najdeme i extrakt z léčivé rostliny *Echinacea purpurea* (třapatka nachová) - **Immunal kapky, Echinaceové kapky Dr. Theiss**, určené k posílení obranyschopnosti v prevenci a léčbě nemocí z nachlazení. Podobný způsob použití jako pastilky s obsahem bakteriálních lyzátů mají i pastilky s obsahem aminokyselin, oligopeptidů a polynukleotidů - přípravek **Preventan** - je určen jako preventivní podpůrný prostředek ke snížení frekvence výskytu chřipek a nachlazení. Pro první příznaky bolesti a škrábání v krku je doporučen Preventan Quattro a Preventan Acut, pro děti Preventan Junior. Od listopadu loňského roku je možné zakoupit i podobný

preparát - doplněk stravy GS ProPrevent, který obsahuje tři účinné látky - směs aminokyselin, oligopeptidů a polynukleotidů; echinaceu a zinek. Je nabízen ve třech variantách - pro preventivní užití (GS ProPrevent), pro užití při prvních příznacích bolesti a škrábání v krku (GS ProPrevent Urgent) a pro děti (GS ProPrevent Junior).

Na závěr uvádím pro kompletní přehled ještě multivitaminové přípravky. Nejvýznamnější pro preventivní posílení imunitního systému je **vitamin C** (kyselina askorbová).

Pacienti včasnou prevenci bohužel někdy podceňují a vzniku akutního onemocnění se pak nevyhnou. O možnosti posílit vlastní obranyschopnost obvykle nemají dostatek informací a proto volně dostupné prostředky na posílení imunity včas a dostatečně nevyužijí.

MUDr. Dana Mudruňková - absolutorium LF UJEP Brno 1978 - 1984, promoce 1984, atestace v oboru vnitřní lékařství I. st. 1987, atestace z imunologie 1994, praxe v interním lékařství od roku 1984, praxe v oboru alergologie a klinické imunologie od roku 1988

odborná akce...

ÚSPĚŠNÝ KURZ - Léčba závislosti na tabáku v ambulantní péči

Místo a čas:

PRAHA

středa 14. dubna 2010 od 13,00 hod.

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

BRNO

čtvrtek 15. dubna 2010 od 12,30 hod.

Biskupství brněnské, Petrov 2, Brno, parkování možné!

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

Program:

- Lékové interakce kouření
- Role ambulantního lékaře v léčbě závislosti na tabáku
- Farmakoterapeutické a psychobehaviorální intervence v léčbě závislosti na tabáku
- Individuální a skupinová psychoterapie závislosti na tabáku
- Rizika psychiatrické komorbidit kuřáků

- Linka pro odvykání kouření

- Nekuřácký podnik nebo firma

- Poradna odvykání kouření v ordinaci - know how a management

Účastníci kurzu obdrží certifikát o absolvování kurzu umožňující otevření poradny intervenční preventivní medicíny-odvykání kouření.

Kurz je pořádán ve spolupráci s ČLK a NCONZO.

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

Přihlášky a informace:

PRAHA - Ing. Richtrová

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

tel./fax: 224 917 479

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

BRNO - p. Holešovská

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů - Vinařská 6, 603 00 Brno

tel: 543 559 534

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

MUDr. Jaroslava Braunová

Ústav imunologie LF UP, Olomouc

Možnosti léčby pylových alergií – sezónní alergická rhinitida

Shrnutí pro praxi: Dispenzární péče o sezónní alergickou rhinitidu je v kompetenci alergologa nebo klinického imunologa. Vyžaduje spolupráci s lékaři ORL a lékaři praktickými.

Významná je zejména práce praktického lékaře v oblasti edukace pacienta a prevence, může doporučovat pacientům volně prodejné léky určené k léčbě sezónní alergické rhinitidy a samozřejmě může na základě doporučení odborného lékaře předepsat většinu z komerčně dostupných léčivých přípravků. Významná je také pomoc praktického lékaře v zachytu pacientů s rizikem rozvoje sezónní alergické rhinitidy a potencionálně také bronchiálního astmatu.

Úvod

Pollinóza, známa rovněž jako sezónní alergická rýma (SAR) nebo senná rýma, je výsledkem vdechování pylových zrn a následné senzitivizace součástí pylu. Pylové alergen vyvolávají u dříve senzitivizovaného jedince klinické symptomy po kontaktu se sliznicí dýchacích cest a spojivkového vaku. Prvním, kdo potvrdil spojení mezi pylem a sezónní alergickou rýmou byl Charles Blackley v roce 1873. Hlavními pylovými alergeny u nás jsou pyl jarních stromů a keřů, travin a pleveľů. Jedním z hlavních zdrojů pylových alergenů jsou trávy z čeledi lipnicovitých (Poaceae) a to díky jejich celosvětovému rozšíření a schopnosti produkovat obrovská množství pylu.

Klinicky se pollinóza manifestuje rinokonjunktivitidou a/nebo bronchiálním astmatem.

U pacientů se objevuje oční pruritus s překrvením spojivkové sliznice, dále rýma, kýchání, svědění nosní a pharyngeální sliznice a obstrukce horních dýchacích cest s jejich následnou nedostatečností. Překrvení a svědění sliznice spojivkového vaku jsou u pollinózy téměř vždy přítomny, což umožňuje její diferenciální diagnostiku od běžného nachlazení. Bronchiální hyperreaktivita a následné bronchiální astma se objevuje u 15 až 20 % pacientů. Senzitivizace vyvolaná pylovými alergeny se může vyskytovat samostatně nebo může být asociována s dalšími celoročními alergeny, jako jsou alergen plísni (zejména venkovních, ale i domácích), roztočů a dalších živočichů. Pylová alergie se také nemusí manifestovat typickými klinickými projevy a může být maskována jinými zánětlivými procesy vedoucími v jednotlivých případech k rozmanitým klinickým příznakům).

Pro pylovou alergii je typický její sezónní výskyt a příznaky, které pacienta provázejí po celé vegetační období rostliny, na kterou je pacient příčině přecitlivělý. Mimo toto vegetační období pacient obvykle potíže nemá. Opakování klasických příznaků rinokonjunktivitidy spojené nebo nespojené s bronchiálním astmatem, ve dvou nebo

více letech po sobě, jednoznačně hovoří pro diagnózu pollinózy. Pro potvrzení této diagnózy je doporučováno provedení testu s extraktem obsahujícím pyl různých trav. Takový test umožňuje odhalení zkřížené reaktivity.

Základními diagnostickými kameny pro určení pollinózy jsou anamnéza, kožní testy s alergenem, laboratorní vyšetření, které zahrnuje i vyšetření specifických IgE protilátek. Výběr testovaných alergenů a výběr alergenů určených k detekci specifických IgE protilátek je prováděn na základě anamnestických údajů pacienta, ale i zkušeností alergologa a klinického imunologa. Diagnostika pollinózy by měla vždy probíhat ve spolupráci praktických lékařů a specialistů - otorinolaryngologa a především alergologa.

Možnosti léčby pollinózy

Možnosti jak ovlivnit pollinózu jsou v zásadě následující:

- režimová opatření spojená s edukací pacienta
- farmakoterapie
- alergenová imunoterapie

Edukace a prevence

Význam režimových opatření spočívá především v omezení expozice pylovými alergeny. K dispozici jsou v současnosti pylové filtry, čističky vzduchu a filtry do automobilů. Významným doporučením je také nevyhledávat místa zvýšené koncentrace pylu (přechod vodní plochy a lesního porostu) a dodržovat doporučená hygienická opatření (osprchování po návratu z přírody, hygiena sliznic – oplachy očí a nosní sliznice studenou vodou). Platí i doporučení omezit pobyt v přírodě v období maximálního pylového spadu.

Farmakoterapie

V současné době máme k dispozici různé možnosti farmakologického ovlivnění sezónní rhinitidy – antihistaminika (perorální, intranazální, intraokulární), intranazální glukokortikoidy, lokálně



MUDr. Jaroslava Braunová

klinicky se pollinóza projevuje rinokonjunktivitou a/nebo bronchiálním astmatem

bronchiální astma se objevuje u 15-20% pacientů s pollinózou

**desloratadin
a levocetirizin
- silný protialergický
účinek, nejsou
kardiotoxické,
nemají anticholener-
gický účinek**

**kromony jsou velmi
účinné v intraokulár-
ním podávání, méně
však v intranasálním
podávání**

**intranazální gluko-
kortikoidy předsta-
vují neefektivnější
léčbu alergické rýmy**

působící kromony, intranazální dekonescencia, intranazální anticholinergika a antileukotrieny.

Antihistaminika

Antihistaminika blokují H₁ receptory, což vede k omezení produkce mediátorů alergické reakce. V současné době jsou k dispozici topické (intranazální a intraokulární) a perorální formy.

Azelastin (Allergodil) a levocabastin (Livostin) jsou nejčastěji používanými účinnými látkami ze skupiny intranazálních a intraokulárních antihistaminik. Jejich účinek nastupuje velmi rychle (do 30 minut po aplikaci) a dokáže minimalizovat jak nazální tak i oční příznaky. Jsou velmi dobře tolerována a mají velmi příznivý bezpečnostní profil - mají minimum vedlejších účinků. Jejich výhodou je také jednoduché dávkovací schéma - většinou 2-krát denně.

Ze skupiny perorálních antihistaminik jsou používána jak generika druhé třídy - loratadin (Claritin a jiné), cetirizin (Zyrtec, Zodac a jiné) a nově fexofenadin (Ewofex), tak antihistaminika nové generace - desloratadin a levocetirizin, která jsou v posledních letech lékem první volby. Desloratadin (Aerius) i levocetirizin (Xyzal) jsou charakteristické velmi významným klinickým protialergickým účinkem, který zasahuje sliznici nosu i očí. Výrazným způsobem redukují příznaky pollinózy, nejsou kardiotoxické, nemají anticholinergní účinek a nejsou u nich popsány potravinové interakce. Desloratadin má prokazatelně nesedativní účinek a velmi dobrý bezpečnostní profil. Jejich výhodou je rychlý nástup účinku, mají výhodné dávkovací schéma (1-krát denně), není zde prokázán fenomén tachyphylaxe.

Zvláštní skupinu medikamentů tvoří léčiva k dekonesci nosní sliznice pro systémovou aplikaci: Clarinase repetabs, Disophril repetabs. Jsou určeny ke krátkodobému podávání, většinou ke zvládnutí akutních příznaků, oba medikamenty obsahují pseudoephedrin.

Intranazální glukokortikoidy

Představují neefektivnější farmakologickou léčbu alergické rhinitidy a patří do medikace první volby u středně těžké a těžké alergické rýmy. Velmi efektivně ovlivňují nazální příznaky, především obstrukci, výrazně redukují alergický zánět a nosní hyperreaktivitu. Mají minimum vedlejších účinků. Nástup účinku je pozorován už za 6 - 12 hodin po podání, maximální terapeutický efekt nastupuje za několik dnů. Obdobně jako antihistaminika mají velmi jednoduché dávkovací schéma (1 - 2-krát denně). V současné době je na našem trhu bohatá nabídka generických forem - beklometazon (např. Beclomet nasal aqua, Nasobec), budesonid (např. Rhinocort aqua, Tafen nasal, Tinkair), flutikazon propionát (např. Nasofan), flutikazon furoát (Avamys), mometazon furoát (Nasonex).

Kromony

V intraokulárním podávání jsou kromoglykáty velmi účinné, jejich intranazální forma je méně efektivní a většinou je nutné ji kombinovat s další farmakoterapií. Jejich výhodou je minimum vedlejších účinků a velmi dobrý bezpečnostní profil. Na našem trhu jsou k dispozici Allergo-comod oční kapky, nosní spray, Allergocrom oční kapky, nosní spray, Allergocrom kombi.

Dekongescencia

Dekongescencia k nazální aplikaci patří k nejčastěji používané léčbě sezónní alergické rýmy. Většina z nich patří do skupiny volně prodejných léčivých látek. Vedou k výrazné redukci nosní obstrukce, což však může, u pacientů se sklonem k nadužívání těchto látek, vést až k rozvoji **rhinitis medicamentosa**. Vzhledem k tomuto riziku jsou léčiva této skupiny určena ke krátkodobému podávání, tj. maximálně 7 - 10 dnů. Jejich účinek nastupuje velmi rychle. Na našem trhu jsou k dispozici např. Nasivin, Oxamet, Olynth, Otrivin, Sanorin, Muconasal, Vibrocil, Sanorin - analergin a další.

Intranazální anticholinergika - ipratropium

Ipratropium vede k anticholinergní blokádě především u rhinitid, má minimum vedlejších účinků, nevykazuje systémový anticholinergní účinek a je efektivní u pacientů s rýmou alergickou i nealergickou. Na našem trhu máme Atrovent nasal spray.

Antileukotrieny

Patří k nejnověji používaným léčivům (hlavně v kombinaci s dalšími léčivy). Na našem trhu jsou k dispozici dvě generika - zafirlukast (Accolate) a montelukast (Singulair). Jejich účinkem je blokáda cysteinylových leukotrienových receptorů. To vede k výrazné redukci klinických příznaků navozených uvolněními leukotrieny (jeden z významných mediátorů alergické reakce). Jde o vysoce efektivní nehormonální léčiva s velmi dobrou tolerancí. Ovlivňují symptomy jak nazální, tak oční.

Alergenová imunoterapie

Alergenová imunoterapie (AIT) je efektivní profylaktický léčebný postup pro léčbu alergických onemocnění, při němž se do organismu alergika v pravidelných časových intervalech vpravují definované dávky terapeutického alergenu, na který je daný pacient přecitlivělý (1-5). Cílem AIT je snížit reaktivitu organismu na konkrétní alergen zásahem do regulačního působení T-lymfocytů. AIT má také přímý vliv na efektorové buňky. Po provokaci alergenem bylo prokázáno snížení počtu tkáňových mastocytů a eozinofilů, a tím i snížení množství uvolňovaných mediátorů (histaminu, prostaglandinů a leukotrienů).

AIT není tedy jen léčbou konkrétního alergického

onemocnění, ale je léčbou podstaty imunopatologického procesu, tedy přecitlivělosti I. imunologického typu. U většiny pacientů je tato léčba kombinována s léčbou symptomatickou, tedy s účelnou a racionální farmakoterapií.

Terapeutický přínos AIT je individuální v závislosti na základní diagnóze, tíži a délce trvání onemocnění, celkovém stavu pacienta a dalších eventuálních komorbidit, na druhu kauzálního alergenu, monovalentní nebo polyvalentní přecitlivělosti. Velmi významnou roli hraje i volba terapeutického alergenu a spolupráce pacient – lékař při provádění AIT.

Účinnost AIT byla jednoznačně prokázána při léčbě alergické rinokonjunktivitidy, u některých forem bronchiálního astmatu s výraznou dominancí atopické složky a u pacientů s přecitlivělostí na jed blanokřídlý hmyz.

V současné době je řadou studií doložena účinnost subkutánně(6-10) a sublinguálně (ve formě kapek) aplikované alergénové imunoterapie (SLIT) 11, 12. Poslední dva roky se objevují první hodnocení týkající se použití sublinguálních tablet (GRAZAX). Tato forma podávání se jeví jako velmi perspektivní. GRAZAX byl studován v rámci rozsáhlého klinického programu jako další možnost specifické imunoterapie. Koncem září 2006 byl GRAZAX uveden simultánně ve 27 zemích světa. AIT je léčba ekonomicky i časově náročná, je doprovázena určitým rizikem nežádoucích reakcí. Její podávání a indikace patří proto výhradně do rukou alergologa.

Závěr

Pollinóza je velkým rizikovým faktorem pro vznik bronchiálního astmatu, představuje významný společenský, sociální a ekonomický problém. Vede ke zhoršení kvality soukromého i profesního života, u studentů může být příčinou jejich zhoršených studijních výsledků v pylovém období. Ovlivňuje i pracovní výkonnost – intenzivní projevy sezónní alergické rýmy mohou být příčinou zhoršení uplatnění či úplné nemožnosti vykonávat dané zaměstnání v období maximálního pylového spadu u neléčených pacientů.

Shrnutí pro praxi

Dispenzární péče o sezónní alergickou rinitidu je v kompetenci alergologa nebo klinického imunologa. Vyžaduje spolupráci s lékaři ORL a lékaři praktickými. Významná je zejména práce praktického lékaře v oblasti edukace pacienta a prevence, může doporučovat pacientům volně prodejné léky určené k léčbě sezónní alergické rinitidy a většinu z komerčně

dostupných léčivých přípravků. Významná je také pomoc praktického lékaře v zachytu pacientů s rizikem rozvoje sezónní alergické rinitidy a potencionálně také bronchiálního astmatu.

Literatura:

1. Bousquet J. R., Lockey H. J., Malling E., Alvarez-Cuesta G. W., Canonica M. D., Chapman P. J., Creticos J. M., Dayer S. R., Durham P., Demoly et al., 1998a: Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. World Health Organization. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. Ann. Allergy Asthma Immunol., 81: 401-415.
2. Bousquet J., Lockey R., Malling H. J., 1998b: Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases: a WHO position paper. J. Allergy Clin. Immunol., 102:558-562.
3. Malling H. J., 1998: Immunotherapy as an effective tool in allergy treatment. Allergy, 53(5):461-472.
4. Durham S. R., Walker S. M., Varga E. M., Jacobson M. R., O'Brien F., Noble W., Till S. J., Hamid Q. A., Nouri-Aria K. T., 1999: Long-term clinical efficacy of grass-pollen immunotherapy. N. Engl. J. Med. 341(7): 468-475.
5. Walker S. M., Pajno G. B., Lima M. T., Wilson D. R., Durham S. R., 2001: Grass pollen immunotherapy for seasonal rhinitis and asthma: a randomized, controlled trial. J. Allergy Clin. Immunol. 107(1): 87-93.
6. Frew A. J., Powell R. J., Corrigan C. J., Durham S. R., UK Immunotherapy Study Group, 2006: Efficacy and safety of specific immunotherapy with SQ allergen extract in treatment-resistant seasonal allergic rhinoconjunctivitis. J. Allergy Clin. Immunol. 117(2): 319-325.
7. Powell R. J., Frew A. J., Corrigan C. J., Durham S. R., 2007: Effect of grass pollen immunotherapy with Alutard SQ on quality of life in seasonal allergic rhinoconjunctivitis. Allergy, 62(11): 1335-1338.
8. Roberts G., Hurley C., Turcanu V., Lack G., 2006: Grass pollen immunotherapy as an effective therapy for childhood seasonal allergic asthma. J. Allergy Clin. Immunol. 117(2): 263-268.
9. Møllerup M. T., Hahn G. W., Poulsen L. K., Malling H., 2000: Safety of allergen-specific immunotherapy: relation between dosage regimen, allergen extract, disease and systemic side-effects during induction treatment. Clin. Exp. Allergy, 30(10): 1423-1429.
10. Winther L., Malling H. J., Moseholm L., Mosbech H., 2000: Allergenspecific immunotherapy in birch- and grass-pollen-allergic rhinitis. I. Efficacy estimated by a model reducing the bias of annual differences in pollen counts. Allergy, 55(9): 818-826.
11. M., Durham S. R., 2006: Efficacy and safety of sublingual immunotherapy with grass allergen tablets for seasonal allergic rhinoconjunctivitis. J. Allergy Clin. Immunol. 118(2): 434-440.
12. Dahl R., Stender A., Rak S., 2006: Specific immunotherapy with SQ standardized grass allergen tablets in asthmatics with rhinoconjunctivitis. Allergy, 61(2): 185-190.

Jaroslava Braunová – absolvovala v r. 1979 studia na fakultě všeobecného lékařství Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V témže roce nastoupila na místo sekundárního lékaře na oddělení alergologie a klinické imunologie FN v Olomouci. Od r. 1987 dosud je jejím zaměstnavatelem Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. Pracuje jako odborná asistentka ústavu imunologie. 1983 - atestace I. st. z vnitřního lékařství. 1987 - nástavbová atestace z lékařské imunologie.

Péče a ochrana pro Váš nos



Suchý zánět nosní sliznice (rhinitis sicca)

Nisita®

Nisita® nosní mast
Nisita® nosní sprej
chrání a ošetřují nos při suchém zánětu nosní sliznice



Soli obsažené v masti
Nisita® vytvářejí díky svému hydrofilnímu účinku v nosní dutině vlhké prostředí.

Nisita® nosní mast a Nisita® nosní sprej – pro prevenci

- při suchém vzduchu chrání nosní sliznici před vysušením
- zabraňuje kontaktu dráždivých látek s nosní sliznicí
- tvoří bariéru mezi alergeny, obsaženými ve vzduchu a nosní sliznicí

Nisita® nosní mast a Nisita® nosní sprej – pro léčbu

- zvlhčuje nosní sliznici
- uvolňuje zaschlý hlen a stroupky
- zabraňuje vzniku alergické rýmy
- pro podpurnou léčbu rýmy u dětí
- zlepšuje dýchání nosem, a může díky tomu vést k potlačení chrápání

Dostanete bez předpisu v každé lékárně.

ENGELHARD
ARZNEIMITTEL
Partner Vašeho zdraví



MUDr. Zdeněk Hamouz

Praktický lékař, Chomutov, člen přípravného panelu studie MOET

Metabolický syndrom

Doporučený postup pro diagnostiku a léčbu metabolického syndromu přichází na svět opět po 4 letech (poslední vznikl v roce 2006). Materiál je jednak rozeslán spolu s tímto číslem všem praktickým lékařům a dále bude během dubna přednášen na krajských seminářích SVL ČLS JEP.



MUDr. Zdeněk Hamouz

**metabolický
syndrom má pacient,
který splňuje
3 z 5 kritérií:**

- obvod pasu
- glykémie
- TK
- HDL
- triglyceridy

Vloni na kongresu SVL v Brně mě zastavil jeden z kolegů, kterého znám řadu let a který pilně navštěvuje odborné akce a sdělil mi napůl vyčítavě, že ohledně metabolického syndromu (MTB) „říkáte pořád to samé dokola“. To je možná trochu pravda, ale... Význam a postavení metabolického syndromu se nezměnilo, zvláště pro primární péči je ukazatelem vysokého individuálního rizika a to ukazatelem dnes již těžce těžce zpochybnitelným. Nutno dodat, že základní přístupy a postupy se posledních 5 let jistě nemění, ovšem prohlubují se znalosti jednotlivých aspektů metabolického syndromu a vědomosti o významu a možnosti ovlivnění jednotlivých složek. V řadě velkých prospektivních studií jsou pacienti s metabolickým syndromem sledováni jako skupina zasluhující zvláštní pozornost, především vzhledem k alarmujícímu nárůstu diabetu II. typu, jehož je metabolický syndrom předstupněm. V půlhodinových expozech věnovaných velmi komplexní problematice, lze provést jen hrubý a povrchní nástin problému s jediným cílem - upřít pozornost lékařů k tématu a motivovat je k dalšímu studiu této věci. Samozřejmě všechny doporučené postupy jsou jen dalším, byť rozsáhlejším ale i maximálně zobecněným textem, který má lékařům ukázat cestu a dát jim pro ni dostatek argumentů.

V přípravě nového doporučeného postupu byli angažováni především členové Českého institutu metabolického syndromu v čele s prof. Rosolovou a byla zde konsenzuálně provedena revize staršího textu. Při definitivních úpravách textu byl brán především zřetel na znění nejnovější zásadní harmonizační dohody z října 2009 a to dohody vzniklé (kromě jiných) především mezi IDF (International Diabetes Federation), AHA (American Heart Association) a IAS (International Atherosclerosis Society) a podepsané takovými veličinami, jako jsou Scott Grundy, Paul Zimmet, či Jean Fruchart (1).

Když jsme toto poslední „světové“ doporučení prodiskutovali, zjistili jsme, že na našem doporučení není co měnit... všechno jsme v něm měli. Diskutovali jsme jedinou věc a tou je obvod pasu, tedy obvod pasu pro muže a ženy, který má být v regionálních doporučeních uveden jako jedno z kritérií pro přiznání metabolického syndromu. Harmonizační dohoda zde dává volnost volit regionální kritéria, tedy buď obecně v USA i v Evropě uznávaných 102 cm pro muže a 88 cm pro ženy, nebo dle předchozí definice IDF 94 cm pro muže na 80 cm pro ženy. Zde je známo, že akceptujeme-li nižší obvod pasu, zařazujeme do MTB syndromu osoby s pouze zvýšeným kardiovaskulárním (KV) rizikem a zařadíme-li větší obvod pasu, jde osoby ve vysokém riziku jak KV, tak i pro rozvoj diabetu. Rozdíl v počtu zařazených osob je pak mnohoprocentní. Místo 45 - 50% šedesátiletých osob pak budeme mít náhle zařazeno 65 - 70% této populace a podobně to bude i v nižších věkových skupinách. Proto padla dohoda, že ponechá-

me stávající hodnoty, tj. 102 a 88 cm a podotkneme, že jde už o osoby ve vysokém riziku, které je nutno již opravdu intenzivně sledovat a jednotlivé rizikové složky intervenovat. Problémem přísnějšího hodnocení vydaného před lety IDF je to, že přiřazuje do syndromu i osoby podstatně méně rizikové, dá se říci „hraničně“, rizikové a obvod pasu pak navíc bere jako základní povinné kritérium, bez kterého pacient metabolický syndrom nemá a to jak známo v mnoha případech neplatí. V našich i harmonizačních kritériích platí, že metabolický syndrom má pacient, který naplní kterákoli 3 kritéria z 5 základních (obvod pasu, glykémie, TK, HDL, triglyceridy).

U ostatních zařazujících parametrů jsou pak kritériální hodnoty spíše přitvrzovány (glykémie ze 6 na 5,6 mmol/l, TK na 130/85), ale hodnoty lipoproteinů byly ponechány dle starších doporučení.

Literatura:

1) Harmonizing the Metabolic Syndrome: A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention ; National Heart, Lung and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity: *Circulation* 2009;120:1640-1645

MUDr. Zdeněk Hamouz – promoval na FVL 1. LF UK v Praze v r. 1975, atestoval z vnitřního lékařství I. stupně a všeobecného lékařství I. a II. stupně, od r. 1979 doposud pracuje jako praktický lékař. 1989–1990 člen Výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, v letech 1990 až 1992 místopředseda SVL ČLS JEP, r. 1990 zakládající člen Sdružení praktických lékařů ČR, člen výboru 1990–1996, od r. 1996 do r. 2005 místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR. V rámci funkce místopředsedy SPL ČR agenda cenových jednání s pojišťovnami, úhradových mechanismů a řešení problémů úhrad, bonifikací a penalizačních opatření s pojišťovnami. Člen Analytické komise Dohodovacího jednání k cenám za SPLČR a SPLDD od roku 2000 až doposud. Předseda Okresního sdružení SPL ČR Chomutov od r. 1993 doposud. Externí spolupracovník ILF, aktivně spolupracuje v předatestačních kurzech v oboru všeobecného lékařství (problematika dyslipidemií), v postgraduálním kurzu Diabetologie pro PL katedry diabetologie ILF (problematika léčby diabetu v primární péči). Přednáší pro praktické lékaře v rámci kontinuálního doškolování v oblastech dyslipoproteinemie, metabolický syndrom, primární prevence ICHS, léčba hypertenze, diabetes. V r. 2005 zvolen členem Institutu metabolického syndromu ČR. Opakovaně publikuje v českých odborných periodících.

Abbott - Tarka

MUDr. Marie Manoušková

Praktická lékařka, Ostrava

Očkování proti klíšťové encefalitidě

Klíšťovou encefalitidu vyvolává flavivirus, který patří tzv. neurotopním virům. Zdrojem flavivirů jsou převážně lesní nebo polní hlodavci, z nichž je virus přenášen klíštětem (*Ixodes ricinus*) na lidi nebo dobytek. Z nedostatečně upraveného mléka a mléčných produktů, zejména od koz, pak může být nakažen i člověk. Flaviviry způsobují toto onemocnění v mírném pásmu od Uralu, přes Asii až po Pacifik. Mezi nejzávažnější onemocnění patří ruská jarně-letní encefalitida (úmrtnost až 20%), nemoc Kyasanurského lesa (v Indii), omská hemoragická horečka, japonská encefalitida (postihuje nejen Japonsko, ale i Malajsii, Vietnam, Thajsko apod.) a patří sem i západonilská horečka, která byla detekována např. v New Yorku, ale i v Lanžhotě.



MUDr. Marie
Manoušková

**první fáze
onemocnění se
projevuje u 2/3
nakažených**

**výskyt klíšťové
encefalitidy je u nás
nejvyšší v Evropě**

**v proočkovanosti
patříme v Evropě na
3. nejhorší místo**

Výskyt a příznaky onemocnění

Klíšťata nakažená virem encefalitidy se vyskytují na okrajích listnatých a smíšených lesů s křovisky a prospívá jim vlhké počasí. Sezónní výskyt této nemoci je od května do října. Inkubační doba onemocnění bývá 3 až 30 dní a má dvojfázový průběh. V první fázi se onemocnění projevuje přibližně u 2/3 nakažených chřipkovými symptomy, jako je únava, bolest hlavy, svalů a v krku, zvýšená teplota. V druhé fázi se objevují prudké bolesti hlavy, zvracení, strnutí šíje, spavost, poruchy vidění. V České republice má onemocnění klíšťovou encefalitidou nadále vzrůstající tendenci a výskyt této nemoci u nás je nejvyšší z celé Evropy. Souvisí to s několika faktory. V České republice, tak jako v jiných zemích, dochází vlivem klimatických změn k rozšíření této nemoci i do vyšších poloh. Klíšťová encefalitida se tak vyskytuje nejen v nížinách, ale i ve středně položených oblastech (1000 m n. m.) V České republice je nízká proočkovanost proti této nemoci. V proočkovanosti patříme v Evropě na 3. nejhorší místo se 17%, před námi jsou jen Lotyšsko (9%) a Švédsko (11%). V těchto zemích je ale také daleko nižší výskyt endemických oblastí klíšťové encefalitidy. V posledních letech byl nejvyšší výskyt klíšťové encefalitidy v České republice. Například: ve středních Čechách (Benešovsko, Příbramsko), v jižních Čechách (České Budějovice, Český Krumlov) a na severní Moravě (Opava, Šumperk, Jeseníky). Přestože úmrtnost na toto onemocnění je nízká (kolem 1%), bývá u pacientů s onemocněním klíšťovou encefalitidou dlouhodobá pracovní neschopnost, která v průměru dosahuje 9 měsíců. Přitom proti klíšťové encefalitidě existuje očkování, které podle zahraničních zkušeností (Rakousko) výrazně snižuje výskyt této nemoci.

Očkování

Očkování proti klíšťové encefalitidě je určeno

dětem starším jednoho roku a dospělým osobám. Používá se výhradně k prevenci a nemá se podávat při probíhajícímu onemocnění klíšťovou encefalitidou. Nejvhodnější doba pro očkování jsou chladné měsíce, kdy není nebo je nízká aktivita klíšťat, ale lze očkovat celoročně. K očkování u nás jsou dostupné dvě očkovací vakcíny FSME-Immun a Encepur (viry nejříve pomnožení na buňkách kuřecích fibroblastů a následně inaktivovány hydroxidem hliníovým). Jsou dostupné dávky pro dospělé - objem 0,5 ml, pro děti - objem 0,25 ml, liší se tedy silou.

Základní očkovací schéma představuje podání 3 dávek v 0., 1. - 3. měsíci a v 6. - 15. měsíci. Kromě tohoto základního očkování existuje i tzv. zrychlené schéma. Při zrychleném schématu se podají 2 vakcíny v intervalu 14 dní. U většiny očkováných se ochrana vytvoří do 14 dní po podání druhé dávky. K zajištění dostatečně dlouhé ochrany je však třeba podat ještě jednu dávku do 12-18 měsíců. Posilující očkování (booster) se podává maximálně za 3 roky po základním očkování a za 5 let je možno podat další booster. Dojde-li během očkování k přísátí klíštěte doporučuje se pokračovat v očkování po 30 dnech v případě, že nedojde k onemocnění klíšťovou encefalitidou. K očkování lze podat jak vakcínu FSME-Immun, tak vakcínu Encepur. Dle doporučení výrobce vakcíny Encepur u osob starších 60 let se musí kontrolovat sérologicky hladiny protilátek po podání dvou dávek v konvenčním nebo tří dávek ve zkráceném schématu a podle potřeby podat dodatečnou dávku. Vakcína se má podávat intramuskulárně do oblasti úponu deltového svalu, u malých dětí do anterolaterální oblasti stehna. Subkutánně lze vakcínu podat pouze ve výjimečných případech jako jsou hemoragie nebo trombocytopenie. Obě u nás dostupné vakcíny jsou zaměnitelné v konvenčním očkování, ale měly by se zaměňovat pouze v kraj-



ních případech. Očkování lze provést současně s jiným očkováním ve stejný den, samozřejmě jinou stříkačkou do jiného místa. Jinak je doporučen dvoutýdenní interval při dalším očkování neživou vakcínou a čtyřtýdenní při očkování živou vakcínou. Vakcína se skladuje ve tmě a chladu při teplotě 2-8 stupňů C po dobu maximálně tří let.

Spolehlivost očkování

Účinnost očkování dosahuje vysokých hodnot již po podání dvou dávek a chrání minimálně 95% očkovanych. Třetí dávka prodlužuje přetrvávání protilátek v dostatečné koncentraci. Mezi faktory, které mohou ovlivnit účinnost očkování patří: současné podávání imunoglobulinu, existence mateřských protilátek, imunodeficiency, imunosupresivní léčba, věk nad 60 let.

Kdy neočkovat

Doporučuje se neočkovat při akutním horečnatém onemocnění, při známé alergii na některou ze složek vakcíny (vaječný bílek) a dojde-li po předchozím očkování proti klíšťové encefalitidě ke vzniku komplikací, jejichž příčina nebyla vyjasněna. Očkování u těhotných se nedoporučuje, laktace není kontraindikací k očkování, ale záleží na individuálním posouzení. Toto očkování samozřejmě nechrání proti jiným infekčním onemocněním přenášenými klíšťaty jako je např. borelioza.

Nežádoucí účinky po očkování

Mezi časté nežádoucí účinky, vyskytující se u více než 10% očkovanych, patří bolest a cit-

livost v místě vpichu, která se objevuje nejpozději do 7 dní po očkování a spontánně vymizí. V menší míře se může objevit únava, nevolnost, nausea, myalgie, artralgie, bolesti hlavy a zvýšená teplota. Tyto reakce obvykle vymizí do 72 hodin po očkování bez nutnosti léčby. K nezvyklým nežádoucím účinkům po očkování patří zarudnutí, otok a zatvrdnutí v místě očkování, lymfadenopatie. Vzácně se může vyskytnout malátnost, poruchy vidění, světloplachost, meningismus, závratě, neuritida, přechodná trombocytopenie.

Nechat se očkovat nebo neočkovat

Očkování proti klíšťové encefalitidě se nehradí ze zdravotního pojištění. A na otázku uvedenou v nadpise se zkuste zeptat těch, kteří klíšťovou encefalitidu prodělali.

MUDr. Marie Manoušková - v r.1982 promovala na UJEP v Brně v oboru všeobecné lékařství. Od r. 1989 po složení atestace pracuje v Ostravě jako praktická lékařka pro dospělé, od r. 1994 jako soukromý praktický lékař. Je krajskou koordinátorkou vzdělávání pro praktické lékaře Moravskoslezského kraje za SPL ČR a členkou organizačních výborů kongresů SPL ČR. Je školitelkou v oboru praktického lékařství.

Literatura:

1. RNDr. Petráš M.: Průvodce očkováním. Nakladatelství Dr. Josef Raabe Praha, 2009
2. Karen I., Prymula R., Chlíbek R. a ost.: Očkování v ordinaci praktického lékaře. Grada Publishing a.s., Praha, 2009
3. SZÚ: klíšťová encefalitida- epidemiologická data, 2007

očkování lze provést současně s jiným očkováním ve stejný den, ale doporučuje se dvoutýdenní interval při dalším očkování neživou vakcínou a čtyřtýdenní interval při očkování živou vakcínou

MUDr. Václav Hynek

oddělení urologie a robotické chirurgie, Masarykova nemocnice a.s., Ústí nad Labem

Možnosti operačního řešení stresové inkontinence moči u žen

Inkontinence moči je problém, který se zvyšujícím se věkem ženské populace nabývá na četnosti a významu medicínském, společenském a ekonomickém. Je spojen se zvýšenou morbiditou (infekce močových cest, kožní léze, alterace psychického stavu), snížením společenského uplatnění (izolace, obavy ze zápachu...) a v neposlední řadě i s vysokými ekonomickými náklady na paliativní léčbu (inkontinentní pomůcky). U mužů s postupujícím věkem řešíme spíše opačný problém (obstrukce, retence moči při benigní hyperplasii prostaty). Inkontinenci moči u mužů nacházíme spíše iatrogeně - po operacích prostaty (radikální prostatektomie pro karcinom prostaty), či při neurologických onemocněních.



MUDr. Václav Hynek

Incidence inkontinence bývá vyšší než se oficiálně udává. Je to dáno studem a neochotou pacientek přiznat se k tomuto problému. S věkem se incidence inkontinence zvyšuje. Ve věkové kategorii žen nad 60 let trpí inkontinencí více než 20% populace, v kategorii nad 80 let je to už více než 40% žen. Je překvapující, že při srovnání chronických onemocnění jako jsou hypertenze, diabetes melitus či deprese, má inkontinence u žen nejvyšší incidenci (Graf 1).

Cílem tohoto článku není přesná statistika výskytu různých typů inkontinence, hodnocení procentuální úspěšnosti jednotlivých operačních metod, ale snaha zřehlednit současné možnosti operační léčby.

Kontakt s pacientem, indikace

Základem úspěchu při léčbě pacientek trpících inkontinencí moči je dostat informaci o možnosti relativně jednoduché operační metody mezi lékaře prvního kontaktu a veřejnost. Operace může mnoho žen zcela zbavit úniku moči, inkontinentních pomůcek a problémů s tím souvisejících. Je zarážející, kolik žen v produktivním věku přichází do naší ordinace s mnohaletou anamnézou předepisování inkontinentních pomůcek, bez snahy odstranění primární příčiny úniku moči.

Předpokladem dobrého výsledku léčby je správná indikace. Ne u každé pacientky s únikem moči je operace správné řešení, které vede k „suchému“ cíli. Například operace pacientky s významnou urgentní složkou inkontinence a malokapacitním močovým měchýřem nejen že nevede ke spokojenosti, ale může potíže naopak zhoršit (polakisurie, urgentní mikce, nykturie). Při indikaci k operačnímu řešení musíme také vzít v úvahu věk pacientky, přidružené choroby, celkový stav. Není jednoznačná věková hranice, od které neoperujeme. Záleží na „live expectance“, pacientka

by měla mít benefit z operaci minimálně 5-10 let.

Inkontinence moči

Dle ICS (International Continence Society) je inkontinence mimovolní ztráta moči, která je objektivně prokazatelná a představuje společenský a hygienický problém. Inkontinenci moči dělíme na několik typů:

• Stresová inkontinence

- Typ I - pravá stresová inkontinence, genuinní - hypermobilita uretry
- Typ II - Insuficience vnitřního svěrače uretry (ISD)
- insuficience (inkompetence) uretry a uretrální nestabilita

• Urgentní inkontinence

- Motorická - kontrakce detrusoru, netlumená CNS
- Senzorická - hyperreflexní, lokální dráždění z močového měchýře, uretry
- Reflexní - patologický vyprazdňovací reflex, parucha na úrovni mích
- Paradoxní, přetlaková - subvezikální obstrukce - stenoza, BPH (muži)...

• Extrauretrální inkontinence

- Ztráta moči jinými cestami než uretrou

Nejčastějším typem je stresová inkontinence. Pro potřeby tohoto článku se zaměříme na pravou stresovou inkontinenci a její odlišení od urgentní inkontinence. Pravá stresová inkontinence, někdy označována jako genuinní, či pasivní inkontinence znamená mimovolní únik moči, při němž intravezikální tlak převyší intrauretrální tlak - bez současného stahu svalstva stěny měchýře. Za normálních podmínek je vzestup abdominálního tlaku stejnoměrně přenášen na močový měchýř i uretru. (Obr. 1a)

Insuficientní anatomická podpora baze močového měchýře a uretrovezikální junkce způsobuje

**relativně jednoduchý
operační zákrok může
mnoho žen zcela
zbavit úniku moči**

**předpokladem
dobrého výsledku
je správná indikace**

pokles (hypermobilitu). Tím se proximální uretra včetně sfinkteru dostává mimo oblast působení abdominálního tlaku. Přenos abdominálního tlaku na močový měchýř je normální, zatímco na proximální uretru je nedostatečný. Uretrální uzavírací tlak se změní v negativní a dojde k úniku moči (obr. 1b).

Hypermobilita a pokles baze močového měchýře, uretrovezikální junkce a proximální uretry se považuje za hlavní příčinu stresové inkontinence.

Operační metoda TVT a její varianty

TVT je zkratka anglického *Tension-free Vaginal Tape* – čili poševní páska bez napětí. Tato operační metoda vznikla v roce 1992 ve Skandinávii. V ČR se začala používat v roce 1998. Už v roce 2000 se stala nejčastěji prováděnou operací pro inkontinenci v Evropě. V roce 2003 do ČR přichází obturatorní varianta TVT, označována jako TVT-O. A nakonec v roce 2007 přichází TVT-S, čili TVT Secur. Jednotlivé metody se liší místem uložení pásky a její délkou. Klasická, retropubická TVT (Obr. 3a) se zavádí z krátkého (15 mm) řezu nad distální ženskou uretrou a jehly zavádí pásku retropubicky do podbřišku. TVT-O (Obr. 3b) se vede za raménkem stydké kosti, obturatorní fosou, na vnitřní stranu stehna. TVT-S (Obr. 3c) se může umístit retropubicky (U-pozice), či směrem k obturatorní fose (Hamooock pozice). Od předešlých variant se liší délkou – je pouze 8 cm dlouhá a tudíž se „nevypichuje“ v podbřišku, či na stehnech, ale končí ve tkáni asi 4 cm od uretry na každou stranu.

Materiál pásky je většinou monofilamentní polypropylenové vlákno, spletené do pásky. Tento materiál je nevstřebatelný, a zůstává ve tkáni (obr. 4a, b).

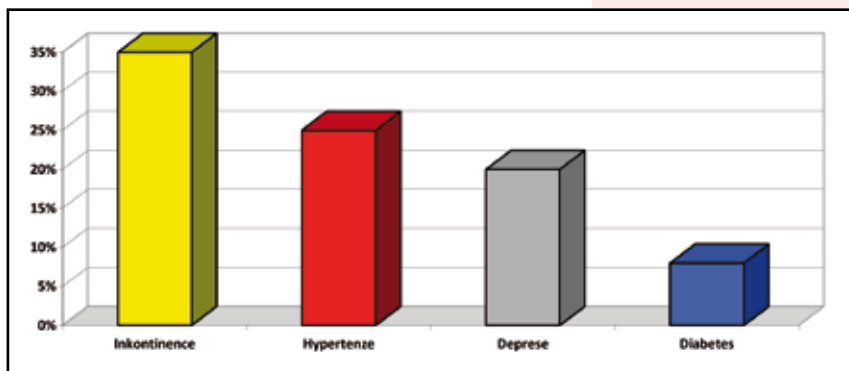
Diagnostika

Jak už bylo řečeno - TVT a její modifikace řeší výborně pravou stresovou inkontinenci, některé případy insuficience vnitřního svěrače, ale neřeší – či může naopak zhoršit urgentní inkontinenci. Proto je nutno tyto stavy odlišit. Jaké k tomu máme nástroje?

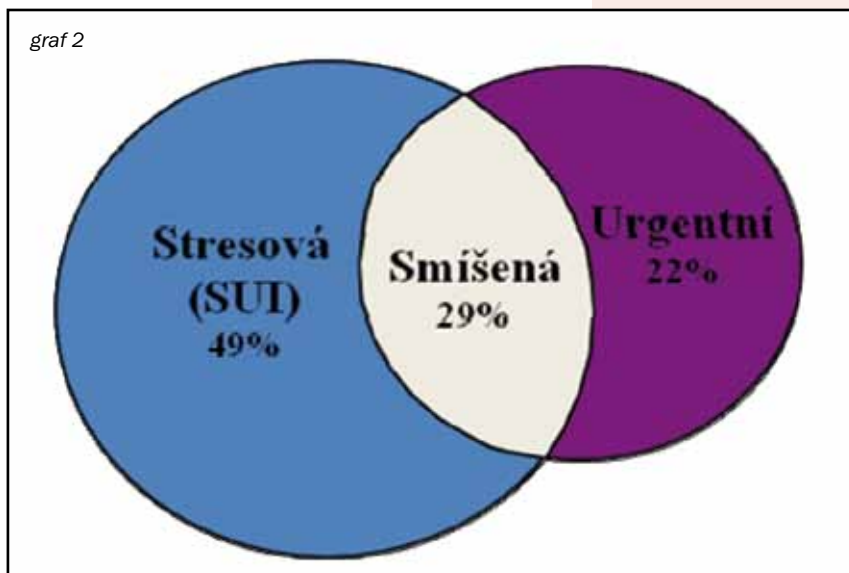
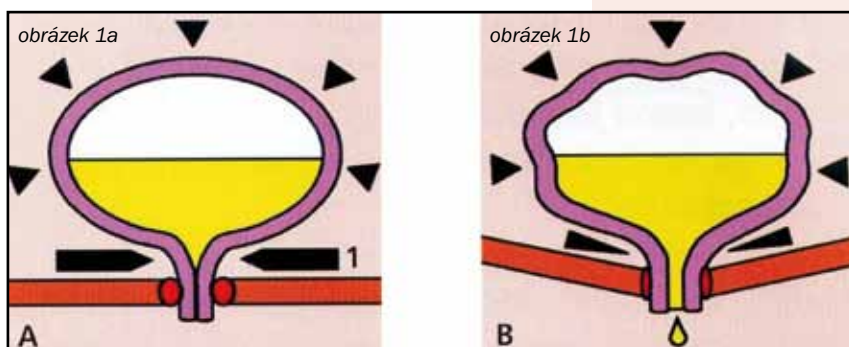
- 1) Anamnéza
- 2) Ultrazvukové vyšetření
- 3) Fyzikální vyšetření
- 4) Urodynamické vyšetření
- 5) Provokační testy

Tyto testy a tato vyšetření by nám měli umožnit odlišit urgentní a stresovou inkontinenci. Bohužel, často se setkáváme s formami smíšenými. Zde je důležité správně zhodnotit urodynamický nálezn a poučit pacientku o možnosti vyřešení stresové inkontinence, ale přetrvávání urgentní složky (tu je možno řešit farmakoterapií) (graf 2).

V anamnéze pátráme po situaci, při které dochází k úniku moči, zaměříme se na prodělané operační



Graf 1 – incidence chronických chorob u žen



graf 2

Tabulka 1: Typické nálezy u stresové a urgentní inkontinence

	Stresová inkontinence	Urgentní inkontinence
Situace před únikem	bez pocitu nucení	imperativní nucení
Únik	při kašli, smíchu, poskočení, chůzi z kopce, koitu, v noci vleže bez úniku	„nedoběhla“ jsem, únik těsně před WC, únik i v noci při spánku, probuzení nucením
Sono	pokles baze m.m. při kašli, dostatečná kapacita m.m. (500 ml)	bez poklesu baze m.m. malokapacitní m.m. (do 250 ml)
Provokační testy	Marshall +, Frierwes +	Marshall -, Frierwes -

**farmakoterapií můžeme
potlačit jen minoritní
urgentní složku**

výkony v pávní (gynekologické či chirurgické operace), počet porodů a jejich průběh, menopauzu, pracovní zařazení (fyzická námaha, stres). Vhodné je kvantifikovat únik moči – počet a druh vložek (máte nyní vložku?, jaký typ/velikost vložky?, kolik vložek potřebujete na den, na noc?, je třeba vložku použít každý den?, v jaké situaci?).

Ultrazvukovým vyšetřením zjišťujeme postmikční reziduum, polohu a otevírání hrdla močového měchýře při zakašlání. Používáme abdominální či vaginální sondu.

Při fyzikálním vyšetření se zaměříme na celkový habitus (obezita), svalový tonus, stav zevního ústí uretry, eventuální prolaps pánevních orgánů.

Vždy před operačním výkonem provádíme uroodynamické vyšetření – cystometrii k určení kapacity močového měchýře, zhodnocení hyperaktivity detrusoru, dále profilometrii k určení uzavíracího uretrálního tlaku. Toto vyšetření provádí urolog či gynekolog, v ideálním případě přímo operátor. Součástí uroodynamického vyšetření by měly být provokační testy. Marshallův test - sledování úniku moči vleže při kašli a naplněném měchýři, či Frierwesův test – únik při kašli ve stoje s pokrčnými koleny (tabulka 1).

Operace

Pokud všemi vyšetřeními dospějeme k závěru, že pacientka trpí významnou stresovou inkontinencí, či smíšenou formou inkontinence s převahou stresové složky (minoritní urgentní složku můžeme potlačit farmakoterapií), je vhodné pacientku informovat o možnosti operačního řešení, a odeslat ji do odborné urologické či gynekologické poradny. Míra úniku moči a potíže, které způsobuje, je velmi individuální. Pro některou ženu je únik pár kapek moči při sportu důvodem k operaci, a naopak, pro jinou ženu ani použití 5 vložek za den není dostatečným důvodem k rozhodnutí jít na operaci.

Výkon se může provádět dle zvyklostí pracoviště v lokální, svodné, či celkové anestezii. Na našem pracovišti jsme provedli více než 600 výkonů tohoto typu (TVT, TVT-O a jejich modifikací). Operaci provádíme v celkové anestezii, průměrná doba hospitalizace je 1 den. Pacientka většinou přichází nalačno v den operace. Vlastní výkon trvá 15-20 min. Při výkonu je zaveden permanentní katetr, který se 1. pooperační den ráno odstraňu-

je. Poté je nutná kontrola pacientky po fyziologickém naplnění močového měchýře, kdy se hodnotí kontinence, průběh mikce a postmikční reziduum (sono).

Pooperační péče

Při propuštění je doporučeno omezení fyzické námahy na 4-6 týdnů. Po 6 týdnech je možný postupný návrat ke cvičení, pohybovým aktivitám. I v dalším životě doporučujeme vystříhat se dlouhodobé, významné fyzické námahy (zvedání břemen nad 20 kg). Dle naší zkušenosti se pacientky duševně pracující (bez fyzické námahy při práci) mohou vrátit do pracovního procesu po 1-2 týdnech.

Závěr

Nové materiály a operační techniky nám v posledních letech umožňují efektivně léčit choroby, které byly ještě před pár lety obtížně řešitelné. Jedním z příkladů je právě operace stresové inkontinence. Při správné indikaci a provedení výkonu dosahujeme až 95% úspěšnosti operací. Dosažení kontinence přináší nejenom významné zlepšení kvality života pro pacientky, ale vzhledem k nákladům na dlouhodobou paliativní léčbu (inkontinentní pomůcky) a komplikující onemocnění i nezanedbatelný ekonomický přínos pro zdravotní zařízení a celou společnost. S postupně prodlužující se délkou života se budeme s tímto problémem potýkat stále častěji. Definitivní indikace k výkonu patří do „rukou“ odborného lékaře - urologa či gynekologa, protože ne každé pacientce s únikem moči může tato operace přinést kýžený benefit.

MUDr. Václav Hynek - Profesionální praxe: 1994 – dosud, Urologie, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem, 1994 – 2003 lékař oddělení urologie, od r. 2003– dosud zástupce primáře urologie. Vzdělání: 1988 – 1994 1. Lékařská fakulta, UK, Praha, 1998 1. atestace z urologie, 2002 2. atestace z urologie. Specializace: Urogynekologie, dysfunkce dolních močových cest, dětská urologie. Členství: ČÚS (Česká urologická společnost), ICS (International Continence Society), EAU (European Association of Urology)

výkon trvá 15-20 min

**v lokální, svodné či
celkové anestezii**

Padělky a nelegální léčivé přípravky

Padělky a nelegální přípravky

Na český trh pronikají dva druhy nelegálních léčiv. Jsou to nelegální přípravky a padělky léčivých přípravků. Jelikož se nejedná o totéž, je nutné tyto dvě skupiny dobře rozlišovat.

Nelegální léčivé přípravky

Nelegálním přípravkem se rozumí přípravek v rozporu s legislativou příslušného státu. Těmito přípravky mohou být ty, které sice obsahují nějakou léčivou látku, ale nejsou schváleny jako léčivý přípravek nikde na světě. Mezi nelegální přípravky řadíme i takové, které sice v jiné zemi zaregistrované k používání jako léčivý přípravek jsou, ale nejsou zaregistrovány pro použití v ČR.

Nelegální přípravky v České republice

V České republice se nelegálními léčivými přípravky v rámci své kompetence zabývá Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) dle zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech).

Nelegální léčivé přípravky jsou takové, jejichž identita anebo původ nejsou úmyslně a podvodně špatně označeny. Jedná se o výrobek s vlastním názvem, který se zpravidla o napodobení již existujícího přípravku nesnaží. Problém je v tom, že takovýto přípravek není v České republice registrován a není u něj známé jeho přesné složení, jakost a účinnost. Takovéto přípravky se hojně vyskytují zejména na nelegálním trhu s léčivy. V rámci legálního trhu nebyl takovýto nelegální přípravek k dnešnímu dni zajištěn.

Padělky léčivých přípravků

Padělkem léčivého přípravku je přípravek, k němuž někde na světě existuje originál, tj. originální registrované léčivo, které je k dispozici na světovém trhu pod stejným názvem. Obecně se jedná o nelegálně vyrobené kopie imitující již existující, v některé zemi registrované, léčivé přípravky.

S rozvojem technických možností padělatelů je stále těžší rozeznat zdařilý padělek od originálu, neboť oko laika posuzuje pouze vnější a vnitřní obal výrobku. Padělání léčiv se tak stává výnosným a organizovaným obchodem, který se logicky zaměřuje pouze na oklamání spotřebitele. U padělků léčivých přípravků je potřeba rozlišovat mezi ochranou léčivých přípravků plynoucí z práva duševního vlastnictví a ochranou léčivých

vých přípravků z pohledu bezpečnosti při použití v rámci zdravotní péče.

V kompetenci SÚKL je právě zajištění bezpečnosti v rámci zdravotní péče, tedy odhalování těchto padělků a jejich testování. Naproti tomu ochrana léčivých přípravků plynoucí z práva duševního vlastnictví (problematika ochranné známky, obchodního jména, patentů atd.) je zajišťována buď soukromoprávní cestou, tj. soudy či rozhodci, nebo veřejnoprávní cestou např. řízením před Úřadem průmyslového vlastnictví, Českou obchodní inspekcí či Policií ČR.

Definice podle Světové zdravotnické organizace

Definice padělku léčivého přípravku v našem právním řádu neexistuje. Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) se padělkem rozumí takový přípravek, jehož identita a/nebo původ jsou úmyslně a podvodně špatně označeny. Padělky mohou obsahovat správnou nebo nesprávnou účinnou látku, nemusejí ji však obsahovat vůbec, případně neobsahovat deklarované množství látky. Padělkem je i originální přípravek, jehož obal je falešnou napodobeninou. Padělaná léčiva představují pro občany v posledních letech stále větší nebezpečí. Na legálním trhu se vyskytují pouze ojediněle - cca v 0,002 – 0,01 procent případů, přičemž se jedná většinou o originální léčivo v neoriginálním obalu. Černý trh je však padělky, zejména díky internetu, přímo zaplaven.

Výroba padělků

Padělky samotné jsou vyráběny za neuvěřitelně primitivních podmínek. Obsah účinných látek bývá i několikanásobně překročen, nebo naopak v nich účinná látka úplně chybí. Diskutabilní je pochopitelně i kvalita padělaných léčiv, jelikož mohou obsahovat, a zpravidla i obsahují, nejrůznější příměsi. Padělek tak může ohrozit nebo i poškodit zdraví pacientů. Výjimkou nejsou ani případy, kdy došlo k úmrtí, jak bylo zdokumentováno v mnoha případech v zahraničí.

Obrovským nebezpečím padělků je, že na rozdíl od nelegálních výrobků pronikají do legální distribuční sítě v Evropě. Česká republika je naštěstí výjimkou, protože žádný padělek v legální distribuční síti nebyl zachycen. Jednotlivé články legální distribuční sítě, např. distributor léčiv a lékárna, podléhají všude v Evropě přísné kontrole ze strany lékových agentur jednotlivých zemí. V ČR je to právě Státní ústav pro kontro-

nelegální léčivé přípravky - v rozproru s legislativou příslušného státu

padělky- nelegálně vyrobené kopie imitující již existující léčivé přípravky

padělky jsou vyráběny za neuvěřitelně primitivních podmínek

obsah účinných látek bývá i několikanásobně překročen nebo účinná látka zcela chybí

**nejčastější padělky -
k léčbě psychických
onemocnění,
vysokého tlaku,
erektilní dysfunkce,
anabolické steroidy,
antibiotika
a cytostatika**

lu léčiv, který v boji proti padělkům spolupracuje s celními orgány a Policií ČR.

Padělatelé se v současnosti zaměřují na léčiva, která jsou předmětem běžné spotřeby. Z hlediska trhu s léčivy se soustředí např. na léky k léčbě psychických onemocnění, k léčbě vysokého tlaku, antibiotika a cystostatika. Další cílovou skupinou padělatelů jsou přípravky, které v určité oblasti vylepšují životní styl pacienta, a to jsou zejména léky na léčbu erektilní dysfunkce nebo anabolické steroidy. Poslední skupinou, která nyní zaznamenává velký rozkvět, jsou biotechnologické přípravky. Nejsou tak často používané běžnými spotřebiteli, jelikož jednotlivá balení jsou velmi drahá. Proto se používají zpravidla na specializovaných pracovištích. Příklady nelegálních léčivých přípravků či padělků analyzovaných v odboru laboratorní kontroly SÚKL je možné nalézt v poslední kapitole.

Padělky ve světě

Největší problémy s padělkem mají trhy s léčivy v rozvojových zemích. Všeobecně známý je případ z Haiti z roku 1990, kdy sirup proti kašli s paracetamolem obsahoval diethylen glykol a v důsledku jeho užívání zemřelo asi 100 dětí. V některých státech Afriky se vyskytuje až 50 % padělků a léčiv nestandardní jakosti (zejména antibiotika, anti-HIV léčiva) a ve státech jihovýchodní Asie až 38 % antimalarik vydávaných v lékárnách neobsahovalo účinnou látku. Nejčastější padělky a nelegální přípravky v Evropě nesoucí vážná zdravotní rizika jsou anabolické steroidy, růstové hormony a jejich deriváty, tzv. „life-style“ přípravky (např. přípravky na hubnutí) a rostlinné přípravky (zejména tradiční čínské medicíny) jednak s obsahem nedeklarované účinné látky a jednak s obsahem toxických látek (syntetických nebo přírodních). Většina padělků pochází z Asie (Čína, Indie, Pakistan, Thajsko) a ze zemí bývalého Sovětského svazu.

Úloha mezinárodní sítě OMCL

Mezinárodní síť Oficiálních laboratoří pro kontrolu léčiv (OMCL) řízená Evropským ústředím pro jakost léčiv (EDQM) ve Štrasburku spolupracuje formou vzájemné informovanosti o zjištěných padělcích. Členové sítě si navzájem vyměňují základní informace o přípravku, jeho vzhledu, včetně obalu, a v neposlední řadě o metodách rozboru.

Situaci řeší i EU

Státy Evropské unie se o problematiku padělků intenzivně zajímají od roku 1999, kdy při Radě Evropy vznikly první skupiny poukazující na riziko padělků a aktivity padělatelů. Bylo to v době, kdy aktivity padělatelů byly rovněž v začátcích, alespoň co se týče jejich ambicí pronikat do legálního distribučního řetězce. Ten by jim zajistil

možnost „trvalejšího“ a „bezpečnějšího“ odběru, než skýtá ilegální prodejní síť. Aktivity směřující k boji proti padělatelům se sjednotily v roce 2005, kdy vznikla samostatná pracovní skupina z iniciativy Velké Británie a Irska zaštitěná Heads of Medicines Agencies (HMA) pod názvem Working group of enforcement officers. Zahájila intenzivní, kvalifikovanou a systematickou práci na poli boje proti padělatelům léčiv na mezinárodní úrovni. V současnosti tato skupina zahrnuje všechny státy Evropské unie a některé další evropské spolupracující státy jako jsou Švýcarsko a Norsko. Na celosvětové úrovni pak spolupracují jednotlivé státy pod hlavičkou skupiny IMPACT (pracovní skupina podléhající WHO), která zahrnuje klíčové země světové hospodářské soustavy a spoluvytváří základní celosvětové strategie pro boj s padělateli léčiv. Intenzivní spolupráce organizací v rámci Evropy. V rámci Evropy funguje živá a velice intenzivní spolupráce v oblastech vyhledávání padělků a vzájemného varování v případě jejich výskytu. Zároveň se pracuje i na způsobech, jak tyto nové systémy zavádět do legislativy států EU. V současnosti je projednávána nová verze směrnice týkající se humánních léčivých přípravků 2001/83/ES, která usiluje o zavedení jednotných bezpečnostních prvků na obalech léčiv jako jednoznačného identifikátoru léčiva. Padělek by byl tak snadněji odlišitelný, neboť pro padělatele by bylo nemožné obtížné, ne-li nemožné, zdařile jej napodobit. Návrhy na doplnění směrnice také počítají se zavedením nového kontrolního režimu pro tzv. brokers, tj. obchodníky, kteří léčiva nikdy fyzicky nevlastní a obchod zprostředkovávají virtuálně, elektronicky. Pak dochází k oddělení léčiva od jeho dokumentace a to je možná příležitost pro průnik padělků do legálního distribučního řetězce. Směrnice připravuje i další podstatné změny a doplnění, které povedou k eliminaci výskytu padělků na evropském trhu.

Situace v ČR

Situace v České republice je na rozdíl od jiných států EU, zejména Velké Británie, Irska, Francie a Německa, klidnější. Padělky léčivých přípravků, stejně jako nelegální přípravky, se objevují výhradně v nelegální distribuční síti, zejména na internetu. Systém kontroly subjektů, které s léčivy obchodují, je v ČR velmi propracovaný a velmi dobře prováděný kontrolory Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Ti se zabývají jak kontrolou výrobců, tak i kontrolou distributorů, lékáren a zdravotnických zařízení zacházejících s léčivy. V ČR nejsou zatím etablováni ani brokers. Nicméně vzhledem k existenci jednotného evropského trhu a globalizaci nelze tato nebezpečí podceňovat. Padělatelé jsou postupně vytlačováni ze svých odbytišť ve velkých evropských zemích a budou tak hledat nové způsoby prosazení padělků na evropský trh i v menších zemích

„life style“ přípravky

přípravky na hubnutí

**přípravky tradiční
čínské medicíny**

Pfizer - Viagra

Tabulka 1 Příklady nelegálních léčivých přípravků a padělků			
Anabolika	typ	Deklarovaný obsah	Skutečný obsah
ANABOL tbl.	N	5 mg methandienon	5 mg methandienon
ANDROLIC tbl.	N	50 mg oxymetholon	50 mg oxymetholon
SUPERANABOLON inj.	N	5% testosteron-propionát	testosteron-propionát + benzyl-benzoát
T-PROPIN inj.	N	100 mg testosteron-propionát a benzyl-benzoát	100 mg testosteron-propionát a benzyl-benzoát
TESTOSTERONA PROPINAT 5% inj	P	5 % testosteron-propionátu	žádný
NAPOSIM 5 mg tbl.	N	5 mg methandienonu	5 mg methandienonu
Všechny vzorky anabolik pocházely z internetu.			

EU. Pro ČR je nesmírně důležitá neustálá spolupráce s evropskými agenturami a pracovními skupinami zabývajícími se padělkem, Radou Evropy i dalšími světovými institucemi v této oblasti.

Příklady nelegálních léčivých přípravků a padělků

Některé z přípravků analyzovaných v odboru laboratorní kontroly SÚKL:

Anabolika

ANABOL tbl., 1000 x 5 mg, British Dispensary, UK – nelegální přípravek obsahoval methandienon v deklarovaném množství.

ANDROLIC tbl., 100 x 50 mg, British Dispensary, UK - nelegální přípravek obsahoval oxymetholon v deklarovaném množství.

SUPERANABOLON inj., 5 x 1 ml, Spofa, a.s. – skládačka registrovaného přípravku (vnější obal) obsahovala 5 skleněných ampulí s protaženým krčkem nelegálního přípravku s označením v azbuce TESTOSTERONA PROPIONAT 5%. Testosteron-propionát byl prokázán spolu s benzyl-benzoátem.

T-PROPIN inj., 1 x 20 ml, Roos Lion, Čína – nelegální přípravek obsahoval testosteron-propionát a benzyl-benzoát rozpuštěné v oleji ve 20ml lahvičce (penicilinka) se štítkem v deklarovaném množství 100 mg/ml.

TESTOSTERONA PROPINAT 5% inj., 10 x 1 ml, Zavod 000 Farmadon, Rostov na Donu – padělek v papírové skládačce s označením názvu přípravku, výrobce, šarže s 10 označenými skleněnými ampulími s protaženým krčkem obsahoval čirý žlutý roztok. Přítomnost testosteron-propionátu ani jiných anabolických steroidů nebyla prokázána!

NAPOSIM 5 mg tbl., 10 x 5 mg, Terapia, Rumunsko – nelegální přípravek předaný SÚKL Policií ČR. Bílé válcovité tablety na jedné straně s vyraženým trojúhelníkem obsahovaly deklarované množství methandienonu.

Porovnání originálu a padělku ukazuje tabulka 1.

„Life-style“ přípravky

VASOGEN tbl., Ultra Health Products Inc., Arizona, USA (dovozce P.A.A. Agency s.r.o., Praha, CZ), podle informace na obalu měl obsahovat 500 mg různých rostlin většinou čínských. O rozbor požádala ústav Státní zemědělská a potravinářská inspekce (SZPI), která obdržela informaci, že jedna konkrétní šarže může obsahovat sildenafil-citrát (účinnou látku originálního přípravku Viagra). Přítomnost této léčivé látky v analyzovaném přípravku byla na pracovišti SÚKL prokázána, SZPI přípravek stáhla z oběhu. U další zkoušené šarže již léčivá látka prokázána nebyla.

KAMAGRA pot. tbl., 100 mg/tbl., Ajantha Pharma, Indie - nelegální přípravek z internetu. Zeleno-modré potahované tablety kosočtvercového tvaru s označením KGR100 na jedné straně a 2 kroužky na straně opačné obsahoval deklarované množství sildenafil-citrátu.

KAMAGRA-100 GOLD pot. tbl., 100 mg/tbl., Cheminnova Pharmaceuticals, Indie - analyzovány dvě šarže nelegálního přípravku z internetu. Tmavě zelené potahované tablety kosočtvercového tvaru s označením KGR100 na jedné straně a 2 kroužky na straně opačné obsahoval deklarované množství sildenafil-citrátu.

HERBAL VIOGRA cps., k dispozici byl pouze blister od Celní správy s označením Herbal Viagra, Herbal Supplement, 1 Capsule/Time/Day – červené tobolky obsahovaly 50 mg/cps tadafilu (účinná látka originálního přípravku Cialis), což odpovídá 2,5násobku největší síly originálního přípravku Cialis.

VIAGRA 100 pot. tbl., 100 mg/tbl., Pfizer – odbor analyzoval několik šarží tohoto padělku z internetu. Jednalo se o poměrně zdařilé padělky jak vnějšího (skládačka) a vnitřního obalu (blister se 4 tabletami), tak i ve vzhledu potahovaných tablet. Bez porovnání s originálním přípravkem nebylo možné padělek identifikovat. Vždy se jednalo o modré kosočtvercové potahované tablety se skosenými hranami, na jedné straně vyraženo Pfizer, na opačné straně VGR100. Tablety byly větší než originální přípravek s průměr-

Tabulka 2			
„Life-style“ přípravky	typ	Deklarovaný obsah	Skutečný obsah
KAMAGRA pot.tbl.	N	100 mg sildenafil-citrátu	100 mg sildenafil-citrátu
KAMAGRA-100 GOLD pot. tbl.	N	100 mg sildenafil-citrátu	100 mg sildenafil-citrátu
HERBAL VIOGRA cps.	N	20 mg tadalafilu	50 mg tadalafilu
VIAGRA 100 pot. tbl.	N	100 mg sildenafil-citrátu	60 mg sildenafil-citrátu
VEGA 100 pot. tbl.	N	100 mg sildenafil-citrátu	100 mg sildenafil-citrátu
SILAGRA tbl.	N	100 mg sildenafil-citrátu	100 mg sildenafil-citrátu
ASIA pot. tbl.	N	100 mg sildenafil-citrátu	50 mg sildenafil-citrátu
CAVERTA pot. tbl.	N	50 mg sildenafil-citrátu	50 mg sildenafil-citrátu
ErMax POWER PLUS Herbal Supplement cps.	N	nespecifikováno	50 mg tadalafilu
VIRECTA pot. tbl.	N	100 mg sildenafil-citrátu	100 mg sildenafil-citrátu
CIALIS 20 mg pot. tbl.	P	20 mg tadalafilu,	18 mg tadalafilu, 5 mg trans-izomeru tadalafilu a 50 mg sildenafil-citrátu

Tabulka 3			
Jiné	typ	Deklarovaný obsah	Skutečný obsah
EPHEDRIN HCL USP tbl.,	N	8 mg efedrin-hydrochloridu	8 mg efedrin-hydrochloridu

nou hmotností 1 tablety o cca 0,1 g vyšší. Obsah sildenafil-citrátu se výrazně lišil šarže od šarže od 60 mg/tbl po 145 mg/tbl, přitom originální přípravek obsahuje 25, 50 nebo 100 mg/tbl. Vzhledem k vzájemné podobnosti obalů, příbalové informace i vzhledu tablet se dá usuzovat, že se jedná o stejného výrobce všech analyzovaných šarží.

VEGA 100 pot. tbl., 100 mg/tbl., blistr se 4 tabletami (originální balení nebylo k dispozici) – nelegální přípravek z internetu obsahoval místo deklarovaných 100 mg sildenafil-citrátu v 1 tabletě 60 mg. O stejně pojmenovaném přípravku informovala rakouská OMCL s uvedením výrobce Vee Excel Drugs and Pharmaceuticals, Co., Belize.

SILAGRA tbl., 100 mg/tbl., Cipla Ltd., Indie – modré kosočtvercové tablety s půlicí rýhou nelegálního přípravku obsahovaly deklarované množství sildenafil-citrátu.

ASIA pot. tbl., další údaje nebyly dostupné, protože jsme obdrželi 5 tablet v plastovém sáčku – oválné modré potahované tablety z internetu obsahovaly místo deklarovaných 100 mg pouze 50 mg sildenafil-citrátu.

CAVERTA pot. tbl. 4 x 50 mg, Ranbaxy, Indie – nelegální přípravek obsahoval deklarované množství sildenafil-citrátu.

ErMax POWER PLUS Herbal Supplement cps., 1 cps., Kunming Dali Industry and Trade Co., (pravděpodobně čínský výrobce – na obalu ani přiložené příbalové informaci nespecifikováno) – vzorek původem z internetu, červené tobole-

ky obsahovaly 50 mg tadalafilu v 1 cps. Vzhled blistru, tobolek i obsah tadalafilu byly velmi podobné již výše zmíněnému přípravku Herbal Vio-ogra cps.

VIRECTA pot. tbl., 3 x 100 mg, EVA Pharma, Egypt – další nelegální přípravek z internetové nabídky. Ve skládačce byl jeden blistr se 3 tabletami a příbalová informace, v blistru označeném podle běžných zvyklostí byly modré oválné potahované tablety s půlicí rýhou na jedné straně a kroužkem s dvěma vlnovkami uvnitř na opačné straně, tablety obsahovaly deklarované množství sildenafil-citrátu.

CIALIS 20 mg pot.tbl., 4 x 20 mg, Eli Lilly – na pohled velmi dobrý padělek z internetu v papírové skládačce se 2 blistry po dvou tabletách a příbalová informace. Žluté potahované tablety mandlového tvaru, na jedné straně vyraženo C20, se neshodovaly s originálním přípravkem rozměry a hmotností, překvapením byl obsah nalezený v tabletách. V jedné tabletě bylo nalezeno 18 mg tadalafilu, přes 5 mg nečistoty trans-izomeru tadalafilu a 50 mg sildenafil-citrátu. Porovnání originálu a padělku ukazuje tabulka 2.

Jiné

EPHEDRIN HCL USP tbl., 50 x 8 mg, Kaizen Nutrition, USA – nelegální přípravek zadržený Celní správou. Bílé válcovité tablety s půlicí rýhou obsahovaly deklarované množství efedrin-hydrochloridu.

Porovnání originálu a padělku ukazuje tabulka 3.

Anketa: Jste spokojeni se svým softwarem?

Vážení kolegové,

Již delší dobu řeší výbor SVL nejrůznější stížnosti a připomínky k existujícím ambulantním softwarům. Jako možné řešení (kromě standardního připomínkování) se v poslední době jeví též možnost tvorby nového softwaru přímo odbornou společností na neziskové bázi. Byla by tak do budoucna vyřešena nejen úzká spolupráce tvůrců s uživateli, ale i jistota dlouhodobé garantované ceny. Vzhledem k tomu, že vývoj nového softwaru je velmi nákladná a náročná záležitost, rozhodl se výbor SVL provést objektivní průzkum spokojenosti se SW mezi praktickými lékaři. Prosíme Vás tedy o věnování cca 10 minut ze svého času a 10,- Kč ze svých peněz. Po vyplnění zašlete dotazník na adresu SVL (U hranic 16, Praha 10, 100 00), **do rohu prosíme napište: Hodnocení SW**. Byli bychom rádi, pokud byste na konec uvedli kontakt na sebe – předejde se tím případnému zneužití dotazníku. Předem Vám děkujeme. Výbor SVL

1. Jaký program ve své ordinaci užíváte?

☐ PC doktor ☐ Medicus ☐ Amicus ☐ Žádný ☐ Jiný

2. Program užívám k:

☐ vykazování výkonů pojišťovnám ☐ tisk receptů
☐ občasné zápisy (např. prevence, předoperační) ☐ kompletní vedení dokumentace
☐ přehledy a statistiky (např. UZIS) ☐ fakturace a účetnictví
☐ jiné funkce: (prosím vypište):

3. Jste s tímto programem spokojen/a?

☐ Ano, velmi ☐ Celkem ano ☐ Spíše ne ☐ Ne

4. Při potížích se radím:

☐ poradím si sám ☐ s kolegy-lékaři
☐ s autory programu (hotline):

5. Jak často s SW firmou komunikujete:

☐ 1x týdně ☐ 1x za měsíc ☐ jinak (napište číslo za rok):

6. Následující dotazy oznámte jako ve škole (1nejlepší - 5 nejhorší):

Vstřícnost firmy při řešení problémů:

Možnost dovolat se na hotline:

Rozsah pracovní doby hotline:

7. Vyjádřete se k Vašemu programu (opět jako ve škole):

Přehlednost (intuitivnost ovládání):

Rozsah (jestli obsahuje vše potřebné):

Cena: nákup softwaru:

Předplatné údržby:

Bezchybnost SW (SW pracuje, aniž by se zasekával, popř. se objevovaly jiné chyby):

8. Byl/a byste ochoten/a změnit svůj dosavadní program v případě, že by Vám byl nabídnut neziskový (tedy cenově výhodnější) s dlouhodobou garancí SVL?

☐ Ano ☐ Spíše Ano ☐ Spíše ne ☐ Rozhodně Ne ☐ Nevím

9. Elektronickou komunikaci (tedy zasílání dávek přes internet) využívám:

☐ Vůbec ☐ Občas ☐ Pravidelně

Kontaktní údaje:

Jméno a příjmení e-mail

Na tento dotazník lze odpovědět i elektronicky na www.svl.cz – v tomto případě je ale nutné uvést kontakt na respondenta (e mail), aby se předešlo možnému zneužití anonymního dotazníku.

Dotazníky budou slosovány a 3 výherci obrží praktická paměťová média.



Jak jsme řešili u nás v Ostravě problematické vztahy mezi praktickými lékaři a ambulantními specialisty

Vážení kolegové, na výzvu časopisu Practicus jsem se rozhodla podělit se se zkušenostmi v řešení některých problémů v naší praxi z Ostravy.

Před cca 4 - 5 lety se z iniciativy PL začaly řešit problematické vztahy PL a ambulantních specialistů. Sešli se zástupci SVL a SPL a zformulovali první body zásad pro povinnosti jak praktických lékařů, tak i ambulantních specialistů. Pak proběhlo společné jednání za účasti ředitelů všech nemocnic, zástupců ambulantních specialistů a zástupců zdravotních pojišťoven a praktických lékařů.

Tyto body byly dále konzultovány a upraveny s vedením SPL ČR do tohoto znění:

1. Posuzování dočasné pracovní neschopnosti (PN) – vyhl.č.31/1993 Sb.

Základní ustanovení: **dočasnou PN posuzuje ošetřující lékař (OL).**

Ošetřujícím lékařem se rozumí lékař, který má pacienta ve své ambulantní, ústavní nebo lázeňské péči. Každý lékař, který pacienta léčí (mimo RZP a mimo LSPP) a domnívá se, že zdravotní stav pacienta vyžaduje PN, je povinen tuto PN vystavit, vést a ukončit. Případně při ukončení léčby pro dané onemocnění, ale při přetrvávání důvodu k PN z jiné příčiny (polymorbidita), je OL povinen předat pacienta do péče jiného - příslušného lékaře. Není možný takový stav, kdy pacienta léčí ambulantní specialista (tedy i zubní lékař!), ale v pracovní neschopnosti ho vede praktický lékař!!!

Nyní je už tato povinnost stanovena zákonem!

2. Příkaz ke zdravotnímu transportu („lístek na sanitku“)

vystavuje ta ambulance, tedy ten lékař, který pacienta zve pacienta ke kontrole, nebo odesílá „jímam“ (k hospitalizaci, jinému odborníkovi). Vypsání tohoto tiskopisu je součástí výkonu vyšetření, hrazeného příslušnou zdravotní pojišťovnou. Není možné, aby pro „lístek na sanitku“ museli chodit příbuzní, či pečovatelka k praktickému lékaři.

3. Předepisování léků:

Dle zákona č.48/1997 a metodiky VZP, **předepisuje léky ošetřující lékař.** Tím je buď registrující praktický lékař nebo specialista, který provedl akutní ošetření, či převzal pacienta do péče na základě požadavku k převzetí na dokladu VZP – 06-K od jiného lékaře. Pokud specialista na základě tohoto požadavku přebírá pacienta do své péče, vede po celou tuto dobu kompletně léčbu pro dané onemocnění, včetně předpisu léků a žádanek na další, pro něho potřebná, vyšetření (rozumí se i odběry krve). Pokud je vyžádáno jen konsiliární vyšetření, specialista pouze doporučí další postup, včetně návrhu medikace.

4. Vyžadování donášky léků na dobu hospitalizace

z domova a předpisu nových zdravotních pomůcek od registrujících praktických lékařů pro pacienty k hospitalizaci je **nepřípustné!**

5. Praktický lékař, který odesílá pacienta k ambulantnímu specialistovi,

vypisuje v doporučení důle-

žité zdravotní údaje, výsledky předem provedených vyšetření (aby se předešlo duplicitě vyšetření) a informace o dosavadní léčbě.

Každý ošetřující lékař (ambulantní nebo nemocniční specialista) **písemně informuje** registrujícího praktického lékaře daného pacienta o provedeném vyšetření, o každé změně terapie a o výsledku dispenzárního vyšetření. Zpráva pro praktického lékaře je součástí výkonu hrazeného příslušnou zdravotní pojišťovnou. **Bez této zprávy a jejího předání PL, jsou zdravotní pojišťovny oprávněny výkon neproplatit.**

6. Lázeňská péče:

ze zákona 48/1997, metodiky VZP a opakovaných informací VZP o správném postupu při indikování lázeňské péče vyplývá, že lázeňskou péči doporučuje ošetřující lékař (PL, ambulantní specialista nebo ošetřující lékař při hospitalizaci) a to dle indikačního seznamu pro jednotlivá doporučení lázeňské léčby u daných onemocnění. Doporučení ošetřujícího ambulantního specialisty může být vystaveno buď na formuláři „Návrh na lázeňskou péči“, nebo na samostatném listu, který bude k návrhu přiložen. V tomto případě musí doporučení obsahovat **všechny předepsané náležitosti** návrhu a musí být opatřeno podpisem a razítkem doporučujícího lékaře a taktéž datem, které je vždy dřívější, než datum ověřujícího registrujícího praktického lékaře, který návrh následně podá.

7. Vyhláška č. 60/1997 Sb.

Stanoví nemoci, u kterých se provádí **dispenzární péče**. Dále určuje časové rozmezí dispenzárních prohlídek a specializaci lékaře, který je provádí. Dispenzarizující lékař se současně stává pro danou chorobu ošetřujícím lékařem se všemi povinnostmi s tím souvisejícími (předepisování léků, indikace dalšího potřebného vyšetření, předání zprávy o výsledku vyšetření i léčby atd.)

8. Každý lékař je povinen

poskytnout ošetření v případě akutního zhoršení zdravotního stavu.

S výše uvedenými zásadami jsme pak seznámili lékaře na výroční schůzi ČLK v Ostravě, abychom dosáhli co největší informovanosti všech lékařů.

Na této schůzi jsme předali stanovené zásady i v písemné formě s požadavkem, aby informovali další lékaře. Velká většina lékařů tyto zásady vzala na vědomí a respektovala je. Největší problémy byly a stále přetrvávají ve spolupráci s Fakultní nemocnicí v Ostravě Porubě.

MUDr. Havlová Alice,
Krajský konzultant SVL ČLS JEP,
Moravskoslezský kraj

OL = ošetřující lékař, ne obvodní lékař, jak se mnozí specializovaní kolegové stále domnívají

příslušný OL pro dané onemocnění:

předepisuje léky

vystavuje PN

vypisuje žádanky pro indukovanou vyšetření včetně laboratorních

vystavuje příkaz ke zdravotnímu transportu, který indikuje

je nepřipustné, aby si pacient nosil k hospitalizaci své domácí léky nebo byl registrující PL žádán o preskripci zdravotních pomůcek

zpráva pro praktického lékaře je součástí zdravotního výkonu

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Dabigatran je u venózního tromboembolismu (VTE) bezpečný a účinný

Klinická otázka:

Je dabigatran v léčbě akutního žilního tromboembolismu stejně bezpečný a účinný jako warfarin?

Závěr:

Dabigatran se ukazuje být bezpečnou a účinnou alternativou k warfarinu. Bohužel dabigatran je mnohem dražší (podle webové informace jedné kanadské lékárny je to \$400/měsíc, čili za 60 tablet po 110 mg, což je nižší dávka než byla použita v této studii). Část těchto vysokých nákladů je ale zmírněna tím, že u něho není nutno vyšetřovat INR (International Normalised Ratio). Dříve než bude dabigatran šířeji přijat, musí být provedena odpovídající farmakoekonomická analýza. (LOE = 1b)

Reference:

Schulman S, Kearon C, Kakkar AK, et al, for the RE-COVER Study Group. Dabigatran versus warfarin in the treatment of acute venous thromboembolism.. N Engl J Med 2009;361(24):2342-2352.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě zaslepená)

Financování:

Průmysl

Prováděcí prostředí studie:

Lůžkové (jakékoliv) s ambulantními kontrolami

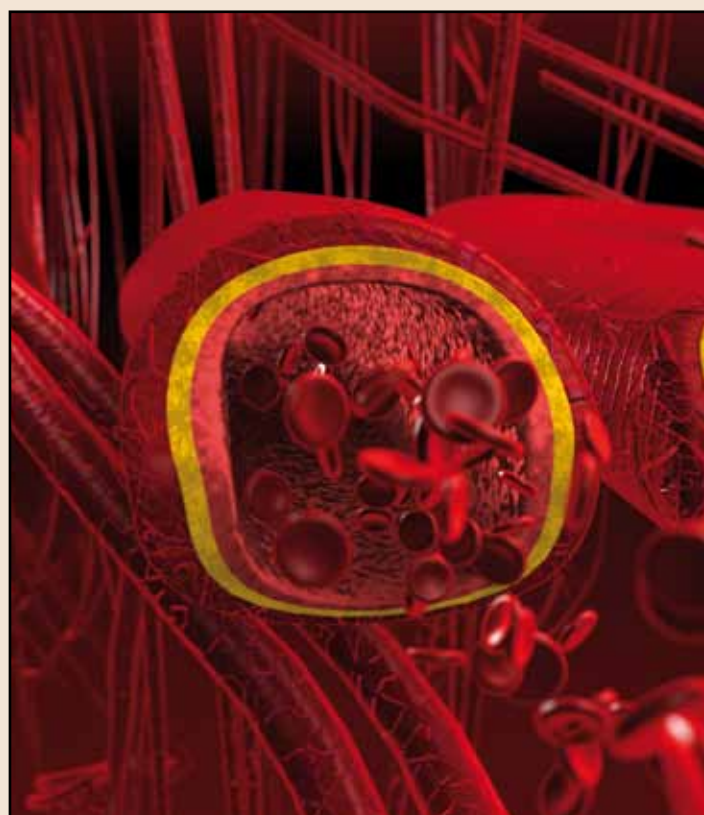
Rozdělení:

Tajné

Synopse:

Dabigatran je perorální přímý inhibitor trombinu, který (na rozdíl od warfarinu) nepotřebuje periodické sledování antikoagulačního účinku (tento lék neprošel zatím schválením FDA, ale byl již schválen v Evropě a v Kanadě jako Pradaxa). Do této studie autoři zapojili dospě-

lé pacienty, u kterých byla doporučena 6-měsíční antikoagulační léčba poté, co u nich byla zjištěna diagnóza hluboké žilní embolie (69%), plicní embolizace (21%) nebo obojí (10%). Celkem 2539 pacientů bylo náhodně rozděleno do dvou skupin, kde (1) užívali dabigatran v dávce 150 mg dvakrát denně nebo (2) warfarin v dávkách upravených podle dosaženého INR v rozmezí 2,0-3,0. Průměrný věk pacientů



byl 55 let, 42% bylo žen a 95% bylo bělochů. S ohledem na riziko rekurence venózního tromboembolismu, závažného krvácení nebo úmrtí během 6-ti měsíčního sledování nebyl mezi oběma skupinami zjištěn žádný signifikantní rozdíl. Méně významné krvácení (např. urogenitální, intramuskulární nebo nazální) bylo u dabigatranu méně běžné než u warfarinu (16,1% vs 21,9%; $P < 0,05$).

ACE inhibitory jsou lepší než ARB u pacientů s ischemickou chorobou srdeční

Klinická otázka:

Která léčba má lepší výsledky u pacientů se stabilní ischemickou chorobou srdeční - podá-

dabigatran se ukazuje být stejně účinný jako warfarin ve všech jeho indikacích

pozn. redakce: použití dabigatranu je v současné době schváleno pouze u profylaxe tromboembolismu po velkých ortopedických operacích (TEP kolene a TEP kyčle)

ACE inhibitory, na rozdíl od sartanů mají prokazatelný účinek na snížení kardiiovaskulární mortality, nefatálního IM a mozkové mrtvice

vání ACEI (inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu), ARB (blokátory receptoru angiotensin II) nebo oba?

Závěr:

U pacientů s ischemickou chorobou srdeční se zachovanou ventrikulární funkcí (tzn. bez srdečního selhání), přidání ACEI k tradiční léčbě působí další snížení mortality, nefatálního infarktu myokardu a mozkové mrtvice. Léčba ARB nemá důkazy o užítu. (LOE = 1a)

Reference:

Baker WL, Coleman CI, Kluger J, et al. Systematic review: Comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin II-receptor blockers for ischemic heart disease. *Ann Intern Med* 2009;151(12):861-871.

Typ studie:

Metaanalýza (kontrolované randomizované studie)

Financování:

Vláda

Prováděcí prostředí studie:

Různé (metaanalýza)

Synopse:

S cílem odpovědět na tuto otázku výzkumníci prohledali 4 databáze včetně „Cochrane Library“, se zaměřením na studie srovnávající léčbu ACEI a ARB u pacientů se srdečním onemocněním. Dva výzkumníci nezávisle identifikovali studie vhodné k zařazení, extrahovali data a zhodnotili kvalitu studií. Také prohledali seznam referencí v jednotlivých studiích, ale nezahrnuli žádný výzkum, který byl publikován pouze jako abstrakt. Heterogenita a publikační zaujatost byly hodnoceny u každé podskupiny studií zvlášť. Většina studií měla střední až vysokou kvalitu. V 7 studiích s téměř 40 000 pacientů snížila léčba ACEI mortalitu o 13% (relativní riziko = 0,87; 95% CI = 0,81 - 0,94). V 6 studiích zahrnujících 37 706 pacientů snížila léčba ACEI kardiovaskulární mortalitu podobně (relativní riziko = 0,83; CI = 0,7 - 0,98). Jednotlivé studie s podáváním ARB neprokázaly ve srovnání s placebem užitek ARB. Podobně, při srovnání ARB a ACEI léčby, pouze léčba ACEI snížila kardiovaskulární mortalitu, nefatální infarkt myokardu a mozkovou mrtvici. Kombinace ARB a ACEI neměla vliv na výsledky, ale zvýšila nežádoucí účinky.

ASA má u pacientů s diabetem omezený užitek

Klinická otázka:

Sníží denní podávání kyseliny acetylsalicylové (ASA) u pacientů s diabetem bez kardiovaskulárního onemocnění riziko kardiovaskulárních příhod?

Závěr:

Preventivní podávání ASA u pacientů s diabetem bez kardiovaskulárního onemocnění nesnižuje pravděpodobnost kardiovaskulárních příhod, s výjimkou snížení rizika infarktu myokardu u mužů. U pacientů s diabetem není třeba se specificky zaměřovat na léčbu ASA, ale můžeme k nim z tohoto hlediska přistupovat jako ke každému jinému pacientovi. (LOE = 1a)

Reference:

De Berardis G, Sacco M, Strippoli G, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009; 339:b4531.

Typ studie:

Metaanalýza (randomizované kontrolované studie)

Financování:

Samofinancováno nebo nefinancováno

Prováděcí prostředí studie:

Různé (metaanalýza)

Synopse:

Ačkoliv koncepce, že diabetes představuje riziko pro srdeční onemocnění srovnatelné se stavem po prodělaném infarktu myokardu, byla vyvrácena (*Diabet Med* 2009;26(2):142-148), některé skupiny stále doporučují, aby ASA byla podávána všem pacientům s diabetem. Autoři této metaanalýzy prohledali 2 databáze včetně centrálního registru Cochrane a referenčního seznamu všech identifikovaných článků s omezením na články v anglickém jazyce. Dva autoři nezávisle identifikovali vhodné studie a extrahovali data. Identifikovali 6 studií, které zahrnovaly celkem 10 117 pacientů s diabetem, u nichž byly podávány různé dávky ASA. Podávání ASA nepřineslo žádnou signifikantní redukci rizika velkých kardiovaskulárních příhod, kardiovaskulární mortality nebo mortality ze všech příčin. U výsledků účinků ASA na infarkt myokardu byla zjištěna heterogenita s tím, že z ASA měli prospěch muži (relativní riziko = 0,57; 95% CI = 0,34 - 0,94), ale ne ženy. Podobná metaanalýza publikovaná ve stejnou dobu také zjistila, že relativní užitek podávání ASA je ve skupinách pacientů s diabetem a bez diabetu srovnatelný (*Diabetes Care* 2009;32(12):2300-2306).

léčba ACEI

snížila kardiovaskulární mortalitu, výskyt nefatálního infarktu myokardu a mozkové mrtvice

tento účinek se u ARB neprokázal

podávání ASA u diabetiků, kteří nemají kardiovaskulární onemocnění, nemá opodstatnění



Zabezpečení a ochrana dat na notebooku před zneužitím

Vážené kolegyně a kolegové,

v minulém čísle jsme se zabývali možností jak na dálku opravit váš „stávkující“ počítač. Co když ale existuje situace, kdy je naopak žádoucí, aby počítač „stávkoval“?

V dnešní rubrice „PC a doktor“ se budeme zabývat technologiemi pro notebooky. Výhodou notebooků (NB) je jejich lehká přenositelnost. Tato výhoda je zároveň i jejich největší nevýhodou: notebook může být lehce zcizen, může být někde zapomenut. Existuje několik možností, jak notebook ochránit před zcizením, resp. jej po zcizení nalézt nebo alespoň zabránit zneužití dat na něm uložených.



MUDr. Cyril Mucha

Riziko ztráty notebooků a hlavně zneužití dat si uvědomují i přední výrobci výpočetní techniky. V minulém čísle jsme popisovali výhody technologie vPro od firmy Intel. Vyjimečnost této technologie je v možnosti připojit se k počítači na dálku i ve chvíli, kdy je vypnutý. Technologie vPro se využívá i u notebooků, kde je doplněna tzv. technologií Anti-theft (Anti-theft = nástroj proti zlodějům). Aby byla technologie funkční, je nutné mít ještě nainstalovaný program např. Computrace One.

Co „to“ umí?

- sledovat zcizený/ztracený notebook (dále NB)
- zabránit přístupu k datům NB po zcizení
- vzdáleně vymazat data
- vzdáleně zablokovat NB
- udělat seznam komponent (hardware) a seznam aplikací (software) nainstalovaných na NB

Jak „to“ funguje?

Ochranný systém Intel Anti-Theft je určený pri-

márně pro zabránění zneužití dat v případě ztráty nebo zcizení notebooku. Pokud ke ztrátě nebo zcizení NB dojde, uživatel nebo IT správce může vzdáleně nechat zablokovat přístup k NB nebo smazat konkrétní adresář či celý operační systém (obr. 1).

Všechny kroky jsou prováděny na základě pověření uživatelem. Notebook je pak kompletně zablokovaný (obr. 2). Dokonce i když je vyměněn pevný disk za jiný, zůstává NB zablokovaný. Pokud se notebook vrátí zpět ke svému majiteli, může ho odemknout a zprovoznit po zadání kódu.

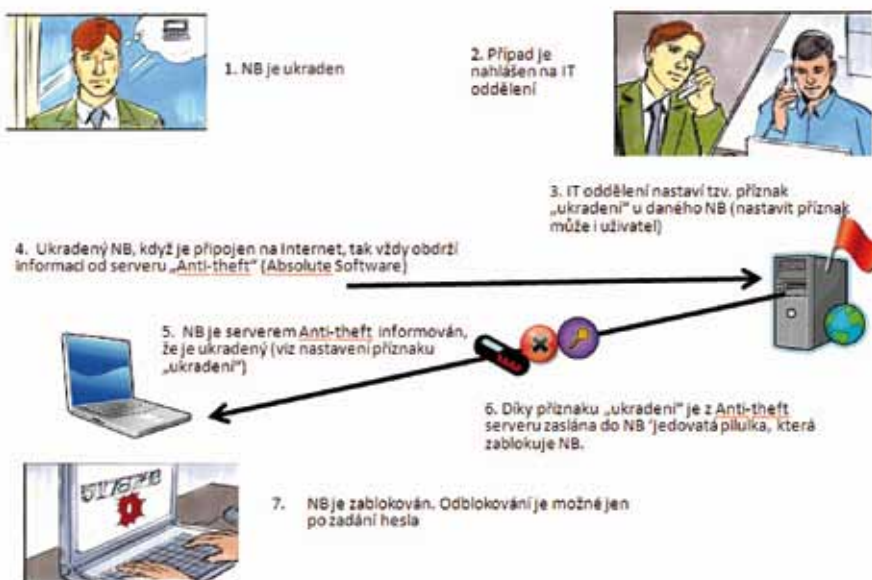
Pokud je NB vybaven GPS modulem a SIM kartou (některé NB např. značky Lenovo), může uživatel vysledovat odcizený NB. Majitel vzdáleně aktivuje službu pomocí níž lze lokalizovat, kde se notebook nachází s přesností několika metrů – obr. 3 nebo se zobrazí se i název ulice, kde se NB nachází – obr. 4.

Již v minulém čísle jsme psali o vzdálené správě „Profi Podpora“, kterou na základě smlouvy se SVL poskytuje praktickým lékařům firma AutoCont. V rámci ní je možno využívat i výše uvedené technologie.

Společnost Všeobecného Lékařství a firma AutoCont uzavřeli smlouvu o spolupráci v oblasti informačních technologií. Spolupráce přináší pro PL výhodnější podmínky nejen v nákupu výpočetní techniky, ale i v její údržbě a servisu a též ve vzdělávání.

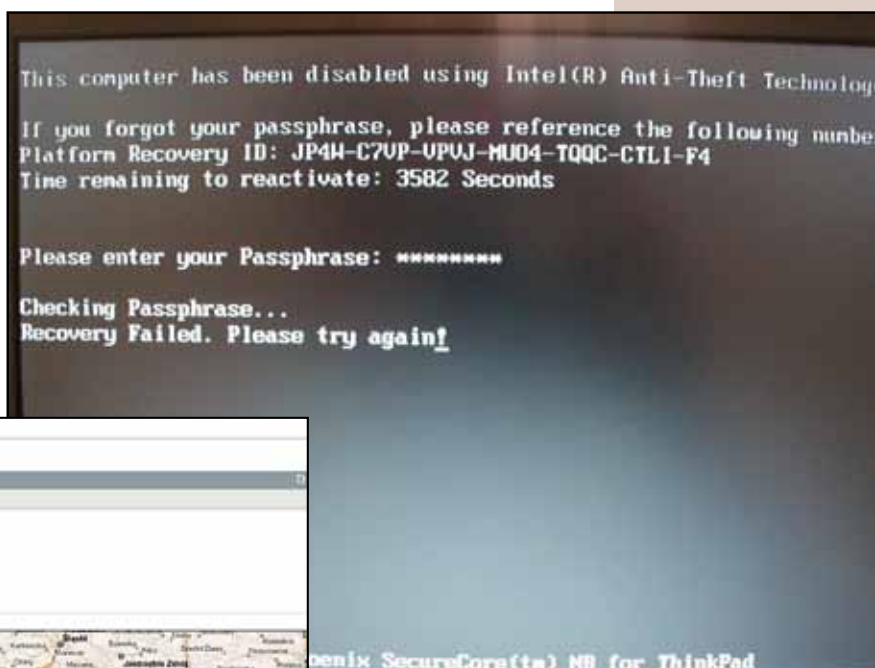
Více <http://lekari.itdnes.cz>

MUDr. Cyril Mucha, SVL,
Ing. Patrik Šolc,
AutoCont
tel.: 596 152 222,
e-mail: obchod@autocont.cz

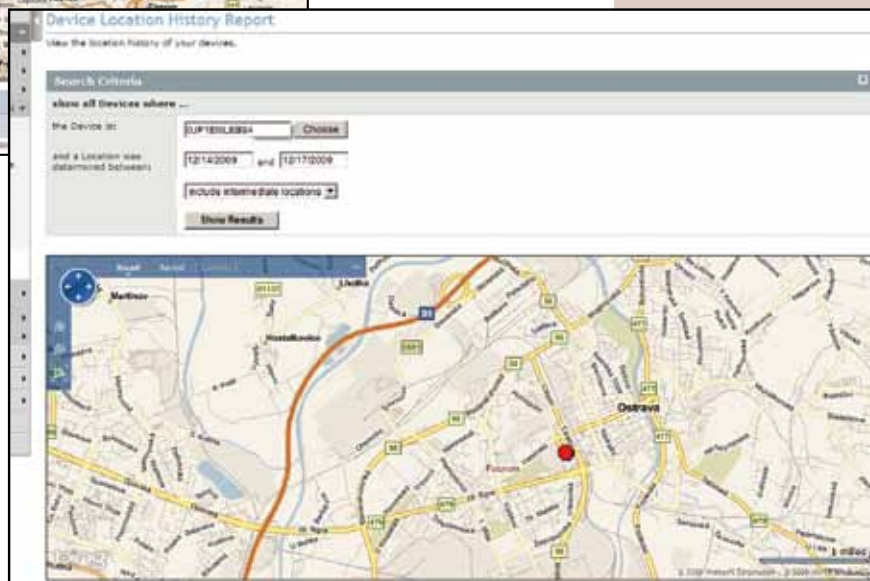
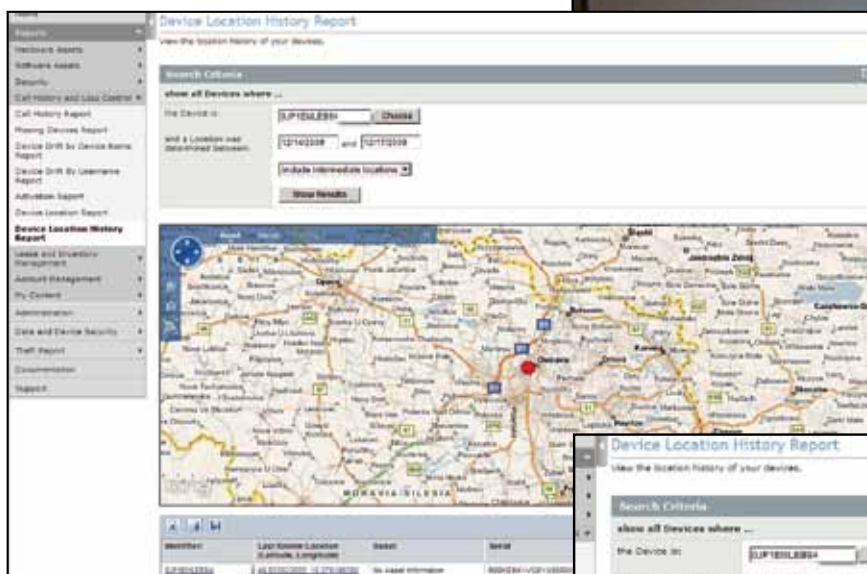




Obrázek 2:
Obrazovka NB s hlášením, že byl
ztracen (zablokovaný systém)



Obrázek 3:
Lokalizace NB Lenovo s Intel Anti-
Theft a aplikací Computrace One



Obrázek 3:
Lokalizace NB Lenovo –
detail s názvy ulic



AutoCont

Prodlužte si záruku HP zařízení - služba HP Care Pack

Snížíte náklady na provoz. Standardní záruka Vás chrání před vadami výrobku. HP Care Pack prodlouží užitočnou dobu a produktivitu Vašeho zařízení.

Výhody HP Care Pack:

- Ochrana Vašich investic do HP produktů
- Zajištění stálé podpory Vašeho zařízení
- Možnost volby doby odezvy a doby opravy

HP CARE PACK
Originální péče od HP

Pro HP zařízení, kterému končí záruka, lze koupit HP Post Warranty Pack!

HP Care Pack lze zakoupit do 180 dnů od koupě zařízení.

HP Post Warranty Pack je možné zakoupit nejdříve 90 dnů před skončením standardní záruky nebo HP Care Pack.

Cenově výhodná HP zařízení na IT DNES

Registrujte se s bonusovým kódem **SVLVIP**

a nakupujte v sekci „Podnikatelé a firmy“ na novém, moderním portálu.

lekari.itdnes.cz

Informace na telefonu **596 152 999**

Portál provozuje divize Centrální prodej holdingu AutoCont.

itdnes
když nechcete čekat

Vyhláška č. 3/2010 Sb. o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek



Informace připravil
MUDr. Jozef Čupka,
odborný redaktor časopisu

Vážené kolegyně a kolegové,
v této rubrice naleznete **dokončení textu Novinky ve vyhlášce č. 472/2009 z minulého čísla** a nově přinášíme **aktuální informace a znění VYHLÁŠKY č. 3/2010 Sb. ze dne 17. prosince 2009 o stanovení obsahu a časovém rozmezí preventivních prohlídek.**

Závěr textu

Novinky ve vyhlášce č. 472/2009

14. VYKAZOVÁNÍ KLINICKÝCH VYŠETŘENÍ

1. Při jedné návštěvě lze vykázat pouze jeden z výkonů klinických vyšetření.
2. S výkony klinických vyšetření nelze kombinovat administrativní výkony a výkon telefonická konzultace, s výjimkou administrativního výkonu Informace o vydání Rozhodnutí o vystavení nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti a Rozhodnutí o potřebě nebo ukončení potřeby ošetřování (péče).
3. U autorských odborností, u kterých existuje více výkonů klinických vyšetření použije vykazující lékař ten výkon, který odpovídá jeho způsobilosti.
4. Výkony klinických vyšetření lze kombinovat s výkony návštěvní služby.

14.1. Komplexní vyšetření

Výkonem komplexní vyšetření se vykazuje:

1. vyšetření pacienta při převzetí do péče praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, gynekologa - porodníka a praktického zubního lékaře
2. vyšetření pacienta při převzetí do pravidelné dlouhodobé péče ambulantního specializovaného lékaře a dále vždy, pokud došlo u konkrétního lékaře k přerušení péče delší než dva roky
3. vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci, pokud hospitalizaci nepředcházela hospitalizace na stejném pracovišti v posledních třech měsících

Obsahem výkonu komplexní vyšetření je především:

1. podrobná osobní anamnéza včetně rodinné, pracovní a sociální
2. zhodnocení subjektivních obtíží
3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
4. celkové objektivní vyšetření, u praktického lékaře, interních a chirurgických oborů včetně vyšetření per rectum
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu,

dechové frekvence, případně rychlosti výdechu peakflowmetrem

6. základní orientační preventivní onkologické vyšetření
7. diagnostická rozvaha a závěr
8. rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně vyžádání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření
9. rozhodnutí o terapeutickém postupu, včetně předpisu léků či ZP
10. provedení drobného terapeutického výkonu
11. rozhodnutí o termínu další kontroly
12. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
13. psychoterapeutický pohovor
14. individuální zdravotní výchova
15. edukace pacienta
16. sepsání lékařské zprávy - nálezu
17. administrativní činnost spojená s výkonem, povinná hlášení, poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko-terapeutickými postupy
18. zápis o celém postupu do zdravotnické dokumentace

14.2. Opakované komplexní vyšetření

Opakované komplexní vyšetření může vykazovat pouze praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost a praktický zubní lékař - stomatolog.

Výkonem opakované komplexní vyšetření se vykazuje:

1. preventivní prohlídka provedená praktickým lékařem pro dospělé nebo praktickým lékařem pro děti a dorost nebo praktickým zubním lékařem - stomatologem.

Obsahem výkonu opakovaného komplexního vyšetření je především:

1. podrobná osobní anamnéza včetně rodinné, pracovní a sociální s důrazem na změny od minulého komplexního nebo opakovaného komplexního vyšetření
2. zhodnocení subjektivních obtíží
3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
4. celkové objektivní vyšetření, u praktického lékaře včetně vyšetření per rectum, u praktického lékaře pro děti a dorost orientační vyšetření smyslu a psychomotorického vývoje
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, případně rychlosti výdechu

chu peakflowmetrem

6. základní orientační preventivní onkologické vyšetření

7. diagnostická rozvaha a závěr

8. rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně vyžádání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření

9. rozhodnutí o terapeutickém postupu, včetně předpisu léků či ZP

10. provedení drobného terapeutického výkonu

11. rozhodnutí o termínu další kontroly

12. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci

13. psychoterapeutický pohovor

14. individuální zdravotní výchova

15. edukace pacienta

16. sepsání lékařské zprávy - nálezů

17. administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně), poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko - terapeutickými postupy

18. zápis o celém postupu do zdravotnické dokumentace.

14.3 Cílené vyšetření

14.3.1. Výkonem cílené vyšetření se vykazuje:

1. vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem zaměřené na subjektivní obtíže

2. vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem v pravidelné péči při významné změně průběhu choroby

3. dispensemi vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem

4. přijetí pacienta k hospitalizaci, pokud od poslední hospitalizace na stejném oddělení neuplynulo více jak tři měsíce

5. propuštění pacienta z hospitalizace

6. vyšetření pacienta spojené s vystavením návrhu na komplexní a příspěvkovou lázeňskou péči nebo na pobyt v ozdravovně

7. předoperační vyšetření pacienta

8. preventivní prohlídka gynekologická

14.3.2. Obsahem výkonu cíleného vyšetření je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k subjektivním potížím pacienta vztahujícím se k danému vyšetření nebo k požadavku odesílajícího lékaře

2. zhodnocení subjektivních obtíží

3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích

4. objektivní vyšetření zaměřené k subjektivním potížím pacienta (vztahujícím se k danému vyšetření) nebo k požadavku odesílajícího lékaře

5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti výdechu peakflowmetrem pokud je ve vztahu k subjektivním potížím pacienta nebo k požadavku odesílajícího lékaře

6. základní orientační preventivní onkologické vyšetření

7. diagnostická rozvaha a závěr

8. rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně předepsání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření

9. rozhodnutí o terapeutickém postupu, včetně předpisu léků či ZP

10. provedení drobného terapeutického výkonu

11. rozhodnutí o termínu další kontroly

12. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci

13. psychoterapeutický pohovor

14. individuální zdravotní výchova

15. edukace pacienta

16. sepsání lékařské zprávy - nálezů

17. administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně), poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko - terapeutickými postupy

18. zápis o celém postupu do zdravotnické dokumentace

14.4. Kontrolní vyšetření

14.4.1. Výkonem kontrolní vyšetření se vykazuje:

1. vyšetření pacienta, kdy ošetřující lékař kontroluje průběh nebo výsledek léčby

2. vyšetření pacienta při ukončení léčby ošetřujícím lékařem

3. vyšetření pacienta při ukončení Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem

4. vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem v průběhu stabilizované choroby

5. vyšetření pacienta před poskytnutím terapeutického úkonu

14.4.2. Obsahem výkonu kontrolního vyšetření je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k průběhu nebo výsledku léčby

2. zhodnocení subjektivních obtíží a jejich změn

3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích

4. objektivní vyšetření zaměřené k průběhu nebo výsledku léčby

5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti výdechu peakflowmetrem pokud je ve vztahu k průběhu choroby nebo výsledku léčby

6. diagnostická rozvaha a závěr

7. rozhodnutí o termínu další kontroly

8. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci

9. psychoterapeutický pohovor

10. individuální zdravotní výchova

11. edukace pacienta

12. sepsání lékařské zprávy - nálezů

**nová vyhláška
o obsahu a časovém
rozmezí preventivních
prohlídek**

**vyhláška nabyla
účinnosti od 1.2.2010**

**vyšetření cholesterolu
i ve 30 letech věku**

**NOVĚ!
mamografie
není omezena
horním věkovým
limitem**

13. administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně)
14. zápis o celém postupu do zdravotnické dokumentace

14.5 Konziliární vyšetření

Konziliární vyšetření se vykazuje stejným výkonem jako cílené vyšetření příslušné odbornosti. Jako konziliární vyšetření může být vykázáno pouze cílené vyšetření provedené lékařem se specializovanou způsobilostí. Vyšetření provedené lékařem s nižší kvalifikací nemůže být vykázáno. Výjimkou je klinický psycholog a klinický logoped, pokud provádí konziliární vyšetření. Ošetřující lékař nemůže vykázat konziliární vyšetření.

14.5.1. Konziliárním vyšetřením se vykazuje:

Vyšetření pacienta vyžádané ošetřujícím lékařem v rozsahu potřebném pro získání diagnostického závěru - odpovědi na otázku položenou odesílajícím ošetřujícím lékařem.

14.5.2. Obsahem konziliárního vyšetření je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k subjektivním potížím pacienta vztahujícím se k danému vyšetření nebo k požadavku odesílajícího lékaře
2. zhodnocení subjektivních obtíží
3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
4. objektivní vyšetření zaměřené k subjektivním potížím pacienta (vztahujícím se k danému vyšetření) nebo k požadavku odesílajícího lékaře
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti výdechu peak-flowmetrem pokud je ve vztahu k subjektivním potížím pacienta nebo k požadavku odesílajícího lékaře
6. základní orientační preventivní onkologické vyšetření
7. diagnostická rozvaha a závěr
8. rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu včetně předepsání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření v rozsahu potřebném k získání diagnostického závěru - odpovědi na otázku položenou odesílajícím ošetřujícím lékařem
9. doporučení terapeutického postupu
10. doporučení termínu další kontroly nebo předání do péče
11. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
12. psychoterapeutický pohovor
13. individuální zdravotní výchova
14. edukace pacienta
15. sepsání lékařské zprávy - nálezů
16. administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně), poskytnutí informace praktickému

- lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko - terapeutickými postupy
17. zápis o celém postupu do zdravotnické dokumentace.

Aktuální informace a změny

VYHLÁŠKY č. 3/2010 Sb.

ze dne 17. prosince 2009 o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek.

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 29 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů:

§ 1

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro dospělé

Preventivní prohlídka se provádí vždy **jednou za dva roky**, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je

a) doplnění anamnézy, včetně sociální, se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění, a na výskyt závislosti.

b) kontrola očkování proti tetanu,

c) kompletní fyzikální vyšetření včetně změření krevního tlaku, zjištění výškově-hmotnostního poměru a orientačního vyšetření zraku a sluchu; součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rectum a zhodnocení onkologických rizik; u mužů při pozitivní rodinné anamnéze nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření varlat; u žen od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný či familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření prsů, a to spolu s poučením o samovyšetřování,

d) vyšetření EKG u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech.

e) laboratorní vyšetření, jehož obsahem je

1. orientační chemické vyšetření moče při každé prohlídce.
2. vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů v 18 letech a dále ve 30, 40, 50 a 60 letech věku,
3. vyšetření glykémie v 18 letech a od 40 let věku ve dvouletých intervalech,

f) stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u osob od 50 let věku; od 55 let možno nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let; jestliže žena absolvovala vyšetření podle § 4 písm. j) v období kratším než uvedené intervaly a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje,

g) u žen od 45 let věku ověření, zda je k dispozici výsledek screeningového mamografického vyšetření z posledních 2 let. Není-li takový výsledek k dispozici, předá lékař doporučení k provedení tohoto vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření.

PRO ZAJÍMAVOST UVÁDÍME i § 4, který je věnován gynekologii:

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví

Obsahem preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví, které se provádějí v 15 letech věku a dále jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky je

a) rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory,

b) klinické vyšetření prsů v 15 letech a dále od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný či familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů,

c) prohlídka kůže a palpační vyšetření regionálních mizních uzlin v oblasti pohlavních orgánů,

d) vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření; neprovádí se u virgo žen,

e) odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému, případně bakteriologickému či virologickému vyšetření; neprovádí se u virgo žen,

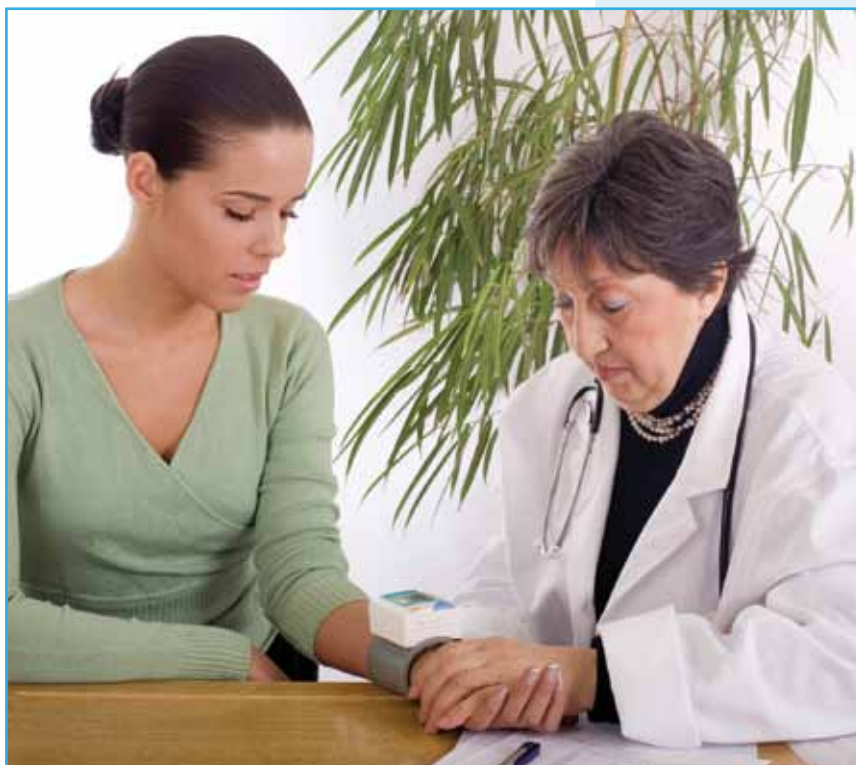
f) palpační bimanuální vyšetření,

g) poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky,

h) nácvik samovyšetřování prsů při první prohlídce u registrujícího lékaře,

i) u žen od 45 let věku předání doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření ve dvouletých intervalech. Jestliže žena již absolvovala vyšetření podle § 1 písm. g) v období kratším než dva roky a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje,

j) stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u žen od 50 let do 54 let věku, od 55 let věku ve dvouletých intervalech nebo jednou za 10 let doporučení k provedení screeningové kolonoskopie; jestliže žena již absolvovala vyšetření podle § 1 písm. f) v uvedených intervalech a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje.



§ 6

Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. února 2010.

Změny oproti původnímu znění:

a) u anamnézy se nově doplňuje sociální a výskyt závislostí

c) jasně deklarována nutnost změření krevního tlaku, zjištění výškově-hmotnostního poměru = BMI a zhodnocení onkologických rizik (zatím nemáme k dispozici vyjádření, co tím bylo konkrétně míněno), **u mužů** již diferencována nutnost vyšetření varlat; **u žen** definován věk anebo přítomnost jiných rizikových faktorů pro klinické vyšetření prsů,

d) ponechána délka pro vyšetření EKG, ale vypuštěna část o hypertenzi, pro kterou není pacient dispenzarizován a nutnosti natočení EKG v tomto případě vždy

e) při laboratoři rozšířeno vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů na věk i 30 let

f) stanovení okultního krvácení ve stolici již od 50 let věku 1x ročně a od 55 let 1x za 2 roky – viz. text pod § 4 o preventivních prohlídkách u gynekologa (tady se zákonodárcům asi vloudila chybička, že při doslovném porozmění textu bychom diskriminovali muže mezi 50 – 55 lety); dále od 55 let možno nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let; **NOVĚ MŮŽOU TOKS dělat i gynekologové**

g) mamografie nově neomezena horním věkovým limitem



Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 5 kreditů ČLK. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to nejpozději do 2. 4. 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 3/2010

**Správné
odpovědi
testu
č. 2/2010:**
14
2b
3abc
4ab
5c
6b
7a
8a
9b
10ac

Bakteriální lyzáty

1. Selektivní IgA deficit je:

- a) primární imunodeficit
- b) sekundární imunodeficit
- c) smíšený imunodeficit

2. Příčinou sekundárního imunodeficitu může být:

- a) neindikované podání antibiotik
- b) akutní nebo chronický stres
- c) nedostatečná rekonvalescence po infekčním onemocnění

3. Za indikaci k zahájení imunomodulační léčby se u dospělých považuje:

- a) výskyt dvou infekcí za 3 měsíce nebo výskyt čtyř infekcí během jednoho roku
- b) výskyt dvou infekcí během 6 měsíců
- c) výskyt dvou infekcí v průběhu jednoho měsíce

Možnosti léčby pylových alergií

4. Bronchiální hyperreaktivita a astma se u pollinózy vyskytuje v:

- a) 15-20% případů
- b) 30% případů
- c) 50% případů

5. Alergenová imunoterapie:

- a) zasahuje do regulačního působení T lymfocytů
- b) má přímý vliv na efektorové buňky (mastocyty, eosinofily)
- c) potlačuje proliferaci B-lymfocytů

6. Do skupiny intranazálních antihistaminik nepatří:

- a) Tinkair
- b) Allergodil
- c) Singulair

7. Kauzální terapií sezónní alergické rýmy je:

- a) použití intranazálních de-

kongescencí

- b) aplikace vakcíny Grazax
- c) léčba anticholinergiky

Očkování proti klíšťové encefalitidě

8. Výskyt klíšťové encefalitidy je u nás:

- a) nejvyšší v celé Evropě
- b) na 3. místě v Evropě
- c) na 10. místě v Evropě

9. První chřipková fáze onemocnění klíšťovou encefalitidou se objeví u:

- a) 1/3 nakažených
- b) 2/3 nakažených
- c) téměř u všech nakažených

Močová inkontinence

10. Mezi typy inkontinence patří:

- a) stresová inkontinence
- b) urgentní inkontinence
- c) extraureterální inkontinence

Správné mohou být všechny tři možnosti.

odpovědní lístek - test č. 3/2010

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 |

Target - JIK

Servier - Tenaxum