



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 4/2010

ročník 9

pro
praktické
lékaře
zdarma

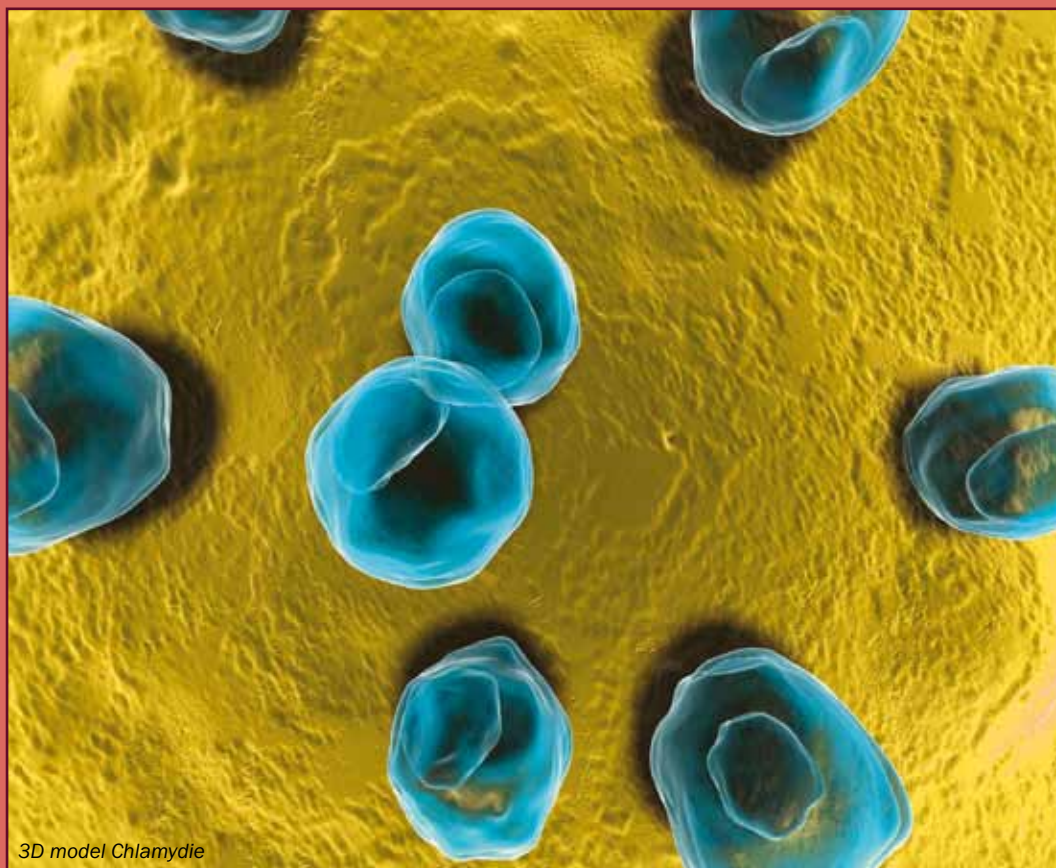
Vkladem tohoto čísla je
Doporučený postup

**Bolesti
hlavy**

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Výroční zpráva výboru SVL ČLS JEP ... čtěte na str. 6



3D model Chlamydie

Z obsahu čísla:

Chlamydiové infekce 1. část - str. 11

Očkování proti pneumokokovým nákazám - str. 15

Bolesti hlavy v ordinaci praktického lékaře - str. 18

Diagnostika a diferenciální diagnostika nespavosti - str. 23

Autologní biologická léčba nemocí pohybového aparátu - str. 31

Legální a nelegální SW programy - str. 36

Posuzování zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou - str. 38

Don Pealo

Obsah

**K tomuto číslu 5**

Výroční zpráva výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP 2006-2009 6

Anketa: Jste spokojeni se svým softwarem? 10

Chlamydiová infekce – zákeřný nepřítel (1. část) 11

MUDr. Drahomíra Polcarová

Očkování proti pneumokokovým nákazám – nejlepší prevence komplikací chřipky 15

MUDr. Irena Martinková

Bolesti hlavy v ordinaci praktického lékaře 18

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Diagnostika a diferenciální diagnostika nespavosti 23

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Břečťanový extrakt - příklad racionální fytoterapie 27

Dr. Manuela Stauss-Grabo, Saynab AtiyeDr. Oliver Schmidt, Professor Dr. Frank Runkel

... Dotazy a odpovědi 31

Autologní biologická léčba nemocí pohybového aparátu

**...SÚKL informuje 33**

Tisková zpráva: Recept na zdravý rozum

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

Legální a nelegální programy

**...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa 38**

Posuzování zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou

**...znalostní test 42****practicus**

**odborný časopis SVL ČLS JEP
4/2010, 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, lanкова@svl.cz

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

Poradci redakce: MUDr. Jiří Appelt, MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., 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 Ponižil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 6 000 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 **31. 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**

K tomuto číslu

Vážení kolegyně a kolegové,

v červnu t. r. se budou konat korespondenční volby do výboru SVL ČLS JEP. V minulém čísle jsme představili všechny kandidáty, kteří mají zájem o práci v novém výboru. V tomto čísle jako pokračování přinášíme zprávu rekapitulující činnost dosavadního výboru ve volebním období v letech 2006 – 2009, kterou zpracoval současný předseda společnosti doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. Doufáme, že tyto informace Vám pomohou při volbě vašich zástupců ve výboru společnosti.

Přílohou tohoto čísla je **aktualizovaný doporučený postup Bolesti hlavy**, který je doprovázený tématickým článkem jednoho ze spoluautorů postupu MUDr. Bohumila Skály. Jistě Vás bude zajímat první část dvoudílného **cyklu o chlamydiových infekcích** ve zpracování MUDr. Jany Pretlové, zakladatelky občanského sdružení Chlamydie o.s. Dále jsme zařadili **problematiku insomnií**, kterou velmi přehledně zpracoval MUDr. Jan Pretl z Centra pro poruchy spánku a bdění I. Neurologické kliniky VFN v Praze. Hodně se v poslední době mluví o možnostech využití léčby artrózy a jiných poruch pohybového ústrojí pomocí **autologní bio-léčby** plazmou s náplavem trombocytů nebo plazmou obohacenou o protizánětlivé faktory. Využili jsme proto zasláního dotazu na tuto problematiku a vyhledali informace o současné dostupnosti této léčby v Česku. I když v Českém prostředí zatím nejsou s touto léčbou dlouhodobější zkušenosti, je o tento způsob léčby enormní zájem stran pacientů, o čemž svědčí i rozvoj pracovišť, která tuto pro pacienta zatím poměrně drahou léčbu nabízí. V rubrice POEM jsou shodou okolností zveřejněny výsledky jedné randomizované kontrolované studie, která zrovna výraznější účinek této metody v případě léčby chronické tendinózy Achillovy šlachy neprokázala. V dalších číslech se budeme snažit přinést více informací založených na důkazech k použití této léčby u různých degenerativních a zánětlivých poruch pohybového ústrojí. Dále upozorňuji i na **novinky v lékařské posudkové službě** uvedené v rubrice Legislativa, které pro nás laskavě připravila MUDr. Libuše Kočvarová z odboru posudkové služby MPSV. O tom, jak dobře nakoupit **software Microsoft do našich praxí** vám společně poradí MUDr. Cyril Mucha a ing. Patrik Šolc v rubrice Počítač a doktor.

V neposlední řadě bych chtěla znovu vyzvat všechny, kdo zatím neměli čas reagovat na dotazníkovou akci z minulého čísla zaměřenou na spokojenost s počítačovými programy v ordinaci, aby tak ještě učinili na stránkách naší společnosti www.svl.cz (viz také na str. 10 tohoto čísla)

S přáním příjemného jarního počasí

Za redakci časopisu

MUDr. Jaroslava Laňková
šéfredaktorka

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 PRACOVISTĚ na adresu kontakty.svl@cls.cz

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

Děkujeme. Výbor SVL





doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Třetí limitace na léky?

OZP (207) – bonifikace lékařů za preskripci doporučených léků dle seznamu

Začátkem tohoto roku obdrželi všeobecní praktičtí lékaři, kteří mají smluvní vztah s Oborovou zdravotní pojišťovnou, od této zdravotní pojišťovny (ZP) dopis o možných bonifikacích, farmakoterapii a dalších záležitostech. V dopise byla zdůrazněna potřeba nových preskripčních zvyklostí (z pohledu OZP) a pobídka VPL k výběru předepisovaných léků z příloženého seznamu s odůvodněním, že je tak možné dosáhnout na vyšší bonifikaci praktiků při dosažení úspor. Přitom bylo zdůrazněno, že seznam byl připraven ve spolupráci s předními odborníky na farmakologii a farmakokinetiku. Bohužel ale musíme konstatovat, že seznam nebyl projednán s odbornou společností všeobecných praktických lékařů SVL ČLS JEP, jakoby se VPL tato problematika vůbec netýkala.

Tak opět bez nás o nás jako v minulosti. Můžeme to považovat de facto za pokus o třetí regulaci – omezení spektra preskripce, po omezení preskripce L a P na odbornost a diagnózu.

S uvedeným materiálem zásadně nesouhlasíme z následujících důvodů. V první řadě nevíme, proč pojišťovna tento seznam vydala. Nechápeme zvláště, proč je v seznamu vždy pouze jeden nebo maximálně dva léčivé přípravky se stejnou léčivou látkou. Pokud si provedeme kontrolu, zjistíme, že téměř vždy existuje větší množství přípravků od určité léčivé látky než je v seznamu uvedeno, a které mají stejnou úhradu pojišťovny a to dokonce i u originálních preparátů. Většina z nich je také bez doplatku pro pacienta. Nutno dodat, že seznam pojišťovny také nekoresponduje se seznamem plně hrazených přípravků SUKLu – vybírá z něj pouze některé – opět nevíme podle jakého pravidla. Pokud lékaře zajímá, kolik hradí pojišťovna za konkrétní léčivý přípravek a jestli existuje levnější přípravek, doporučujeme přímo stránky SUKL (www.sukl.cz), zde je vždy uveden úplný aktuální seznam výše úhrad léčivých přípravků - <http://www.sukl.cz/seznam-hrazenych-lp-pzlu-k-l-3-2010>. Pokud by se lékař zajímal o to, aby předepsal přípravek s co nejmenším doplatkem pro pacienta, lze kontaktovat přímo lékárnou, použít stránky lékárenských velkoobchodů např. <http://www.phoenix.cz/cz303/> nebo použít již výše zmíněné stránky SUKL <http://www.sukl.cz/seznam-hrazenych-lp-pzlu-k-l-3-2010>. Na stránkách SUKL je vždy pouze omezený seznam přípravků bez doplatku (jsou tu ty, u nichž je nulový doplatek i pokud lékárna uplatní maximální možnou marži). V terénu většina lékáren plnou marži neuplatňuje, zvláště pokud lékař v jejím okolí daný přípravek píše častěji, snaží se jej mít bez doplatku. Proto je nakonec bez doplatku daleko více léčivých přípravků než je na stránkách SUKL.

Proto doporučujeme všem VPL přímo kontaktovat blízkou lékárnou nebo použít stránky lékárenských velkoobchodů, než použít uvedený zavádějící seznam. Většina lékáren většinou počítá takovou marži, která není maximální, ale je pro lékárnou uspokojující a při nichž přípravky budou bez doplatku. **Také nelze doporučit převádění pacientů na jiné preparáty, pokud nejsou zdravotní či jiné indikace, jen na základě různých ZP „aktuálně“ vydávaných seznamů. Racionální volba léčiva musí být vždy na ošetřujícím lékaři a jeho pacientovi.**

Druhým obecným problémem je, že je již na čase začít jednat s pojišťovnami o racionálním, nikoli minimálním, objemu preskripce u VPL. Všechny zdravotní pojišťovny si musí uvědomit, že omezování preskripce v primární péči je kontraproduktivní, protože každý zbytečně předepsaný lék mimo primární péči navyšuje náklady ZP minimálně o vykázané kódy vyšetření u příslušných specialistů. To by měl být i cíl dalších jednání se ZP, tak aby se podíl preskripce v primární péči v ČR alespoň přiblížil vyspělým státům EU a bonifikovat VPL za optimální, nikoli minimální preskripci.

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

Výroční zpráva výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP 2006-2009

Uplynulé 4 roky byly naplněny intenzivní prací. Výbor SVL ČLS JEP se soustředil zejména na následující oblasti: kontinuální vzdělávání PL, růst kompetencí PL, výzkumné aktivity v oblasti kvality péče a bezpečí pacientů a hlavních civilizačních chorob, tvorba doporučených postupů pro PL, problematika organizace primární péče a jejího personálního zabezpečení, příprava XXV.-XXVIII. výroční konference a I-III. interaktivní jarní konference a řešení koncepčních otázek oboru. Dalším důležitým okruhem problémů bylo navržení nového kurikula pro specializační přípravu PL, zvládnutí problematiky rezidenčních míst (270 mil Kč), uvolnění preskripce a spolupráce na zlepšení podmínek práce (kapitace, kódy) PL se SPL ČR.

Výbor pracoval ve složení:

Předseda

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Místopředseda

MUDr. Otto Herber

Vědecký sekretář

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Místopředseda pro vzdělávání

MUDr. Jaroslava Laňková

Pokladník

MUDr. Pavel Brejník

Členové: MUDr. Marcela Bradáčová, MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Miloš Ponížil, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Předseda revizní komise: MUDr. Petr Herle

Členové: MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Jiří Appelt

Výbor společnosti se scházel v plánovaných termínech 1x měsíčně mimo období prázdnin a průběžně řešil otázky související s činností společnosti. Pravidelně 2 ročně se uskutečňovala i plánovaná setkání s krajskými konzultanty (KK), která byla koncentrována zejména na obsah a vyhodnocení dosaďadního cyklu kont. vzdělávání. V jednotlivých regionech jako KK v uplynulém období aktivně pracovali:

Brno: MUDr. Milada Kratochvílová, **České Budějovice:** MUDr. Jiří Burda, **Hradec Králové:** MUDr. Homola Ambrož, Ph.D., **Jihlava:** MUDr. Jiří Havránek, **Karlovy Vary:** MUDr. Alena Šimurdová, **Liberec:** MUDr. Jan Šindelář, **Olomouc:** MUDr. Helena Stárková, **Ostrava:** MUDr. Alice Havlová., **Pardubice:** MUDr. Alexandra Sochorová,

Píseň: MUDr. Jana Hajnová, MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., **Praha:** MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Jaroslava Laňková, **Středočeský kraj:** MUDr. Pavel Brejník, **Ústí nad Labem:** MUDr. Anna Nejedlá, **Zlín:** MUDr. Jiří Horký, **Znojmo:** MUDr. Miloš Ponížil. Výbor SVL pro všechny VPL v ČR zajistil vydávání a rozesílání časopisu Practicus a pro naše členy (SVL) časopis Medicína po promoci a novin Medical Tribune. Dále byly aktualizovány www stránky SVL, které byly rozšířeny o 50 e-learningových lekcí a opakovaně zde byly zveřejňovány podklady pro vyplňování přihlášek o granty MZ ČR. nebo rezidenční místa.

V letech 2006-2009 byly vytvořeny nebo novelizovány následující doporučené postupy:

DP 2006	Garant za SVL
Demence	MUDr. Jaroslava Laňková
Chronická rána a její léčba	MUDr. Igor Karen
ICHs	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Geriatric	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Dolní GIT	doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Přednemocniční péče	MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
Chronická onemocnění pohybového ústrojí	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Nespavost	MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Metabolický syndrom	MUDr. Igor Karen
Dif. dg. bolestí hlavy	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Nefrologie	MUDr. Pavel Brejník
Software pro PL	MUDr. Cyril Mucha
DP 2007	
Horní dyspeptický syndrom	doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Arteriální hypertenze	MUDr. Igor Karen
Léčba bolesti	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Deprese	MUDr. Jaroslava Laňková
Diferenciální diagnosa vertiga	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Laboratorní metody ve všeobecné praxi	doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Thyreopatie	MUDr. Jaroslava Laňková
Chronické srdeční selhání	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Erektivní dysfunkce	MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
DP 2008	
Prevence KVO	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Dyslipidemie	MUDr. Otto Herber
Obezita	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Anxieta	MUDr. Jaroslava Laňková
Paliativní léčba	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Astma	MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
CHOPN	MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
Diabetes mellitus	MUDr. Igor Karen
DP 2009	
Metabolický syndrom	MUDr. Igor Karen

Dif. dg. bolestí hlavy	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Chronická onemocnění pohybového ústrojí	MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
Geriatric	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Přednemocniční péče	MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
ICHs	doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
Vakcinace	MUDr. Igor Karen
Doplňek v rámci tvorby DP 2007	
Kouření	MUDr. Jozef Čupka
Prostata	MUDr. Otto Herber
Dyslipidemie	MUDr. Otto Herber

Uvedené DP byly vypracovány a představeny vždy na výročních konferencích SVL ČLS JEP a završeny jejich implementací v rámci plánovaných cyklů implementačních seminářů pro tato témata.

Je potřebné zdůraznit, že DP chápeme jako expertní doporučení, které v současné době odpovídá postupu lege artis u většiny pacientů. DP jsou vytvářeny na pomoc PL, ale ponechávají jim vždy právo zvolit odlišný individuální postup v dané klinické situaci u konkrétního pacienta.

Vzdělávání

V uvedených letech uspořádala SVL ČLS JEP přes 600 seminářů v hlavním městě Praha, a v regionálních centrech. O jejich kvalitě svědčí nárůst meziroční účasti v r. 2006-2009. V roce 2009 byla 7846, plus víkendové semináře 600 účastníků plus extra Znojmo 15 účastníků, celkem v r. 2009 bylo 8461 účastníků, v porovnání s rokem 2006 zaznamenáno 6896 účastí. Můžeme konstatovat, že nám účast na seminářích stoupla za poslední tři roky téměř o jednu čtvrtinu viz graf č. 1. Semináře jsou nyní v plné organizační režii sekretariátu SVL a příslušných krajských konzultantů. Nárůst účasti lze porovnat napříč regiony, jak ukazuje graf č. 2.

Důležitou součástí seminářů je jak část plánovaná centrálně - tj. témata důležitá z celospolečenského hlediska, tak část volby volného tématu, kde se po dohodě s účastníky může krajský konzultant rozhodnout pro další témata dle potřeb regionů. Vzdělávání formou seminářů je důležitou součástí celoživotního vzdělávání lékařů, mimo vlastní setkání s odborníkem přednášejícím dané téma nabízí cennou platformu pro diskuse a kuloární výměnu zkušeností mezi lékaři.

Víkendové vzdělávací semináře

I.-II. ročník víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP (2008-2009)

V roce 2008 byla založena tradice víkendových vzdělávacích seminářů SVL ČLS JEP, které zlepšují dostupnost vzdělávacích programů i mimo krajská centra. V roce 2008 a 2009 byly zorganizovány čtyři regionální semináře v následujících lokalitách: Karlova Studánka, Harrachov (Dvůr Králové nad Labem), Srní, Mikulov. Na základě značného zájmu ze strany praktických lékařů byly semináře v roce 2010 rozšířeny o nové místo konání: Luhačovice. Tímto byl posílen i moravský region. Odborná sdělení jsou zaměřena především na témata mimo doporučené postupy. Počet účastníků víkendových

vých vzdělávacích seminářů se navýšil na 700 ročně. Na jejich organizaci se především podíleli MUDr. Dana Moravčíková a MUDr. Otto Herber.

Časopis Practicus

Od 1. 9. 2007 SVL ČLS JEP odkoupila od dosavadního vlastníka společnosti Practicus s.r.o. vydavatelská práva k časopisu Practicus. Časopis Practicus jako odborný časopis SVL ČLS JEP je tak kompletně řízen SVL ČLS JEP. Redakční tým byl ve stejném obsazení jako v roce minulém - v čele s šéfredaktorkou MUDr. Jaroslavou Laňkovou. Redakční rada byla i nadále je tvořena všemi členy výboru SVL ČLS JEP a všemi krajskými konzultanty SVL ČLS JEP. Časopis Practicus vyšel v uplynulém období 40x, byl rozeslán zdarma všem praktickým lékařům v ČR. Celkový náklad časopisu byl v r. 2008 zvýšen na 6 000 ks, kromě praktických lékařů je dodáván i do lékařských knihoven, na lékařské fakulty, je rozeslán studentům v postgraduální přípravě do oboru a také 21 předplatitelům. S časopisem bylo v uplynulých letech distribuováno i 35 doporučených postupů vydaných CDP-PL. Pravidelnou součástí časopisu je znalostní test hodnocený 5 kredity ČLK. Testy byly každoročně řešeny minimálně 3000 x s cca 80% úspěšností.

Věda a výzkum

K nejdůležitějším projektům řešeným v rámci SVL ČLS JEP v uplynulém období patřily:

ATLET

Vedoucí projektu: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Odborný garant projektu: MUDr. Otto Herber

Spoluřešitelé: Praktičtí lékaři ve vybraných praxích

Stručný popis projektu:

Cílem projektu je zjistit, zda jsou PL schopni dosáhnout ukazatele kvalitní léčebně preventivní péče v oblasti prevence KVO a dyslipidemií pomocí připravených DP. Zejména zda pacienti jsou správně Dg v souladu s DP. Zda jsou správně indikována nefarmakologická a farmakologická opatření a u kolika pacientů je dosaženo ukazatelů kvalitní LPP. Získané údaje budou průběžně publikovány doma i v zahraničí a využity při tvorbě DP a jejich implementaci.

Doba trvání: 2005-2007. V roce 2008 byly prezentovány a publikovány výstupy z projektu.

Zdroj financování: Nadační fond Praktik

Kontakt: byma@lfhk.cuni.cz

MOET-DIABETES

Společný projekt SVL a Diabetologické společnosti ČLS JEP na podporu kvality péče o diabetiky v ordinacích praktických lékařů.

Hlavní řešitel: MUDr. Igor Karen, prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc. Spoluřešitelé: MUDr. Zdeněk Hamouz, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

MUDr. Dana Moravčíková

Stručný popis projektu:

Cílem projektu je zajistit vysokou kvalitu péče o diabetiky podle platných doporučených postupů a podpořit praktické lékaře v zajišťování péče o diabetiky 2. typu. Cílem je zapojit dostatečný počet praktických lékařů, poskytnout jim me-

toickou a odbornou podporu a monitorovat jejich péči tak, aby bylo možné vyhodnotit efekt edukace a celého projektu.

Doba trvání: 2008-2009

Zdroj financování: Quatro Solutions, komerční podpora

Kontakt: igor.karen@seznam.cz, svl@cls.cz

Přístup praktických lékařů ke kardiovaskulárním chorobám a jejich prevenci, přístup praktických lékařů ke gastrointestinálním chorobám a jejich prevenci, mezinárodní průzkum v deseti zemích střední a východní evropy

Hlavní řešitel: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. SVL ČLS JEP Spoluřešitelé: prof. Adam Windak (Polsko), Janko Kersnik (Slovensko), doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., a další...

Stručný popis projektu:

Projekt navazuje na pražskou konferenci ISGP. V roce 2007 a 2008 byl realizován průzkum mezi praktickými lékaři 10 zemí střední a východní Evropy. Byl zaměřen zejména na mezinárodní srovnání přístupů PL v oblasti kardiovaskulární prevence a gastrointestinální symptomatologie. Dotazník byl vytvářen v dominantní spolupráci české a polské strany. V současné době jsou k dispozici data z ČR, Slovenska, Polska, Lotyšska, Litvy, Estonska, Maďarska, Bulharska a Slovinska. Data budou zpracována pro domácí i zahraniční publikace.

Zdroj financování: nezávislý grant Zentiva

Kontakt: bohumil.seifert@svl.cz, svl@cls.cz

Hodnocení kvality ordinací praktických lékařů včetně bezpečí pacientů

Hlavní řešitel: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Spoluřešitelé: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.,

MUDr. Mgr. Petr Struk

Stručný popis projektu:

Cílem projektu je vytvoření národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení, poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství a vytvoření systému a rámce hodnocení kvality a srovnávání všeobecných praxí. Cílem je podpora standardizace praxí zvyšující bezpečnost pacientů v ordinacích praktických lékařů. Bezpečnosti pacientů byl věnován i seminář na výroční konferenci. Řešitelé žádají o následný projekt k implementaci vytvořeného nástroje.

Doba trvání: 2008

Zdroj financování: grant MZ ČR z programu Kvalita zdravotních služeb

Kontakt: bohumil.seifert@svl.cz

Národní akreditační standardy pro všeobecné ambulance

Hlavní řešitel: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Spoluřešitelé: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.,

MUDr. Mgr. Petr Struk

Stručný popis projektu:

Projekt navazuje na předcházející projekt; uvádí národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení, poskytující péči v oboru všeobecné praktické lékařství, do praxe a začleňuje akreditaci do procesu zajišťování kvality a bezpečí pacientů. Zároveň řeší zastřešení akreditace nezávislou autoritou a finanční zabezpečení systému.

Doba trvání: 2009

Zdroj financování: grant MZ ČR z programu Kvalita zdravotních služeb

Kontakt: bohumil.seifert@svl.cz

Účast a práce v komisích

Členové výboru SVL ČLS JEP pracovali v průběhu volebního období ve významných komisích a skupinách MZ ČR a ČLK: Akreditační komise (AK) MZ ČR pro VPL, AK MŠMT pro ne-lékařské obory a vědecká rada ČLK: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

AK MZ ČR pro posudkové lékařství: MUDr. Rudolf Červený Ph.D.

AK MZ ČR pro obor VPL: MUDr. Stanislav Konšťacký CSc.

Pracovní skupina pro kvalitu MZ ČR: doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Komise pro screening kolorektálního karcinomu:

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Oborová komise ČLK pro všeobecné lékařství a Komise pro lékařskou politiku a kategorizaci ČLS: MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

Posudková a znalecká činnost

Členové výboru MUDr. Pavel Brejník a MUDr. Petr Herle zastupovali obor všeobecné praktické lékařství při jednáních Ústřední znalecké komise MZ ČR při řešení složitých posudkových případů.

Na základě doporučení SVL a SPL působili MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Karel Janík a MUDr. Bohumil Skála, Ph.D. jako znalci oboru zdravotnictví, specializace všeobecné lékařství při řešení soudních sporů, kde figurovali praktičtí lékaři.

Zahraněční aktivity

Členové SVL v roce 2006-2009 působili v orgánech a pracovních skupinách **WONCA**:

Světová a Evropská Rada WONCA (doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.) EQUIP (doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Mgr. Petr Struk), EPCCS (MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.), Diabetes group (MUDr. Otakar Maňas), UEMO (MUDr. Václav Šmatlák), ESPCG (doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.).

Na konferenci WONCA v Basileji v září 2009 byla podepsána smlouva o pořádání světové konference mezi organizací WONCA a Českou lékařskou společností JEP. Za českou stranu smlouvu podepsali doc. Býma a doc. Seifert. Ve spolupráci s agenturou Guarant int. probíhá příprava konference podle harmonogramu. Byly ustanoveny domácí pracovní výbory. Nejbližší významnou akcí je světová konference v Mexiku, na kterou soustředí výbor SVL ČLS svou marketingovou strategii.

Konference

I-IV. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP Slovanský dům, Praha. Jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP potvrdily zájem praktických lékařů o tento způsob získávání informací a předávání zkušeností. V zastoupení byli jak praktičtí lékaři, tak zástupci z řad specialistů. Interaktivní pojetí přednášek včetně možnosti vstupu do řešení problému pomocí hlasovacího zařízení se výrazně podílí na zlepšování komunikace mezi praktickými lékaři a specialisty, usnadňuje vzájemné předávání poznatků a zkušeností a umožňuje pruž-

ně reagovat na informační potřeby všech zúčastněných. Z tohoto hlediska lze Jarní konference považovat za zdařilé. Počet účastníků v průběhu let 2006-2009 se navýšil ze 600 na 900 účastníků. Na každé konferenci je prezentováno okolo 40 sdělení, která jsou zpracována z pohledu specialistů i praktických lékařů.

XXV. – XXVIII. výroční konference SVL ČLS JEP

Konference se tradičně střídají v Brně a Karlových Varech. Jedná se o hlavní akci SVL ČLS JEP, kde jsou prezentovány a diskutovány klíčová odborná témata daného roku. Na každé z nich se dlouhodobě registruje okolo 1 200 účastníků a je předneseno více než 60 sdělení, které moderují a řídí praktičtí lékaři. Pozornost je zaměřena především na aktuální problémy a doporučené postupy pro praktické lékaře, které prezentují jak sami praktičtí lékaři, tak i pozvaní specialisté. Jedním z nezanedbatelných výsledků uvedených konferencí je vznik týmů, které v rámci tvorby doporučených postupů pro PL úzce spolupracují při řešení uvedené problematiky. Vedle sekce lékařské se uskutečnila také sekce sesterská, ve které se pozornost zaměřila na praktické aspekty týkající se práce sester v ordinaci praktického lékaře. V ošetrovatelské sekci byly prezentovány vedle témat medicínských také otázky právní a komunikační.

Financování SVL v letech 2006-2009

V průběhu let 2006-2009 se podařilo získat dostatečné finanční zdroje na pokrytí všech plánovaných aktivit SVL. Hospodaření společnosti skončilo mírným přebytkem. Písemné zápisy a podrobné vyúčtování jsou uloženy na sekretariátu.

Závěr

Při vyhodnocení uplynulého volebního období (2006-2009) můžeme konstatovat, že SVL se úspěšně rozvíjela a podařilo se jí nabídnout PL kvalitní systém vzdělávání a vědecké práce. Počet našich členů vzrostl na 4 000 z toho je 78 studentů LF zájemců o PL a dále je registrováno 1980 sester PL. Kromě zmíněných širokých odborných aktivit SVL též aktivně vystupovala v koordinaci se SPL při podpoře profesních záležitostí PL.

Závěrem mi dovoluji poděkovat všem členům výboru SVL a členům SVL, kteří přispěli k naší činnosti za aktivní práci a vyjádřit přesvědčení, že ve vzájemné spolupráci se tato bude rozvíjet i v roce 2010.

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

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v květnu 2010

Hlavní téma: Když infarkt, tak v Česku

Pondělí	3. 5. 2010	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Středa	5. 5. 2010	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Čtvrtek	6. 5. 2010	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Čtvrtek	6. 5. 2010	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Sobota	8. 5. 2010	9:00 - 13:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31
Pondělí	10. 5. 2010	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Přesunuto z 15. 5. 2010			
Úterý	11. 5. 2010	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Úterý	11. 5. 2010	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel EURO, Jiráskova 2781
Středa	12. 5. 2010	00:00 - 00:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Přesunuto z 26. 5. 2010			
Středa	12. 5. 2010	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Sobota	15. 5. 2010	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota	15. 5. 2010	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota	15. 5. 2010	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Sobota	15. 5. 2010	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Přesunuto na 10. 5. 2010			
Středa	26. 5. 2010	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Přesunuto na 12. 5. 2010			
Čtvrtek	27. 5. 2010	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek	27. 5. 2010	16:00 - 20:00	Praha, Lékařský dům, Sokolská 31

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.

MUDr. Drahomíra Polcarová

lékařka Sanatoria Klímkovice

Chlamydiová infekce

– zákeřný nepřítel (1. část)

Souhrn: Chlamydie řadíme ke G - bakteriím - k intracelulárním parazitům - spotřebovávají energetické zásoby, minerální buněk aj. z tkání hostitele k svému trvalému přežití i množení. Vyvolávají infekce zřejmě všech systémů (včetně imunitního- žijí v makrofázích!), mění vnitřní prostředí a svým dlouhodobým působením mohou devastovat hostitele. U chlamydií hovoříme o pandemii: až 100 milionů nakažených ročně dle WHO, nárůst pohlavně přenášených např. v Holandsku o 60 %, asymptomatických nosičů v populaci atd. Vycházím ze zkušeností pacientů postižených Chlamydií trachomatis, pneumoniae, psittaci. Péče o tyto pacienty je dnes zřejmě na počátku - existují nejasnosti v diagnostice, symptomy a léčba jsou podceňovány. Je možné, že četným pacientům bychom aktivním přístupem mohli zachránit či udržet zdraví na kvalitní úrovni, která jim umožní žít aktivní život a nesklouznout do komplikací např. roztroušené sklerozy (1, 2), revmatismu (3), chronické únavy, neplodných párů (4, 5), komplikací aterosklerózy (6) a četných dalších.

Shrnutí pro praxi:

Chlamydiová infekce je podceňována - je vysoce virulentní, promořené populace např. Chlamydia pneumoniae je 50-80% všeobecně, v ČR C. psittaci 0-9/rok, u C. trachomatis naše statistiky neznáme (7). Zřejmě u geneticky predisponovaných (nedostatek např. MBL) vpadnutí Chlamydií do oslabeného organismu (infekce, stres, životní prostředí aj.) může vést k reinfekcím či nezvládnutí prvotní infekce - přežívání chlamydií, opakovanému množení a infikování dalších tkání a k vývoji do chronických onemocnění CNS, urogynekologických, plicních, interních, aj. Svou roli hrají např. pozdní diagnostika, podcenění léčby - ATB podávána krátkou dobu a pozdě či vůbec, neléčení současně obou sexuálních partnerů, je nutno zvážit zřejmě i podpůrnou imunoterapii, antiflogistickou léčbu atd.

V čem spočívá problém, jak k němu přistupovat?

U predisponovaných nedojde k eradikaci a Chlamydie mohou přežívat v hostitelském organismu ve svých formách elementárních, retikulárních a kryptických tělísek. Pronikají přes močopohlavní cesty, dýchací systém do tkání kde se množí, v ideálním případě do 72 hodin vysejí elementární tělíska do krve (až 10 000 z jedné hostitelské buňky) a cyklus se opakuje.

Z anamnesy vývoje nemoci lidí a i celoživotně postižených rodin, včetně dlouhodobě opakovaných zjišťování antichlamydiálních protilátek - IgA, IgG, IgM a v poslední době i HSP 60 je zřejmé, že chlamydiové latentní infekce persis-

tují v infikovaném organismu celoživotně i přes opakovanou standardní krátkodobou antibiotickou léčbu.

Děti, které získají infekci, mají různé, zejména nespecifické, častěji se opakující potíže již od mládí. Perzistenci infekce napomáhá mj. i pronikání chlamydií do makrofágů (již toto svědčí o dysfunkci imunitního systému!) i přechod do tzv. kryptické formy jako spící tělíska, která jsou odolná k doposud známé jednoduché antibiotické i jiné léčbě. Léčba v této podobě je dle Strattona i Azenabara možná jenom po farmakologickým převedení kryptické formy do aktivního stavu. To je nyní předmětem dalšího výzkumu. Dle Strattona tato kryptická forma je v podstatě stresovaná forma chlamydií. Stres vede ke generování proteinu tepelného šoku (HSP 60). Ten je mnohem zánětlivější než chlamydiální endotoxin (LPS).

Chlamydie trachomatis a děti:

Děti se infikují při průchodu infikovanými porodními cestami matek- děti pak trpí zápallem plic, někdy výtokem z rodidel, záněty spojivek (do 2 týdnů 40 % novorozenců exponovaných). Protilátky u dětí v krvi byly zjištěny i ve 3, 6 letech - myslíme, že takto infikované děti pak mohou neprosperovat a v dalším průběhu nemoci pak chlamydiová infekce může podporovat chronický zánět dýchacích cest, být triggerem astmatu, očních zánětů, vést k únavě dětí atd. Nemusí jít o zneužívané děti.

Děti i dospělí mohou onemocnět i plicní formou - chronické záněty dutin, středouší, zápal plic, bronchitidy. Tato plicní infekce se přenáší kapén-



MUDr. Drahomíra Polcarová

chlamydiové latentní infekce persistují v infikovaném organismu celoživotně i přes opakovanou standardní krátkodobou antibiotickou léčbu

Chronická infekce CTr zvyšuje riziko přítomnosti herpes viru více než 2x a současně i riziko nádoru čípku děložního

Reiterův syndrom

kami a zřejmě i krví jako *C. trachomatis* z tkání infikovaného člověka (i transfuse?). Chlamydie plicní jsou nalezeny v mozku, játrech, močovém měchýři, slezině, žlučníku, endoteliích, myokardu, kloubních dutinách atd.

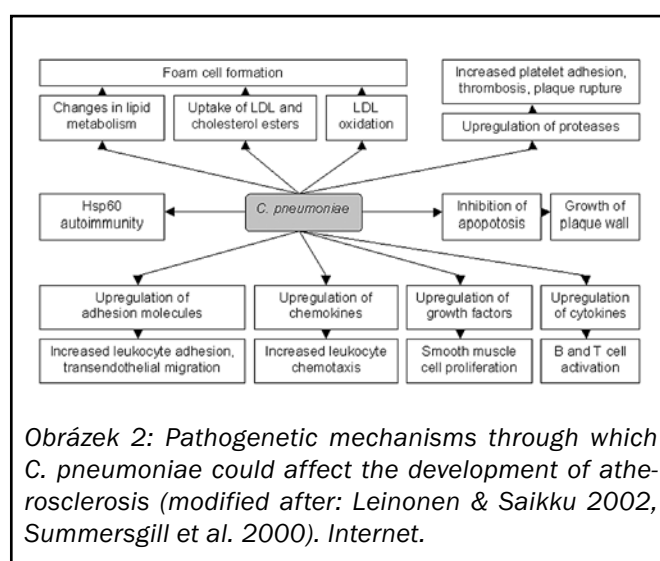
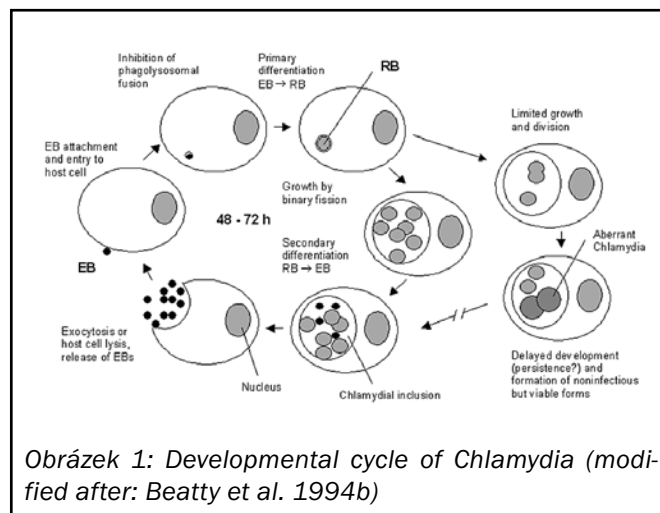
Symptomy infekce Chlamydií trachomatis (CTr):

U žen často pálení a svědění v klidu a při močení, uretrální syndrom, část pacientek s výtokem, méně často krvácení mimo cyklus. Zánět dělohy - vzestup infekce - výtok, bolesti podbřišku, zad, poruchy cyklu, teploty. Chorioamnionitida. Záněty vejcovodů, adnex - bolesti břicha, horečky v akutním stavu, později pak srůsty v dutině břišní. Extrauterinní těhotentství (EUT). Neplodnost. Až záněty okolo jater s bolestmi v jaterní krajině, okolo slepého střeva. Vznikají srůsty v dutině břišní s chron. bolestmi (PID), poruchami peristaltiky. Chronická infekce CTr zvyšuje riziko přítomnosti herpes viru více než 2x a tedy i riziko nádoru čípku děložního. U mužů svědivé, pálivé, úporné bolesti močových cest. Občasné zachytitelné kapky výtoku nejčastěji serosního, méně často až nažloutle hnisavého. Bolesti na hrázi spojené s trvalým pálením moč. měchýře, zánět varlat, nadvarlat se združením nadvarlat. Snížení motility a velikost spermií - neplodnost. U obou pohlaví Reiterův syndrom, snížení sexuální apetence pro únavu a bolestivost, proktitida.

U chlamydiků nacházíme kolísající hladiny protilátek, průkazy např. PCR nemusí ladit s hladinami protilátek a podobně, setkáme se s reinfekcí atd. Pokud propadneme nihilismu, nabízí se možnost pacienty neléčit. Nicméně - léčíme pacienty s dalšími doslova infaustními prognosami, věnujme svou péči rovněž chlamydikům. Za nejdůležitější považují právě komunikaci lékaře první linie s jeho pacientem - zde potřebují nejvíce porozumění pro závažnost onemocnění. V praxi to vypadá tak, že PL dostává do rukou opakovaně jistě 99% negativních vyjádření od specializovaných kolegů a stojí bezradně i pár let nad pacientem. Vodítkem by lékařům mohly být některé „všeobecné“ subjektivní potíže pacientů.

Nejčastější, „všeobecné“ subjektivní potíže, vyjma již výše uvedených:

Brain fog - tzv. mozková mlha: zapomínání a další poruchy paměti, výbavnosti, vštípivosti, špatná koncentrace, poruchy vnímání prostoru aj. - zřejmě při infekci či probíhajících již sekundárních zánětlivých změnách na mozku, nalezeme změny na NMR (méně na CT!).



Poruchy srdeční funkce: kolísající tlak, palpitace a jiné dysrytmie, prekolapsy a kolapsy - po převozu pak bez průkazu změn na EKG.

Oční potíže: záněty spojivek - pálení, řezání, poruchy orientace v prostoru (x léze CNS?).

Poruchy spánku: denního rytmu spánku, pacient usíná mnohdy pro únavu kdykoliv.

Únava: neodpočinutí po spánku, těžká - až celodenní, zhoršující se během a především po zátěži, odeznívající i další dny.

Psychika: a priori netrpí psychickými poruchami, díky neřešení jejich situace pacienti začínají situaci zvládat velice obtížně - nevěří jim rodina, lékaři, přátelé. Ale byla popsána rovněž i psychotická ataka při zápalu plic v USA.

Zimnice a třesavky: spojené mnohdy s bolestivými nepříjemnými sensacemi ve svalech a vnímáním **studených končetin**. Pacient má **třesavku s pocitem vnitřně vnímané horečky** - a současně má pocit, že se nemůže zahřát - a to bez závislosti na teplotě okolí. **Nemá** v chronické fázi **teplotu** - ta se pohybuje mezi **36,0 - 37,0 °C**.

Svaly: pocit neklidných nohou, záškuby, nepříjemné trnutí, mravenčení, jejich únava a oslabení.

Bolesti: svalů, očí, bolesti břicha - pohlavních orgánů mužů i žen, močových cest, kloubní, boles-

ti a pálení kůže, podkoží, svalů, močových a pohlavních cest.

Nepříjemné pocity: trnutí, mravenčení, kořenné bolesti, pálení, píchání atd. (výše uvedené může přejít do myopatie, zánětu nervů, plexopatie, ALS, roztroušené sklerozy, ReA- vše nejprve s nálezem chlamydií a dalšími negativními vyšetřeními - tyto pacienty znám).

Diagnostika je obtížná, nicméně při uvedených potížích by se mělo po této infekci pátrat.

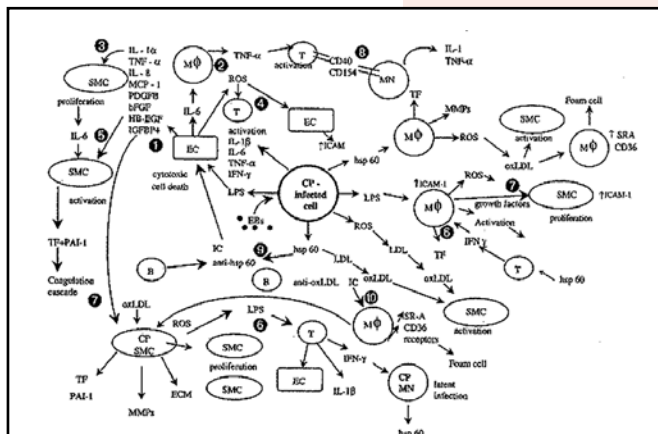
Stěry gynekologické a ani u mužů v chronické infekci z moči. cest již nemusí zachytit původce nemoci (kde najít ložisko infikované tkáně?), je pak třeba využít dalších laboratorních metodik. Výsledek může být často ovlivněn odběrem, zpracováním vzorku, kvalitou testů, odběrem po ATb, tíží infekce apod.

Výklad hodnot a pozitivita **protilátek** je problematický - udávaná známá kritéria - hodnoty v chronické fázi nemusí vždy být spojeny s požadovanými vzestupy titrů apod.

U chronické latentní infekce dochází k replikaci chlamydií jenom v malém počtu napadených buněk formou ojedinělých diseminovaných drobných ložisek na sliznicích a v orgánech parenchymatózních (8). Tato drobná ložiska se postupně odléčují a na jiných místech vznikají obdobná. V latentním průběhu se může objevit i subakut-

ní stav - mírné zarudnutí za-
sažené slizni-
ce, což je nej-
lépe pozorova-
telné na sliz-
nici spojivek.
Proto latent-
ní infekce za-
nechává velmi
nízkou séro-
logickou ode-
zvu a hladiny
sérových an-
tichlamydiál-
ních protilátek
jsou zpravidla
nízké a někdy

se nemusí objevit vůbec. Postižený přítomnost takovýchto velmi malých aktivních ložisek nevnímá a klinicky se zpravidla nedají zjistit. Persistence těchto malých ložisek může být mj. zdrojem vzniku zvrhnutí buněčného množení a rakoviny. Tato latentní chlamydiová infekce může za určitých podmínek přejít do akutní (např. zápal plic). Takto nejistá sérologie spolu s klinickým projevem nemoci, který až na výjimky mnohdy nepopovídá bakteriální infekci, jsou důvodem obtížné diagnostiky.



Obrázek 3: Host response to chlamydial infection, Mahony et Coombes, 2001



KLACID® SR
originální klaritromycin

VHODNÝ I VÝHODNÝ

14
7

Zkrácené informace o přípravku: KLACID® SR. Složení: Clarithromycinum 500 mg v 1 tabletě s řízným uvolňováním. **Indikace:** Infekce u dospělých a dětí od 12 let, vyvolané citlivými mikroorganismy: infekce horních a dolních cest dýchacích, infekce kůže a měkkých tkání. **Kontraindikace:** přecitlivělost na makrolidy, současně užívání terfenadinu, astemizolu, ziporidu, pimozidu, ergotaminu a dihydroergotaminu, závažné renální postižení – s dle zde podávávat klarithromycin s okamžitým uvolňováním. **Zvláštní upozornění:** Opatrnosti je zapotřebí u pacientů s poruchou trávení a ledvin. Existuje možnost křížné rezistence mezi klarithromycinem a ostatními makrolidy i lincoklinem a klindamycinem. Téměř u všech antibakteriálních léčiv byla popsána pseudomembranózní enterokolitida. **Tohotěnský a kojeneč:** Bezpečnost během tohotěnský a kojeneč byla stanovena. Klarithromycin se vylučuje do mateřského mléka. Nežádoucí účinky: Nejčastější poruchy zažívacího traktu, bolesti hlavy, pachuv v ústech a přechodné zvýšení jaterních enzymů. **Interakce:** Klarithromycin je primárně metabolizován cytochromem P 450. Klarithromycin např. zvyšuje hladinu perorálních antikoagulantů, digoxinu, theofylinu, karbamazepinu, atd. Ritonavir zvyšuje hladiny klarithromycinu. Současné podávání klarithromycinu s ergotaminem nebo dihydroergotaminem bylo spojeno s akutní námlouovou toxicitou. Při současném užívání klarithromycinu a kolchicinu byla zaznamenána kolchicinová toxicita. **Dávkována:** Obvykle 1-2 tablety 1x denně s jídlem. **Balení:** 7 nebo 14 tablet po 500 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Abbott Laboratories Ltd., Queenborough, Kent, Velká Británie. **Registrační číslo:** 15/062/98/C. **Podmínky uchovávání:** při 15°C-30°C, chránit před světlem. **Poslední revize textu:** 26.7.2006. **Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění.** Dříve, než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplnou informací o přípravku.

1. IMS data ČR leden 2010

ABBOTT LABORATORIES, s.r.o.
Hadovka Office Park
Evropská 2590/33d
160 00 Praha 6
tel.: 267 292 111
fax: 267 292 100
www.abbott.cz



Abbott
A Promise for Life

10/10/01/01/01

latentní chlamydiová infekce může za určitých podmínek přejít do akutní (např. zápal plic)

chlamydiální protein tepelného šoku - HSP 60

přetrvávání chlamydiových protilátek ve třídě IgA je ukazatelem perzistující infekce

chlamydiální endotoxin (LPS), chlamydiální protein tepelného šoku (HSP 60), autoimunitní vliv protilátek, alergizace organismu

Spolehlivost sérologie zvyšuje stanovení úrovně **HSP 60**. Chlamydie v latentním průběhu pod vlivem gama interferonu mění svůj metabolismus, stávají se metabolicky neaktivními, nereplikují se a začínají chronicky persistovat. Při tom se tvorba proteinu zevní chlamydiové membrány (**MOMP**) silně zeslabuje a paralelně silně narůstá produkce chlamydiálního proteinu tepelného šoku - **HSP 60**. Tento poznatek je zřejmý i z výsledků sérologie hlásících se k nám chlamydiemi dlouhodobě postižených lidí. **U většiny takto postižených lidí je nižší až nízká hladina chlamydiálních IgA protilátek a vyšší až vysoká hladina antichlamydiálních HSP 60 protilátek.** V průběhu latence se velmi obtížně získává infikovaný materiál pro neznalost lokálního místa infekce.

Současná požadovaná úroveň hodnocení hladiny pozitivitu titrů protilátek odpovídá spíše akutním než latentním infekcím. Pro posuzování persistence je důležité hodnocení chlamydiových protilátek ve třídě IgA - jejich přetrvávání je ukazatelem pro hodnocení perzistující infekce. Vyšší až vysoká imunitní odpověď je převážně jen u větších akutních zánětů s vyššími teplotami (záněty plic, těžší urogenitální infekce). Menší lokální akutní záněty zpravidla zanechávají nízkou imunitní odpověď, která chlamydiovou infekci nemusí vůbec naznačovat. Při zánětu mozkových blan většinou ani lumbální punkce tuto infekci nepotvrdí (nález chlamydií neg, protilátky event. IgG pouze, proteinocytolog. disociace). Otázkou zůstává, zda zánětlivé stavy nejsou často způsobeny navíc i sekundárními vlivy chlamydií - z odborných prací je zřejmé, že se jedná všeobecně zejména o dlouhodobou produkci chlamydiálního endotoxinu (LPS), chlamydiálního proteinu tepelného šoku (HSP 60), autoimunitního vlivu protilátek, alergizace organismu, přímé působení chlamydií na infikované buňky, průnik chlamydií do makrofágů, uvolňování cytokinů, TNF alpha a event. další možné negativní vlivy. V dalším pokračování poukážeme na některé postřehy z anamnes pacientů, jejich nálezů a pohovoříme o léčbě.

Literatura:

- 1) Detection of chlamydial bodies and antigens in the central nervous system of patients with multiple sclerosis. Sriram S, Ljunggren-Rose A, Yao SY, Whetsell WO Jr. Department of Neurology, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN 37212, USA. subramaniam.sriram@vanderbilt.edu
- 2) Intrathecal production of Chlamydia pneumoniae-specific high-affinity antibodies is significantly associated to a subset of multiple sclerosis patients with progressive forms. Fainardi E, Castellazzi M, Casetta I, Cultrera R, Vaghi L, Granieri E, Contini C.
- 3) Reactive arthritis: Current features and role of chlamydial infection in establishment of clinical picture Dorostenko Yu.A, Nikonova E. N.
- 4) Pospíšil L., Zralý Z. Výzkumný ústav veterinárního lékařství, Brno, ředitel prof. MVDr. K. Hruška, CSc. Časopis ženských lékařů Gynekolog, nové pohledy na chlamydie jako příčinu neplodnosti
- 5) Pospíšil L., Věžník, Z., Zralý Z., Diblíková, I., Zajícová, A., Horová, I., Budíková, M.: Effects of chlamydial genital infections on the formation of anti-sperm antibodies. In: I. Slovenský dermatovenerologický kongres s mezinárodní účastí, Bratislava, 1999, 90.
- 6) Pathogenetic mechanisms through which C. pneumoniae could affect the development of atherosclerosis (modified after: Leinonen & Saikku 2002, Summersgill et al. 2000).
- 7) Státní zdravotní ústav Praha
- 8) Chlamydiové infekce- kniha: prof. MVDr. Z. Věžník, DrSc, Prof. MUDr. et MVDr. L. Pospíšil, DrSc
- 9) Chlamydia pneumoniae infection, inflammation and heat shock protein 60 immunity in asthma and coronary heart disease, Tiina Sävykoski (née Huittinen) National Public Health Institute, Department of Microbiology Department of Medical Microbiology, University of Oulu
- 10) Chlamydial Persistence: beyond the Biphasic paradigm Richard J. Hogan, 1, 2 Sarah A. Mathews, 1 Sanghamitra Mukhopadhyay, 3 James T. Summersgill, 3 and Peter Timms 1, 2*, Infectious Diseases Program 1 and Cooperative Research Centre for Diagnostics, 2 School of Life Sciences, Queensland University of Technology, Brisbane, Australia, and Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, University of Louisville, Louisville, Kentucky

MUDr. Polcarová Drahomíra - základní atestace v oboru neurologie. Po práci na neurologii FN Poruba pracovala jako neuroložka Hornické polikliniky Ostrava. V roce 2002 přechází k svému preferovanému oboru rehabilitace - do Sanatorií Klímkovice, kde pracuje dosud s další atestací z rehabilitační a fyzikální medicíny. V roce 2008 zakládá občanské sdružení Chlamydie o.s., které se snaží poukázat na tuto závažnou problematiku a spolupracovat s lékaři, MZd a dalšími spol. organizacemi.

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**

**Prodám ordinaci praktického
lékaře pro dospělé ve Zlíně.
Výhodná pozice v centru města,
blízkost k ordinacím odborníků,
poctivě vedená praxe.
Na čase a způsobu předání
i na ceně je možné se dohodnout.
Kontakt: 732 651 981,
email: marjan55@centrum.cz**

MUDr. Irena Martinková

Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě

Očkování proti pneumokokovým nákazám – nejlepší prevence komplikací chřipky

Streptococcus pneumoniae běžně nazývaný pneumokokem, je po *Haemophilus influenzae* druhým nejčastějším původcem onemocnění dýchacích cest. Patří k významným lidským bakteriálním patogenům. Epidemiologii pneumoka komplikuje skutečnost, že může být součástí normální orofaryngeální flóry u cca 5 - 70 % populace (1). K první kolonizaci pneumokoky dochází u dětí již v 6. měsíci života, která trvá asi 4 měsíce (2). Procentuální podíl nosičů se liší podle věku a je vyšší u dětí. Pneumokok je primárním původcem otitis media, sinusitidy, mastoiditidy a pneumonie. Může však vyvolat i další orgánové infekce a rozšířit se např. na peritoneum, do kloubů, na endokard a na meningy. Vyskytuje se ve více než 90 sérotypech, jejich prevalence se však omezuje na 20-23 sérotypů. Nejzávažnější však, s ohledem na vysokou mortalitu, jsou zejména tzv. **invazivní pneumokoková onemocnění (dále jen IPO)**, ke kterým řadíme pneumokokové pneumonie, meningitidy a sepse. K těmto onemocněním dochází u jedinců v případě poruchy obranyschopnosti organismu, kdy pneumokoky proniknou do prostor, kde se normálně nevyskytují, tj. do středouší, obličejových dutin, dolních cest dýchacích, kde dojde k zánětu. V případě, že původce se dostane do krve, vyvolá závažné, život ohrožující onemocnění. **Mezi rizikové skupiny patří imunosuprimované děti mladší 2 let věku, senioři a ostatní osoby s imunodeficitem.**

Nejvyšší výskyt pneumokokových infekcí je zaznamenáván v zimních měsících, což souvisí s incidencí virových respiračních nákaz, kdy pneumokoková nákaza často nastupuje v oslabeném terénu jako tzv. sekundární infekce. Zdrojem pneumokokové

nákazy je výhradně nemocný člověk nebo zdravý nosič. Inkubační doba se pohybuje od 1 do 3 dnů.

V České republice mezi nejčastější invazivní pneumokoková onemocnění patří pneumonie (43 %), dále meningitidy (28 %) a bakteriemie (21 %) (2). Trend výskytu hlášených invazivních pneumokokových onemocnění v ČR v letech 1979-2009 znázorňuje graf č. 1. I přes chybějící údaje v letech 1991-93 lze v posledních letech sledovat výrazně stoupající trend hlášených invazivních pneumokokových onemocnění. V roce 2009 bylo celkem hlášeno 149 případů IPO, na tomto navýšení se výraznou měrou podílely zejména sepse. Stoupající podíl pneumokokových septik zaznamenáváme v ČR již od roku 2007, kdy maxima bylo dosaženo v roce 2009 a sepse tvořily 51 % všech IPO. V rámci surveillance IPO je však aktivně zjištěno 200-400 případů IPO ročně. S ohledem na závažnost IPO a dostupnost očkovacích látek proti pneumokokovým onemocněním, k celosvětovému vzestupu podílu kmenů *Streptococcus pneumoniae* rezistentních vůči antibiotikům a v neposlední řadě vzhledem k závažnosti těchto onemocnění, která jsou často život ohrožující, především u dětí do 5 let věku a u osob nad 65 let a ostatních osob s imunodeficitem či jiným zá-

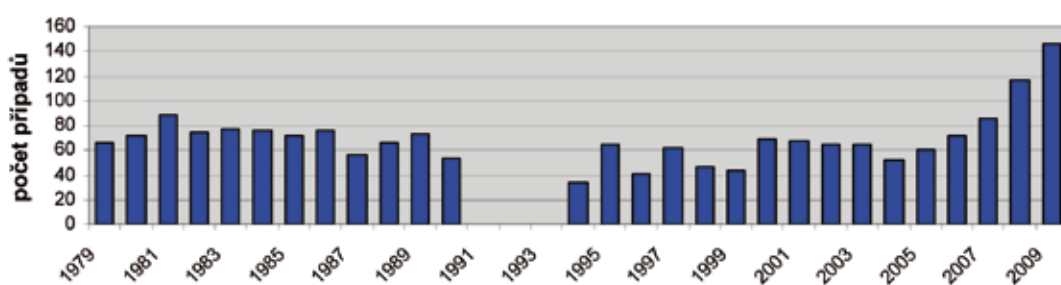


MUDr. Irena
Martinková

pneumokok může být součástí normální orofaryngeální flóry u cca 5 - 70 % populace

je primárním původcem otitis media, sinusitidy, mastoiditidy a pneumonie

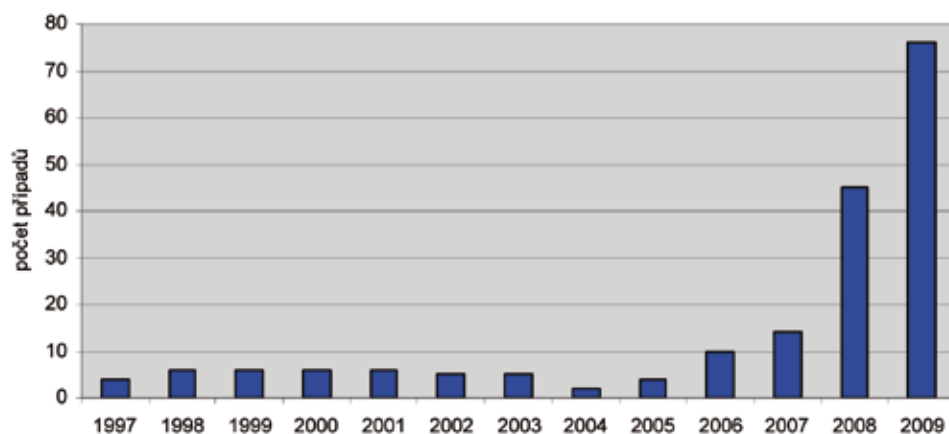
Notifikovaná invazivní pneumokoková onemocnění v ČR
(zdroj do roku 1990 Krajské roční zprávy o epidemiologické situaci, od roku 1994 Epidat)



Graf 1

Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha

Sepse s etiologií *Streptococcus pneumoniae* hlášené
v ČR do Epidatu 1997-2009



Graf 2

Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha

**odebraný biologický
materiál by měl být
dodán do mikrobiologické
laboratoře nejlépe
do hodiny od odběru**

**výtěry z krku na
tamponech mají nižší
výťažnost**

**četnost závažných IPO
je u seniorů významná**

**nejvyšší mortalita je
zaznamenávána u osob
starších 65 let**

kladním onemocněním, je nezbytné komplexně zkvalitnit surveillance pneumokokových nákaz, která umožní zhodnotit rozsah a závažnost IPO v ČR a tak získat podklady pro zlepšení protiepidemických opatření, včetně očkování. Plné znění metodického návodu je k dispozici ve věstníku MZ částka 2/2008.

V případě odběru biologického materiálu (cerebrospinální mok, krev, sekční materiál), který je za normálních podmínek sterilní, měl by být dodán do mikrobiologické laboratoře nejlépe do hodiny od odběru, aby nedošlo k autolýze pneumokoků. Nejvhodnější k vyšetření je tekutý materiál, tj. likvor nebo sputum, při podezření na meningitidu či pneumonii je třeba odebrat i krev na hemokulturu. Výtěry z krku na tamponech mají nižší výťažnost.

V současné době se o očkování proti pneumokokům zajímají zejména rodiče malých dětí a na očkování další rizikové skupiny, tj. seniorů, se zapomíná, přičemž četnost závažných IPO dominuje právě u seniorů. Také komunitní pneumonie postihují nejen nejmenší děti, ale i osoby starší 65 let. Z infekcí, které vedou k smrti nemocných, jsou celosvětově na prvním místě právě pneumonie. V USA onemocní pneumonií 2 miliony osob ročně, z nichž 40 000 – 70 000 nemoci podlehnou (Sarosi). V ČR v roce 1990 na pneumonie umíralo 18 osob na 100 tis. obyvatel, v roce 1999 - 23,9 na 100 tis. obyvatel (Kašák). Mortalita pneumokokové infekce závisí na věku, předchozím onemocnění a sérotypu původce. Nejvyšší mortalita je zaznamenávána u osob starších 65 let s bakteriémií a přidruženým onemocněním jiného původu.

Terapie pneumokokových onemocnění spočívá v antibiotické léčbě.

S ohledem na závažnost pneumokokového onemocnění je očkování nejúčinnějším nástrojem

prevence. Pro dospělé osoby je doporučována 23 valentní polysacharidová vakcína. Tuto vakcínu lze však aplikovat i dětem od 2. roku života. Obecně se vakcína doporučuje osobám s kardiovaskulárním onemocněním, diabetem mellitus nebo likvoreou, funkční či anatomickou asplénií, HIV infekcí, leukémií, lymfomem, generalizovanou malignitou, chronickým renálním onemocněním, osobám na terapii kortikosteroidy, po transplantaci orgánu či kostní dřeně, osobám umístěným v LDN, DD, osobám starším 50 let. Osoby, které jsou při svém pracovním výkonu vystaveny zvýšenému nebezpečí chřipky, podléhají pravidelnému očkování ve smyslu vyhlášky č. 65/2009.

Pneumokoková polysacharidová vakcína dosahuje až 65% účinnosti v prevenci pneumokokových nákaz u pacientů s chronickým plicním onemocněním (3). Koncem roku 2008 Advisory Committee for Immunisation Practices (ACIP) schválila nová a revidovaná doporučení pro použití pneumokokové polysacharidové vakcíny k prevenci IPO. V doporučení se uvádí, že „osoby ve věku 19-64 let, které mají astma, by měly dostat jednu dávku pneumokokové polysacharidové vakcíny“ (4). Vakcínu lze aplikovat v průběhu roku, u malých dětí se očkování kombinuje s ostatními vakcínami dle uvážení pediatra. U dospělých osob a především seniorů je navíc výhodná současná kombinace očkování proti chřipce a proti pneumokokům. V současnosti je možná účinná prevence IPO ve všech věkových skupinách, na trhu jsou k dispozici 23 valentní vakcína a konjugované vakcíny.

Literatura:

1. D. Greenwood, R. C.B. Slack, J.F. Peutherer a kol. Lékařská mikrobiologie 1999
2. J. Beran, J. Havlík: Pneumokokové nákazy a možnosti očkování proti nim
3. Butter JC et al. Pneumococcal Polysaccharide Vaccine efficacy. An evaluation of current recommendation, JAMA 1993; 270
4. ACIP Provisional Recommendation for Use of Pneumococcal Vaccines, 2008.

MUDr. Irena Martinková - v roce 1990 absolvovala 3. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. V roce 1995 atestovala v oboru hygiena a epidemiologie a poté v roce 1999 se specializovala v oboru epidemiologie infekčních nákaz. Nyní je vedoucí protiepidemického odboru Krajské hygienické stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě. Náplní její práce je zejména prevence a represe infekčních onemocnění, konzultační činnost v oblasti vakcinologie. Podrobněji se zabývá problematikou HIV infekce a legionelóz.

Sanofi - Pneumo

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Praktický lékař pro dospělé

Odborný asistent ústavu sociálního lékařství LF UK Hradec Králové, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Bolesti hlavy v ordinaci praktického lékaře

Souhrn: Bolesti hlavy patří literárně k častým potížím, se kterými pacienti přicházejí do našich ordinací. Závažným problémem může být podcenění a nedostatečná diferenciálně diagnostická rozvaha nad sekundárními bolestmi hlavy. V článku je popsána základní diagnostická kritéria primárních bolestí hlavy s přihlédnutím k nové klasifikaci IHS. Současně je položena otázka, zda-li všichni pacienti s bolestí hlavy navštíví praktického lékaře.



MUDr. Bohumil
Skála, Ph.D.

**bolesti hlavy spolu
s bolestmi zad
a kloubními bolestmi
jsou nejčastějším
důvodem k užití
analgetik u dospělých
osob**

**primární bolesti hlavy,
kategorie 1–4**

**sekundární bolesti
hlavy, kategorie 5–14**

Bolesti hlavy patří k nejčastějším chronickým bolestem v dospělé populaci. Spolu s bolestmi zad a kloubními bolestmi jsou nejčastějším důvodem k užití analgetik u dospělých osob v ČR, a to často po dobu mnoha let. Klasifikace bolestí hlavy podle IHS (International Headache Society) dělí cefalgie na **primární rekurentní cefalgie** (migréna, tenzní cefalgie, „cluster headache“ cefalgie ap.), které tvoří samostatnou nozologickou jednotku, a na **sekundární cefalgie**, které jsou jedním z projevů jiného onemocnění. V posledních 10 letech došlo k výraznému pokroku v diferenciální diagnostice primárních a sekundárních cefalgií a také v terapii migrény specifickými antimigreniky. Prvním nutným krokem k úspěšnému zvládnutí stavu bolesti hlavy je včasné a správné stanovení diagnózy a léčba. Je velmi důležité odlišit primární bolest hlavy od sekundární bolesti hlavy, která je způsobená organickým postižením mozku, jako je například cévní onemocnění mozku, nitrolební nádor, absces nebo meningoencefalitida nebo jinou celkovou příčinou (infekční onemocnění, hypertenze, změny vnitřního prostředí a jiné). Standardem pro určení typu bolesti hlavy je inovovaný klasifikační systém IHS (1, 2). Systém dělí bolesti hlavy do dvou hlavních skupin – na primární bolesti hlavy, kategorie 1–4 a na sekundární bolesti hlavy, kategorie 5–14. Primární bolesti hlavy nemají známý organický podklad, který by šel zobrazit pomocí CT či MRI či detekovat jinou metodou. Samotným problémem je zde právě bolest. Proto primární bolesti hlavy klasifikujeme podle jejich projevů. Etiologický princip zde není dosud možné uplatnit, protože mechanismus jejich vzniku dosud zůstává na úrovni jen částečně ověřených teorií. Ve skupině sekundárních bolestí hlavy je bolest projevem organického onemocnění. Proto lze v těchto skupinách klasifikovat podle etiologie, zařazení jednotlivých typů bolestí hlavy je založeno na znalosti příčiny vzniku obtíží.

Klasifikace bolestí hlavy

Tab. č. 1 uvádí mezinárodní klasifikaci bolestí hlavy podle International Headache Society (IHS) z roku 1988. Základní je členění na I. Primární rekurentní cefalgie a II. Sekundární cefalgie. Tato klasifikace je první mezinárodně přijatou klasifikací bolestí hlavy. Během 16 let praktického užívání byla mnohokrát testována stran validity včetně diagnostických kritérií pro nejčastější primární cefalgie (tato jsou uvedena v jednotlivých odstavcích o primárních cefalgiích). Nová revidovaná verze IHS klasifikace bolestí hlavy z roku 2003 je ještě podrobnější, ale základní nozologické jednotky platné z roku 1988 jsou prakticky shodné.

**Tab. 1: Mezinárodní klasifikace
bolestí hlavy (IHS 1988)**

I. PRIMÁRNÍ BOLESTI HLAVY

1. Migréna

- 1.1 Migréna bez aury
- 1.2 Migréna s auro
- 1.3 Oftalmoplegická migréna
- 1.4 Retinální migréna
- 1.5 Opakující se syndromy v dětství, které mohou předcházet nebo být sdružené s migrénou
- 1.6 Komplikace migrény
- 1.7 Migrenózní postižení nesplňující předchozí kritéria

2. Tenzní bolesti hlavy

- 2.1 Epizodická tenzní bolest hlavy
- 2.2 Chronická tenzní bolest hlavy
- 2.3 Tenzní bolesti hlavy nesplňující výše uvedená kritéria

3. Cluster headache a chronická paroxysmální hemikranie

- 3.1 Cluster headache
- 3.2 Chronická paroxysmální hemikranie
- 3.3 Bolesti hlavy podobné cluster headache, nesplňující výše uvedená kritéria

4. Různé bolesti hlavy bez strukturálního postižení
4.1 Idiopatická bodavá bolest hlavy
4.2 Bolest hlavy ze zevní komprese
4.3 Bolest hlavy vyvolaná chladem
4.4 Bolest hlavy při benigním kašli
4.5 Bolest hlavy z námahy
4.6 Bolest hlavy spojená se sexuální aktivitou
II. SEKUNDÁRNÍ BOLESTI HLAVY
5. Bolest hlavy spojená s úrazem
5.1 Akutní poúrazová bolest hlavy
5.2 Chronická poúrazová bolest hlavy
6. Bolest hlavy spojená s cévním onemocněním
6.1 Akutní mozková ischemie
6.2 Intrakraniální hematom
6.3 Subarachnoidální krvácení
6.4 Nekrvácející cévní malformace
6.5 Záněty tepen oblasti hlavy
6.6 Nezánětlivá onemocnění tepen hlavy
6.7 Žilní trombóza
6.8 Hypertenze
7. Bolest hlavy spojená s nevaskulárním intrakraniálním onemocněním
7.1 Likvorová hypertenze
7.2 Likvorová hypotenze
7.3 Intrakraniální infekce
7.4 Intrakraniální sarkoidóza a jiná neinfekční zánětlivá onemocnění
7.5 Bolest hlavy spojená s intratékální aplikací
7.6 Intrakraniální tumor
7.7 Bolest hlavy spojená s jiným intrakraniálním postižením
8. Bolest hlavy způsobená chemickými látkami nebo jejich vynecháním
8.1 Bolest hlavy spojená s akutním užitím nebo expozicí látek
8.2 Bolest hlavy vyvolaná chronickým užíváním nebo expozicí chemické látky
8.3 Bolest hlavy po jednorázovém příjmu chemických látek
8.4 Bolest hlavy z přerušení chronického příjmu látek
8.5 Bolest hlavy vyvolaná chemickými látkami, ale s nejasným mechanismem vzniku
9. Bolest hlavy spojená s infekcí mimo mozek
9.1 Virová infekce
9.2 Bakteriální infekce
9.3 Bolest hlavy spojená s ostatními infekcemi
10. Bolest hlavy spojená s poruchami metabolismu
10.1 Hypoxie
10.2 Hyperkapnie

10.3 Smíšená hypoxie a hyperkapnie
10.4 Hypoglykémie
10.5 Dialýza
10.6 Bolest hlavy při jiné metabolické abnormitě
11. Bolest hlavy nebo v obličeji spojená s onemocněním lebky, krku, očí, uší, sinusů, zubů nebo jiných obličejových či hlavových struktur
11.1 Lebeční kosti
11.2 Krk
11.3 Oči
11.4 Uši
11.5 Nos a vedlejší dutiny
11.6 Zuby, čelisti a okolní struktury
11.7 Onemocnění čelistního kloubu
12. Neuralgie, bolesti nervového kmene a aferentační bolesti
12.1 Přetrvávající bolest v oblasti hlavových nervů
12.2 Neuralgie trojklanného nervu
12.3 Neuralgie n. XII
12.4 Neuralgie n. VII
12.5 Neuralgie n. laryngei superioris
12.6 Neuralgie occipitálního nervu
12.7 Centrální příčiny bolestí hlavy a obličeje

Diferenciální diagnostika bolestí hlavy

Bolesti hlavy lze dělit z mnoha různých hledisek. Praktické je dělení na:

- bolest akutní, tj. bolest náhle vzniklou, progredující bez úlevy, většinou dosti silnou, která se vyskytne u osoby, jež dosud bolestmi hlavy netrpěla
- bolest chronickou, vyskytující se léta bez souvislosti s jiným onemocněním, obvykle intermitentní.

Do první skupiny patří především sekundární bolesti hlavy, tedy bolesti, které jsou příznakem, často dominujícím, někdy vedlejším, jiného onemocnění.

Toto onemocnění může být poměrně nezávažné a po jeho vyléčení spontánně ustoupí i bolest hlavy a nebo naopak velmi závažné, kdy pro další prognózu pacienta má rozhodující význam včasná diagnóza a po ní včasná terapie.

Do druhé skupiny můžeme naopak zařadit většinu primárních bolestí hlavy. Tyto mohou mít jak rekurentní charakter – migréna, cluster headache, tak i charakter bolestí trvalých – chronická tenzní cefalea.

Z první skupiny jsou nejzávažnější cefalgie při intrakraniální expanzi, při kraniocerebrálním traumatu, při meningoencefalitidě, při subarachnoidálním krvácení a při hydrocefalu. Diagnózu těchto přímo a rychle život ohrožujících stavů je třeba učinit většinou již při prvním kontaktu s pacientem. Ke správnému stanovení diagnózy slouží kromě pečlivě a cíleně odebrané anamnézy a fyzikálního vyšetření pacienta i CT a MRI mozku, event. lumbální punkce. Základní varovné příznaky ukazující na nutnost tohoto postupu jsou: první silná bolest

varovný příznak:
první silná bolest hlavy
po 40. roce věku
pacienta

Tab. 2 Nejzávažnější příčiny sekundárních bolestí hlavy

Klinická jednotka	Klinický obraz	Vyšetřovací metody
Subarachnoidální krvácení	náhlý začátek bolesti, nauzea, zvracení, fotofobie, hypertenze, tachykardie, porucha vědomí, ložiskový neurologický nález, meningeální sy, subfebrilie	klinické vyš., CT mozku, lumbální punkce
Meningitida	meningeální sy, febrilie	klinické vyš., CT mozku, lumbální punkce
Intrakraniální krvácení	ložiskový neurologický nález, hypertenze, nauzea, vomitus, tachykardie	klinické vyš., CT mozku
Intrakraniální expanze	ložiskový neurologický nález, postupný rozvoj	klinické vyš., CT (MRI) mozku, vyšetření očního pozadí
Nitrolební hypertenze	nauzea, vomitus, poruchy vizu, vertigo, zhoršení při vertikalizaci, popř. ložiskový neurologický nález	klinické vyš., CT (MRI) mozku, vyšetření očního pozadí

hlavy po 40. roce věku pacienta, dále bolest hlavy doprovázená poruchou vědomí, meningeálním syndromem nebo ložiskovým neurologickým deficitem. Tyto varovné příznaky mohou být zpočátku velmi diskrétní a je nutno po nich cíleně pátrat.

V tab. 2 jsou uvedeny nejčastější závažné, život ohrožující typy cefalgií a zároveň stručně i jejich klinický obraz a doporučené vyšetřovací metody.

Z méně závažných (tj. nikoli přímo život pacienta ohrožujících), ale zato velmi častých sekundárních cefalgií je zapotřebí na prvním místě jmenovat **cervikogenní bolesti hlavy**, tedy akutní či chronický cervikokraniální syndrom (CC). Zřejmě největším diferenciálně-diagnostickým problémem u této klinické jednotky je odlišení akutního CC syndromu od subarachnoidálního krvácení, vzhledem k jejich velmi podobnému klinickému obrazu. Při pochybnostech je jediným racionálním řešením urgentně provedené CT mozku či lumbální punkce. Terapie cervikogenních bolestí hlavy je v ČR již tradičně na velmi dobré úrovni a není tedy nutno ji znovu detailně popisovat.

Bolest hlavy může být příznakem nebezpečného a akutního onemocnění zvláště v následujících případech:

- náhlá velmi silná bolest hlavy, jakou pacient ještě nezažil
- silná bolest hlavy, která narůstá, případně je provázena zvracením
- silná bolest hlavy, která se objeví po tělesné námaze
- bolesti hlavy, doprovázené horečkou nebo zvracením
- bolest hlavy, doprovázená jakoukoliv neurologickou ložiskovou symptomatologií (paréza, poruchy řeči, obrna pohledu, porucha vědomí, poruchy rovnováhy, epileptický záchvat a další)
- bolesti hlavy u pacientů s malignitou v anamnéze či HIV pozitivitou

Ve všech těchto případech je nutné urychlené odeslání pacienta ke specialistovi nebo do nemocnice, kde budou provedena nezbytná vyšetření (CT, MRI, likvor, angiografie a další).

Ve zkratce byl základní diagnostický algoritmus popsán výše (tabulka č. 2).

Sekundární bolesti hlavy jsou v primární praxi daleko větším problémem – je nutné přesně diferen-

ciálně diagnosticky uvažovat – vyloučit závažné onemocnění a věnovat zvýšenou pozornost varovným příznakům. Sekundární bolesti hlavy jsou na rozdíl od primárních bolestí hlavy vyvolány známou příčinou. Jde o velice různorodou skupinu bolestí hlavy jak po stránce lokalizace, intenzity, frekvence a závažnosti od naprosto banální příčiny až po nejzávažnější, někdy i fatálně končící stav.

Podle nové Mezinárodní klasifikace bolestí

hlavy z roku 2003 (6) řadíme mezi sekundární bolesti hlavy skupinu 5 až 14.

Bolest hlavy způsobená úrazem hlavy nebo krční páteře

Je právě tou bolestí, která je důležitá pro diferenciálně diagnostickou úvahu lékaře primární péče. Dělí se na akutní a chronickou. Akutní poúrazové bolesti hlavy nastupují do 2 týdnů od úrazu a obvykle odezní do 8 týdnů od úrazu. Chronické bolesti hlavy nastupují rovněž do 2 týdnů a obvykle nemizí do 8 týdnů od úrazu. Bolesti hlavy se vyskytují u úrazů hlavy spojených s otřesem mozku i bez průkazu mozkové komoce. Nově jsou v klasifikaci vyčleněny bolesti hlavy způsobené mechanismem whiplash injury, traumatickým intrakraniálním epidurálním nebo subdurálním hematomem a postkraniotomická cefalea. Ročně jsou hospitalizovány s lehkými úrazy hlavy (Glasgow coma scale 13–15) 2 promile obyvatelstva. Procentuálně nejvíce úrazů (45 %), připadá na dopravní nehody, pády na 30 % a pracovní a sportovní úrazy tvoří 20 %. Charakter posttraumatické cefaley může být velmi rozmanitý. Nejčastější je chronická denní bolest hlavy tenzního typu. Náraz může být spouštěcím mechanismem rozvoje migrenózních bolestí s aurou či bez aury, výjimečně i záchvatů cluster headache. V těchto případech je diferenciální diagnostika proti primárním bolestem hlavy značně složitá. **K zařazení do skupiny potraumatických bolestí je zapotřebí přítomnosti dalších symptomů posttraumatického syndromu jako je nauzea, závratě, tinnitus, poruchy sluchu, rozmazaný vizus, diplopie, porucha konvergence, foto a fonofobie. Dále zjišťujeme přecitlivělost, anxieta, deprese, změny osobnosti, únavnost, poruchy spánku, snížené libido.**

Dalším typem jsou okcipitální, supra či infraorbitální neuralgie, cervikogenní bolesti hlavy, dysfunkce temporomandibulárního kloubu a různé kombinované bolesti. Dostupná literatura uvádí průměrné trvání potraumatických bolestí hlavy od 3 do 5 let od úrazu a častou souvislost s finanční kompenzací. Jeden měsíc po lehkém úrazu hlavy udává cefaleu 31 až 90 % pacientů. Je-

Akutní poúrazové bolesti hlavy nastupují do 2 týdnů od úrazu a obvykle odezní do 8 týdnů od úrazu

Náraz může být spouštěcím mechanismem rozvoje migrenózních bolestí

den rok po úrazu uvádí cefaleu ještě 8 až 35 % pacientů. Tři studie, které sledovaly pacienty 2 až 4 roky po úrazu, udávají perzistující cefaleu ve 20 až 24 %. V léčbě se doporučují tricyklická antidepresiva jako amitriptylin a imipramin. Velmi účinný může být valproát. Opakované intravenózní podání dihydroergotaminu působí dobře u chronické denní bolesti hlavy. Triptany byly efektivní u exacerbace migrenózní bolesti, ale na jiné typy nepůsobily. U akutní potraumatické bolesti hlavy byl účinný chlorpromazin i. v. Opatrnost je nezbytná pro možné nadužívání analgetik a ergotaminu u pacientů s denními bolestmi hlavy a vzniku drug-induced bolesti. Dále se doporučuje fyzikální terapie, elektroterapie a cvičení, zejména u úrazů krční páteře. Navzdory veškeré péči se třetina pacientů po úrazu hlavy není schopna vrátit do práce.

V diferenciální diagnostice musíme odlišit zejména závažnější kraniocerebrální traumatické komplikace jako subdurální či epidurální hematom, intracerebrální hemoragii nebo kontuzi mozku, likvorovou hypotenzi, hydrocefalus, trombózu mozkových žil nebo splavů, disekci karotidy, poruchu dynamiky krční páteře. U komprese mozku subdurálním a epidurálním hematodem je typická progredující bolest hlavy spolu s rozvíjejícím se obrazem intrakraniální hypertenze a ložiskovými projevy, nastupující po tzv. volném intervalu a přechodně relativně dobrém stavu pacienta. Řešení je v kompetenci neurochirurga.

Bolest hlavy způsobená nevaskulárním intrakraniálním postižením

Benigní intrakraniální hypertenze (pseudotumor cerebri) se popisuje typicky u obézních žen v reprodukčním věku. Je provázen chronickou denní bolestí hlavy, symptomy zvýšeného nitrolebního tlaku s edémem papil a obrazem „empty sella“ při CT vyšetření mozku. Léčba je obtížná. Doporučuje se korekce hmotnosti, opakované lumbální punkce, acetazolamid a diuretika, krátkodobé pulzní kúry kortikosteroidy, výjimečně i chirurgické výkony (fenestrace pochvy optiku, ventrikulo-peritoneální drenáž). Přes veškerou snahu může 10 až 30 % nemocných postupně oslepnout. Zatímco u benigní intrakraniální hypertenze je bolest hlavy popisována ve 30 až 80 %, při likvorové hypotenzi se nacházejí bolesti hlavy téměř ve 100 %. (Bolest je silné intenzity, má tupý nebo tepavý charakter. Lokalizována je frontálně, okcipitálně nebo může být difúzní. Typický je ortostatický charakter bolesti. Většinou nereaguje na běžná analgetika. Je provázena nauzeou, zvracením, závratí, tinnitem, fotofobií a anorexií. Postpunkční bolest hlavy je běžnou komplikací u 15 až 30 % pacientů po lumbální punkci s nejčastějším rozmezím trvání bolesti od 4 do 8 dnů. Sechzer a Abel udávají terapeuticky výrazný efekt infuzí 500 mg kofeinu u 75 % pacientů). Zkouší se dále kostikosteroidy a epidurální kontinuální solné infúzní roztoky, je diskutován význam klidového režimu. U intrakraniálních nádorů se bolesti hlavy vyskytují asi v 60 % případů. Bolest hlavy je často ini-

ciální příznak zejména u nádorů hypofýzy, kraniofaryngeomu a nádorů mostomozečkového koutu. U infratentoriálně lokalizovaných tumorů je výskyt dokonce až u 80–85 % pacientů, u supratentoriálních jen u 36 %. Forsyth a Posner u skupiny primárních i sekundárních mozkových tumorů s edémem papil a obstrukčním nebo komunikujícím hydrocefalem popsali v 77 % tenzní typ bolestí hlavy, v 9 % byly bolesti migrenózního charakteru a pouze ve 14 % byly jiného charakteru. Ve 40 % doprovázela bolesti hlavy nauzea nebo zvracení. **Za alarmující příznaky nádorů mozku se považuje: výskyt nového typu bolesti hlavy, kontinuálně perzistující 1–2 týdny, bolesti hlavy ve věku nad 50 let a zejména progresivní nárůst jejich intenzity. Dále bolesti hlavy s doprovodnými příznaky netypickými pro auru, bolesti hlavy sdružené s mentálními poruchami a změnami osobnosti, s příznaky nitrolební hypertenze (edém papil, ranní zvracení). Rovněž je alarmující změna typu bolestí nebo náhlá rezistence na léčbu. Málo vyjádřená bývá bolest hlavy u pomalu rostoucích nádorů mozku a nádorů lokalizovaných v asymptomatických zónách (zejm. frontální laloky). Zde pozorujeme pouze neurčitě narůstající změny osobnosti a chování. Zejména meningeomy mohou být dlouhou dobu klinicky němé. Někdy bývá prvním příznakem epileptický záchvat.**

Ve všech nejasných případech je důležitá včasná radiodiagnostika.

U bolesti hlavy, nemající typické atributy migrenózní bolesti a bolesti hlavy trvající více týdnů, kdy léčba nepřináší efekt, je nutné diferenciálně diagnosticky zvažovat sekundární charakter bolesti a využít vhodná pomocná vyšetření k upřesnění etiologie.

Při několika šetřeních byly zjištěny zajímavé výsledky čerpající právě z dotazníkových šetření mezi praktickými lékaři. V roce 2006 byly zveřejněny opakovaně výsledky studie prevalence chronické bolesti v populaci ČR. Studie se zúčastnilo celkem 76 lékařů z různých lokalit s populací přibližně 140 000 osob. Počet osob, které prošly jejich zdravotnickým zařízením, byl celkem 8 939, věkový průměr pacientů byl od 34 do 73 let, což odráží různorodost klientely. Statisticky významné rozdíly u mužů a žen ve výskytu zdravotních problémů, pro které navštívili lékaře, jsou u akutních dýchacích onemocněních, artropatií, drozopatií, nemocí oběhové soustavy, poranění a nemocí trávicí soustavy. U ostatních zdravotních problémů a nemocí je věkové složení návštěvníků praktických lékařů prakticky shodné (abnormální laboratorní nálezy, chronické respirační nemoci, genitourinární nemoci, infekce, nemoci endokrinní soustavy, nemoci krve, nemoci kůže, neurologické nemoci, nezhoubné nádory, nemoci oka, nemoci kostry, svalů a vazy, psychiatrické nemoci, nemoci ucha, zhoubné nádory a ostatní zdravotní problémy a kontakt se zdravotnictvím).

Z uvedeného počtu 8 939 pacientů navštívilo PL pro bolest celkem 2 793 (31,2 %) osob, z nich

Navzdory veškeré péči se třetina pacientů po úrazu hlavy není schopna vrátit do práce

Benigní intrakraniální hypertenze je typická u obézních žen v reprodukčním věku

U intrakraniálních nádorů se bolesti hlavy vyskytují asi v 60 % případů

1 137 osob (12,7 %) pro bolest chronickou. Chronická bolest tak tvořila 40,7 % případů návštěvy pro bolest. Jak je vidno z výše uvedeného při konkrétní dotazníkové akci,

která byla vedena vždy v ordinaci, nebyla zaznamenána odpověď na konkrétně se vztahující jako prvotní problém – bolest hlavy – se kterým pacient navštívil svého praktického lékaře (jen asi v necelých dvou procentech se mohly potíže s bolestmi hlavy vyskytnout a skrývat pro diagnózami – ostatní neurologické potíže). Zpětně jsme dohledali prevalenci bolestí hlavy obecně v rozmezí 1,8 – 1,89 %.

V roce 2007 proběhlo dotazníkové šetření, které se přímo týkalo implementace Doporučených postupů farmakoterapie bolesti. I zde docházelo k zajímavým odpovědím (obr. 1 a 2).

Uvedeného dotazníkového šetření se zúčastnilo více jak 1100 praktiků, výsledky jsou tedy vypovídající. Podle výše uvedených statistik se pohybuje například mezi námi až 12 % pacientů s migrénou, u akutních bolestivých stavů se pohybuje toto číslo v ordinaci praktického lékaře okolo 3,5 %.

Pro srovnání několika údajů z mé ordinace

- 226 pacientů letech 1996-2008 opakovaně přišlo do ordinace s diagnosou bolestí hlavy
- z toho 54 mužů, 172 žen
- 69 pacientů přišlo

s diagnosou migréna

- zbytek jsou sekundární bolesti hlavy
- 11 pacientů v daném období trpělo neuralgiemi trigeminu a atypickými bolestmi obličeje

Celkem je to tedy 237 ošetřených pacientů za 12 let, v procentech s ostatními diagnosami se jedná tedy o 5,46 % ošetřených pacientů pro diagnosu respektive pro potíže spojené s bolestmi hlavy.

Otázkou k diskuzi tedy jednoznačně zůstává, kam se poděla zbývající procenta uváděná ve statistikách – kam chodí s bolestí hlavy ti ostatní – chodí vůbec někam?

Literatura:

1. Sekundární bolesti hlavy, Jiří Mastík, I. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně Neurologie pro praxi 5 / 2004
2. Bolesti hlavy, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, MUDr. Jolana Marková, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Doc. MUDr. Otakar Keller, CSc., MUDr. Jiří Mastík, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., Doc. MUDr. Gerhard Waberžinek, CSc., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP 2007
3. Chronická bolest a využívání primární lékařské péče, kolektiv autorů, Neurologie 2005. Praha: Triton 2005.
4. Česko-Slovenské dialogy o bolesti, České Budějovice 2006 Málková, J. Příkazský, V. Skála, B. Kurzová, A. Dáňová,
5. Doporučené postupy pro farmakoterapii bolesti, Cegedim CZ, Cegedim Strategie Data, Praha 2007

MUDr. Bohumil Skála - promoval na VLVDÚ (nynější VLA) JEP v Hradci Králové v roce 1983. V roce 1986 získal atestaci ze všeobecného lékařství I. stupně a v r. 1989 II. stupně. V roce 2003 dokončil postgraduální doktorské studium a získal titul Ph.D. v oboru epidemiologie a prevence. Od roku 2003 má licenci ČLK pro obor urgentní medicína a pro obor všeobecné lékařství - vedoucí lékař - primář. Od roku 1985 do roku 1992 pracoval jako obvodní lékař, postupně jako vedoucí obvodní lékař Polikliniky Lanškroun (OÚNZ Ústí nad Orlicí). Od roku 1992 dosud má soukromou praxi praktického lékaře v Lanškrouně. Je členem dalších odborných společností: psychoterapeutické, biofyzikální, medicíny katastrof a neodkladné péče, paliativní medicíny, společnosti pro studium a léčbu bolesti, onkologické společnosti. V současné době zastupuje Společnost všeobecného lékařství v radě projektu IZIP. Je členem komise pro léčbu chronické bolesti za SVL ČLS JEP, která byla ustanovena na Ministerstvu zdravotnictví. Je členem prezidia projektu ALGOS (opět za SVL ČLS JEP), projektu garantovaného Společností pro studium a léčbu bolesti, který se zabývá problematikou chronické bolesti v terénu. Je soudním znalcem v oboru zdravotnictví. Je členem redakčních rad časopisů Bolest, Dia-život. Od r. 1992 je revizním lékařem VZP, od roku 1999 revizním lékařem Vojenské zdravotní pojišťovny. Je regionálním předsedou Sdružení praktických lékařů pro okres Ústí nad Orlicí a současně pro region Pardubického kraje. Od roku 1996 je odborným asistentem na Ústavu sociálního lékařství LF UK Hradec Králové v oboru rodinné a praktické lékařství. Je školitelem v oboru všeobecného lékařství. Je členem celostátní atestační komise pro obor všeobecného lékařství, je členem Akreditační komise MZ ČR pro obor všeobecné a rodinné lékařství.

Obr. 1: Nejčastější diagnóza v mé ordinaci, která je provázena chronickou nenádorovou bolestí. (Nejčastěji uváděné diagnózy)

ODPOVĚĎ	TOT
TOTAL	1122
bolesti zad	65,2%
osteoartróza (artróza)	18,3%
paniklilitida postihující krajiny krku a zad	7,0%
koxartróza	4,2%
hemartros	3,7%
gonartróza	3,1%
polyartróza (generalizovaná artróza)	2,7%
bolesti kloubů (artralgie, gonalgie, polyartralgie)	2,4%
onemocnění meziobratlových plotének	1,7%
bolesti pohybového aparátu, degenerativní onemocnění pohybového aparátu	1,4%
dorzopatie, vertebropatie	1,1%
cervikalgie	0,9%
radikulopatie	0,7%
revmatoidní artritida	0,7%
artropatie	0,6%
bolesti hlavy, migrény	0,5%
cervikokraniální syndrom	0,4%

% báze - celý vzorek

Obr. 2: Nejčastější diagnóza v mé ordinaci, která je provázena akutní nenádorovou bolestí. (Nejčastěji uváděné diagnózy)

ODPOVĚĎ	TOT
TOTAL	1122
bolesti zad	73,2%
paniklilitida postihující krajiny krku a zad	5,9%
úrazy, poúrazové stavy	4,5%
bolesti hlavy, migrény	3,8%
osteoartróza (artróza)	3,7%
onemocnění meziobratlových plotének	3,5%
cervikalgie	3,1%
artropatie	2,8%
koxartróza	2,6%
bolesti kloubů (artralgie, gonalgie, polyartralgie)	2,0%
entezopatie, epikondilitida	1,6%
dorzopatie, vertebropatie	1,5%
gonartróza	1,4%
onemocnění GIT (pankreatitida, ulceróza, dyspepsie, cholecistitida, žluč. kameny)	1,2%
cervikobrachiální syndrom	1,2%
cervikokraniální syndrom	0,8%
radikulopatie	0,4%
bolesti pohybového aparátu, degenerativní onemocnění pohybového aparátu	0,4%
koliky	0,4%
pooperační bolesti	0,4%
bolesti břicha	0,4%
bolesti v hrudní páteři	0,3%
zkrácení Achillovy šlachy	0,3%
polyartróza	0,3%

% báze - celý vzorek

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Centrum pro poruchy spánku a bdění, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Diagnostika a diferenciální diagnostika nespavosti

Souhrn: Výskyt nespavosti v populaci neustále narůstá. Nespavost je definována neschopností spánek navodit a/nebo ho udržet (časná a častá probuzení). Nekvalitní noční spánek významně ovlivní denní fungování jedince. Základem v diagnostice nespavosti je anamnestické vyšetření, k odlišení sekundární isomnie je indikováno polysomnografické vyšetření. Sekundární nespavost může být vyvolána jednak ostatními poruchami spánku (hlavně obstrukční spánková apnoe, syndrom neklidných končetin, předspanutá fáze spánku, posunutá fáze spánku, směnný režim, porucha chování v REM spánku), psychiatrickými onemocněními a somatickými onemocněními. V léčbě nespavosti se uplatňují jak hypnotika tak psychoterapie.

Nespavost v praxi praktického lékaře se stává problémem u pacientů ve středním a vyšším věku. Kolem 40. roku její výskyt prudce narůstá a po 60. roce se vyskytuje asi 5x častěji než ve středním věku. Až 50 % populace starší 65 let udává stesky na nespavost. Statistiky udávají výskyt chronické nespavosti kolem 20–40 % (5, 7). Z uvedeného vyplývá, že nespavost je vážným zdravotním i socio-ekonomickým problémem dnešní doby.

K pochopení důsledků nespavosti je třeba si uvědomit jak nespavost narušuje spánkovou architekturu. Přiměřená latence usnutí je mezi 15–30 minutami. Po usnutí následují mělká stádia NREM spánku – NREM1 stadium (tvoří přechod mezi bděním a spánkem), stadium NREM2 (zaujímající téměř polovinu celkové doby spánku). Následná stadia NREM3 a NREM4, tzv. delta spánek (podle nejnovější klasifikace je již polysomnograficky klasifikováno jen stadium NREM3) reprezentují hluboký spánek, sloužící mj. k obnově sil a oživení organismu. Cyklus je ukončován REM spánkem a opakuje se v přibližně stejné podobě několikrát za noc. V první části spánku převažuje hlavně delta spánek, v druhé polovině noci naopak převládá NREM 2 a REM spánek. U nespavosti je prodloužená latence usnutí, díky častým probuzením dochází ke zmnóžení bdělosti a mělkých stádií NREM na úkor delta a REM spánku (spánek se nemůže prohloubit). Efektivita spánku se snižuje. Délku spánku nelze přesně stanovit, platí pravidlo, že po kvalitním spánku by se člověk měl cítit vyspalý a odpočatý a tento pocit by se neměl během dne měnit.

Nespavost je definována nemožností spánek navodit (prodloužená latence usnutí) a/nebo udržet (častá probuzení během spánku, časná probuzení nad ránem). Z nedostatečně dlouhého, nekvalitního a neosvěžujícího spánku vyplývají následující stesky: únava, poruchy koncentrace, paměti, poruchy nálady, podrážděnost, poruchy sociálních

aktivit, špatná docházka, denní spavost, úbytek energie, motivace, iniciativy, náchylnost k chybám, nehodám (v práci, při řízení), tenze, bolesti hlavy, gastrointestinální symptomy, anticipace nespavosti (1). O nespavosti hovoříme, vyskytují-li se stesky minimálně 3x do týdne po dobu jednoho měsíce. V té době přechází nemoc do chronicity.

V klinické praxi existuje několik dělení nespavosti. Vžitě a v praxi hojně používané je dělení podle psychiatrického manuálu DSM-IV (Diagnostic and Statistical manual of the American Psychiatric Association), které rozděluje nespavost na primární (psychofyziologickou), „sekundární“ (v důsledku psychiatrického nebo jiného onemocnění) a insomni v důsledku abusu/závislosti na lécích/látkách. Toto dělení poměrně jednoduše vystihuje klinicky podstatu nespavosti. Oproti tomu nejnovější Mezinárodní klasifikace poruch spánku (International Classification of Sleep Disorders - ICSD 2) je popisná a rozděluje podrobně nespavost na 11 druhů (tabulka 1). Nejčastěji se vyskytují následující jednotky:

Akutní insomnie je vázána na specifický, krátce trvající vyvolávající faktor (psychologický, fyziologický, externí – potíže v osobním, pracovním životě, nemoc), trvá krátce – dny, maximálně týdny. S tímto typem se setkala převážná část populace a zjednodušeně lze říci, že nespavost vzniká u vnímavých jedinců jako reakce na stres. Ustupuje s vymizením stresoru. Často však přechází do chronicity.

Psychofyziologická (primární) insomnie – příčinou jsou naučené patologické vzorce chování uplatňované při zátěžových situacích, které brání usnutí (nejčastěji převalování a přemýšlení v posteli, když nemůžeme usnout). Po odeznění stresové situace se nezačnou uplatňovat původní stereotypy chování (správný spánek), ale jedinec pokračuje v zaběhnutých patologických stereotypech upevňujících nespavost. Typická je, kromě základních příznaků, anticipace nespavosti. Pacienti snáze usínají mimo svou vlastní postel (v obýváku na gau-



MUDr. Martin Pretl, CSc.

Stesky na nespavost udává až 50 % populace starší 65 let

O nespavosti hovoříme, vyskytují-li se stesky minimálně 3x do týdne po dobu jednoho měsíce

anticipace nespavosti

Tabulka 1: Dělení nespavosti podle Mezinárodní klasifikace poruch spánku - ICSD 2

Název dle ICSD 2	MKN 10
Akutní insomnie	F51.01
Psychofyzilogická insomnie	F51.03
Paradoxní insomnie	F51.02
Idiopatická insomnie	F51.04
Insomnie způsobená duševní poruchou	F51.05
Insomnie způsobená nedostatečnou spánkovou hygienou	Z72.821
Behaviorální insomnie v dětství	Z73.81
Insomnie způsobená somatickým stavem	G47.03
Insomnie způsobená léky či jinými látkami	G47.02
Insomnie nezpůsobená látkami nebo známými fyziologickými podmínkami, nespecifická (neorganická) insomnie	F51.00
Organická, fyziologická insomnie, nespecifická	G47.00
MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize	

RLS postihuje častěji ženské pohlaví, výskyt přibývá s vyšším věkem

či, na chalupě, na služební cestě). V posteli při převalování a snaze usnout dochází k rozvoji negativních myšlenek (zase neusnu, zase budu nevyspalý, zase nebudu stát zítra „za nic“...), které dále zabírají usnutí.

Insomnie z nesprávné spánkové hygieny – vyplývá z nedodržování základních pravidel, nutných ke správnému navození spánku (běžné denní aktivity provozované v nesprávnou dobu či nevhodné aktivity oddalující spánek, nepravidelné uléhání a vstávání, atd.).

Paradoxní insomnie (nesprávné vnímání spánku) – spánek je nesprávně vnímán jako nekvalitní či vůbec se nedostavující. Doba spánku je normální nebo lehce snížená, avšak pacient stav vnímá, že nespí, že je stále vzhůru.

Insomnie související s jinými onemocněními (hlavně psychiatrickými a interními).

Podstata nespavosti spočívá dle Spielmannova modelu ve vzájemném působení tří faktorů: předurčujících (typ osobnosti, schopnost snášet stres, prostředí ve kterém se pohybujeme), urychlujících (tzn. vyvolávajících nespavost - stres v osobním, pracovním životě, vážné onemocnění) a udržujících (hlavně nedodržování spánkové hygieny, zapříčiňující udržování nespavosti). Zatímco předurčující a vyvolávající faktory příliš ovlivnit nejdou, na udržující faktory je cílena terapie, neboť jejich vymizení či potlačení vede k úpravě nespavosti (6). V diferenciativně diagnostickém postupu je ve většině případů postačující správná anamnéza, která může odhalit příčiny insomnie během několika minut. Po úvodu, ve kterém objasňujeme důvod pacientovy návštěvy, zjišťujeme dobu uléhání a vstávání (má být stejná každý den), latenci usnutí, počet a důvod probuzení, dobu probuzení a dobu vstání z postele. Důležité jsou dotazy na jednotlivé součásti spánkové hygieny - denní režim pacienta, na pracovní prostředí, soukromí, pití stimulačních nápojů odpoledne a navečer, stravovací návyky, požívání alkoholu ve večerních hodinách či

před usnutím, činnosti prováděné po večeři, prostředí v jakém usíná. Dlouhodobá znalost pacienta (jeho sociálního, pracovního i rodinného zázemí), rovněž napomáhá v mnoha případech k rychlému rozkrytí problému.

V neposlední řadě pátráme po přítomnosti jiné poruchy, která zapříčiňuje nespavost. Zaměřujeme se hlavně na:

Poruchy dýchání ve spánku

Obstrukční spánková apnoe (OSA) - apnoické paury vznikají v důsledku obstrukce dýchacích cest především na úrovni retropalatální a retroglotické. Jsou ukončeny hlubokým nádechem provázeným hlasitým zvukem (zachrápáním či zachroptěním), kdy dochází k mikroprobouzecí reakci. Častý výskyt apnoí vede k závažné fragmentaci spánku a v některých případech se onemocnění může manifestovat nespavostí. Polysomnografické vyšetření odhalí pravou podstatu problému. Léčba přetlakem v dýchacích cestách (CPAP) odstraní těžkou OSA a napomůže zkvalitnění spánku.

Poruchy pohybu ve spánku

Syndrom neklidných nohou (RLS) je jednou z nejčastějších nerozpoznaných příčin prodloužené latence usnutí. Nutkání k pohybu končetinami v důsledku nepříjemného pocitu v nich se vyskytuje s největší intenzitou večer, v klidu. Pohyb uleví, ale jen krátce. Pokud se RLS vyskytuje v posteli po ulehnutí, neustálé nutkání k pohybům končetinami brání navození či prohloubení spánku. Onemocnění postihuje častěji ženské pohlaví, výskyt přibývá s vyšším věkem. Periodické pohyby končetinami (PLM) se vyskytují jednak jako součást RLS, jednak samostatně (porucha spánku s periodickými pohyby - PLMD). Jedná se o repetitivní pohyby končetinami, nejčastěji dolními (klasicky charakteru trojflexe s extenzí palce), které jsou ve většině spojeny s mikroprobouzecí reakcí. Rovněž fragmentují spánek a mohou být příčinou nespavosti. V případě RLS postačuje anamnéza, PLM diagnostikujeme pomocí polysomnografie či aktigrafie. Léčba probíhá pomocí agonistů dopaminu či L-DOPy.

Poruchy cirkadiálního rytmu

Nejčastějšími zástupci jsou předsunutá fáze spánku, posunutá fáze spánku a dále nespavost v důsledku směnného režimu. Předsunutá/posunutá fáze spánku se vyznačuje předčasným nebo zpožděným nástupem spánku minimálně o 2 hodiny oproti konvencím. Všechny charakteristiky spánku včetně jeho délky jsou normální, tzn., že pokud jdeme spát dříve/později, musíme dříve/později vstávat. Pokud však uléhají pacienti v konvenční dobu, v posteli se převalují a marně čekají na usnutí nebo naopak časné probuzení vede k mylnému úsudku na nespavost. Léčba uvedených jednotek je obtížná, naděje jsou vkládány do léčby melatoninem a chronoterapie.

Nevhodné střídání pracovních směn, převaha nočních směn či jen samotný podíl noční práce může

způsobovat vznik nespavosti. Kromě melatoninu je doporučováno rychlé střídání směn po několika dnech ve směru ranní-odpolední-noční.

Parasomnie

Parasomnie dělíme na parasomnie z NREM spánku (pavor nocturnus, somnambulismus ad.) a parasomnie z REM spánku (porucha chování v REM spánku - RBD). Klinicky závažnější a pro vznik nespavosti větší význam má RBD, kdy chybí atonie během REM spánku. Tím dochází k manifestaci motorických projevů během snů (majících většinou bizarní obsah) a může dojít k ohrožujícímu chování (časté stesky zvláště od manželek, neboť onemocnění postihuje více muže staršího věku). Opakovaná probuzení zapříčiňují fragmentaci spánku. U nemocných s RBD se asi v 65 % objeví v následujících letech Parkinsonova choroba nebo parkinsonský syndrom a RBD pak považujeme za sekundární. Parasomnie se mohou vyskytovat i v kombinaci s jinými poruchami spánku. Riziko vzniku nespavosti se v takovém případě zvyšuje. Diagnosticky indikujeme polysomnografické vyšetření a léčbu clonazepamem.

Hypersomnie z centrální příčiny

Nejnáměnnějším zástupcem této skupiny je narkolepsie s kataplexií, projevující se nadměrnou denní spavostí a kataplexiemi. Noční spánek pacientů bývá velmi často fragmentovaný a část pacientů si na nespavost jako příznak stěžuje. K diagnostice je nezbytná polysomnografie a speciální vyšetření – MSLT (multiple sleep latency test). Léčba spočívá v podávání centrálních stimulantů, kataplexii potlačují antidepressiva.

Fatální familiární insomnie, fibromyalgie, epilepsie, bolesti hlavy, gastroesofageální reflux, noční ischemie myokardu, abnormální polykání, záškuby a laryngospasmus ve spánku patří do skupiny onemocnění s blízkou vazbou ke spánku, při kterých se mohou vyskytovat stesky na nespavost.

I u řady psychiatrických chorob se setkáváme s nespavostí (poruchy nálady, úzkostné poruchy, stresové poruchy, somatoformní poruchy, schizofrenie, duševní retardace, porucha pozornosti s hyperaktivitou, poruchy osobnosti). V tomto případě je nezbytné kvalifikované posouzení stavu s rozeznáním příčiny, neboť neléčená psychiatrická porucha může vést k dalšímu prohloubení nespavosti.

Insomnie může být komorbidní (sekundární) k jakémukoliv onemocnění. Z neurologických onemocnění jmenujme zvláště degenerativní onemocnění CNS (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba), z onemocnění kardiopulmonálního aparátu chronickou obstrukční pulmonální chorobou (CHOPN), srdeční selhání, hypertenzi ad., častá je u artritid a obecně u všech bolestivých stavů. V neposlední řadě i některá farmaka mohou nespavost způsobovat (stimulancia, antidepressiva, antihypertenziva, hypolipidemika, kortikosteroidy, antiparkinsonika, theophylin, anorektika, antiepileptika, nazální dekongescenty).

Z laboratorních vyšetření je v indikovaných případech vhodné polysomnografické vyšetření (event. jeho zjednodušená varianta limitovaná polygrafie). Polysomnografie může být provedena jen ve spánkové laboratoři, kdy za videomonitorace sledujeme elektrickou aktivitu mozku (EEG), elektrookulogram (EOG) a elektromyogram (EMG) z m. mentalis ke stanovení spánkových stádií (hypnogramu). Nezbytnou součástí je i sledování dýchání ve spánku (obvykle proud vzduchu před nosem a ústy, dýchací pohyby hrudníku a břicha, saturace krve kyslíkem, elektrokardiogram) a pohybů končetinami ve spánku (EMG z mm. tibiales anteriores). Nutné je monitorovat i polohu pacienta ve spánku. Množství sledovaných parametrů a tím i použitých elektrod a čidel je pro pacienta, který nemůže usnout, stresující. Polysomnografii proto indikujeme jen k vyloučení sekundární (komorbidní) insomnie. V některých případech nespavec sám vyžaduje toto vyšetření, aby si prokázal, že netrpí jinou („horší“) poruchou

**porucha chování
v REM spánku**

**parasomnie
z NREM spánku**

**neléčená
psychiatrická porucha
může vést k dalšímu
prohloubení nespavosti**



Stilnox[®] zolpidem 10 mg
JISTOTA ORIGINÁLU

Souhrn údajů o přípravku: STILNOX
Léčivá látka: zolpidem hydrochlorid 10 mg v jedné potahované tabletě.

Indikace: Krátkodobá léčba nespavosti tam, kde nespavost zneschopňuje nebo vede k těžkému stresu nemocného. **Dávkování a způsob podání:** Zolpidem působí rychle, a proto se podává bezprostředně před ulehnutím nebo po ulehnutí. Přípravek by měl být užíván pouze v případě, že lze zajistit dostatečnou délku spánku (7 – 8 hodin). Doporučená denní dávka pro dospělé je 10 mg. Nedoporučuje se dlouhodobé podávání delší než 4 týdny. V nezbytných případech je možné prodloužení podávání, ale až po opětovném zhodnocení stavu nemocného. Děti: do 18 let věku nesmí být předepisován. Starší nebo oslabení pacienti a pacienti s poškozením jater: doporučuje se podání pouze 5 mg (polovina tablety). Nemí-li dosaženo dostatečné klinické odpovědi a lék je dobře snášen, lze u dospělých (mladších 65 let) dávku zvýšit na 10 mg. **Kontraindikace:** Precitlivlost na zolpidem nebo ostatní složky přípravku, těžká jaterní nedostatečnost, myastenien gravis, akutní nebo těžká respirační nedostatečnost, spánková apnoe. **Zvláštní upozornění:** Zolpidem je proto třeba předepisovat opatrně pacientům se sníženou respirační funkcí. **Upozornění:** Pokud nedojde k potlačení nespavosti po 7 – 14 dnech léčby, může to znamenat přítomnost primárního psychiatrického onemocnění. Stav nemocného má být v pravidelných intervalech pečlivě přehodnocován. Zvláštní skupiny nemocných: Psychotické poruchy: Hypnotika nejsou doporučena k primární léčbě psychotických onemocnění. Amnézie: Sedačiva a hypnotika mohou vyvolat anterográdní amnézii, ke které nejčastěji dochází několik hodin po podání přípravku. Toto riziko snižuje nepřerušovaný spánek po dobu 7 – 8 hodin. Deprese: Zolpidem, se má podávat opatrně pacientům s příznaky deprese. Pacientům se sebevražednými sklony se má vzhledem k riziku záměrného předávkování podávat nejmenší možná dávka. Během léčby zolpidemem může být odhalena dříve existující deprese. Protože nespavost může být projevem deprese, měla by být v případě trvání nespavosti stanovena diagnóza přehodnocena. Stilnox obsahuje laktózu. Pacienti se závažnou vrozenou intolerancí galaktózy, vrozeným deficitem laktázy nebo glukózo-galaktózovou malabsorpcí by neměli tento léčivý přípravek užívat. **Tolerance a závislost:** Při opakovaném užívání sedačiv a hypnotik jako je zolpidem se v průběhu několika týdnů může vyvinout určitá ztráta hypnotického účinku a může vést k rozvoji fyzické i psychické závislosti. **Interakce:** Současné podávání s alkoholem není doporučeno – může být zvýšen sedačivý účinek. Toto ovlivňuje schopnost řízení motorových vozidel a obsluhy strojů. Může dojít ke zvýšení útlumu CNS v případech současného podávání zolpidemem s psychofarmaky. Sloučeniny, které inhibují určité jaterní enzymy (zejména cytochrom P450), mohou zesílit účinek některých hypnotik. **Těhotenství a kojení:** podávání přípravku se nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Řidiči motorových vozidel a osoby obsluhující stroje mají být upozorněni na to, že stejně jako u jiných hypnotik, je zde možné nízkou ranní ospalost, které lze snížit plným nočním spánkem (7–8 hod). **Nežádoucí účinky:** Jsou prokázány nežádoucí účinky zolpidemem závislé na dávce, zejména některé CNS projevy. K těmto nežádoucím účinkům dochází častěji u starších nemocných. Jsou to: ospalost, bolesti hlavy, závrať, zvýšená nespavost, anterográdní amnézie, halucinace, neklid, noční můry, únava, průjem, nauzea, zvracení, bolesti břicha. **Předávkování:** V případě předávkování samotným zolpidemem nebo zolpidemem spolu s dalšími látkami tlumícími CNS (včetně alkoholu) byly hlášeny poruchy vědomí až koma a závažnější projevy, někdy i fatální. Nemí-li vhodný výplach žaludku, podává se ke snížení vstřebávání aktivního uhlí. Při závažných příznacích (sedace, respirační deprese) lze zvážit podání flumazenilu. Zolpidem není dialyzovatelný. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. **Velikost balení:** 10 nebo 20 potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** sanofi-aventis, s.r.o., Praha Česká republika. **Registrační číslo:** 57/887/92-C **Datum poslední revize textu:** 29.7.2009 Pouze na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného pojištění. Podrobnější informace najdete v Souhrnu údajů o přípravku, který obdržíte na adrese: sanofi-aventis, Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6 - Vokovice, Česká republika. tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, www.sanofi-aventis.cz.

Spánkový kalendář - nespavost

Den v týdnu / datum	Po 1.1.																		
Čas zhasnutí	22:00																		
Trvání usnutí (min.)	90																		
Čas probuzení	5:15																		
Čas vstání	6:00																		
Počet probuzení	4																		
Doba v posteli	8:00																		
Trvání spánku	4:15																		
Pocit při probuzení	4																		
Pocit přes den	3																		
Poznámky	Prášek na spaní																		

Den v týdnu / datum																			
Čas zhasnutí																			
Trvání usnutí (min)																			
Čas probuzení																			
Čas vstání																			
Počet probuzení																			
Doba v posteli																			
Trvání spánku																			
Pocit při probuzení																			
Pocit přes den																			
Poznámky																			

Kalendář vyplňujte vždy ve stejnou dobu, nejlépe večer, požadované časy udávejte přibližně
 Trvání usnutí – doba, ze kterou jste usnuli – v minutách
 Trvání spánku – čistý čas, kdy jste během noci spal/a (bez probuzení)
 Doba v posteli- Doba mezi zhasnutím (čas zhasnutí) a vstáním z postele (čas vstání)
 Pocit po probuzení a pocit přes den - oznámujte známkou jako ve škole (1 nejlepší a 5 nejhorší).
 ©MP, 2006

Obrázek 1: Spánkový kalendář

**Základem léčby
 nespavosti je
 psychoterapie (KBT)
 často v kombinaci
 s medikamentózní
 terapií**

**nebenzodiazepinová
 hypnotika – zolpidem,
 zopiclon**

melatonin

**antidepresiva
 s hypnotickým účin-
 kem (mirtazapin,
 trazodon)**

spánku. V těchto, spíše ojedinělých, případech působí polysomnografie mnohdy i léčebně. PLM lze diagnostikovat i aktigraficky. Aktigraf je zařízení sloužící k registraci pohybů končetinami ve spánku. Přístroj má velikost náramkových hodinek a je během spánku obvykle po dobu 3 nocí připevněn kolem kotníků. Kromě uvedených elektrofyziologických metod jsou v diagnostice a léčbě nespavosti užívány různé deníky (spánkový deník – obr. č. 1), škály a dotazníky, sloužící ke kvantifikaci problematiky.

Léčba nespavosti

U akutních forem nespavosti a u seniorů lze mnohdy prohršky proti spánkové hygieně napravit krátkou edukací o zásadách správné spánkové hygieny. Vhodná je i podpora stavu malou, přechodně po dobu 2–4 týdnů podávanou dávkou hypnotika. Pokud se stav nelepší a přechází do chronicity, je nutno vyhledat specialistu.

Základem léčby nespavosti je psychoterapie (kognitivně behaviorální psychoterapie – KBT) často v kombinaci s medikamentózní terapií, která rychle navodí a udrží spánek a zabrání tím rozvoji negativních myšlenek vnořujících se při převalování v posteli při neúspěšném usínání. Doporučovány jsou v první řadě nebenzodiazepinová hypnotika (agonisté benzodiazepinových receptorů – zolpidem, zopiclon), melatonin, antidepresiva s hypnotickým účinkem (mirtazapin, trazodon), v indikovaných případech lze využít i hypnotický efekt ně-

kterých benzodiazepinů (zvláště ke snížení tenze či strachu z usnutí) či antihistaminik.(2, 3, 4).

Literatura

1. Nevšimalová, Šonka et al. Poruchy spánku a bdění. 2nd ed. Praha, Galen, 2007
2. Pretl M, Vevera J. Efektivní léčba insomnie. Psychiatrie pro praxi 2006; 3: 140-142
3. Pretl M. Farmakologická léčba nejčastějších poruch spánku v neurologii. Practicus 2007;4:156-158
4. Pretl M. Hypnotika v léčbě nespavosti. Neurol pro praxi 2008; 3: 160-164
5. Ohayon MM. Prevalence and correlates of nonrestorative sleep complaints. Arch Intern Med. 2005;165:35-41
6. Riemann D, Spiegelhalter K, Feige B, Voderholzer U, Berger M, Perlis M, Nissen C. The hyperarousal model of insomnia. A review of the concept and its evidence. Sleep Med Rev 2010; 1: 19-31
7. Subramanian S, Surani S. Sleep disorders in the elderly. Geriatrics. 2007;62:10-32
8. Šonka K, Pretl M. Nespavost. Průvodce ošetřujícího lékaře, Praha, Maxdorf, 2009

MUDr. Martin Pretl, CSc. - Odborný asistent na neurologické klinice 1. LF UK a VFN; 1997, 2000 – atestace I. a II. stupně v oboru neurologie; 2001 – obhajoba kandidátské disertační práce; 2003 – stáž na Spánkové klinice na Stanford University v USA. Členství v odborných společnostech: ČLS JEP, Česká neurologická společnost, Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu – člen výboru, Evropská společnost pro výzkum spánku, Člen Management Committee COST B26 (Obstructive sleep apnea) za ČR.

Dr. Manuela Stauss-Grabo, Saynab AtiyeDr. Oliver Schmidt, Professor Dr. Frank Runkel

Zdroj: NaturaMed Forschung und Praxis, 5/2009, volume 24. Překlad do češtiny: Ing. Švarcová Magda

Břečťanový extrakt

- příklad racionální fytoterapie

Extrakty z břečťanu mají zřetelné bronchospazmolytické a sekretolytické vlastnosti. Jeho terapeutické využití při kašli a onemocnění průdušek bylo mnohokrát ověřeno v klinických studiích. Bohaté údaje potvrzují kromě jiného bezpečné užívání u dětí. Mezitím se výzkumu, zabývajícím se fytoprodukty, podařilo přijít na stopu farmakologického mechanismu účinku účinné látky.

Dr. Manuela Stauss-Grabo et al.

Užívání břečťanu jako léčivého prostředku při onemocnění dýchacích cest má dlouhou tradici. Dnes patří břečťan k velmi dobře prozkoumaným fytofarmakům, jejichž účinnost je doložena díky studiím, které plně odpovídají požadovaným vědeckým standardům.

Extrakty z listů léčivé rostliny (*Hedera helix* L.) disponují výrazným sekretolytickým a bronchospazmolytickým potenciálem, za který vděčí vysokému obsahu triterpensaponinu.

Extrakty z listů břečťanu jsou indikovány při onemocnění průdušek se symptomy označovanými jako „produktivní kašel“.

K tomu patří

- kašel jako onemocnění z prochlazení (common cold)
- akutní a chronický zánět průdušek
- obstrukční onemocnění dýchacích cest jako je COPD a asthma bronchiale.

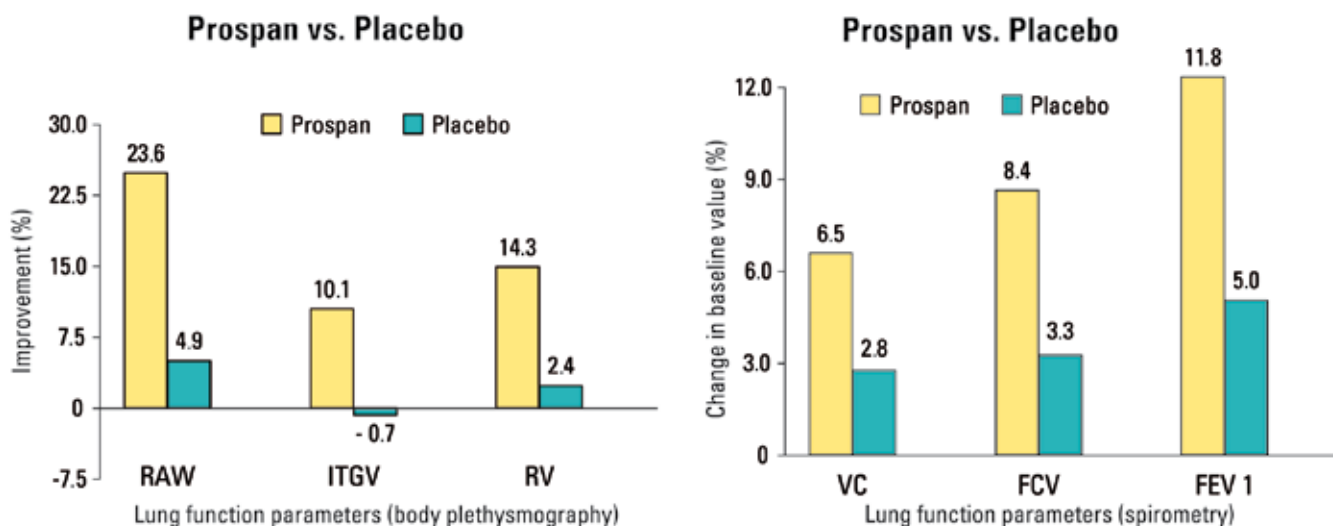
Účinnost a snášenlivost při těchto příznacích je potvrzená.

Rostlinná účinná látka (suchý extrakt z břečťanových listů) dokázala svojí převahu nejen v kontrolovaných klinických studiích vůči placebo, ale odolává i porovnáním s konvenčními sekretolytiky.

Dokázána je i klinická účinnost na dětech

Pracovní skupina okolo Mayer-Wegener zkoušela např. účinnost vodného etanolového extraktu z listů břečťanu (výtažek etanolu 30%, DER 5-7,5:1, obchodní název Prospan) vůči Ambroxolu v kontrolované dvojité zaslepené studii. Testováno bylo 99 pacientů trpících chronickým případně obstrukčním zánětem průdušek ve věku od 25 do 75 let. Extrakt se v porovnání s konvenčními sekretolytiky ukázal nejen jako rov-

Obrázek 1: Účinnost



Picture credits: Mansfeld H.J. et al., MMW 140, vol. 3, p. 26030, 1998 (2), jupiterimages (1)

Obrázek 2: břečťan (*Hedera helix* L.)

nocenný, ale dokonce jako silnější. Čtyřtýdenní léčba fytofarmakem způsobila značné zvýšení vitální kapacity z 1,84 l na 3,11 l na rozdíl od zvýšení z 2,89 l na 2,92 l po podání Ambroxolu. I vzhledem ke všem ostatním charakteristickým symptomům zánetu průdušek se vyskytly při obou zkoušených preparátech porovnatelné výsledky. V kontrolované zkoušce výzkumné skupiny okolo H.-J. Mansfelda (1998), kterého se zúčastnilo 24 dětí s diagnózou Asthma bronchiale, se dospělo díky léčbě se stejným extraktem k značnému zvýšení odolnosti dýchacích cest resp. k zlepšení parametrů měřených funkčních plic-

ních testů v porovnání s placebem (obr. č. 1).

Protože byl důkaz klinické účinnosti realizován většinou s etanolovým roztokem, porovnali Gyulas et al. účinnost dvou různých aplikačních forem jmenovaného suchého extraktu z listů břečťanu, a to vodného etanolového přípravku (kapky Prospan) a přípravku bez etanolu (dětský sirup - Prospan). Do studie bylo zahrnuto 25 dětí ve věku od 10 do 16 let, které trpěly obstrukční plicní chorobou.

Kritériem byl ústup obstrukční bronchitidy po inhalaci Salbutamolu víc jak o 15 %. Výsledky dokládají stejně výrazné zlepšení spirometricky měřených funkčních plicních parametrů u obou přípravků.

Jak však vyplývá z ekvivalentního porovnání, vyžaduje přípravek bez alkoholu asi dvojnásobně vyšší dávkování, aby byl dosažen stejný farmodynamický efekt jako u etanolového roztoku.

Bezpečnost léčebných prostředků je dobře dokumentována. Klinická účinnost rostlinných léčiv v různých aplikačních formách se mimo jiné zdůvodňuje řadou pozorování a dokumentuje obzvlášť dobrou snášenlivostí - jak u dospělých tak i u dětí.

V jedné postmarketingové studii S. Fazio et al. (2009) dostalo celkem 9 657 pacientů (z toho 5 181 dětí), kteří trpěli akutním nebo chronickým zánetem průdušek, suchý extrakt z listů

břečťanu ve formě sirupu (DER 5-7, 5:1, alkoholický extrakt 30%), dávkovaný v množství doporučeném pro jednotlivé věkové skupiny výrobcem. Už po sedmi dnech léčby se projevilo u 95 % léčených pacientů výrazné zlepšení symptomů anebo jejich zmizení.

Bezpečnost terapie se projevuje výskytem nežádoucích projevů jen u 2,1 % pacientů, takže se jeví jako velmi vysoká.

Kromě toho, jak autoři zjistili, nedokazuje doprovodná terapie antibiotiky žádný dodatečný účinek terapeutického efektu, avšak zvýšila relativně riziko nežádoucích vedlejších účinků přibližně o 20 %.

Další pozorování (2002) s 1 350 pacienty (dospělí a děti od 4 let) s chronickou bronchitidou zkoušelo suchý extrakt z listů břečťanu (Prospan) v podmínkách běžného dne. S denním, věku odpovídajícím dávkováním 97,5 až 130 mg extraktu dosáhlo léčení fytofarmakem až do konce čtyřtýdenního pozorovacího období výrazného zlepšení anebo dokonce vymizení symptomů, a to hlavně:

- kašle u 92,2 %
- expektorace hlenu u 94,2 %
- dušnosti u 83,1 %
- respirační bolesti u 86,9 %

Podíl pacientů, kterým zmizely symptomy (všechny čtyři)

byl 38 %. Extrakt se ukázal i v tomto výzkumu jako velmi dobře snášený, jen v 0,2 % případech se objevily lehké nežádoucí vedlejší účinky.

K porovnatelnému ocenění bezpečnosti léčiv dospěla i nová neintervennční studie (2009), do které bylo zapojeno 331 dospělých, mladistvých a dětí obou pohlaví. 312 pacientů dostalo testovaný preparát (Prospan - tablety proti kašli) - který měl být podáván v dávkách nejméně 2x po 2 tabletách - proti kašli při nachlazení, 12 pacientů bylo léčených na chronický zánet průdušek. Během celého pozorovacího období se neobjevily žádné neočekávané anebo závažné nežádoucí účinky. Převážná část pacientů stejně tak i lékařů ohodnotila snášenlivost medicíny jako velmi dobrou anebo dobrou.

Dobrá snášenlivost předurčuje k užívání v dětském věku.

Asi nejrozsáhlejší dokumentace o snášenlivosti břečťanového extraktu v dětském věku pochází z pozorování K. Kraftové. Vzhledem k tomu, že systematická zkoumání snášenlivosti u kojenců a malých dětí chyběla, autorka chtěla cíleně zapojit tuto skupinu. V tomto výzkumu se vyhodnotily retrospektivně údaje o celkem 52 478 dětech, které byly léčené na onemocnění dýchacích cest bezalkoholovým suchým extraktem z listů břečťanu (DER 5-7, 5:1 obchodní název Prospan - sirup proti kašli), 51 % bylo ve věku 1 až 5 let. Dávkoval se většinou podle doporučení výrobce jednotlivým věkovým skupinám. Ex-

trakt se ukázal s celkovým výskytem nežádoucích účinků u 0,22 % jako velmi dobře snášený.

Vedlejší účinky, jež se vyskytly, byly převážně druhořadého charakteru, z nichž převážná část (0,17 %) byly gastrointestinální potíže. Lišily se dle věku a byly největší u dětí v prvním věku života - 0,4 %, přičemž nejčastější byly průjemy u 0,27 %. Výzkum potvrzuje bezpečnost rostlinných léků zdokumentovaných v dřívějších studiích a podtrhuje dobrou snášenlivost v dětském věku.

Dešifrování molekulárního mechanismu účinku

Až dosud se předpokládalo, že sekretolytický efekt břečťanového extraktu zprostředkovává reflektorické parasymptotické podráždění mezi žaludeční a průduškovou sliznicí. Tato hypotéza je dnes už překonaná. Jak se zjistilo ve farmakologických modelech, spočívá molekulární mechanismus účinku mnohem víc v beta2-adrenergických efektech, díky saponinu obsaženému v listech břečťanu, a to:

- alfa - Hederinu a
- Hederacosidu C (metabolizuje se v organismu jako Prekursor na alfa-Hedrinu).

Od drogy k extraktu

U racionálních fytofarmak se kladou stejné požadavky na kvalitu břečťanového extraktu jako na chemicko-syntetická léčiva.

V evropském seznamu léčiv stejně jako v monografii břečťanových listů (*Hederae folium*) je popsán a dané, které části rostlin se používají na léčení, jak se skladují, jak se testuje kvalita (t.j. identita), čistota a obsah. V čím dál víc se zpřisňujících požadavcích na kvalitu rostlinných léčiv se klade větší důraz na rostlinný výchozí materiál přehledně dokumentující jeho původ, pěstování a sběr, které standardizací zabezpečí farmaceutickou reprodukovatelnost kvality. Při hodnocení rostlinných léčiv sehrává rozhodující úlohu kromě kvality výchozí drogy i metoda použitá na výrobu extraktu. Kromě zadání poměru Droga-Extrakt (DER) je třeba zohlednit i druh a koncentraci extrakčního prostředku. I extrakty, které jsou vyrobené s 20% anebo 90% etanolem, se mohou ve svém složení značně odlišovat.

Proto je mechanismus účinku, který byl dešifrován pro obsažené látky břečťanového extraktu určující účinnost, sice všeobecně platný, tento důkaz klinické účinnosti pro specifický extrakt však nemůže sloužit jako důkaz účinnosti pro jiné extrakty z břečťanu. Další vlivy vyplývají z různých aplikačních forem např. z důvodu užívání různých pomocných látek. To může například způsobit změněné uvolňování se účinné látky.

Bioekvivalence různě připravovaných břečťanových preparátů se nedá proto předpokládat u fytofarmak.

Přitom však nejde o přímou interakci s beta2-receptorem, ale o nepřímé mechanismy, které pak vedou k zvýšené produkci surfaktantu v plicních alveolách. Ten způsobuje snižování sekreční viskozity a rozhodně se podílí na tom, že vlhká vrstva v plicních alveolách vykazuje zřetelně menší povrchové napětí než jiné vodné hraniční vrstvy. Tím surfaktant umožňuje optimální ventilaci alveolů.

Tvoří se nepřetržitě ve specializovaných buňkách alveolárního epitelu v závislosti na cAMP, uložený ve vezikulárních



PROSPAN®

Sirup

Hederae helicis folii extractum siccum (suchý břečťanový extrakt)

To nejlepší na kašel

- ✓ uvolňuje hleny v dýchacích cestách
- ✓ usnadňuje odkašlávání
- ✓ přináší úlevu při dráždivém kašli
- ✓ neobsahuje alkohol, cukr ani barviva
- ✓ určen i pro ty nejmenší a chutná
- ✓ jediný klinickými studiemi ověřený sirup z břečťanových listů



* Nejprodávější přípravek proti kašli ve více jak 14 zemích světa.

Společnost Engelhard Arzneimittel rozvinula v mnoholeté intenzivní výzkumné práci vědomosti o přírodní síle břečťanu. Výsledkem je originální suchý extrakt z listů břečťanu.

Pečlivý výběr, stejně tak speciální zpracování listů léčivého břečťanu dělají z PROSPANu originál, který garantuje vždy stálou kvalitu.

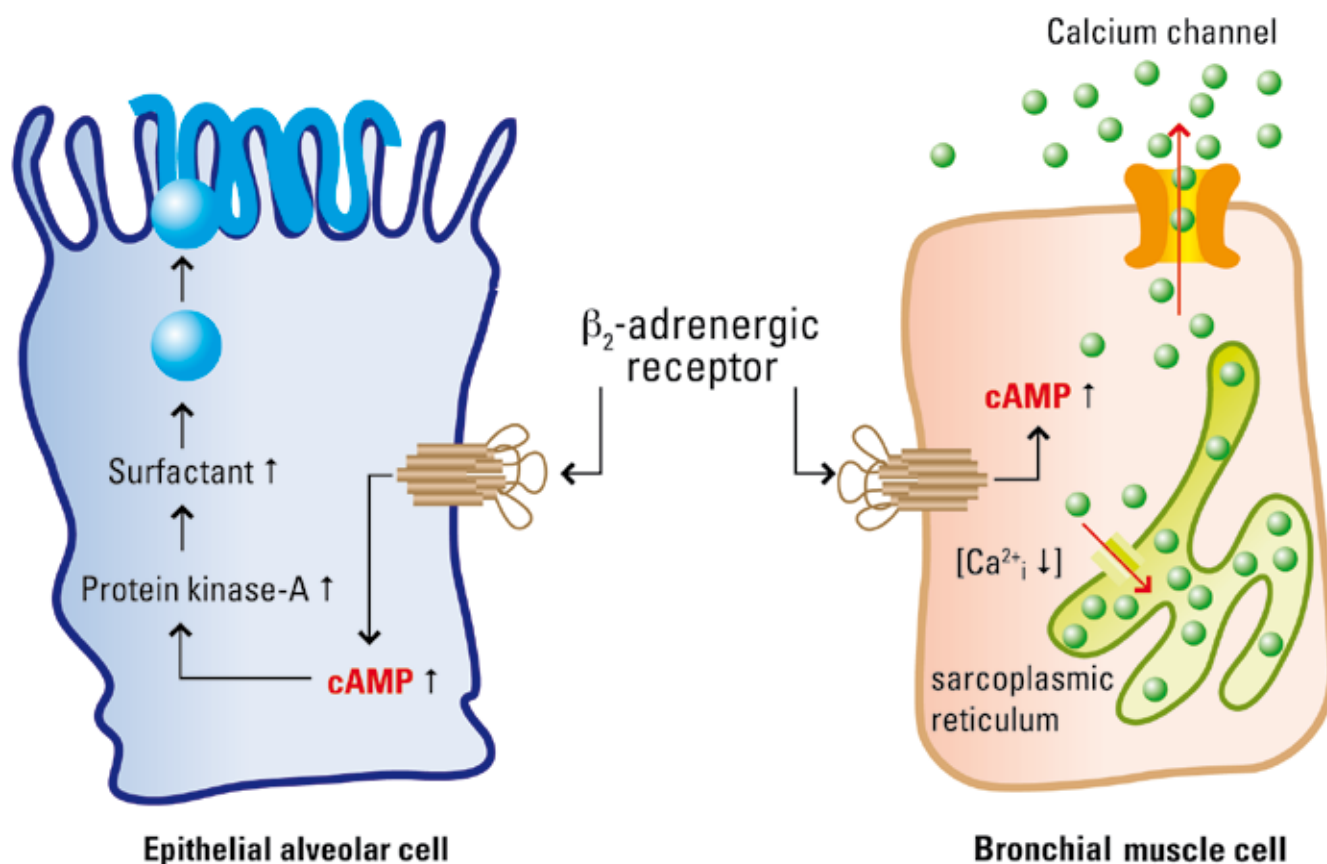
K vnitřnímu užití. Pozorně čtěte příbalovou informaci.

O správném použití léčivého přípravku a případných nežádoucích účincích se poraďte se svým lékařem nebo lékárníkem. Účinnou látkou je *Hederae helicis folii extractum siccum* (suchý břečťanový extrakt). Léčivý přípravek PROSPAN Sirup je volně prodejný v každé lékárně i bez lékařského předpisu.

www.prospan.cz
facebook

ENGELHARD
ARZNEIMITTEL
Partner Vašeho zdraví

Obrázek 3: Alfa-Hedrin zpomaluje internalizaci beta2-receptorů a vede ze stimulačních podmínek k zvyšující se beta2-adrenergní vnímavosti lidských plicních epitelových buněk.



Levá strana: Vliv stimulace beta2-adrenergických receptorů na tvorbu surfaktantu v buňkách alveolárního epitelu typu 2. Stimulace podněcuje buňky alveolárního epitelu k zmnožené tvorbě surfaktantu, který zkapalňuje hustý průduškový hlen. Pravá strana: vliv stimulace beta2-adrenergického receptoru na vnitrobuněčnou koncentraci Ca²⁺ u buněk průduškového svalstva: buňky průduškového svalstva zmenšují hladinu vnitrobuněčného Ca²⁺ za podmínek stimulačních beta2. To vede v průduškách k uvolnění spastického průduškového svalstva a zřetelně objasňuje bronchospazmolytický účinek suchého extraktu listů břečťanu (DER 5-7,5:1 výtažek etanolu 30 %).

strukturách a exocytózou se vyloučí na epitelový povrch. Tento mechanismus je indukován navázáním signální látky adrenalinu na membránový beta2-receptor, který uvolní aktivaci intracelulární adenylacyklázu. Buňka je však schopna regulovat počet vnímavých receptorů a tak ovlivnit viskozitu sekretu.

Tak může například beta2 - receptor internalizovat, to znamená přemístit se ze zevní části buněčné membrány pod její povrch mechanismem, nazvaným endocytóza.

V průběhu zánětlivé reakce je alfa-hederin schopný tuto internalizaci beta2-receptorů zpomalit a tím opět zvýšit beta2-adrenergní vnímavost alveolárního epitelu. To má za následek zvýšenou tvorbu surfaktantu a zmenšení viskozity sekretu - efekt, který má léčivý vliv na dráždivý kašel. Zpomalení internalizace beta2-receptorů pomocí alfa-hederinu v závislosti na koncentraci, bylo dokázáno v imunohistochemickém výzkumu. Pomocí tohoto nepřímého působení látek z břečťanu na beta2-adrenergní receptor se dá vysvětlit i bronchospazmolytický účinek.

Tyto receptory se nacházejí i na svalových buňkách hladkého průduškového svalstva. Nárůstem koncentrace cAMP tu dojde k snížení intra-

celulární koncentrace Ca²⁺ a tím k relaxaci průduškového svalstva. Tyto molekulární účinné mechanismy, zjištěné v klinických studiích, vysvětlují zřetelné sekretolytické a bronchospazmolytické vlastnosti suchého extraktu z břečťanových listů.

Je možné shrnout, že suchý extrakt z listů břečťanu představuje klinicky a farmakologicky dobře prozkoumaný fytofarmakon.

Získané údaje v přesně definovaném suchém extraktu z listů břečťanu (Prospan) není možné přenést na jiné preparáty. Jak vyplývá z rozmanitosti postupu výběru rostlin nebo jejich částí, způsobů extrakce a zahušťování extraktů, vlivu přídatných látek a galenické formy, nelze u fytopřípravků očekávat obdobné nebo stejné účinky od rozdílných preparátů. Rozsáhlé studie potvrzují účinnost při užívání v dětském věku. Tím je k dispozici účinná a bezpečná možnost terapie při onemocnění dýchacích cest, které potřebují sekretolytické a bronchospazmolytické léčení.



Dotazy a odpovědi

Autologní biologická léčba nemocí pohybového aparátu

Dotaz:

Pacienti se mě díky mediální explozi stále častěji ptají na možnosti léčby artrózy pomocí vlastní krve. Kde a v jakých konkrétních indikacích je tato léčba dostupná?

P. N. Brno

Odpověď:

V České republice je autologní biologická léčba artrózy zcela novou léčebnou modalitou, která byla u nás poprvé představena na podzim minulého roku. Souběžně se objevily hned dvě metody této léčby - a sice léčba plazmou bohatou na trombocyty (ACP - Autologous Conditioned Plasma) a tzv. metoda ORTHOKINE. V současné době je v ČR již několik pracovišť, která jednu z těchto metod nabízejí a lze předpokládat, že v brzké době se jejich počet bude rychle zvyšovat.

Metoda ACP

Ve světě se tato metoda používá již od sedmadesátých let minulého století. Zpočátku se využívala ve stomatologii při hojení po resekcích čelistí a zubů a postupně pronikla do sportovní medicíny a ortopedie a stala se revoluční metodou v léčbě zánětlivých, sportovních a degenerativních poranění pohybového aparátu. Metoda vychází z poznání, že krevní destičky obsahují řadu buněčných růstových aktivátorů, které významně ovlivňují reparaci poškozené tkáně. Do místa poškození je aplikována plazma bohatá na trombocyty získaná z vlastní krve pacienta.

Nemocnice ve Znojmě

V Česku se jako první do tohoto způsobu léčby pustila nemocnice ve Znojmě, která tento nový způsob léčby představila v říjnu 2009. Léčbu nabízí pacientům s počínající artrózou I. až II./III. stupně. Indikace k léčbě je stanovena na základě artroskopického vyšetření. Poté pacient dochází k jednotlivým aplikacím plazmy 1x týdně celkem 6x, dále po 3 měsících celkem 1 rok. Při každé návštěvě je pacientovi odebráno asi 20 mililitrů krve, která je dále zpracovávána na hematologickém pracovišti. Zde je odstředěna plazma s náplavem trombocytů, která je pak vzápětí aplikována pacientovi do postiženého kloubu. Metoda sice není proplácena ze zdravotního pojištění, ale ve Znojemské nemocnici při spolupráci s místní hematologií dokážou provést odstředění krve za minimálních nákladů a pro ošetření pacienta využívají stávající nasmlouvané kódy se zdravotními pojiš-

ťovny. Pacient za aplikaci injekce s plazmou tedy nic neplatí. Na dotaz naší redakce, za jakých podmínek je možno pacienta k této léčbě objednat, nám však bylo sděleno: „Vážená paní šéfredaktorko! Zájem o tuto metodu je z celé ČR tak enormní, že vůbec nestačíme brát telefony, natož objednávat další a další pacienty. Nezlobte se na mě, ale za této situace považuji pro naše pracoviště další medializaci za nevhodnou. Děkuji za pochopení, prof. MUDr. Radek Hart, Ph.D., primář ortopedického oddělení.“ Obrovský zájem o léčbu ve Znojmě je pochopitelný, jednak počet pacientů postižených artrózou zdaleka převyšuje možnosti jednoho pracoviště a jednak pouze ve Znojmě zatím provádějí tuto léčbu bez finanční spoluúčasti pacienta.

Arthrex ACP™ Double Syringe System

Tato metoda obchází potřebu spolupráce s hematologickým pracovištěm při získávání plazmy. Veškeré ošetření je možno provést na kterémkoliv ambulantním pracovišti. K odběru plazmy využívá speciální patentované stříkačky firmy Arthrex (Double Syringe System - DSS). Jde o uzavřený systém dvou injekčních stříkaček, kde do jedné z nich je ze žíly nabrána krev, zpracována dále v centrifuze a druhou vnořenou stříkačkou pak bezpečně bez rizika kontaminace odsáta plazma s koncentrátem trombocytů ke zpětné aplikaci pacientovi (viz obr. 1-6). Ovšem použití této elegantní a bezpečné metody získání plazmy má významně vyšší náklady než způsob zpracování ve Znojemské nemocnici, které odpovídají ceně patentovaného systému, kterému předcházela dlouholetý výzkum. Pacient za jednu aplikaci zaplatí 4-5 tisíc Kč podle aktuálních cen provádějícího pracoviště.

Podařilo se nám zjistit následující pracoviště, která v současné době nabízejí bio-léčbu systémem Arthrex ACP:

- ORP Centrum s. r. o., Sportovní centrum ČVUT, Pod Juliskou 1805/4, 160 00 Praha 6 – Dejvice, www.orpcentrum.cz. Za jednu aplikaci pacient zaplatí 4 890,- Kč.
- Ortopedická ambulance ORT-Audax spol. s r. o., APROMED, Opavská 6116/15, Ostrava Poruba, www.ortopedie-ostava.cz. Za jednu aplikaci pacient zaplatí 4 000,- Kč.
- Revmacentrum MUDr. Mostera, s. r. o., Mošnova 8, 615 00 Brno - Židenice, www.revmacentrum.cz. Za jednu aplikaci pacient zaplatí 4 000,-Kč.
- Pohybové centrum, s. r. o., Husova 598, 468 41 Tanvald, www.pohybovecentrum.cz.
- Cena za aplikaci není uvedena.



Obr. 1



Obr. 2



Obr. 3



Obr. 4



Obr. 5



Obr. 6

Poliklinika profesora Řeháka, Stroupežnického 18, 150 00 Praha 5, www.poliklinikarehaka.cz. Za jednu 1 aplikaci pacient zaplatí 4 000,- Kč.

Obvyklé indikace k léčbě metodou ACP a počet aplikací (v týdenních intervalech):

- artróza velkých kloubů: 5x (ideálně v návaznosti na artroskopii – mikrofraktury, shaving) - týká se I.-II./III. st. artrózy dle RTG, u III./IV. a IV. st. jsou možnosti léčby velmi limitované

- tenisový resp. golfový loket: 1-3x
- entezopatie a tendinóza Achillovy šlachy: 1-3x
- plantární fasciitis: 1-3x
- poranění svalů ramene nebo stav po úrazu či sutury rotátorů: 1-3x
- parciální ruptury svalů: 1-3x
- distorze kloubů – zejména koleno a hlezno: 1-2x
- po rekonstrukci předního zkrříženého vazů: 1-5x v závislosti na stupni poškození chrupavek a ostatních struktur - při prvním převazu
- po sešití menisku: 1-5x v závislosti na stupni poškození chrupavek a ostatních struktur - při prvním převazu
- další – skokanské koleno, poškození AC kloubu, pooperační stabilizace ramene: jednorázově (event. 1-3x)

Metoda ORTHOKINE

Další metodou autologní biologické léčby, která u nás byla představena souběžně s metodou ACP (autologous conditioned serum), je metoda Orthokine. Tato metoda je založena na vysoce účinném protizánětlivém účinku speciálně připraveného séra a používá se ve stejných indikacích jako výše uvedená metoda ACP. Krev se odebírá do speciální EOT zkumavky, ve které je nasimulován proces zánětu, proti kterému krev pacienta začne produkovat zánětlivé protilátky (antiinterleukin I), které se následnou inkubací po dobu 6-9 hodin v teplotě lidského jádra pomnoží. Teprve poté se krev centrifuguje a získává se sérum, ve kterém je obsažena až 140x vyšší hodnota protizánětlivého faktoru (antiinterleukin 1) než je v běžné periferní krvi a současně i navýšené hladiny růstových faktorů. Takto získané sérum je pak aplikováno podobně jako u metody ACP intraartikulárně, do šlachového pouzdra, nebo jinam do místa poškození. Počet aplikací a cena metody je srovnatelná s metodou ACP.

K porovnání účinnosti obou metod jsme nenašli žádné informace.

Pracoviště, která jsou v ČR v současné době certifikovaná k provádění této metody:

- SPORTKLINIK, Privátní chirurgické centrum, Hlavní 1868, Nový Hradec Králové, www.sportklinik.cz
- Klinika plastické chirurgie Ostrava, Tyršova 9, Ostrava – Moravská Ostrava, www.plastickachirurgie.com
- SANOFYTO spol. s r. o., Milady Horákové 28, Brno, www.sanofyto.cz
- MEDICOM'S spol. s r. o, Marie Majerové, Prostějov

Tisková zpráva

Recept na zdravý rozum

Praha, 10. března 2010 – Ne-tradičním způsobem se před projednáváním novely Zákona o léčivech na právě probíhající schůzi Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR obrátil na poslance ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv Martin Beneš. Každému z nich jmenovitě nechal doručit „Recept na zajištění ochrany osobních údajů občanů ČR a efektivní zamezení zneužívání některých léků“.

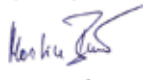
„Je v zájmu občanů ČR, aby novela zákona byla přijata a byla tak zajištěna rovnováha mezi liberálním přístupem k ochraně osobních údajů a nezbytnými opatřeními k ochraně zdraví,“ vysvětlil Beneš svůj krok.

Včasným přijetím novely Zákona o léčivech lze účinně předjít rizikovým dopadům **zneužívání volně prodejných léků** a zajištit i **vyšší bezpečnost pacientů při výskytu nežádoucích účinků**. Navíc se omezí rizika spojená s **výskytem padělků léků v legálním dodavatelském řetězci**. Přijetí předlohy zákona a s ním spojené znovuzavedení tolik potřebné evidence rovněž umožní jednoznačné **odhalení nekalých praktik při předepisování a výdeji léčiv**. Tím se, tvrdí Beneš, rovněž zabrání **zneužívání receptů s modrým pruhem** na omamné a psychotropní látky. „Při projednávání novely Zákona o léčivech nejde tedy o žádnou dobrou vůli, ale o zdravý rozum,“ uvedl Beneš.

Přijetí novely umožní vládě ČR neprodleně přijmout opatření proti nelegálnímu šíření buprenorfinových léků z ČR, ke kterým ji v lednu 2010 písemně vyzval Výbor OSN pro kontrolu narkotik (INCB). Naše republika se bohužel stala cílovou zemí pro padělatele léčiv. Potřeba přijetí novely zákona o léčivech

v navrhovaném znění je podle Beneše skutečně akutní. „Nejde o žádného dalšího velkého bratra, ale o zdraví a zdravý rozum nás všech,“ uzavřel Beneš.

Veronika Petláková, tisková mluvčí

Kód zdravotní pojišťovny	RECEPT		poř. č. 0, 0, 1
NA ZAJIŠTĚNÍ OCHRANY OSOBNÍCH ÚDAJŮ OBČANŮ ČR A EFEKTIVNÍ OMEZENÍ ZNEUŽÍVÁNÍ NĚKTERÝCH LÉKŮ			
Příjmení a jméno skutečné údaje poslance			
Číslo pojištěnce			f.
Pracoviště (adresa) Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR Sněmovní I, 110 00 Praha 1			
I C P I - hradi ZP C - spoluúčast pacienta, I - hradi pacient, P - hradi pacient	Rp. SNĚMOVNÍ TISK	1 0 5 6 / 0	cena
	Osobní oslovení,	Sk. Kód	
	upřednostnění ochrany osobních údajů před ochranou obyvatelstva před možným zneužíváním některých léčiv pro výrobu drog je předmětem intenzivní odborné diskuse, jež vedla SÚKL a MZ ČR ke zpracování novely zákona o léčivech s maximálním zřetelem k výtkaům ÚOOÚ vůči schválené koncepci a v souladu s ní realizovaného centrálního úložiště dat na SÚKL.		
	Jsem přesvědčen, že jak SÚKL, tak MZ ČR, věnovali přípravě novely pozornost hodnou problému, na který ÚOOÚ upozornil. V zájmu občanů ČR, a zejména s ohledem na předcházení rizikovým dopadům zneužívání volně prodejných léků, představuje navrhovaná novela zákona rovnováhu mezi liberálním přístupem k ochraně osobních údajů a nezbytnými opatřeními k ochraně zdraví.		
	V souladu s Jednácím řádem navrhla Vláda ČR sněmovně projednávání návrhu zákona tak, aby s ním sněmovna mohla vyslovit souhlas již v prvním čtení.	1 0 5 6 / 0	Sk. Kód
	Vášim včasným souhlasným stanoviskem s novelou zákona o léčivech předejdete rizikovým dopadům zneužívání volně prodejných léků, zajistíte vyšší bezpečnost pacientů při výskytu nežádoucích účinků. Pomůžete snížit rizika spojená s výskytem padělků léků v legálním dodavatelském řetězci, umožníte odhalení nekalých praktik při předepisování a výdeji léčiv a zabráníte zneužívání receptů s modrým pruhem na omamné a psychotropní látky. Přijetím novely rovněž umožníte vládě ČR neprodleně přijmout opatření proti nelegálnímu šíření buprenorfinových léků z ČR, ke kterým ji v lednu 2010 písemně vyzval Výbor OSN pro kontrolu narkotik (INCB). Naše republika se, bohužel, stala také cílovou zemí pro padělatele léčiv. Potřeba přijetí novely zákona o léčivech v navrhovaném znění je skutečně akutní. Bez Vaší podpory novely, o níž Vás prosím, nebude předkládán recept účinný.		
Dne:	8. března 2010		
	ředitel SÚKL	razítko zdrav. zařízení,	
	jmenovka a podpis lékaře	Připravil: Dr. Martin Beneš	Vydal: SÚKL
Bez data vystavení, razítka smluvního zařízení, jmenovky a podpisu lékaře recept neplatí!			

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Vybrané články z aktuální databáze InfoPoems
(www.infopoems.com) pro březen 2010. Překlad: J. Laňková

Plazma bohatá na trombocyty nezlepšuje chronickou tendinopatii Achillovy šlachy

Klinická otázka:

Může injekce s plazmou bohatou na trombocyty snížit bolest a zlepšit aktivitu u dospělých s chronickou tendinopatií Achillovy šlachy?

Závěr:

Lokální injekce s plazmou bohatou na trombocyty (platelet-rich plasma - PRP) aplikovaná ke šlaše u pacientů s chronickou tendinopatií Achillovy šlachy výrazněji nesníží bolest ani výrazněji nezlepší aktivitu ve srovnání s placebovým podáním injekce s fyziologickým roztokem. (LOE = 1b)

Reference:

de Vos RJ, Weir A, van Schie HT, et al. Platelet-rich plasma injection for chronic Achilles tendinopathy. A randomized controlled trial. JAMA 2010;303(2):144-149.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě zaslepená)

Financování:

Průmysl

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (specializace)

Rozdělení:

Tajné

Synopse:

Růstový faktor krevních destiček podporuje hojení tkání a může snížit bolest a zlepšit funkci u pacientů s chronickým poškozením šlachy. Výzkumníci identifikovali 54 dospělých ve věku 18 až 70 let, kteří splňovali standardní diagnostická kritéria pro chronickou tendinopatii Achillovy šlachy (bolest lokalizovaná přibližně 2-7 cm proximálně od úponu k patní kosti, která trvá minimálně 2 měsíce). Pacienti vhodní k léčbě náhodně dostali (utajené rozdělení) injekci s plazmou bohatou na trombocyty nebo placebo s fyziologickým roztokem a to ze 3 různých vpichů podél Achillovy šlachy. Poté všichni pacienti obdrželi standardní instrukce pro rehabilitační cvičební program. Pacienti byli zaslepeni k metodě léčby a sami pomocí ověřených dotazníků kvantifikujících bolest a úroveň aktivity hodnotili výsledky léčby na začátku a po 3, 12 a 24 týdnech. Sledování bylo kompletně dokončeno u všech pacientů. Za použití analýzy podle původního léčebného záměru bylo zlepšení bolesti a aktivity podobné v obou léčebných skupinách. Dále nebyly ani po kontrole potenciálních matoucích variabilit zjištěny žádné signifikantní rozdíly ve výsledcích u obou skupin, včetně skóre bolesti na začátku studie a trvání symptomů, celkové spokojenosti pacientů nebo počtu pacientů, kteří se vrátili ke sportovním aktivitám. Studie měla 80% sílu detekovat predeterminované klinicky signifikantní rozdíly mezi 2 léčebnými skupinami.

U pacientů se superficiální flebitidou není zvýšený výskyt karcinomu

Klinická otázka:

Mají pacienti se superficiální flebitidou vyšší riziko rozvoje karcinomu v následujících 2 letech?

Závěr:

V zařízení primární péče mají pacienti s klinickou diagnózou superficiální tromboflebitidy stejné dvouleté riziko rozvoje karcinomu (2%) jako pacienti v kontrolní skupině. (LOE = 1b-)

Reference:

van Doormaal FF, Atalay S, Brouwer HJ, van der Velde EF, Büller HR, van Weert HC. Idiopathic superficial thrombophlebitis and the incidence of cancer in primary care patients. Ann Fam Med 2010;8(1):47-50.

Typ studie:

Kohortová (prospektivní)

Financování:

Neznámé/neudáno

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (primární péče)

Synopse:

V této holandské studii vycházející z prostředí praxí primární péče, které byly propojené systémem elektronických lékařských záznamů (electronic medical record - EMR), byli sledováni pacienti s primární diagnózou superficiální tromboflebitidy po dobu 2 let od stanovení této diagnózy. Na každého pacienta s flebitidou výzkumníci přiřadili 2 kontrolní pacienty, kteří mu odpovídali pohlavím, věkem a měli stejného praktického lékaře. Pacienti, kteří měli známou diagnózu karcinomu, měli flebitidu při přítomnosti intravenózního katétru a pacienti s nedávným operačním zákrokem nebyli do studie zařazeni. Výzkumníci předpokládali, že při skutečnosti, že 94% všech zdravotních problémů je v Holandsku řešeno rodinnými lékaři, se tak závažná diagnóza, jako je karcinom, určitě objeví v systému EMR. Ačkoliv to může být pravda, bylo by lépe, aby tato skutečnost byla ověřena doplňkovým průzkumem registrů nemocí anebo dalšími administrativními daty. Autoři na začátku do studie zapojili 277 pacientů s flebitidou a 553 kontrolních pacientů. Na začátku studie byla u 10% pacientů postižených flebitidou stanovena diagnóza karcinomu ve srovnání s 9% u kontrolních pacientů. U pacientů bez stanovené diagnózy karcinomu byla tato diagnóza postupně stanovena u 2% z pacientů v obou skupinách v průběhu dalších 2 let sledování. Studie však postrádá kompletní informace z celého sledování u 12% postižených pacientů a 15% kontrolních pacientů. Tato nekompletní data jsou možnou hrozbou správnosti získaných dat.

Radiofrekvenční katetrizační ablace je nadřazena medikamentózní léčbě paroxysmální fibrilace síní

Klinická otázka:

Jak efektivní je radiofrekvenční katetrizační ablace ve srovnání s medikamentózní léčbou paroxysmální fibrilace síní?

nání s medikamentózní antiarytmickou léčbou u pacientů s paroxysmální fibrilací síní?

Závěr:

Použití radiofrekvenční katetrizační ablace ve srovnání s antiarytmickou medikamentózní léčbou snižuje riziko rekurentních symptomatických arytmií u dospělých s paroxysmální fibrilací síní (FIS), kteří neodpověděli na léčbu minimálně 1 antiarytmickým lékem. (LOE = 1b-)

Reference:

Wilber DJ, Pappone C, Neuzil P, et al. Comparison of antiarrhythmic drug therapy and radiofrequency catheter ablation in patients with paroxysmal atrial fibrillation. A randomized controlled trial. JAMA 2010;303(4):333-340.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená)

Financování:

Průmysl

Prováděcí prostředí studie:

Lůžkové (jakákoliv lokalizace) s ambulantními kontrolami

Rozdělení:

Nejisté

Synopse:

Téměř polovina dospělých s FIS, kteří byli zpočátku léčeni antiarytmiky, zažije symptomatický návrat arytmie. Výzkumníci

identifikovali 167 dospělých (průměrný věk = 55,7 let) s minimálně 3 symptomatickými epizodami během 6 měsíců, kteří neodpovídali na léčbu minimálně 1 antiarytmickým lékem. Pacienti ve studii byli náhodně rozděleni nemaskovaným způsobem (nejisté utajení rozdělení) ke katetrizační ablační léčbě nebo k léčbě dosud neužívaným antiarytmikem. Dvě nejběžnější antiarytmika byly flecainid a propafenon. Osoby hodnotící výsledky nebyly zaslepeny ke způsobu léčby. Kompletní sledování bylo po 12 měsících dokončeno u 95 % pacientů. Primárním výsledkem byl výskyt rekurentní symptomatické paroxysmální FIS. Za použití analýzy podle původního léčebného záměru bylo zjištěno, že ve skupině s katetrizační ablací zůstalo více pacientů bez potvrzené symptomatické rekurentní paroxysmální FIS ve srovnání se skupinou s medikamentózní léčbou (66 % vs 16 % podle pořadí). Dále i výsledné skóre získané ze 2 nástrojů měřících kvalitu života demonstrovalo významněji nižší výskyt symptomů a jejich tíže u pacientů, kteří podstoupili katetrizační ablacii. Mezi oběma léčebnými skupinami nebyl zjištěn žádný rozdíl ve výskytu nežádoucích příhod.

Copyright © 2010 by Wiley Subscription Services, Inc. All rights reserved.

Hierarchie síly důkazů

U provedených studií je vždy uvedeno hodnocení LOE (level of evidence = stupeň důkazu). Význam uvedené hierarchie podle Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (www.cebm.net/?o=1025) je ve stručném podání následující:

- 1 a Systematické přehledy randomizovaných kontrolovaných studií (homogenní)
- 1 a- Systematické přehledy randomizovaných studií se zjištěnou (znepokojující) heterogenitou
- 1 b Individuální randomizované kontrolované studie (s úzkým intervalem spolehlivosti)
- 1 b- Individuální randomizované kontrolované studie (se širokým intervalem spolehlivosti)
- 1 c Randomizované kontrolované studie s principem „vše nebo nic“
- 2 a Systematické přehledy kohortových studií (homogenní)
- 2 a- Systematické přehledy kohortových studií se zjištěnou (znepokojující) heterogenitou
- 2 b Individuální kohortové studie nebo randomizované kontrolované studie s nízkou kvalitou
- 2 b- Individuální kohortové studie nebo randomizované kontrolované studie s nízkou kvalitou (se širokým intervalem spolehlivosti)
- 2 c Zkoumání výsledků (terapie), ekologické studie
- 3 a Systematické přehledy studií případů a kontrol
- 3 a- Systematické přehledy studií případů a kontrol se zjištěnou (znepokojující) heterogenitou
- 3 b Individuální studie případů a kontrol

16. NÁRODNÍ DERMATOLOGICKÝ KONGRES

3. SYMPOSIUM REZIDENTŮ

6. SYMPOSIUM DERMATOLOGICKÝCH SESTER

HLAVNÍ TÉMATA:

INTERDISCIPLINÁRNÍ POHLED NA DERMATOLOGII: KOŽNÍ NÁDORY, PSORIÁZA, DERMATOLOGICKÁ TERAPIE, ESTETICKÁ DERMATOLOGIE, HOJENÍ RAN

DERMATOLOGIE2010.CZ

29. 4. - 2. 5. 2010
CLARION CONGRESS HOTEL PRAGUE



Legální a nelegální programy

aneb jak levně a legálně nakoupit software Microsoft do ordinace

Několikrát jsme v minulých číslech Practicusu psali o počítačích – tedy hardwaru. Aby nám v ordinaci k něčemu počítač byl, musí v něm být i nainstalovány programy – tedy software. Kromě programů pro vedení ordinace – tedy ambulantních softwarů, potřebuje lékař i tzv. kancelářské programy. Ať se nám to líbí nebo ne, dominantními kancelářskými programy na trhu jsou ty od firmy Microsoft. Abychom nejen tyto, ale jakékoli programy mohli užívat, musíme je mít nejen nainstalovány, ale musíme k nim mít i licenci. Pokud tedy chcete psát texty ve Wordu, evidovat si data a dělat statistiky v tabulkách v Excelu, popřípadě prezentace v PowerPointu, musíte je zakoupit. Existují i podobné programy, které je možné užívat zdarma, ale o tom až někdy v příště. Protože je licenční program firmy Microsoft poměrně složitý, pokusíme se jej trochu osvětlit.



MUDr. Cyril Mucha



Ing. Patrik Šolc

Jaké jsou sady systému Microsoft Office?

Firma Microsoft prodává většinou kancelářské programy v tzv. balících – tedy několik programů najednou (vyjde to levněji, než kupovat jednotlivé programy). Kancelářský balík Microsoft Office je nyní dostupný ve verzi 2007, ale někteří zákazníci již vyhlíží novou verzi MS Office 2010, která bude uvedena přibližně v květnu tohoto roku.

Nyní se nezálekněte. Existuje 11 sad kancelářského balíku Microsoft Office 2007. Liší se programy, které jsou v balíku obsaženy. Nejznámější jsou tyto:

- **Office 2007 Basic** (obsahuje Word, Excel, Outlook)
- **Office 2007 Standard** (obsahuje Word, Excel, Outlook, PowerPoint)
- **Office 2007 Small Business** (obsahuje Word, Excel, Outlook, PowerPoint, Publisher)

Dále se můžete setkat se sadami Office 2007 Professional, Office 2007 Professional Pro a Office 2007 Enterprise, které obsahují další produkty, jako např. MS Access, MS Communicator. Většinu z nás však zajímá Word pro psaní textu, Excel pro tabulky, Outlook pro příjem pošty a PowerPoint pro prezentace. Proto nám většinou stačí buď Office 2007 Basic nebo Standard.

Typy licencí software (licenční program)

Kromě toho, že se musíme rozhodnout jaký SW (popř. balík) si koupíme, musíme se ještě rozhodnout jaký licenční program zvolíme. Zjednodušeně řečeno: je možné si koupit levnější licenci k SW pouze pro konkrétní (nový) počítač („licence patří konkrétnímu počítači“) tzv. OEM, nebo dražší, kterou je možno použít i na další počítač, který si v budoucnu koupíme („licence patří majiteli“) tzv. krabicový. Aby to nebylo jednoduché – v rámci podpory prodeje Microsoft poskytuje i na licence „množstevní slevy“ tzv. multilicence. Pokud tedy nějaký subjekt zakoupí více licencí, dostane slevu. Proto je výhodnější nakupovat SW společně – např. skupina lékařů, než každý jednotlivě (viz dále).

OEM verze software (tzv. OEM = Original Equipment Manufacture) – je to licenční program,

v rámci kterého je cenově zvýhodněna nabídka software, která je však vázána na nákup nového počítače (nebo notebooku). Samostatně si uvedenou licenci zakoupit nemůžete. Office OEM musí být předinstalován přímo výrobcem nebo prodejcem PC, který Vám také poskytuje technickou podporu na produkt. Office 2007 v OEM verzi si můžete vyzkoušet po dobu 60 dnů. OEM verze softwaru může mít stejný rozsah funkcí jako plná verze, ale je poměrně časté, že funkce OEM verze jsou omezené (např. Office 2007 Basic neobsahuje PowerPoint). Software poskytovaný v rámci OEM licence je možné používat jen na tom počítači, na kterém byl výrobcem nainstalován! Proto v případě vyřazení, prodání, nebo darování PC, kde je instalována OEM licence, tato licence pro Vás zaniká a přechází na nového majitele PC. A pokud si koupíte nový počítač, tak si na něj nemůžete nainstalovat původní OEM verzi Office z původního počítače. Toto je nevýhoda OEM verze. Další nevýhodou je, že musíte používat verzi a jazyk produktu, který si zakoupíte. Jedinou výhodou OEM verze je především výrazně nižší cena oproti stejnému softwaru distribuovanému v „krabicové verzi“.

„Krabicová“ verze software (můžete se setkat se zkratkou FPP = Full Package Product) – je nejjednodušší licenční program společnosti Microsoft. Každá krabice obsahuje jednu licenci zakoupeného produktu (balík obsahuje licenční smlouvu, instalační média, registrační kartu a u většiny produktů i tištěnou dokumentaci). Takto pořízený software lze dále prodat nebo převést na jiný subjekt. Výhodou je technická podpora přímo od Microsoftu. Další výhodou je, že krabicovou verzi software můžete instalovat na libovolný počítač. Jestliže si koupíte nové PC, ze starého SW odinstalujete a nainstalujete SW na nové PC. Pokud máte předchozí verzi software, tak v rámci krabicové verze lze nakoupit tzv. upgrade software na vyšší verzi. Velkou nevýhodou „krabicové“ verze je, že je to nejdražší možný způsob, jak si koupit kancelářský balík.

Multilicenční program (SELECT smlouva) – je speciální licenční program pro významné a velké zákazníky. V rámci něj je poskytována výrazná

Software poskytovaný v rámci OEM licence je možné používat jen na tom počítači, na kterém byl výrobcem nainstalován



sleva na software, která činí cca 10 až 30 % oproti „krabicové“ verzi software. Nákup se realizuje i po jedné licenci.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP uzavřela s firmou Microsoft smlouvu SELECT a díky ní mají praktičtí lékaři v ČR možnost přes společnost AutoCont CZ a. s. nakoupit software Microsoft za výrazně výhodnějších podmínek.

Existují ještě další Microsoft licenční programy (např. OLP, OpenValue), které jsou však méně výhodné než v rámci smlouvy Microsoft SELECT.

Srovnání cen dle typu licence:

Typ licence	MS Office 2007 Basic (Word, Excel, Outlook)	Office 2007 Standard (Word, Excel, Outlook, PowerPoint)
OEM verze software	3 479,- Kč	—
„Krabicová“ verze software (FPP)	—	9 900,- Kč
SELECT smlouva	—	9 332,- Kč

„Krabicová“ verze software - Příklad srovnání cen plné verze a upgrade z předchozí verze:

Office 2007 Standard (plná verze)	9 900,- Kč
Office 2007 Standard (upgrade)	5 940,- Kč
Office 2007 Standard (upgrade) – VIP cena pro lékaře	5 773,- Kč

Uvedené ceny jsou bez DPH. Ceny dle ceníku Microsoft ke dni 10. 3. 2010.

Existuje také speciální sada „**MS Office 2007 pro studenty a domácnosti**“. Obsahuje Word, Excel, PowerPoint a OneNote. Tato sada však není určena pro komerční sféru. Je to cenově zajímavá sada kancelářských aplikací, která má v licenčních podmínkách pro užívání uvedeno, že nesmí být používána pro komerční nebo podnikatelské účely! Proto užívání těchto licencí na PC v ordinaci je považováno jako byste užívali nelegální software. Za komerční používání je považováno i to, když píšete na svém PC domy, dopisy, zprávy, nebo studie, které souvisí s Vaším povoláním.

Shrnutí

- Pokud si kupujete nový počítač nebo notebook, tak nejlevněji Vás vyjde OEM verze SW.
- Pokud si kupujete SW (např. Office) na již zakoupený počítač, tak využijte výhodnějších podmínek v rámci smlouvy SELECT.
- Pokud máte již zakoupenou předchozí sadu MS Office („krabicová“ verze), tak lze koupit tzv. „upgrade“, který je levnější, než koupě plné verze.
- „MS Office 2007 pro studenty a domácnosti“ není možné používat na PC v ordinaci.

Jak to funguje, pokud si chci objednat software?

Jak mám objednat software?

Objednávky OEM verze a krabicové verze software lze realizovat u Vašeho místního prodejce. Taktéž lze využít výhodnějšího nákupu software na obchodním portálu IT DNES (www.itdnes.cz).

Co obdržím po zakoupení a zaplacení?

Pokud si koupíte OEM verzi, tak obdržíte obálku s registračním klíčem. OEM verze software je již předinstalována na počítači, a proto registračním klíčem pouze tento software aktivujete.

Pokud si koupíte „krabicovou“ verzi, tak obdržíte licenční smlouvu, instalační média, registrační kartu. Z instalačních médií si software nainstalujete. Pokud si koupíte software v rámci smlouvy SELECT, tak postup je komplikovanější (nejprve byste se měli zaregistrovat na webu Microsoft, zde vyplnit další formuláře a následně si stáhnete instalační média z Internetu). Nemusíte se však ničeho obávat. Veškerou administrativu vyplývající z nákupu software přes smlouvu SELECT za Vás vyřeší firma AutoCont. Od firmy AutoCont obdržíte instalační média, licenční osvědčení s registračním klíčem. V rámci partnerské smlouvy se SVL poskytuje AutoCont pro všechny praktické lékaře bezplatně tyto nadstandardní služby týkající se software zakoupeného v rámci smlouvy SELECT.

Proč používat legální software?

Kromě toho, že „je to správné“, je nutné si uvědomit, že i dnes Vám může být v rámci kontroly z finančního úřadu provedena i kontrola legálnosti používaného software a to přímo pracovníky finančního úřadu. Kontrolu může provést policie či specializovaná organizace. Důsledky mohou být nemalé, např. finanční pokuta až půl milionu. Finanční úřad pak zpravidla ještě začíná šetřit, zda nedošlo k daňovému úniku.

Pokud potřebujete poradit, jaký licenční program na software zvolit, obraťte se na oficiálního prodejce, můžete využít i firmu AutoCont.

Ing. Patrik Šolc
MUDr. Cyril Mucha

Pokud chcete využít výhod pro praktické lékaře, můžete k nákupu využít přímo webový portál www.itdnes.cz. Pokud nejste dosud registrováni na tomto portálu, zadejte při registraci bonusový kód SVLVIP - obdržíte VIP slevy nejen na software, ale i na výpočetní techniku (počítače, notebooky, tiskárny atd.) Pokud preferujete jiný kontakt, můžete využít **obchodní linku AutoCont** (tel.: 596 152 999, nebo e-mail: obchod@autocont.cz), kde Vám poradí a doporučí nejvýhodnější variantu produktu dle ceny. (Abyste obdrželi slevu, musíte uvést, že jste praktičtí lékaři).

firma AutoCont poskytuje v rámci partnerské smlouvy se SVL bezplatně nadstandardní služby týkající se software zakoupeného v rámci smlouvy SELECT pro všechny praktické lékaře bezplatně

Posuzování zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou

Změny v důchodovém pojištění zejména ve vztahu k posuzování invalidity od 1. 1. 2010.

1. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti, kompetence.

Od 1. 7. 2009 došlo opět ke sjednocení prvoinstanční lékařské posudkové služby (dále LPS). Jednotlivá pracoviště LPS jsou součástí okresních správ sociálního zabezpečení (dále OSSZ) a spadají pod řízení a kontrolu České správy sociálního zabezpečení (dále ČSSZ).

Posudkoví lékaři prvoinstanční posudkové služby posuzují: 1. Zdravotní stav a pracovní schopnost dočasně práce neschopných osob pro účely zákona o nemocenském pojištění. 2. Invaliditu a změnu stupně invalidity. 3. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost. 4. Zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou. 5. Zda si fyzická osoba vzhledem ke svému zdravotnímu stavu může zvýšit příjem vlastní prací. 6. Zdravotní stav pro účely žádostí o mimořádné výhody. 7. Zdravotní stav pro účely dávek státní sociální podpory. 8. Zdravotní stav pro účely žádostí o sociální příspěvky, kterými jsou: příspěvek na úpravu bytu, na úhradu za užívání bezbariérového bytu nebo garáže, na zakoupení nebo celkovou opravu motorového vozidla, na zvláštní úpravu motorového vozidla a příspěvek na individuální dopravu. 9. Stupeň závislosti pro účely příspěvku na péči. (Tato dávka od 1. 1. 2007 nahradila dřívější zvýšení důchodu pro bezmocnost a dávku vyplácenou v souvislosti s uznáním dítěte dlouhodobě těžce zdravotně postiženým vyžadujícím mimořádnou péči.)

Kompetence k posuzování zdravotního stavu jsou podrobně uvedeny v zákoně č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění a v zákoně č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění patném od 1. 1. 2010. Následující sdělení se nevztahuje na postupy a posuzování zdravotního stavu pro účely dávek nemocenského pojištění, ale na posuzování zdravotního stavu pro účely uvedené pod č. 2 až 9 předchozího odstavce.

U vojáků z povolání posuzuje, řídí a kontroluje důchodové pojištění Ministerstvo obrany; u příslušníků policie ČR, příslušníků Hasičského záchranného sboru ČR, příslušníků BIS a Úřadu pro zahraniční styky a informace Ministerstvo vnitra; u příslušníků Vězeňské služby ČR Ministerstvo spravedlnosti.

Dávky, které jsou na základě výsledku posouzení zdravotního stavu poskytovány osobám v souvislosti s přiznáním mimořádných výhod, státní sociální podpory, sociálních příspěvků, dávek hmotné nouze a příspěvku na péči, jsou vypláceny ze státního rozpočtu, nejsou podmíněny placením pojištění, proto se někdy hovoří o tzv. „nepojistných systémech“.

2. Postup při uplatnění žádosti o dávku podmíněnou zdravotním stavem, opravné prostředky.

Občan uplatní žádost o dávku na místně příslušném důchodovém oddělení OSSZ v případě dávky důchodového pojištění (starobní nebo invalidní důchod), **na obecním úřadu** (mimořádné výhody, sociální příspěvky, příspěvek na péči, dávky v hmotné nouzi) nebo **na úřadu práce** (osoba zdravotně znevýhodněná, dávky státní sociální podpory).

Obec, úřad práce nebo OSSZ požádá LPS o posouzení zdravotního stavu. LPS si vyžádá od ošetřujícího, nejčastěji praktického lékaře vyplnění příslušného tiskopisu, kopie lékařských nálezů z provedených odborných vyšetření, ev. celou zdravotní dokumentaci. Posudkový lékař si může sám za úplaty vyžádat odborné lékařské, příp. psychologické vyšetření.

Podle platné novely zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, § 8, odst. 8 vychází posudkový lékař OSSZ při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti zejména z nálezu ošetřujícího lékaře, popřípadě výsledků funkčních vyšetření a výsledků vlastního vyšetření lékaře, který plní úkoly OSSZ!!! Lze také vycházet z podkladů vypracovaných lékařem určeným ČSSZ.

Výsledek posouzení zdravotního stavu zašle LPS zadavateli, tedy orgánu, který si posudek vyžádal, a ten vydá **rozhodnutí o dávce**. Rozhodnutí vždy obsahuje **poučení o možnostech dalšího postupu**, včetně lhůty, do které je možno opravný prostředek podat. Opravný prostředek se podává se na adresu orgánu, který rozhodnutí vydal, a to písemně, ústně do protokolu, event. faxem nebo e-mailem – v tom případě je však nutné do stanovené doby doplnit formou písemnou nebo ústní do protokolu.

3. Součinnost orgánů sociálního zabezpečení a zdravotnických zařízení (ZZ) dle §

16 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění

ZZ jsou povinna za úhradu ve stanovené lhůtě

provést vyšetření zdravotního stavu fyzické osoby v rozsahu vyžádaného zdravotního výkonu, zpracovat ve vyžádaném rozsahu lékařské podklady, jichž je třeba k posouzení zdrav. stavu. (V případě, že včasnému podání lékařské zprávy brání závažné důvody, např. dovolená ošetřujícího lékaře apod., je nutno o tom včas informovat LPS a dohodnout se na možném řešení.)

ZZ jsou povinna bezplatně (jen administrativní úkon vč. poštovného) sdělit informace, zapůjčovat potřebnou zdravotnickou dokumentaci, umožnit nahlížení do zdrav. dokumentace **a to ve lhůtě 15 dnů od obdržení žádosti, není-li určeno jinak.**

(Výše uvedené povinnosti platí ve vztahu ke všem orgánům sociálního zabezpečení, tedy i k ministerstvu práce a sociálních věcí a ministerstvům vnitra, obrany a spravedlnosti!!)

4. Změny v oblasti důchodového pojištění týkající se řízení o přiznání dávky důchodového pojištění a posuzování invalidity platné od 1. 1. 2010

Zákonem č. 306/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení a některé další zákony, a novou prováděcí vyhláškou č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, která nahradila dříve platnou vyhlášku 284/1995 Sb., došlo od 1. 1. 2010 k významným změnám v důchodovém pojištění i v hodnocení zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění. Na přípravě nových právních předpisů pro posuzování invalidity se podílely odborné společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

4.1. Zahájení řízení o dávku důchodového pojištění

Dle novely zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, platné od 1. 1. 2010, se řízení o přiznání dávky důchodového pojištění, tedy i o invalidní důchod, **zahajuje pouze na základě písemné žádosti osoby u příslušného orgánu.** (Podrobně § 81 a následující zák. č. 582/91 Sb.)

4.2. Nově se ve věcech důchodového pojištění zavádí řízení o námitkách

Proti rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení lze podat do 30 dnů od jeho oznámení účastníku řízení písemné námitky. Námitky se podává

jí orgánu, který rozhodnutí vydal (OSSZ, ČSSZ). Zdravotní stav bude posouzen v samostatném řízení, které musí být vedeno odděleně od rozhodování orgánu sociálního zabezpečení v 1. stupni, nemohou se na něm podílet ani v něm rozhodovat osoby, které se účastnily prvoinstančního řízení (§ 88 zák. č. 582/1991 Sb., v plat. znění).

Proti rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení vydaném v námitkovém řízení nelze podat odvolání, je možno podat žalobu k příslušnému krajskému soudu. V rámci přezkumného řízení soudního je pak zdravotní stav osoby posouzen posudkovou komisí ministerstva práce a sociálních věcí.

Jestliže osoba neuplatní námitky, a proto řízení o námitkách neproběhne, není již možné podat žalobu ke krajskému soudu.

4.3. Podmínky nároku na invalidní důchod

Stejně jako podle předchozích právních norem má nárok na výplatu invalidního důchodu z důchodového pojištění pojištěnec, který splnil kriteria zdravotního stavu, tj. byl uznán invalidním, a současně splnil podmínku potřebné doby, kdy byl důchodově pojištěn. Délka potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod závisí na věku (do 20 let činí „méně než 1 rok“, od 20 do 22 let věku 1 rok, od 22 do 24 let věku 2 roky, od 24 do 26 let 3 roky, od 26 do 28 let 4 roky a nad 28 let 5 roků). Potřebná doba pojištění pro nárok na invalidní důchod se zjišťuje z období před vznikem invalidity. Je-li pojištěnec starší 28 let, zjišťuje se tato doba z posledních 10 roků před vznikem invalidity. Další podrobné údaje a možnosti splnění potřebné doby pojištění jsou uvedeny v § 40 zákona č. 155/1995 Sb., v platném znění.

Potřebná doba pojištění se i nadále nezjišťuje tehdy, když se osoba stane invalidní následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, která se pro tyto účely hodnotí rovnocenně jako pracovní úraz.

Podle nové právní úpravy je pro nárok na invalidní důchod významná i podmínka věku a data, kdy pojištěnci vznikne nárok na výplatu starobního důchodu. (Podrobně je to uvedeno v § 38 a § 40 zákona č. 155/1995 Sb., v platném znění.)

4.4. Invalidní důchod v mimořádných případech (§ 42 zákona 155/1995 Sb., v platném znění):

Na invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně má nárok též osoba, která dosáhla alespoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území ČR a je invalidní pro invaliditu třetího stupně, jestliže tato invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu. (Pozn.: Pro účely důchodového pojištění se doba studia na střední škole ne-

započítává jako doba pojištění. Avšak pro účely nároku na invalidní důchod se tato doba počítá jako pojištěná doba!)

Za invaliditu 3. stupně se považuje též takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek **neschopnost soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění** (dříve tzv. invalidita z mládí). V tomto případě se splnění potřebné doby pojištění nepožaduje.

4.5. Změny v hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti

Došlo k rozšíření a upřesnění definice pojmu **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** (DNZS). Za DNZS se pro účely zákona považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významně pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok. (§ 26 zákona 155/1995 Sb., v platném znění).

V praxi to znamená, že ke konstatování DNZS u posuzované osoby nestačí pouze existence choroby, vady nebo poruchy dlouhodobého charakteru. Zdravotní stav musí prokazatelně omezovat tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti, které jsou významné pro pracovní schopnost. Jako DNZS nelze proto hodnotit např. alergie v anamnéze bez klinických projevů při zachovávaní jednoduchých režimových opatření, stavy po zlomeninách kostí nebo po jiných úrazech bez funkčně významných následků, nebo jen s minimálními následky bez dopadu na pracovní schopnost. Nová definice také upřesňuje, že za DNZS se považuje i takový stav, kdy z charakteru zdravotního postižení a jeho dosavadního vývoje lze podle poznatků lékařské vědy předpokládat, že jeho dopad na pracovní schopnost potrvá déle nežli 1 rok.

Dosavadní pojem „schopnost soustavné výdělečné činnosti“ se v novém zákoně o důchodovém pojištění nahrazuje pojmem **pokles pracovní schopnosti** (§ 39 zákona).

Pracovní schopnost je definována jako **schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.**

Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který existoval u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu DNZS došlo k poklesu jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 % (dříve 33 %).

Namísto dosavadní částečné a plné invalidity se **nově zavádí 3 stupně invalidity** (§ 39 zákona č. 155/1995 Sb., v platném znění):

Jestliže **pracovní schopnost pojištěnce poklesla**

- a) nejméně o 35 %, avšak nejvýše o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,
- b) nejméně o 50 %, avšak nejvýše o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,
- c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí a mají dopad na pracovní schopnost.

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zjištěného zdravotního stavu s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem (jak shora řečeno) **a bere se v úvahu, zda:**

- a) Jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost.
- b) Zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, který umožňuje posuzované osobě vykonávat výdělečnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu. Udržení stabilizace zdravotního stavu může být přitom podmíněno dodržováním určité léčby nebo pracovních omezení.
- c) Zda a jak je posuzovaná osoba na své zdravotní postižení adaptována – přichází v úvahu zejména u tělesně a smyslově postižených, např. na základě absolvované rehabilitace, kompenzačních pomůcek a pod.
- d) Zda je posuzovaná osoba schopna rekvalifikace. Rekvalifikace může proběhnout i formou zaučení na jinou práci.
- e) V případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 69 % se hodnotí schopnost využít zachovaný pracovní potenciál a s jakými omezeními je osoba schopna práce.
- f) V případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % je nutné uvést, zda je posuzovaný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek. (Zcela mimořádné podmínky jsou definovány v § 6 vyhlášky č. 359/2009, o posuzování invalidity.)

4.6. Nová vyhláška č. 359/2009, kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity („vyhláška o posuzování invalidity“)

Nahrazuje od 1. 1. 2010 vyhl. 284/1995 Sb., v platném znění. **Avšak řízení, která byla započata před 1. 1. 2010**, se ukončí podle tehdy platných právních předpisů!

Došlo k zásadní změně obsahu vyhlášky. Do hodnocení procentní míry poklesu pracovní schopnosti se na základě spolupráce s odbornými lékařskými společnostmi promítají pokroky lékařské vědy, nově byla do vyhlášky zařazena kapitola „Onkologie“. V souvislosti s novou klasifikací invalidity byla zrušena příloha č. 4 (zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky). Je zrušena také příloha č. 3, ve které byla vyjmenována zdravotní postižení umožňující výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek. Institut zcela mimořádných podmínek u invalidity 3. stupně však zůstal zachován (viz níže).

Ve vyhlášce je upřesněno, že u invalidity 1. a 2. st., tj. poklesu pracovní schopnosti minimálně o 35, nejvýše o 69 %, je nutno při posuzování stanovit, zda je pojištěnec schopen:

a) Vykonávat po vzniku invalidity 1. nebo 2. stupně výdělečnou činnost jen

1. s podstatně menšími nároky na tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti,
2. s podstatně menšími nároky na kvalifikaci,
3. v podstatně menším rozsahu a intenzitě.

Za podstatně menší nároky, rozsah nebo intenzitu se v případě poklesu pracovní schopnosti o 35 až 49 % považuje snížení alespoň o 1/3, v případě poklesu schopnosti o 50 – 69 % alespoň o 1/2.

b) Zda je pojištěnec schopen rekvalifikace na jiný druh výdělečné činnosti, pokud není schopen využít dosaženého vzdělání, zkušenosti a znalosti nebo pokračovat v předchozí výdělečné činnosti.

V § 6 vyhlášky se nově stanovují zcela mimořádné podmínky: V nové právní úpravě není již taxativně vymezen okruh zdravotních postižení, u kterých se předpokládá schopnost vykonávat práci jen za zcela mimořádných podmínek. Oproti předchozí právní úpravě se naopak v § 6 uvádí, co se pod pojmem mimořádné podmínky rozumí.

Jedná se o zásadní úpravu pracovních podmínek, pořízení a využívání zvláštního vybavení pracoviště, zvláštní úpravy stávajících strojů, nástrojů, používání zvláštních pracovních pomůcek nebo každodenní podpora nebo pomoc na pracovišti formou předčitatelských služeb, tlumočnických služeb nebo pracovní asistence. V praxi se bude nadále jednat zejména o osoby s těžkým postižením smyslovým, tělesným, mentálním nebo kombinovaným.

4.7. Předání posudku o invaliditě – nová povinnost posudkové služby

Z novely zák. č. 582/1991 Sb., v platném znění, § 8 odst. 10 vyplývá povinnost OSSZ předat nebo zaslat občanu do 7 dnů stejnopis posudku ve věci invalidity, vydaného po 1. 1. 2010. Totéž

platí i pro posudkové komise MPSV.

Náležitosti posudku jsou podrobně uvedeny ve vyhlášce o invaliditě č. 359/2009 Sb., v § 7.

Posudek o invaliditě obsahuje tyto náležitosti:

- a) označení orgánu soc. zabezpečení, který posoudil zdravotní stav a pracovní schopnost pojištěnce, jméno, popř. jména, příjmení a titul příslušného lékaře a jeho podpis a razítko orgánu,
- b) podrobné identifikační údaje pojištěnce,
- c) účel posouzení a datum posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěnce,
- d) výčet rozhodujících podkladů o zdravotním stavu, z nichž vycházel orgán sociálního zabezpečení při svém posouzení,
- e) skutková zjištění, ke kterým orgán sociálního zabezpečení dospěl při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěnce,
- f) výsledek posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti (PS) se stanovením
 - zda se jedná o DNZS,
 - procentní míry poklesu pracovní schopnosti,
 - stupně invalidity,
 - dne vzniku invalidity, dne změny stupně invalidity nebo dne zániku invalidity,
 - schopnosti využití zachované pracovní schopnosti podle § 5 u pojištěnce, jehož míra poklesu PS činí nejméně 35 a nejvýše 69 %,
 - zda je pojištěnec v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek,
 - doby platnosti posudku pro účely prokázání, že fyzická osoba, která byla uznána invalidní, je osobou se zdravotním postižením podle zákona o zaměstnanosti, pokud není poživitelem invalidního důchodu,
- g) odůvodnění výsledku posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti.

Vzhledem k povinnosti zaslat „posudek o invaliditě“ je třeba, aby ošetřující lékaři v potřebném rozsahu informovali své pacienty o povaze onemocnění, vad nebo poruch, které u nich byly zjištěny, a o jejich závažnosti.

MUDr. Libuše Kočvarová – po ukončení studia na FVL UK v Praze pracovala na interním oddělení nemocnice v Příbrami a pak v Praze 10, od r. 1982 jako praktická lékařka, od r. 1993 jako posudková lékařka na OSSZ v Praze 10, od r. 1997 jako posudkový lékař – předseda posudkové komise MPSV v Praze. Od července 2006 přešla na odbor posudkové služby MPSV a zde pracovala jako posudkový lékař až do ledna 2010.



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

**Správné
odpovědi
testu
č. 3/2010:**
1a
2abc
3a
4a
5ab
6ac
7b
8a
9b
10abc

**Diagnostika
a diferenciální diagnostika
nespavosti str. 23**

1. K diagnostice insomnie obvykle postačuje:

- a) polysomnografické vyšetření
- b) anamnéza
- c) anamnéza a následně polysomnografie

2. O insomnii hovoříme, trvají li obtíže:

- a) každý den po dobu jednoho týdne
- b) minimálně 3x do týdne po dobu jednoho měsíce
- c) 3 měsíce

3. Pro psychofyziologickou insomnii je příznačné:

- a) zhoršené usínání mimo vlastní postel
- b) anticipace nespavosti
- c) platí a) i b)

**Chlamydiová infekce ,
– zákeřný nepřítel (1. část)
str. 11**

4. Až kolik elementárních tělísek se vyseje z jedné hostitelské buňky?

- a) 100
- b) 1.000
- c) 10.000

5. Pacienti s chlamydiovou infekcí trpí postižením systémů:

- a) jen urogenitálního
- b) jen plicního

c) může být multisystémové postižení

6. U chronické chlamydiové infekce nacházíme stěry z močopohlavních cest na chlamydie:

- a) vždy pozitivní
- b) většinou negativní
- c) vždy negativní

**Bolesti hlavy v ordinaci
praktického lékaře str. 18**

7. Mezi varovné příznaky bolesti hlavy patří:

- a) bolest hlavy doprovázená meningeálním syndromem
- b) první silná bolest hlavy po 40. roce života
- c) rekurentní bolest hlavy vzniklá v mladém věku

**Očkování proti
pneumokokovým nákazám**

**– nejlepší prevence
komplikací chřipky str. 15**

8. Mezi IPO (invazivní pneumokoková onemocnění) řadíme:

- a) pneumokokové pneumonie
- b) pneumokokové sepse
- c) pneumokokové meningitidy

9. Mezi rizikové skupiny vnímavé k IPO patří:

- a) děti do 2 let věku
- b) senioři
- c) osoby s imunodeficitem bez rozdílu věku

10. V prevenci pneumokokových nákaz dosahuje pneumokoková polysacharidová vakcína až:

- a) 30% účinnosti
- b) 65% účinnosti
- c) 90% účinnosti

**Správné mohou být
všechny tři možnosti.**

Omluva:

Omlouváme se všem řešitelům za překlep v otázce č. 10 znalostního testu v minulém čísle, kde místo **extrauretrální** bylo chybně uvedeno extrauterální:

10. Mezi typy inkontinence patří:

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

Tj. správně byly všechny 3 odpovědi a všem, kteří označili odpověď c) za nesprávnou, bude tato uznána za správnou.

Děkujeme za pochopení. Redakce.

odpovědní lístek – test č. 4/2010

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 |

BI - Micardis

Mucos - Wobenzym