



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 5/2010

ročník 9

pro
praktické
lékaře
zdarma

IV. Jarní interaktivní konference, Praha 2010



Zprávy ze IV. Jarní interaktivní konference 2010, str. 5 - 28:

Aktuality v léčbě hypertenze, význam fixních kombinací

Prevence kardiovaskulárních příhod

10 let studie HOPE

Příprava pacienta léčeného warfarinem k operaci

Parkinsonova nemoc: diagnostika a léčba

Stresová inkontinence moči u žen

Erektilní dysfunkce (ED) u kuřáků tabáku

Jak na depresi

Onkologie a gynekologie

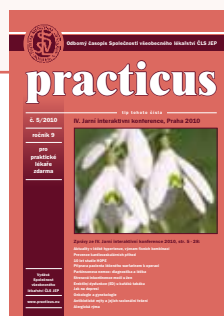
Antibiotické mýty a jejich racionální řešení

Alergická rýma

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Pfizer - Viagra



Obsah

Zprávy z Jarní interaktivní konference	5
Aktuality v léčbě hypertenze, význam fixních kombinací	5
Stresová inkontinence moči u žen	6
10 let studie HOPE	8
Příprava pacienta léčeného warfarinem k operaci	11
Metabolický syndrom	18
Parkinsonova nemoc: diagnostika a léčba	18
Prevence kardiovaskulárních příhod	21
Erektální dysfunkce (ED) u kuřáků tabáku?	21
Jak na depresi?	24
Onkologie a gynekologie	25
Antibiotické mýty a jejich racionální řešení aneb v ordinaci s infekcemi	28
Alergická rýma	29
Info SVL	30



...SÚKL informuje	31
SÚKL představuje další výsledky probíhající revize úhrad léčiv	



...společenská rubrika	33
-------------------------------	-----------



...POEM: Patient oriented evidence that matters	34
--	-----------



...počítač a doktor	36
Open Office	



...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa	38
Nařízení vlády stanovující, co se považuje za nakažlivé nemoci lidí, zvířat a rostlin	

Mezinárodní projekt vyhledávání nemocných se závažnými familiárními dyslipidemiemi (MedPed) nově ve spolupráci se SVL	40
--	-----------



...znalostní test	42
--------------------------	-----------

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
5/2010, 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 Konšťacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Miloš Ponížil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 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 **4. 5. 2010.** MK ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. ••• Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. ••• Texty neprochází jazykovými korekturami. ••• Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. ••• © **SVL ČLS JEP, 2010**



MUDr. Jaroslava Laňková

K tomuto číslu

Vážení, kolegyně a kolegové,

vítám Vás u konferenčního čísla, které přináší čerstvé zprávy ze IV. jarní interaktivní konference Společnosti všeobecného lékařství. Konference tradičně proběhla v prostorách Slovanského domu v Praze, ve dnech 23. - 25. 4. 2010. Více než 1 000 zúčastněných lékařů vyslechlo 46 sdělení v podání celkem 35 přednášejících.

Program konference hned při zahájení ocenil pan profesor Blahoš slovy: „Máte to, praktici, dobře podchyceno. Začínáte problémem erektilní dysfunkce a končíte porodem!“ Program skutečně začínal problematikou erektilní dysfunkce u kuřáků tabáku, a pokračoval dále přes varietu témat z oblasti geriatric, psychiatrie, očkování, močové inkontinence, posudkového lékařství, antibiotické léčby gastroenterologie, kardiologie, onkologie, neurologie, infekcí, diabetu, CHOPN, hematologie až k závěrečné přednášce z oblasti akutní medicíny věnované problematice akutního porodu.

Protože prevence je stěžejním úkolem primární péče a nejvíce úmrtí je způsobeno kardiovaskulárními chorobami, byla pochopitelně velká část (celkem 1/3) přednáškového času věnována problematice prevence kardiovaskulárních chorob. Byly představeny výsledky nejnovějších studií a od nich se odvíjející změny ve strategii léčby hypertenze a dyslipidémie v primární a sekundární prevenci. Představeny byly i nové výsledky studie ACCORD, které mění pohled na cílové hodnoty rizikových faktorů u diabetiků. Doporučuji, abyste kromě zpráv z konference věnovali pozornost i rubrice POEM v tomto čísle, kde jsou shodou okolností zveřejněny dva články věnované právě závěrům této studie.

Věřím, že uvedené zprávy přiblíží obsah konference těm, kdo se jí nemohli zúčastnit a leccos připomenou i těm, kdo se zúčastnili. Děkuji všem, kdo laskavě svou zprávou do tohoto čísla přispěli.

V tomto čísle bych ještě chtěla upozornit na blahopřání předsedy SVL ČLS JEP k významnému životnímu jubileu pana profesora Jaroslava Blahoše. K blahopřání se za redakci upřímně přidáváme.

Nezapomeňte na znalostní test na konci časopisu, jehož správné vyřešení Vám přinese 5 kreditů na Vaše vzdělávací konto.

S přáním krásného jara

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 PRACOVÍŠTĚ na adresu kontakty.svl@cls.cz

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

Děkujeme. Výbor SVL





IV. JARNÍ INTERAKTIVNÍ KONFERENCE SPOLEČNOSTI VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP

Praha, Slovanský dům
23. - 25. dubna 2010



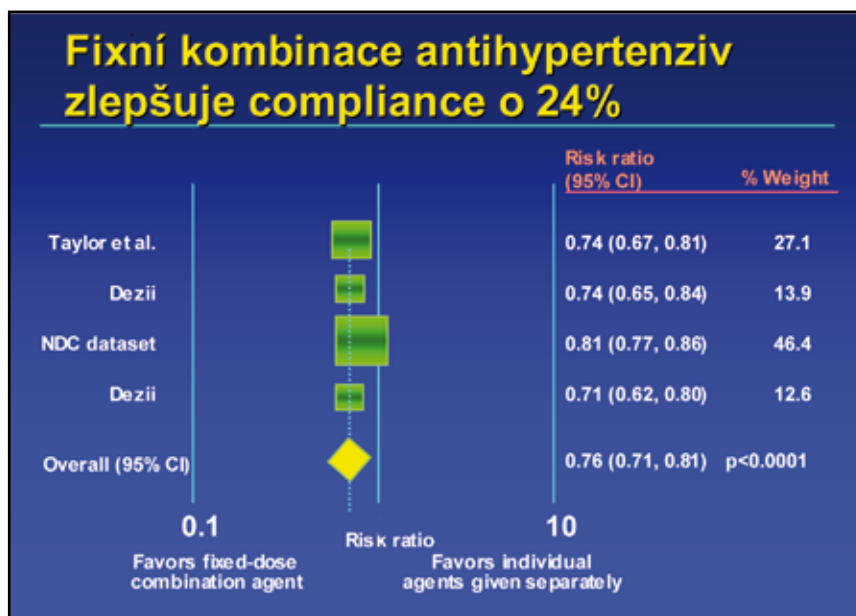
Aktuality v léčbě hypertenze, význam fixních kombinací

Prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc

Úvod

Arteriální hypertenze je nejčastější onemocnění kardiovaskulárního systému a svou vysokou prevalencí v dospělé populaci v průmyslově vyspělých zemích (20-50 %) představuje závažný zdravotní problém. Přes velkou medializaci problematiky vysokého krevního tlaku z celosvětového pohledu a pokroky ve farmakoterapii je kontrola hypertenze dosahována stále jen u menšíny osob (1).

Léčbu hypertenze lze zahájit monoterapií, obvykle v nízké dávce, nebo kombinací dvou léků v nízké dávce či fixní kombinací. Monoterapie hypertenze bývá úspěšná maximálně u 20-25 % nemocných. U ostatních případů dosahujeme normalizace TK kombinací dvou i více antihypertenziv. Kombinační léčbu dvěma antihypertenzivy v nižších dávkách anebo fixní kombinaci upřednostňujeme při zahajování farmakologické léčby pokud iniciační hodnoty TK jsou ≥ 160 a/nebo ≥ 100 mmHg a více anebo pokud jsou cílové hodnoty TK $\leq 130/80$. Nedávná metaanalýza Walda a spolupracovníků překvapivě ukázala velký rozdíl mezi antihypertenčním potenciálem kombinace dvou léků oproti vyšší dávce jednoho antihypertenziva. **Přidání antihypertenziiva z jiné třídy bylo pro snížení TK a výskyt vedlejších účinků až 5x efektivnější než zdvojnásobení dávky jednoho léku (2).** Zdá se tak, že kombinační léčbu dvou antihypertenziv, zejména fixní kombinace bychom měli volit již při zahajování léčby častěji než dosud. Dosáhneme tak lépe a dříve adekvátní kontroly hypertenze, což může vést i ke snížení rizika časných kardiovaskulárních komplikací. Vhodné kombinace základních pěti tříd antihypertenziv u nekomplikované hypertenze viz současná doporučení České společnosti pro hypertenzi (ČSH) (1).



Obr. 1: Zlepšení compliance k antihypertenční léčbě při použití fixních kombinací (podle Bangalore et al, 3)

Tab. 1 Vhodné indikace dvojkombinací/fixních kombinací

ACEI(AT1 blokátor) + BKK:	kombinace volby?
	hypertenze + ateroskleróza, hypertenze + nefropatie
	hypertenze + metabolický sy /diabetes mellitus
ACEI(AT1 blokátor) + indapamid/thiazidové d.:	hypertenze + chronické srdeční selhání,
	hypertenze + stav po CMP
ACEI + BB:	hypertenze + ICHS, hypertenze + srdeční selhání
Alfa + Beta blokátory:	hypertenze + hypertrofie prostaty, hypertenze +
	zvýšená SNA, feochromocytom
BKK-blokátor kalciových kanálů, BB-beta-blokátor, d-diuretikum, SNA-sympatická nervová aktivita	

Tab. 2: Výhody dvojkombinace/Fixní kombinace perindopril/amlodipin (Prestance)

Komplexní příznivé organoprotektivní působení
Významný antihypertenzní účinek
Velmi dobrá tolerance
Velké množství důkazů z klinických studií

**fixní kombinace
dvou antihypertenziv
vede k významnému
zlepšení compliance
k léčbě**

Fixní kombinace u arteriální hypertenze

Kombinace dvou antihypertenzních látek, zejména používání fixní kombinace vedoucí ke zlepšení compliance, je vhodnou léčebnou strategií již při zahajování léčby hypertenze. Nedostatečná compliance/adherence k dlouhodobé, mnohdy celoživotní antihypertenzní léčbě je totiž velmi častou příčinou nedostatečně kontrolované hypertenze. Mnoho nemocných s hypertenzí v současné době musí užívat velké množství léků díky asociaci hypertenze s dalšími rizikovými faktory jako je dyslipidemie, diabetes mellitus apod. Na obr. 1 je znázorněna výhoda fixních kombinací dvou látek v jedné tabletě oproti běžné dvojkombinaci ve smyslu zlepšení compliance hypertoniců (3).

Příkladem vhodné fixní kombinace je látka perindopril/amlodipin (Prestance). Je k dispozici ve více koncentracích umožňujících flexibilitu dávkování. Díky velkému množství důkazů o příznivém ovlivnění KV mortality a morbidity z řady studií jak pro perindopril, tak pro amlodipin je tato fixní kombinace přínosná pro léčbu arteriální hypertenze. Významný 24-hodinový antihypertenzní účinek této fixní kombinace byl navíc doložen řadou studií. Tab. 2 uvádí výhody fixní kombinace perindopril/amlodipin.

Pro fixní kombinaci lze využít i kombinaci blokátorů systému renin-angiotenzin (ACE-inhibitor či AT1-blokátor) s diuretikem (thiazid anebo indapamid). Tato kombinace se ukázala být prospěšná ve studii LIFE (7) nebo ADVANCE (8). Indikace pro tuto kombinaci viz tab. 1.

Závěry

Fixní kombinace dvou antihypertenziv je vhodnou alternativou v léčbě hypertenze za před-

pokladu použití dvou látek s déletrvajícím účinkem, které je možné podávat 1x denně. Fixní kombinace dvou antihypertenziv vede k významnému zlepšení compliance k léčbě a tak ke zlepšení kontroly hypertenze. Nejvíce dokladů o příznivém ovlivnění KV mortality/morbidity máme v současné době pro kombinaci ACE-inhibitor a BKK. Fixní kombinace perindopril/amlodipin je vhodnou alternativou v léčbě hypertenze díky velmi dobrému antihypertenznímu účinku, dobré toleranci, organoprotektivitě a velkému množství důkazů z klinických studií.

MUDr. Jiří Widimský jr.

**III. Interní klinika – Centrum pro hypertenzi
VFN a 1. LF UK Praha**

Literatura:

1. J. Widimský jr, R. Cífková, J. Špinar, J. Filipovský et al.: Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze- verze 2007. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Cor Vasa 2008, 50,1, K5-K22.
2. Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. Am J Med 2009; 122:290-300.
3. Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, Messerli FH. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am. J. Med. 2007, Aug, 120/8, 713-9.
4. Bakris G, Molitch M, Hewkin A et al: Differences in glucose tolerance between fixed-dose antihypertensive drug combinations in people with metabolic syndrome. Diabetes Care. 2006 Dec;29(12):2592-7.
5. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, Wedel H, Beevers DG, Caulfield M, Collins R, Kjeldsen SE, Kristinsson A, McInnes GT, Mehlsen J, Nieminen M, O'Brien E, Ostergren J, ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomized controlled trial. Lancet 2005; 366:895-906.
6. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, Dahlöf B, Pitt B, Shi V, Hester A, Gupta J, Gatlin M, Velazquez EJ, ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. N Engl J Med 2008; 359:2417-2428.
7. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE et al.: LIFE study group. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan intervention for End point reduction. Lancet 2002, 359, 995-1003.
8. ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370:829-840.

**nejvíce dokladů
o příznivém
ovlivnění KV
mortality/
morbidity máme
v současné době
pro kombinaci
ACE-inhibitor a BKK**

Stresová inkontinence moči u žen

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

Stresová inkontinence, je to obtěžující stav pro ženy, kdy dochází k samovolnému úniku moči a způsobuje jim to sociální nebo hygienické problémy, které jsou objektivizovatelné. Na podkladě povolení svalů pánevního dna dochází při

přechodném zvýšení nitrobršního tlaku (při smíchu, kašli, zvedání břemene a dalších) k samovolnému úniku moči.

Predisponujícími faktory jsou: ženské pohlaví, vaginální porody - počet a jejich těžkost a dále

HR - Molimed

**stresová
inkontinence
postihuje kolem
35% žen**

**frekvence stresové
inkontinence roste
s počtem vaginálních
porodů**

**cvičení může být
zahájeno
v kterémkoli věku,
ale neúčinnější
je v období
začátků potíží**

pak nadváha, která rovněž ovlivňuje vznik tohoto onemocnění. Při porovnání s ostatními chorobami, je výskyt tohoto onemocnění velmi vysoký a postihuje přibližně 35 % žen, oproti jiným chorobám, například hypertenze se vyskytuje ve 25 % a deprese kolem 20 %. Rovněž věk je jedním z faktorů, výraznější výskyt tohoto onemocnění se objevuje mezi 40-60 léty a k dalšímu zvýšení pak dochází v období 80 let. Se stoupajícím počtem vaginálních porodů stoupá rovněž frekvence inkontinencí.

Možnosti léčby jsou fyzioterapie, farmakoterapie, psychoterapie a používání protetických pomůcek. Je vhodné se obrátit na zkušeného fyzioterapeuta, ale rovněž praktický lékař může poradit ženě některé cviky na posílení dna pánevního.

Vhodné jsou cviky v poloze vleže na zádech s vtahováním pochvy a konečníku, močové trubice, navodit si pocit zadržení stolice a močení. I z tohoto důvodu se doporučuje, aby žena před cvičením nebyla vymočena, náplň močového měchýře napomáhá na intenzitě cvičení. Cviky je vhodné vykonávat s určitou výdrží, asi 3-5 sekund a povolení s opakováním opět několikrát a postupným zvyšováním počtu cviků. Vhodné je rovněž cvičení vtahování konečníku na tři doby s postupným zvyšováním sevření.

Vedle gymnastiky pánevního dna se doporučuje kinestetický trénink a metody elektroterapie

prováděné fyzioterapeuty se snahou o zlepšení reflexní kontraktility pánevního dna.

Kinestetické cviky: žena se učí udržet drobný předmět v pochvě, cvičí přerušování mikce, případně pomocí vaginálních konusů cvičí svaly pánevního dna.

Podle Kegela byly navrženy cviky k posílení pánevního dna, pokud ovšem není minimální volní aktivita možná, doporučuje se zahájení cvičení až po předchozích kinestetických cvicích. Výhodou cvičení je to, že může být zahájeno v kterémkoli věku, ale nesmíme zapomínat, že neúčinnější je v období začátků stresové inkontinence moči.

Elektroterapie je doporučována, pokud byla zjištěna nulová nebo minimální kontrakční schopnost pánevního dna.

Včasně a pravidelné cvičení může od tohoto obtěžujícího problému ženám pomoci, případně potíže snížit.

Zpracováno podle přednášek doc. MUDr. Feyreisl a vlastní přednášky na 4. jarní interaktivní konferenci v Praze dne 23. 4. 2010

**MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Fakulta vojenského lékařství a LF UK,
Hradec Králové**

10 let studie HOPE

prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

**poznatky studie
HOPE zásadně
změnily pohled
na indikaci
ACE inhibitorů**

V lednu roku 2000 uveřejnil The New England Journal of Medicine výsledky přelomové studie HOPE. Její poznatky zásadně změnily náš pohled na indikaci ACE inhibitorů u širokého spektra nemocných a přinesly důkazy o efektivitě této léčby na některé příhody, u nichž do té doby nebylo jisté, zda jsou touto léčbou zásadně ovlivnitelné. I přes dobu, která uplynula od skončení studie řada poznatků do praxe stále ještě zcela nepronikla a je dobré si je dále připomínat.

Jak studie HOPE probíhala

Do studie HOPE byli zařazeni nemocní ve věku nad 55 let s anamnézou nějakého prodělaného kardiovaskulárního onemocnění (ICHs, cévní mozková příhoda, ICHDK) nebo měli diabetes a některý z hlavních rizikových faktorů (hypertenze, hypercholesterolémie, kouření, mikroalbuminurie).

Připomeňme, že krom arteriální hypertenze bylo v té době hlavní indikací ACE-inhibitorů srdeč-

ní selhání a stavy po infarktu myokardu s dysfunkcí levé komory. Nemocní zařazení do studie HOPE naopak nesměli mít žádnou anamnézu srdečního selhání. Skutečně u skupiny, která měla provedenou echokardiografii byla EF pod 40 % nalezena pouze u 2,6 % pacientů. Hypertenze byla přítomna pouze u 46,5 % nemocných.

Celkově bylo do studie zařazeno 9 541 nemocných, kteří měli dostávat zaslepeným způsobem buď 10 mg ramiprilu nebo placebo. Malá skupina nemocných (n=244) dostávala pouze 2,5 mg ramiprilu. Nemocní byli sledováni v průměru 4,5 roku.

Hlavní výsledky studie HOPE

Výsledky studie HOPE byly překvapivé. U celé populace došlo k signifikantnímu snížení primárního cílového ukazatele, kterým byl prodělaný infarkt, mozková příhoda nebo kardiovaskulární úmrtí. Tento složený cíl byl redukován proti placebo o 22 %. Je třeba ale zdůraznit, že došlo

Sanofi - Tritace

**studie HOPE
etablovala léčbu
vysokými dávkami
ramiprilu jako
standard péče
o nemocné
s jakýmkoli projevem
aterosklerózy**

**zcela neočekávaný
je přínos léčby
ramilrilem
u nemocných
s ICHDK**

**studie ONTARGET
prokázala, že
podobné efekty jako
má ramipril,
dosahuje i léčba
80 mg telmisartanu**

**ve studii EUROPA
potvrdil vysokou
preventivní účinnost
u nemocných se
stabilní ICHS
(po IM nebo s jinak
prokázanou ICHS)
perindopril**

k významnému snížení některých cílů, u nichž se příliš v příznivý efekt nedoufalo, jakými byly mozkové cévní příhody (pokles o 32 %), revascularizace, vznik srdečního selhání, vznik nového diabetu, ale především, celková mortalita (pokles o 16 %). V separátní analýze diabetických pacientů (micro-HOPE) byly prokázány velmi příznivé efekty na řadu komplikací u diabetiků, kteří dosud žádnou kardiovaskulární příhodu neprodělali. Pokles rizika byl naprosto koherentní napříč všemi podskupinami nemocných, včetně pacientů bez diabetu a bez hypertenze.

Jaké jsou závěry ze studie HOPE

Studie HOPE etablovala léčbu vysokými dávkami ramiprilu jako standard péče o nemocné s jakýmkoli projevem aterosklerózy (v sekundární prevenci) bez ohledu na typ postižení a to nad rámec stávajících indikací (tedy i u nemocných bez srdečního selhání a bez hypertenze). U rizikových diabetiků nad 55 let pak studie potvrdila místo takové léčby i u nemocných bez dosud prodělané příhody (v primární prevenci).

Zcela neočekávaný je přínos léčby ramilrilem u nemocných s ICHDK. V analýze, která se zabývala významem klinické ICHDK a snížení kotníkového tlaku se ukázalo, že největší profit z léčby měli právě nemocní s klinickými projevy ICHDK následování skupinou s ABI (ankle brachial index) pod 0,9. Naopak malý byl přínos u nemocných s normálními hodnotami ABI. V klinické praxi však na tento fakt zapomínáme a nemocné s ICHDK k léčbě ACE-inhibitory běžně neindikujeme.

Jaké má studie HOPE následovníky

V pravém slova smyslu je jedinou s HOPE srovnatelnou studií studie ONTARGET, která prokázala, že podobné efekty jako má ramipril, dosahuje i léčba 80 mg telmisartanu.

Z ACE inhibitorů pak u nemocných se stabilní ICHS (po IM nebo s jinak prokázanou ICHS) potvrdil vysokou preventivní účinnost perindopril ve studii EUROPA. Poněkud rozpačité, přesto stále slibné výsledky přinesla studie PEACE s trandolaprelem.

Čím si vysvětlit příznivé efekty vysokých dávek ramiprilu

Ve studii HOPE bylo dosaženo poměrně malého poklesu krevního tlaku měřeného na paži (snížení po 2 letech z výchozích 139/79 mmHg na 136/76 mmHg v ramiprilové větvi a na 139/77 ve větvi placebové). Toto snížení tlaku nemůže vysvětlit než zhruba třetinu až polovinu z pozorovaného efektu.

Významnou roli může hrát přímé antiaterogenní působení vysoké dávky ramiprilu. Podstu-

die SECURE, kde byly srovnávány dopady léčby na aterosklerózu karotid ukázala, že 2,5 mg ramiprilu sice snížilo krevní tlak skoro stejně jako 10 mg, ale aterosklerózu nezpomalilo, zatímco vysoká dávka ano. Podobně tomu bylo u sledování regrese hmotnosti levé komory, která klesala při léčbě 10 mg, ale nebyla ovlivněna dávkou 2,5 mg. Tato nízká dávka také na rozdíl od vysoké nezabránila poklesu ejekční frakce.

V neposlední řadě se mohou pod výsledek studie HOPE podepsat i příznivé metabolické vlivy blokady systému renin angiotenzin, kdy ramipril dokázal snížit riziko vzniku nového diabetu o 34 %.

V čem zůstává studie HOPE dodnes bez náležitě odezvy

Studie HOPE rozšířila indikace nemocných k léčbě vysokou dávkou ramiprilu na pacienty s jakoukoli manifestací aterosklerózy. V běžné klinické praxi bohužel zapomínáme, že indikaci představují nejen nemocní po iktu či s ICHS, ale i pacienti s ICHDK. Neměli bychom zapomínat, že **takováto šíře indikací se nevztahuje paušálně na všechny ACE-inhibitory**. Ve skutečnosti pouze perindopril má indikaci u stabilní ischemické choroby srdeční na podkladě velmi příznivých výsledků studie EUROPA. Nověji se v šíři indikací s ramiprelem vyrovnal pouze telmisartan a i zde platí, že tuto indikaci nelze paušálně přenášet na jiné léky ze skupiny sartanů.

Studie HOPE ukázala, že organoprotektivní dávkou je až 10 mg ramiprilu. Malá dávka 2,5 mg sice snížila účinně krevní tlak, ale nebyla schopna zabránit progresi aterosklerózy a hypertrofie levé komory, vysoká dávka ano. Srovnatelné účinky má podobně až vysoká dávka telmisartanu 80 mg.

Pokračování studie HOPE (studie HOPE-TOO) ukázalo, že léčba má být nasazena co nejdříve. Po ukončení studie mohli být léčeni i nemocní ve větvi, která původně dostávala placebo, avšak jejich riziko se již nikdy nepřiblížilo nemocným, kteří byli léčeni ramiprelem již od počátku.

Závěrem lze shrnout, že léčba vysokými dávkami ACE-inhibitoru ramiprilu nastolila v podobě studie HOPE nové indikace blokady systému renin angiotenzin, které ukazují na účinky nad rámec prostého poklesu krevního tlaku. Jejich přenesení do praxe je však stále ještě neúplné i 10 let od publikace jejich výsledků.

**prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.,
II. interní klinika kardiologie a angiologie,
1. LF UK a VFN, Praha**

V interaktivním bloku hematologické problematiky v primární péči se přednášející **MUDr. Jaroslava Laňková (praktická lékařka)** a **prim. MUDr. Petr Kessler (hematolog)** zaměřili na obtížné situace při vedení léčby warfarinizovaného pacienta. Na příkladu 4 ilustračních kazuistik se věnovali problematice nestabilního INR a dietních vlivů, krvácivým komplikacím, pooperačnímu riziku tromboembolismu a přípravě warfarinizovaného pacienta k invazivnímu zákroku. Poslední jmenovaný případ byl doplněn teoretickou přednáškou prim. Kesslera, jejíž obsah je podrobně obsažen v autorově článku, který byl nedávno publikován v časopise „Interná medicína“ a který si se svolením autora a uvedeného časopisu dovoluujeme níže publikovat.

Příprava pacienta léčeného warfarinem k operaci

MUDr. Petr Kessler

Souhrn

Příprava pacienta léčeného warfarinem k operaci musí vycházet z komplexního posouzení pacientovy situace a operačního výkonu. Na jedné straně zvažujeme riziko krvácení spojené s výkonem a míru zvýšení tohoto rizika antikoagulační léčbou. Na druhé straně zvažujeme bazální riziko trombotických komplikací, dané základním onemocněním pacienta a riziko pooperačního žilního tromboembolismu, dané věkem pacienta, charakterem operačního výkonu a přídatnými rizikovými faktory. Výkony s nízkým rizikem krvácení (extrakce zubu, drobné kožní operace, operace katarakty, endoskopie zažívacího traktu včetně slizniční biopsie) je možno provést při nepřerušené antikoagulační léčbě s hodnotami INR v rozmezí 2,0-3,0. U ostatních výkonů je nutno warfarin cca 5 dní před operací vysadit. Po poklesu INR pod dolní hranici terapeutického rozmezí je nutno (s výjimkou osob s nízkým bazálním rizikem trombózy) zahájit podávání nízkomolekulárního heparinu (LMWH) v dávce odpovídající stupni bazálního rizika trombózy. Po operaci zpravidla zahajujeme podávání LMWH v profylaktické dávce, převod na plnou dávku LMWH tam, kde je indikován, zpravidla realizujeme nejdříve po 48–72 hodinách, nejsou-li přítomny krvácivé komplikace. Při přípravě k akutní operaci musíme účinek warfarinu zrušit podáním malé dávky vitamínu K, v případě nutnosti zahájení výkonu dříve než za 12 hodin je nutno podat koncentrát faktorů protrombinového komplexu.

Úvod

U pacientů léčených warfarinem bývá tradičně doporučováno přerušit 3–5 dní před plánovaným invazivním výkonem podávání warfarinu, po výkonu zavést farmakologickou profylaxi nízkomolekulárním heparinem (LMWH) adekvátní riziku pooperačního venózního tromboembolismu (VTE) a převést pacienta zpět na warfarin. Tento přístup však nezohledňuje dostatečně in-

dividuální rozdíly v rychlosti biotransformace warfarinu, riziko krvácení odpovídající příslušnému výkonu ani individuální riziko trombotických komplikací. Rozdíly v rychlosti odbourávání warfarinu jsou dány jednak geneticky (1,2), jednak polymorbiditou a lékovými interakcemi (3,4). Warfarin je odbouráván pomalu u nosičů polymorfismů cytochromu p450 2C9 *2 a *3 a dále u pacientů, léčených souběžně inhibitory tohoto enzymu, z nichž nejvýznamnější jsou amiodaron a capecitabin (3,4). Po 3 dnech vysazení warfarinu nejméně u 20 % pacientů přetrvává INR vyšší než 2,0.

U pacienta léčeného warfarinem si před plánovaným invazivním výkonem musíme především odpovědět na otázku, zda je riziko krvácení po tomto výkonu významně vyšší, pokud nepřeručíme léčbu warfarinem. Riziko významných krvácivých komplikací je u některých drobných výkonů nízké, u jiných operací je naopak velmi vysoké.

U pacientů se standardním a vysokým rizikem perioperačního krvácení pak musíme vyhodnotit bazální riziko trombotických komplikací související se základním onemocněním, pro které je pacient léčen warfarinem a riziko pooperačního VTE.

Výkony s nízkým rizikem krvácení

U některých drobných výkonů je riziko významných krvácivých komplikací minimální a při hodnotě INR v rozmezí 2,0-3,0 není toto riziko zvýšeno. U **nekomplikovaných extrakcí zubů** byl v řadě studií prokázán nulový výskyt velkých krvácení a minimální výskyt jiných klinicky významných krvácení (5). Proto podle současných doporučení není u těchto nemocných indikováno přerušování antikoagulační léčby (6). Protože však předávkování warfarinu riziko krvácení zvyšuje, je z praktického hlediska užitečné týden před plánovanou extrakcí zkontrolovat INR a při hodnotě vyšší než 3,0 dávku warfarinu snížit např. o 1,5 mg za týden a před extrakcí znovu hodnotu INR zkontrolovat. V několika studi-

výkony s nízkým rizikem krvácení je možno provést při nepřerušené antikoagulační léčbě s hodnotami INR v rozmezí 2,0-3,0

u nekomplikovaných extrakcí zubů není podle současných doporučení indikováno přerušování antikoagulační léčby, ale je vhodné týden před výkonem zkontrolovat INR a případně upravit dávku

Tabulka č. 1: Roční riziko tepenného tromboembolismu u pacientů neléčených warfarinem

indikace warfarinu	riziko trombózy
nerevmatická fibrilace síní (podle CHADS2 skóre)	2–18%
fibrilace síní při chlopenní vadě	12%
bileaflet aortální chlopenní náhrada	12%
disková aortální chlopenní náhrada	23%
bileaflet mitrální chlopenní náhrada	22%
vícečetné umělé chlopenní náhrady	91%
stav po arteriální trombóze do 1 měsíce	15%

Tabulka č. 2: Roční riziko tepenného tromboembolismu při nerevmatické fibrilaci síní podle CHADS2 skóre (12)

CHADS2 skóre	riziko trombózy
0	1,9%
1	2,8%
2	4,0%
3	5,9%
4	8,5%
5	12,5%
6	18,2%

Tabulka č. 3: Roční riziko venózního tromboembolismu

indikace warfarinu	riziko trombózy
VTE do 1 měsíce od příhody	40%
idiopatický nebo paraneoplastický VTE	15–20%
provokovaný VTE více než 6 týdnů od příhody	4,3%

cienta je třeba připravit podobně, jako na běžný operační výkon. Pro praxi považujeme za vhodné řešení u pacienta před endoskopií horní části zažívacího traktu dávku warfarinu neupravovat, většinou je možné provést i odběr biopsie. V případě endoskopického nálezu budícího obavy ze zvýšeného rizika krvácení po biopsii je možno výkon brzy zopakovat po vysazení warfarinu. Vzhledem k nutnosti přípravy tlustého střeva před kolonoskopickým vyšetřením, která sama o sobě může zvýšit účinek warfarinu a k vyšší pravděpodobnosti nálezu polypu indikovanému k polypektomii, považujeme za optimální před kolonoskopií pacienta připravit jako před běžným operačním výkonem.

Výkony se standardním a vysokým rizikem krvácení

Pokud nejde o výkon provázený minimálním rizikem krvácení, je nutno pacienta užívajícího warfarin připravit. Tato příprava zahrnuje vysazení warfarinu a ve většině případů přechodné zajištění pacienta nízkomolekulárním heparinem. Při plánování postupu u konkrétního pacienta je nutno zvážit zejména jeho bazální dlouhodobé riziko trombózy, zvýšení rizika trombózy v pooperačním období a riziko pooperačního krvácení (6).

Odhad bazálního rizika trombózy

Bazální riziko trombotických komplikací vyplývá především z vlastní indikace antikoagulační léčby (6), přehledně je uvedeno v tabulkách č. 1, 2, 3.

Riziko trombotické příhody u pacientů s umělými chlopněmi je nadále zvyšováno přítomností srdečního selhání, hypertenze, věku nad 75 let, diabetu a anamnézou prodělané cévní mozkové příhody (6).

Stejně faktory hrají zásadní roli při odhadu rizikovitosti nerevmatické fibrilace síní, kdy jsou počítána různá riziková skóre, z nichž nejčastěji je používáno CHADS2 skóre (12), kdy 1 bodem je hodnocena přítomnost srdečního selhání, hypertenze, věku nad 75 let a diabetu, 2 body je hodnocena předchozí cévní mozková příhoda (nebo jiná tepenná embolizace)

Riziko rekurentního VTE postupně klesá s časovým odstupem od poslední tromboembolické příhody, zejména u provokovaných příhod. U idiopatických nebo paraneoplastických trombóz přetrvává zvýšené riziko rekurentní příhody v případě vysazení warfarinu dlouhodobě.

Podle bazálního rizika je tedy možno pacienty rozdělit do 3 skupin:

1. Skupina s nízkým bazálním rizikem ($\leq 4\%$): Nerevmatická fibrilace síní, CHADS2 skóre 0–2.
2. Skupina se středním rizikem (4–10 %): Ne-

příprava tlustého střeva před kolonoskopickým vyšetřením sama o sobě může zvýšit účinek warfarinu

před kolonoskopií je vhodné pacienta připravit jako před běžným operačním výkonem

ích vedlo vyplachování úst roztokem kyseliny tranexamové po extrakci zubu k redukci krvácivých komplikací (7). Protože však, jak bylo uvedeno výše, výskyt těchto komplikací je velmi nízký, v praxi doporučujeme k těmto výplachům přistoupit jen v případě, že se krvácení objeví.

U **drobných kožních operací** je výskyt významných krvácivých komplikací při kontinuální léčbě warfarinem nízký (8). U **operací katarakty** je výskyt drobných krvácení při léčbě warfarinem vyšší, nicméně, klinicky významné krvácení je velmi vzácné a nevedlo k poškození zraku (9). Proto podle současných doporučení má být u pacientů podstupujících operaci katarakty nebo drobnou kožní operaci v terapii warfarinem pokračováno (6).

Endoskopie zažívacího traktu včetně slizniční biopsie jsou samy o sobě málo rizikové z hlediska krvácivých komplikací, tyto výkony je možno provést bez přerušení léčby warfarinem (10). Naproti tomu **endoskopická polypektomie**, zejména polypů přisedlých nebo větších než 1 cm je provázena u antikoagulovaných pacientů zvýšeným rizikem krvácivých komplikací (11) a pa-

Sanofi - Clexane

Tabulka č. 4: Přidatné rizikové faktory, zvyšující riziko VTE	
chorobné stavy	ostatní faktory
obezita	gravidita
rozsáhlé varixy	puerperium
malignita	hormonální antikoncepce
srdeční či plicní selhání	náhradní léčba estrogy
CMP	léčba tamoxifenem
imobilizace delší než 3 dny	léčba kortikoidy
akutní zánětlivé onemocnění	známá laboratorní trombofilní odchylka

Tabulka č. 5: Dávkování LMWH v předoperační fázi		
bazální riziko	dávka LMWH	poslední dávka
nízké	0	0
střední riziko VTE	profylaktická	12 hod. před operací
střední riziko arteriální trombózy nebo vysoké riziko	léčebná	24 hod. před operací

Tabulka č. 6: Dávkování koncentráту faktorů protrombinového komplexu	
hodnota INR	dávka koncentrátu
2–3,9	25 IU/kg
4–5,9	35 IU/kg
>6	50 IU/kg

revmatická fibrilace síní, CHADS2 skóre 3–4, provokovaný VTE prodělaný před více než 6 týdny, s příčinou, která již odezněla.

3. Skupina s vysokým rizikem: všechny ostatní stavy, indikující léčbu warfarinem.

Odhad rizika pooperačního VTE

Riziko pooperačního trombózy je určeno věkem pacienta, přidatnými rizikovými faktory (tab. č. 4), a charakterem a okolnostmi operačního výkonu (13). Výkony pak lze rozdělit do 3 skupin:

1. Skupina s nízkým rizikem: Malá operace u mobilního pacienta. Riziko pooperačního trombózy je malé a běžně není indikována pooperační farmakologická tromboprofylaxe.
2. Skupina se středním rizikem: Většina operačních výkonů. Standardním postupem u této skupiny pacientů je pooperační podávání LMWH v nižší profylaktické dávce (podle SPC).
3. Skupina s vysokým rizikem:
 - a) Rozsáhlé operace ortopedické, traumatologické, onkochirurgické.
 - b) Operace u pacientů s anamnézou VTE. Standardním postupem u této skupiny nemocných je pooperační podávání LMWH ve vyšší profylaktické dávce (podle SPC), pokud možno v kombinaci s mechanickými metodami,

v řadě případů je farmakologická tromboprofylaxe extendovaná na dobu 3–5 týdnů, možnou alternativou je podávání fondaparinuxu.

Postupy podle jednotlivých rizik

Hemostazeologické zajištění rozdělujeme do 2 fází. 1. fáze (předoperační) je vysazení warfarinu a zajištění do doby operace – v této době se uplatňuje pouze bazální riziko trombózy a náš postup je odvozen od tohoto rizika. 2. fáze (operační a pooperační) začíná těsně před operací a pokračuje po operaci až do zpětného převedení na warfarin. V tomto období se uplatňuje riziko perioperačního a pooperačního krvácení, bazální riziko trombózy a riziko pooperačního trombózy, tato rizika musíme vybalancovat tak, abychom dosáhli co nejnižší pravděpodobnosti závažné příhody (velké krvácení, velká trombóza).

Postup v předoperační fázi

Podle místních podmínek je možno postupovat 2 způsoby:

1. Týden před plánovanou operací vyšetřit INR a snížit dávku warfarinu s cílem dosažení dolní hranice cílového rozmezí cca za 3 dny. Po 3 dnech zkontrolovat INR a vysadit warfarin. Při poklesu INR pod dolní hranici cílového rozmezí zahájit léčbu LMWH.
2. 5 dní před plánovanou operací vyšetřit INR, vysadit warfarin, za 2 dny zkontrolovat INR a při poklesu INR pod dolní hranici cílového rozmezí zahájit léčbu LMWH.

Při použití obou způsobů (častěji při použití 2. způsobu) se nevyhne u malého procenta pacientů nedostatečnému poklesu INR. Proto je nutno den před výkonem zkontrolovat INR a při zjištění hodnoty nad 1,5 podat 1 mg vitamínu K p. o. (1 kapka Kanavitu), což u naprosté většiny těchto pacientů zabezpečí dostatečný pokles INR v den operace (14,15).

Dávkování LMWH v předoperační fázi se řídí podle bazálního rizika (6) – viz tab. č. 5.

Specifickou skupinu tvoří pacienti s VTE, u nichž byl zjištěn zhoubný nádor řešitelný operací. Jistě není u těchto nemocných vhodné s operací příliš otálet, proto je zde indikováno zavedení dočasného kaválního filtru (16) a další postup jako u ostatních osob s vysokým bazálním rizikem. Nepřevádíme je ale na warfarin, neboť u pacientů s paraneoplastickou trombózou je indikována léčba LMWH po dobu nejméně půl roku (6,17).

Postup v operační a pooperační fázi

Zahájení pooperační profylaxe by mělo být individualizováno, zejména by mělo být vzato v úvahu jak obecné riziko pooperačního krvácení spojené s určitým typem výkonu, tak operační komplikace a výskyt krvácení po výkonu u konkrétního pacienta. Pokud nedochází k abnormálním

5 dní před plánovanou operací vyšetřit INR, vysadit warfarin, za 2 dny zkontrolovat INR a při poklesu INR pod dolní hranici cílového rozmezí zahájit léčbu LMWH

Zentiva - Zenaro 1. strana pdf

krvním ztrátám, je doporučeno zahájení profylaktické dávky LMWH 6–12 hodin po operaci. Zvýšení dávky LMWH až k terapeutické dávce by mělo být zvažováno ve skupině pacientů, kterým byla tato dávka podávána předoperačně (tab. č. 5), a to nejdříve 48–72 hodin po operaci (6), pokud nedochází při profylaktické dávce LMWH k dalším krvácením. Současně je zahájeno podávání warfarinu v původní dávce (první den možno podat dávku dvojnásobnou) a po dosažení terapeutického rozmezí INR 2x s odstupem nejméně 24 hodin je možno ukončit podávání LMWH. Je třeba vzít v úvahu, že týdenní dávka warfarinu potřebná pro udržení INR v cílovém rozmezí může být v pooperačním období (zejména po rozsáhlých operačních výkonech) menší, než před operací.

U výkonů s obzvlášť vysokým rizikem velkého krvácení (např. neurochirurgické operace) je doporučeno po nezbytnou dobu místo farmakologické trombotrofylaxe používat pouze mechanické metody profylaxe VTE (intermitentní pneumatická komprese) a přejít na LMWH hned po odeznění rizika velkého krvácení na únosnou míru (18,19).

Příprava pacienta léčeného warfarinem k akutní operaci

U pacientů léčených warfarinem občas dochází – stejně jako u jakékoli jiné osoby – k nutnosti akutního operačního výkonu. Pokud je indikací k výkonu náhlá příhoda břišní, ve většině případů přichází pacient s INR nad terapeutickým rozmezím v důsledku zvýšení účinnosti warfarinu při akutním onemocnění. Účinek warfarinu je nutno zrušit pokud možno do zahájení operace. Podle naléhavosti operace můžeme zvolit podání vitamínu K (2–5 mg v pomalé i. v. infuzi) nebo podání koncentráту faktorů protrombinového komplexu (např. Prothromplex) spolu s vitamínem K 2 mg (6,20). Samotný vitamin K volíme pouze v případě možnosti odložení operace o cca 12 hodin, v případě nutnosti rychlejší úpravy hemostázy volíme koncentrát faktorů protrombinového komplexu, jehož účinek se projeví do několika minut. Dávkování koncentrátu faktorů protrombinového komplexu se odvíjí od aktuální hodnoty INR (viz tab. č. 6). Při nedostupnosti tohoto koncentrátu je možno podat čerstvě zmraženou plazmu 15 ml/kg, dávku je pak většinou vhodné během operace opakovat.

V pooperačním období pak postupujeme stejně jako u plánovaného výkonu s tím, že je nutné častější a komplexnější monitorování stavu hemostázy a konzultace hematologa.

Závěr

Operace u pacienta léčeného warfarinem je vždy provázána vyšším rizikem krvácivých i trombotických komplikací, komplexní a promyšle-

nou přípravou je však možno tato rizika snížit na únosnou míru.

MUDr. Petr Kessler

**Odd. hematologie a transfuziologie
Nemocnice Pelhřimov, p. o.**

Článek byl uveřejněn v časopise „Interná medicína“ 10/2009, redakce vydavatelství Same-di s.r.o. souhlasí s jeho publikováním v časopise Practicus.

Literatura:

1. Yin T, Miyata T.: Warfarin dose and the pharmacogenomics of CYP2C9 and VKORC1 - rationale and perspectives. *Thromb Res.* 2007;120(1):1-10.
2. Muskat M, Blotnik S, Elami A, et al.: Warfarin metabolism and anticoagulant effect: a prospective, observational study of the impact of CYP2C9 genetic polymorphism in the presence of drug-disease and drug-drug interactions. *Clin Ther.* 2007 Mar;29(3):427-37.
3. Naganuma M, Shiga T, Nishikata K, et al.: Role of desethylamidodone in the anticoagulant effect of concurrent amiodarone and warfarin therapy. *J Cardiovasc Pharmacol Ther.* 2001 Oct;6(4):363-7.
4. Gunes A, Coskun U, Boruban C, et al.: Inhibitory effect of 5-fluorouracil on cytochrome P450 2C9 activity in cancer patients. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2006 Feb;98(2):197-200.
5. Brewer AK: Continuing warfarin therapy does not increase risk of bleeding for patients undergoing minor dental procedures. *Evid Based Dent.* 2009;10(2):52.
6. Douketis JD, Berger PB, Dunn AS, et al.: The perioperative management of antithrombotic therapy. American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th Edition). *Chest* 2008; 133; 299-339.
7. Patatanian E, Fugate SE.: Hemostatic mouthwashes in anticoagulated patients undergoing dental extraction. *Ann Pharmacother.* 2006 Dec;40(12):2205-10.
8. Sugden P, Siddiqui H.: Continuing warfarin during cutaneous surgery. *Surgeon.* 2008 Jun;6(3):148-50.
9. Jamula E, Anderson J, Douketis JD.: Safety of continuing warfarin therapy during cataract surgery: a systematic review and meta-analysis. *Thromb Res.* 2009 Jul;124(3):292-9.
10. Ono S, Fujishiro M, Hirano K, et al.: Retrospective analysis on the management of anticoagulants and antiplatelet agents for scheduled endoscopy. *J Gastroenterol.* 2009 Sep 10. [Epub ahead of print].
11. Hui AJ, Wong RM, Ching JY, et al.: Risk of colonoscopic polypectomy bleeding with anticoagulants and antiplatelet agents: analysis of 1657 cases. *Gastrointest Endosc.* 2004 Jan;59(1):44-8.
12. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, et al.: Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA.* 2001 Jun 13;285(22):2864-70.
13. Gumulec J., Penka M., Bezděk R., et al.: Prevence žilní tromboembolické nemoci: obecně platná pravidla. *Vnitř Lek.* 2006 Mar;52 Suppl 1:6-16
14. Kovacs MJ, Kearon C, Rodger M, et al.: Single-arm study of bridging therapy with low-molecular-weight heparin for patients at risk of arterial embolism who require temporary interruption of warfarin. *Circulation.* 2004 Sep 21;110(12):1658-63.
15. Woods K, Douketis JD, Kathirgamanathan K, et al.: Low-dose oral vitamin K to normalize the international normalized ratio prior to surgery in patients who require temporary interruption of warfarin. *J Thromb Thrombolysis.* 2007 Oct;24(2):93-7.
16. Adib T, Belli A, McCall J, et al.: The use of inferior vena caval filters prior to major surgery in women with gynaecological cancer. *BJOG.* 2008 Jun;115(7):902-7.
17. Lee A.: VTE in patients with cancer—diagnosis, prevention, and treatment. *Thromb Res.* 2008;123 Suppl 1:S50-4.
18. Epstein NE: Intermittent pneumatic compression stocking prophylaxis against deep venous thrombosis in anterior cervical spinal surgery: a prospective efficacy study in 200 patients and literature review. *Spine (Phila Pa 1976).* 2005 Nov 15;30(22):2538-43.
19. Barillari G, Pasca S.: Practical use of intermittent pneumatic compression as thromboprophylaxis in neurosurgery. *J Neurosurg Sci.* 2009 Jun;53(2):45-8.
20. Gumulec J., Kessler P., Procházka V., et al.: Krvácivé komplikace antikoagulační léčby. *Vnitř Lek.* 2009 Mar;55(3):277-89.

Roche

Metabolický syndrom

MUDr. Alice Havlová

**nízký HDL
– cholesterol
a vysoké
triglyceridy jsou
typickou dyslipidémií
u DM 2. typu**

**vedoucí příčinou
morbidit
a mortality
u diabetiků jsou
totiž
makrovaskulární
komplikace**

Na IV. JIK v Praze ve dnech 23.-25. 4. 2010 mne zaujala v sekci Metabolického syndromu (MS) přednáška paní profesorky Rosolové, ve které upozorňuje na novinky v léčbě metabolického syndromu.

Upozorňuje na novinky v léčbě aterogenní dyslipidémie, která tvoří dva důležité faktory MS tj. zvýšené triglyceridy (2,3 mmol/l a vyšší) a současně snížený HDL cholesterol (0,9 mmol/l a nižší). Nové výsledky studie ACCORD Lipid prokázaly u diabetiků 2. typu, že přidávat k léčbě statiny fenofibrát k dalšímu snížení kardiovaskulárního (KV) rizika má smysl pouze tehdy, pokud má diabetik tuto aterogenní dyslipidémii. Novinkou je, že i praktičtí lékaři mohou předepisovat kombinaci léčby statin-fibrát. Nízký HDL – cholesterol a vysoké triglyceridy je typická dyslipidémie pro DM 2. typu. Přidaný fenofibrát redukuje hlavní KV příhody u těchto diabetiků.

Při léčbě diabetického pacienta s metabolickým syndromem je nutné myslet na to, že se jedná o nemocného s vysokým kardiovaskulárním rizikem, s vyšším rizikem než u diabetika bez metabolického syndromu. U takového diabetika je nutné provést důslednou intervenci životních návyků, případně zahájit i redukci hmotnosti.

Vedoucí příčinou morbidit a mortality u diabetiků jsou totiž makrovaskulární komplikace (ICHs, mozková mrtvice a onemocnění periferních cév). Farmakologicky je třeba nejprve dosáhnout cílových hodnot LDL cholesterolu pod 2,5 mmol/l, pokud nemá manifestní kardiovaskulární onemocnění, a ještě níže tj. pod 1,8 mmol/l, pokud je již po infarktu myokardu nebo má jinou aterosklerotickou vaskulární nemoc.

Podáním statinů, které jsou lékem první volby, je nutné dosáhnout poklesu LDL cholesterolu – nejvýznamnějšího rizikového faktoru (RF).

Následně je nutné zkontrolovat koncentraci triglyceridů a HDL cholesterolu a pokud je přítomna aterogenní dyslipidémie, přidat fenofibrát. Aterogenní dyslipidémie tj. vysoké triglyceridy a nízký HDL cholesterol, je významná pro KV riziko i mikrovaskulární komplikace.

V druhé řadě je třeba normalizovat krevní tlak metabolicky prospěšnými nebo neutrálními antihypertenzivy: ACE inhibitory nebo sartany, blokátory kalciových kanálů, do kombinace Indapamid nebo agonisty imidazolových receptorů. Krevní tlak by měl dosahovat hodnot pod 140/90 do 130/80 mmHg.

V třetí řadě z hlediska prevence kardiovaskulárních nemocí i mikrovaskulárních nemocí je třeba dobře léčit hyperglykémii.

U diabetika s metabolickým syndromem je třeba léčit všechny rizikové faktory intenzivně a co možná nejdříve. V rámci preventivních prohlídek vyhledávat pacienty s aterogenní dyslipidémií a co nejdříve zahájit terapii již v ordinaci praktického lékaře. Záleží jenom na lékaři a na úrovni jeho znalostí o tom, kdy a jaký preparát použít a kdy konzultovat se specialisty.

Včasně zahájená léčba je vždy klíčová, protože pozdě léčenému pacientu již velmi obtížně můžeme odstranit vzniklé změny.

**MUDr. Alice Havlová
krajský konzultant SVL ČLS JEP
pro Moravskoslezský kraj**

Parkinsonova nemoc: diagnostika a léčba

MUDr. Anna Nejedlá

Blok neurologie, kterému byl na konferenci vyhrazen časový úsek od 14:30 do 15:30 v sobotu odpoledne, začal velmi nápaditě a netradičně.

Pokud někdo z kolegů před zahájením vlastní přednášky váhal s odpovědí na některou z otázek připravených **prof. dr. Martinem Barešem z Centra pro abnormní pohyby a parkinsonismus** I. neurologické kliniky FN u sv. Anny v Brně, tak po jejím skončení se správnou odpovědí na stejné otázky již skoro neváhal.

Z výsledků kontrolního testu zcela zřetelně vy-

plynulo, že přednáška byla nejen excelentní, ale zcela vyčerpávající, poučná, praktická a významně přispěla k doplnění a upřesnění vědomostí o této nemoci.

Parkinsonova nemoc je nejčastější příčinou parkinsonismu (4 z 5 pacientů mají Parkinsonovou nemoc jako takovou) a jde o relativně časté neurodegenerativní onemocnění s postižením bazálních ganglií, zejména substanti nigra = motorický deficit.

Idiopatická Parkinsonova nemoc tvoří až 80%

Zentiva - Zenaro 2. strana pdf

**pro chůzi jsou
příznačné zkrácené,
drobné, cupitavé
kroky, zadrhávání
chůze a rozfázovaná
otočka**

**klinická
manifestace
nejčastěji ve věku
40-70 let**

**v terapii se dnes
jednoznačně
dominantně používá
levodopa**

všech případů parkinsonismu. Toto onemocnění popsal James Parkinson v roce 1817.

Mezi základní příznaky patří klidový třes, rigidity, bradykinese/akinese, postižení posturálních reflexů ve smyslu postižení chůze, pro kterou jsou příznačné zkrácené, drobné, cupitavé kroky, zadrhávání se v chůzi, rozfázovaná otočka. Diagnosu rozhodně podpoří zlepšení příznaků po nasazení dopaminergní léčby!

Epidemiologie Parkinsonovy nemoci:

Ke klinické manifestaci dochází nejčastěji mezi 40-70 léty, před 30 rokem vzácněji, ale existují i juvenilní formy, které se manifestují před 20 rokem.

Poměr postižení je 3:2 v neprospěch mužů.

V USA je prevalence onemocnění 160/100 tisíc obyvatel a ve věku nad 65 let se onemocnění vyskytuje u 1 % populace.

Data z ČR nemáme, ale odhaduje se, že máme 15 tis. pacientů s touto nemocí.

Preklinické stadium Parkinsonovy nemoci:

Patologické změny předcházejí klinickou manifestací onemocnění i o několik let, dokonce i desítek let, ale my to nejsme schopni zjistit. První symptomy jsou nenápadné a klinická diagnosa je tudíž nemožná.

Etiologie je asi multifaktoriální. Hereditární predispozice hraje patrně minoritní roli, stejně tak i stárnutí má malou roli. Sleduje se i vliv životního prostředí a stylu.

V diferenciální diagnostice bychom měli pomyslet na řadu jiných nemocí:

1. Esenciální třes – je to třes při pohybu.
2. Binswangerova nemoc, tzv. vaskulární parkinsonismus, který je ale vzácný, prakticky neexistuje, vyskytuje se max. ve 4 %.
3. Normotenzní hydrocefalus – jednotka zcela reverzibilní, když se pacientům zavede shunt, tak tzv. vykvetou.
4. Akinetické formy deprese – ty jsou ale léčitelné.
5. Lékově navozený parkinsonismus, především typickými neuroleptiky, jako Haloperidol. Pacient nesmí dostat ani metoclopramid (Degán, Cerucal). Stugerón rovněž zhoršuje parkinsonismus a tudíž ani tento lék pacient nesmí dostat.
6. Creutzfeld-Jakob disease.
7. Alzheimerova nemoc.
8. A další...

Úvodní symptomy:

K úvodním symptomům patří především již zmínované motorické (klidový třes, malé kroky se zadrháváním se při chůzi, s pomáháním si při otočce tzv. rozfázováním na několik kroků), ale i psychické-psychiatrické, autonomní, nespecifické, senzitivní, senzorické.

Terapie:

V terapii se dnes jednoznačně dominantně používá levodopa. Existují jednodenní formy preparátu, náplasti a lze podávat i v infúzích.

Léčba anticholinergiky je prakticky opuštěná. Mají řadu vedlejších účinků a pokud fungují, tak pouze na třes.

Amantadin se rovněž používá velmi omezeně, pokud potřebujeme snížit dyskineze.

Inhibitory MAO-B využíváme dnes už také minimálně. Pacienti mají často deprese, takže užívají antidepresiva, která nelze s těmito preparáty kombinovat.

Nově se jeví slibným intrajejunální podávání L-Dopy ve formě gelu. Nevýhodou je invazivní přístup, protože vyžaduje zavedení perkutánní gastrostomie, ale výhodou je nastavení vyrovnávacích sérových hladin L-Dopy.

Pozdní komplikace PN:

Patří sem jednak motorické, kterých ovlivnění je prvořadé a potom nemotorické, jako psychické-psychiatrické, senzitivně-senzorické, nespecifické-únavnost, autonomní.

Nejvíce nás limitují halucinace, které mohou být zrakové, sluchové, taktilní, čichové. Mohou se objevit paralelně s infekcí, proto budeme po ní pátrat, ptát se na úbytek váhy. Také při jejich výskytu je nutné zkontrolovat léčbu pacienta se zaměřením na léky způsobující tyto potíže.

V léčbě použijeme atypická neuroleptika (clozapin, quetiapin), CAVE Haloperidol či jiná typická neuroleptika.

Pokud něco může oddálit rozvoj pozdních motorických komplikací, tak je to včasné nasazení dopaminergních agonistů.

Z nemotorických pozdních komplikací se v 60-80 % vyskytují deprese, kde v léčbě použijeme antidepresiva ze skupiny SSRI a po 10 letech léčby až u 80 % nemocných se rozvíjí demence, kde můžeme použít inhibitor ACHE – rivastigmin (Exelon).

Z chirurgické léčby pozdních komplikací PN bych zmínila funkční stereotaktickou operaci, jejímž cílem může být talamus, pallium nebo subthalamické jádro. Někdy nám pomůže významně zlepšit kvalitu života pacienta. Nevyléčí, ale posune nemoc o několik let zpět.

Na závěr bych zdůraznila, že byt' se jedná o onemocnění nevyléčitelné, je správnou léčbou kompenzovatelné. Včasné stanovení diagnosy a zahájení správné léčby vede k oddálení rozvoje motorických komplikací a tím i ke zvýšení kvality života, což by mělo být našim cílem.

**MUDr. Anna Nejedlá
krajský konzultant SVL ČLS JEP
pro Severočeský kraj**

Prevence kardiovaskulárních příhod

Odpolední blok přednášek prvního dne konference byl věnován prevenci kardiovaskulárních příhod.

V úvodním sdělení pohovořil **dr. Suchopár** o rizicích polypragmatie a lékových interakcí v léčbě pacientů s kardiovaskulárním rizikem.

V posledních letech dochází ke stárnutí populace a výraznému zlepšení diagnostiky chorob. S tím souvisí i zvyšování počtu polymorbidních pacientů vyžadujících komplexní léčebné přístupy, při kterých často není možno se vyhnout podávání většího množství léčivých přípravků. Jak ukázal dr. Suchopár na výsledcích studie hodnotící preskripční údaje zdravotních pojišťoven, se nezdá setkáváme s duplicitní preskripcí, při které je nemocným předepisováno více přípravků ze stejné léčivé skupiny. Vzhledem k „zastropení“ účinku léčiva ve vztahu k podávané dávce nemá duplicitní preskripce pro nemocného aditivní léčivý význam, dochází však ke zvýšení rizika lékových interakcí. Přitom výskyt lékových interakcí se s počtem užívaných léčiv zvyšuje exponenciálně. Z toho důvodu je vhodné používat přípravky s nízkým potenciálem lékových interakcí. Jedním z takových přípravků je telmisartan, blokátor AT1 receptoru pro angiotenzin II (sartan), který se v organismu prakticky netransformuje a který není substrátem cytochromů běžně se uplatňujících v metabolismu léčiv. Údaje o farmakologických vlastnostech telmisartanu porovnal dr. Suchopár s přípravkem z téže lékové skupiny, losartanem, který interaguje jak s induktory, tak s inhibitory cytochromových systémů. Inhibice metabolismu tak může vést ke snížení tvorby účinného metabolitu losartanu. V závěru přednášky dr. Suchopár uvedl příklady léčiv používaných v prevenci kardiovaskulárních onemocnění, která mají nízký interakční potenciál. Z diuretik byl uveden příklad nízkých dávek hydrochlorothiazidu, z betablokátorů byl doporučen betaxolol a bisoprolol, ze statinů rosuvastatin, z ACE inhibitorů ramipril a perindopril a ze sartanů již zmíněný telmisartan.

Prof. Linhart ve svém sdělení s názvem „**Rovná se antihypertenzní účinnost účinností léku?**“ pohovořil o rozdílných dopadech léčby hypertenze na kardiovaskulární (KV) riziko pacientů.

Právě snížení KV rizika je hlavním cílem léčby hypertenze, nikoliv prosté snížení krevního tlaku. V prevenci KV rizika se nejlépe uplatňují přípravky blokující renin – angiotenzinový systém. Prvním přípravkem, u kterého bylo prokázáno, že snižuje KV riziko nad rámec snížení krevního tlaku, byl ACE-inhibi-

tor ramipril podávaný ve studii HOPE v dávce 10 mg denně. Ramipril je jediným ACE-inhibitorem, který prokázal svou účinnost v celé šíři spektra nemocných, u kterých je třeba dosáhnout redukce kardiovaskulárního rizika. Léčba ACE- inhibitory však může být provázena suchým kašlem, který snižuje kompliance nemocného s podávanou léčbou. Při tom pro nemocné s vysokým KV rizikem je setrvávání na léčbě doslova životně důležité. Bylo například zjištěno, že vysazení medikace po infarktu myokardu je spojeno s horší prognózou. Prof. Linhart na výsledcích klinických studií ukázal, že nemocní s dobrou adherencí mají vyšší pravděpodobnost dosažení kontroly krevního tlaku a nižší KV morbiditu. Léčba tedy musí být nejen účinná, ale i dobře tolerována. Ve studii porovnávající snášenlivost KV medikace se ukázalo, že sartany jsou lépe tolerovány než ostatní léčiva. Příkladem účinného a dobře snášeného přípravku blokujícího renin-angiotenzinový systém je telmisartan. Telmisartan byl použit ve studii ONTARGET, která svým uspořádáním „kopírovala“ studii HOPE. Ukázalo se, že telmisartan má v KV prevenci zcela shodnou účinnost, jako ramipril při lepší toleranci léčby vyjádřené nižším počtem nemocných, kteří museli přerušit léčbu v důsledku špatné snášenlivosti. Telmisartan má ve srovnání s ostatními přípravky ze skupiny sartanů nejdelší biologický poločas. Uvedená vlastnost je pro pacienty výhodná z toho důvodu, že přípravek snižuje hodnoty krevního tlaku i na konci dávkového intervalu. Telmisartan tak může napomoci snížit výskyt závažných kardiovaskulárních příhod (například infarktu myokardu) v rizikovém období ranních hodin, kdy četná antihypertenziva dostatečné účinnosti na redukci krevního tlaku nedosahují. Prof. Linhart uvedl, že nemocným užívajícím ramipril je pouze v 18 % případů podávána dávka 10 mg, tedy dávka, která má prokázaný kardioprotektivní účinek. Zbýlá většina nemocných je léčena dávkami nižšími. V případě volby telmisartanu je však 75 % nemocných léčeno kardioprotektivní dávkou 80 mg denně. V závěru prof. Linhart zdůraznil, že telmisartan je dobře snášen i v kardioprotektivní dávce. Právě v dobré toleranci vyšších dávek, které mají kardioprotektivní účinek a v dlouhém biologickém poločase navozujícím antihypertenzní účinek i na konci dávkovacího intervalu může spočívat dlouhodobý význam terapie telmisartanem.

**Převzato z Konferenčních novin
s laskavým svolením
společnosti Target s.r.o.**

**hlavním cílem léčby
hypertenze je snížení
KV rizika, nikoliv
prosté snížení
krevního tlaku**

**v prevenci KV rizika
se nejlépe
uplatňují přípravky
blokující renin**

**léčba
ACE- inhibitory
však může být
provázena suchým
kašlem, který snižuje
komplianci
nemocného
s podávanou léčbou**

**telmisartan má v KV
prevenci zcela
shodnou účinnost,
jako ramipril při
lepší toleranci léčby**

Erektilní dysfunkce (ED) u kuřáků tabáku?

Na téma „Erektilní dysfunkce u kuřáků tabáku“ jsme se zeptali MUDr. Jozefa Čupky - jednoho z přednášejících:

Jaké jsou možnosti léčby erektilní dysfunkce (ED) u kuřáků tabáku?

U kuřáků tabáku se vyskytuje závislost, která zahrnuje jednak psychosociální a behaviorální oblast (spojení kouření s určitými podněty) a jednak

biologickou závislost na nikotinu, která se vyskytuje u cca 70 % kuřáků tabáku. Nikotin je vazokonstriktor a má poločas rozpadu cca 2 hodiny - u kuřáků tedy vytváří vazokonstrikci i v cévách penisu. Další chemické látky obsažené v tabákovém kouři se svým aterosklerotickým efektem a poškozením endotelu cév spolupodílí na rozvoji ED. Kouření také mění krevní hladiny hormonů - snižuje testosteron a mírně zvyšuje estrogeny. Na prvním mís-

**nikotin
(vasokonstrikce)
a další chemické
látky obsažené
v tabákovém
kouři
(aterosklerotický
efekt) se spolupodílí
na rozvoji ED**

**kouření snižuje
hladiny testosteronu
a mírně zvyšuje
estrogeny**

**Champix(vareniklin)
poskytuje nízkou
až střední
dopaminovou
stimulaci, která
snižuje abstinenci
příznaky a částečně
„imituje“ účinky
cigarety**

**vareniklin lze
bezpečně
kombinovat
se sildenafilem**

tě je tedy nutné kuřákům tabáku při léčbě ED doporučit zanechání kouření a pokud nejsou schopni přestat, tak jim poskytnout neúčinnější farmakologickou pomoc při odvykání kouření. Zde máme k dispozici náhradní nikotinovou terapii, bupropion a neúčinnější vareniklin (Champix), který je vysoce selektivní parciální agonista acetylcholin – nikotinových receptorů typu $\alpha 4\beta 2$. Poskytuje nízkou až střední dopaminovou stimulaci, která snižuje abstinenci příznaky (agonistický účinek, částečně „imituje“ účinky cigarety a snižuje potřebu kouřit). Tato střední hladina je méně návyková než vysoké náhlé vyplavování dopaminu po inhalovaném nikotinu. Antagonistický vliv blokuje pocit odměny po nikotinu (vykouřená cigareta „tolik nechutná“) a je prevencí případného relapsu. Vareniklin zhruba ztrojnásobuje úspěšnost při odvykání kouření oproti placebo. Nejčastějším nežádoucím účinkem je mírná až střední nauzea po spolknutí tablety. Vyskytuje se u 20 - 30 % pacientů a většinou spontánně odezní (může ale trvat i několik týdnů). Pro její snížení je vhodné užívat vareniklin po jídle a zapitím tablety alespoň 2 dcl vody. Právě kvůli nauce má vareniklin „startovní“ balení, kdy jsou pro 1. týden určeny slabší tablety (0,5 mg první 3 dny jen ráno, další 4 dny ráno a večer) a teprve ve 2. týdnu se užívá plná dávka, tedy 1 mg 2x denně. Dále se v malé míře vyskytují bolest hlavy, nespavost, deprese a neobvyklé sny. Vareniklin prakticky nemá lékové interakce – kolem 90 % se vylučuje v nezměněné podobě močí (kontraindikací by bylo těžké selhání ledvin) a nesouvisí s cytochromem P450. Proto je zcela bez problémů jeho kombinování s inhibitory fosfodiesterázy typu 5, které jsou přímo určena k léčbě ED. Nejčastěji předepisovaným lékem z této skupiny ve světě i u nás je sildenafil – Viagra. Účinek Viagry je:

- silný** - muži dosáhnou pevnost erekce stupně 4 až 6x častěji než muži užívající placebo (kterým jsou různé volně prodejné potravinové doplňky bez multicentrických studií)
- dlouhodobě spolehlivý** - 96 % pacientů, kteří užívali Viagru déle než 4 roky, je s jejími účinky dlouhodobě naprosto spokojeno
- dostatečně rychlý** - erekce dostatečná pro sexuální styk již od 12 minut od užití - v rozmezí 12-37 minut
- dostatečně dlouhý** - 87 % mužů s ED má sexuální styk maximálně 1x za 24 hodin
- dostatečně krátký** - lze ji užívat denně (jedenkrát) - účinná látka je z těla vyloučena do 24 hodin. Viagra, stejně jako ostatní podobné léky, funguje pouze při sexuální stimulaci.

Dle mezinárodních studií každý druhý muž ve věku nad 40 let trpí erektilní dysfunkcí? Máme stejná data v ČR?

Podle reprezentativního průzkumu agentury STEM/MARK v České republice přiznává tento problém každý druhý muž ve věku 35-65 let. Ve studii prof. Weisse a doc. Zvěřiny se ukázalo, že počet mužů s nějakou sexuální poruchou se zvýšil ze 16 % v roce 1993 na 20 % v roce 2008, kde především jde o muže s poruchami erekce (v 54 %), přičemž v minulosti byla vždy jako nejčastější uváděna předčasná ejakulace.

Jak usnadnit pacientovi komunikaci o problému?

Muži s erektilní dysfunkcí mohou být vnímaví na téma sexu. Při zahájení nebo v průběhu anamnézy či rozhovoru je vhodné zmínit informaci, že erektilní dysfunkce je časté onemocnění (speciálně u kuřáků tabáku), které může být úspěšně léčeno. Můžeme použít například tyto věty:

„Mnoho mužů, které léčím, má sexuální problémy toho nebo jiného typu. Trápí Vás něco?“

„Někteří muži s cukrovkou (s onemocněním srdce a cév, vysokým krevním tlakem, vysokým cholesterolem, s onemocněním prostaty, kuřáci tabáku,...) nebo jinými stavy souvisejícími s erektilní dysfunkcí mají problémy s erekcí. Chtěl byste si o tom promluvit?“

Jaké pozorujete nejčastější komorbidity spojené s ED?

- Poruchou erekce častěji trpí starší muži. Nemůžeme však říci, že hlavním důvodem poruchy je věk. Dvacetiletý muž může mít s erekcí větší problémy než padesátiletý. Z výzkumů vyplývá, že nejčastější příčinou je tzv. organická příčina: Diabetes - jedna z nejčastějších příčin poruch erekce. Dochází u něj k poškození nervového systému i drobných cév i v oblasti penisu a v důsledku toho k poruše erekce.
- Kardiovaskulární onemocnění - dostatečná erekce závisí na přísunu adekvátního množství krve do penisu. Jakákoli porucha ovlivňující krevní cévy a srdeční činnost může přispívat k erektilní dysfunkci.
- Hypercholesterolémie - zvyšuje riziko erektilní dysfunkce až o 80 %.
- Hypertenze - patří také k častým příčinám erektilní dysfunkce.
- Onemocnění prostaty a operace na prostatě
- Poškození míchy - úraz páteře nebo jiné příčiny přerušování nervové soustavy má za následek těžké poruchy erekce. Mezi další příčiny poruchy erekce patří roztroušená skleróza, cévní mozkové příhody, chirurgické výkony na tlustém střevě aj.

Dále jsou časté příčiny v souvislosti se životním stylem:

- Nadměrná konzumace alkoholu, kouření, užívání drog.
- Deprese - strach, úzkost, deprese, ztráta sebevědomí a existenční problémy u mladších nemocných jsou jistě silnými antisexuálními vlivy, které mohou významně přispět k neúspěchu při dosažení či udržení erekce.
- Stres - další z častých příčin erektilní dysfunkce.
- Nedostatek pohybu - chybí práce na čerstvém vzduchu, sport pro radost.
- Špatný denní režim - sedavé zaměstnání, sezení doma před TV či počítačem nebo u piva.
- Nedostatek spánku - natahování dne prací, televizí, zábavou.
- Jednostranný a těžký jídelníček - rychlá občerstvení, hamburgery atd.
- Přepracovanost - nezdravá soutěživost, závist
- Nedostatek pocitu radosti a štěstí, chybějící sebere realizace.

redakce

Zentiva - Zenaro 3. strana pdf

Jak na depresi?

MUDr. Marta Holanová

**deprese je závažné,
časté a někdy
i chronické
onemocnění,
které vždy zhoršuje
prognózu somatické
nemoci**

**v současné době
praktickému lékaři
nic nebrání ve
včasném nasazení
léčby**

Deprese je nejčastější duševní onemocnění, se kterým má zkušenost nejméně polovina obyvatelstva. Praktický lékař je obvykle první, kdo může pacientovi pomoci, protože pacienta dobře zná a má jeho důvěru.

V odpovědi na položenou otázku je nezbytné, aby lékař depresi u pacienta správně diagnostikoval a počítal s tím, že pacient bude nejprve citlivě reagovat svou specifickou osobností na lékařem podané informace a potom by měl při léčbě spolupracovat. Doporučuji společně a nahlas pojmenovat útrapy, které pacient prožívá, např. závažné problémy doma, pracovní neschopnost, pokles kvality života, a seznámit pacienta se skutečností, že nejde o jeho slabost, ale o onemocnění nervové soustavy, které lze léčit.

Z podrobné anamnézy odebrané od pacienta lze vyhodnotit etiopatogenetické faktory deprese. Nejčastěji se na nich podílejí genetické vloh (nestabilní mechanismy neuronální plasticity a chronobiologie, enzymatické poruchy), psychologické rizikové faktory (ztráta milovaného objektu či jiný

prožitý stres), vývoj osobnosti (ztráta rodiče v dětství, týrání jinou osobou), případně biologické rizikové faktory (viry, hypothyreóza, porod, steroidy). Některé deprese se rozvíjejí pomalu a jsou proto hůře rozpoznatelné, jiné přicházejí ve zřetelných fázích, a to nejčastěji v obdobích jaro – podzim. Souvisejí s hladinami hormonů na stresové ose hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvinek. Při trvalé stimulaci se z nadledvinek nadměrně uvolňují katecholaminy a kortizol, což vede k ovlivňování srdečního rytmu, rozvoji arteriosklerózy, hypertenze, DM 2. typu, potlačování imunity a také k útlumu mozkové aktivity, která může vést až k ireversibilnímu poklesu kognitivních funkcí. To jsou argumenty do diskuse s pacientem, který většinou akceptuje léčbu následků deprese než příčiny stavu.

Na co při diagnostice deprese myslet? Že vyšší riziko pro vznik deprese bývá u těch nemocných, u kterých se vyskytují deprese v blízkém příbuzenstvu. Častěji se manifestuje u žen, zato muži častěji spáchají sebevraždu. Bylo prokázáno, že 10 % pacientů, kteří navštěvují praktické lékaře, jsou

LÉČBA DEPRESE A NESPAVOSTI V 1 TABLETĚ

TRITTICO[®] AC 150

trazodoni hydrochloridum

SARI
SEROTONIN ANTAGONIST
REUPTAKE INHIBITOR

Zkrácená informace o přípravku **TRITTICO[®] AC 75, AC 150**: **S**: Trazodoni hydrochloridum 75 mg, 150 mg v 1 tabletě s řízeným uvolňováním. **I**: Deprese různé etiologie, včetně typů provázených anxiety, poruchami spánku nebo sexuální dysfunkcí neorganického původu. **KI**: Přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky. **ZU**: Pacienti se sebevražednými myšlenkami a sebeopškováním musí být pečlivě sledováni. Přípravek by neměl být podáván dětem a mladistvým do 18 let věku. Obsahuje sacharosu. **NÚ**: Ospalost, závratě, nervozita, únava, cefalgie a nespavost, nauzea, zácpa, xerostomie, serotoninový syndrom, ortostatická hypotenze. Vzácně priapismus. Výskyt nežádoucích účinků lze redukovat užíváním postupně se zvyšujících denních dávek až do maximální dávky doporučené lékařem. **IT**: Je-li trazodon podáván se silným inhibitorem CYP3A4, měla by být zvážena nižší dávka trazodonu. Při podávání s přípravky obsahujícími extrakt z třezalky je možný vyšší výskyt nežádoucích účinků. **TL**: Přípravek by neměl být podáván v prvním trimestru gravidity; ve druhém, třetím a během kojení by mělo být podávání omezeno na vybrané případy. **D**: Dospělí: obvykle 75-150 mg/den v jedné dávce večer před spaním, lze zvýšit na 300 mg/den ve dvou dílčích dávkách. U hospitalizovaných pacientů lze zvýšit na 600 mg/den, v rozdělených dávkách. Starší pacienti: počáteční dávka je 100 mg/den večer, lze zvyšovat dle odezvy do 300 mg/den. Při léčbě sexuálních dysfunkcí se podává 150-200 mg denně. **B**: Tablety 20 x 150 mg, 60 x 150 mg, 30 x 75 mg. **Držitel registračního rozhodnutí**: Medicom International s.r.o., ČR. **Datum poslední revize textu SPC**: 5.8.2009. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Medicom International s.r.o.

Páteří 7, 635 00, Brno, tel.: 546 123 111, fax: 546 123 112, www.medicomint.cz

www.trittico.cz

depresivní. Deprese byla diagnostikována u cca poloviny pacientů po CMP a IM.

Léčba deprese antidepresivy je v běžné lékařské praxi snadno dostupná. Je vhodné podpořit ji psychoterapií a dalšími alternativními přístupy, jako je fototerapie, fyzická aktivita, dietní či režimová opatření. Pokud se léčba nezdá úspěšná, je třeba zvýšit dávku antidepresiva, podávat ho delší dobu, případně pomýšlet na špatnou complianci pacienta či rezistentní formu deprese.

Deprese je závažné, časté a někdy i chronické onemocnění, které vždy zhoršuje prognózu somatické nemoci. V současné době praktickému lékaři nic nebrání ve včasné nasazení léčby, popřípadě konzultaci s kolegou psychiatrem.

Marta Holanová,
ambulantní psychiatr, Brno

Onkologie a gynekologie

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

Poslední sobotní blok byl věnován styčným bodům všeobecného praktického lékařství, gynekologie a onkologické prevence.

Na úvod **MUDr. B. Skála, Ph.D.** stručně seznámil posluchače s nepříznivými daty ve vývoji mortality na onkologická onemocnění, zdůraznil, že právě tato data jsou pádným argumentem pro vzdělávání v onkologické prevenci, tvorbě doporučených postupů.

MUDr. J. Sláma přednesl základní informace o lidském papilomaviru (HPV). HPV se přenáší nejen kostálním sexuálním stykem, ale i kontaktem kůže - sliznice. Takže infikovat se mohou i velmi mladí jedinci, praktikující tzv. bezpečný sex, např. Petřiny. Od proniknutí viru do organismu probíhají dlouhodobé změny epitelu děložního hrdla, které po několika letech vyústí v rozvoj karcinomu. Vakcinace proti HPV je optimální před jakoukoli první sexuální aktivitou, je ale možná i v pozdějším věku. Je možné očkovat i muže. Vakcína chrání nejen před *ca colli uteri*, ale i před nádory rekta a orofaryngu a před kondylomaty.

MUDr. Z. Miškovská připomněla incidence a mortalitu na nádorová onemocnění a vyhlásila výsledky (podkladem byla data z IBA) screeningového triatlону (viz snímky z prezentace na následující straně).

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.
PL Praha



www.testfob.cz

QuikRead
FOB



Objektivní detekce okultního krvácení ve stolici

Nové
možnosti
prevence

FOB test:

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

ORION
DIAGNOSTICA

Orion Diagnostica Oy, Finland



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

Snímky z prezentace MUDr. Miškovské.

Incidence- pořadí v EU, nové případy za rok

- Ca kolorekta 1. místo 8000
- Ca dělohy 2. místo 1800
- Ca slinivky 3. místo 1800
- Ca ovaria 4. místo 1000
- Ca plic 5. místo 6000
- Ca děložního čípku 10. místo 1000
- Ca prostaty 18. místo 5.000
- Ca prsu 21. místo 5000
- 1PL minimálně 6 případů ročně

Mortalita

- ca plic 5000 nemocných ročně
- ca kolorekta 4400 nemocných ročně
- ca prsu 2000 žen ročně
- ca slinivky 1700 nemocných ročně
- ca prostaty 1400 mužů ročně
- ca ovaria 744 žen ročně
- ca dělohy 500 žen ročně
- ca děl. čípku 400 žen ročně
- 10 PL bez pacientů

Nejlepší screeningové okresy 2006-2007

Mamografický screening	Screening KRCA	Screening děložního hrdla
Pelhřimov	Chomutov	Mladá Boleslav
Břeclav	Litoměřice	Rakovník
Žďár nad Sázavou	Třebíč	Chrudim
Třebíč	Písek	Jindřichův Hradec
Blansko	Šumperk	Tábor

Dobře vyrovnaný okres NÁCHOD

- Mamo 59,8
- KRCA 21,7
- Gyn prev 51,54
- Gratulujeme!!!

Styčné body VPL a Gyn

- **Mamografický screening**
 - Od 45 let věku
 - zrušen horní limit
 - Pokud VPL zjistí, že.....
 - Akreditovaná pracoviště
 - Bezpříznakové ženy
 - HRT není závažný rizikový faktor
 - RTG
 - sono jen doplněk

Styčné body VPL a Gyn

- **TOKS**
 - 1x ročně 50-55 let
 - 1x á 2 roky od 55 let
 - NEBO primární screeningová kolonoskopie v 55 letech, dále á 10 let, případně dispenzární péče
 - Peroxidázová i imunochemická reakce
 - Papírkové i přístrojové

Informace

- WWW.Mamo.CZ
- WWW.Kolorektum.CZ
- WWW.Cervix.CZ
- www.svl.cz

Zentiva - Zenaro 4. strana pdf

Duomox[®]

Příjemný amoxicilin¹

cílená léčba komunitních infekcí²

1) Mandarinkovo-vanilková příchut' viz. SPC přípravku Duomox, 2) Prakt. Lék., 83, 2003, No. 9, p. 502-515



ASTELLAS PHARMA s.r.o.
Sokolovská 100/94
186 00 Praha 8

Zkrácená informace o přípravku DUOMOX[®] tablety:

Amoxicillinum 250, 375, 500, 750, 1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitis a akutní exacerbaci chronické bronchitis v komunitě. **Další indikace:** infekce způsobené mikroorganismy, které jsou citlivé k amoxicilinu, jako: některé jiné infekce dýchacích cest, infekce urogenitálního traktu, infekce gastrointestinálního traktu, infekce kůže a měkkých tkání. **Dávkování:** dospělí a děti nad 40 kg: 500 mg každých 8 hodin; děti 21–40 kg: 375 mg každých 8 hodin; Děti 14–20 kg: 250 mg každých 8 hodin. U závažných infekcí lze u dospělých dávku zvýšit až na 750–1000 mg každých 8 hodin. Léčba musí pokračovat 3–4 dny po vymizení klinických příznaků. **Způsob podání:** DUOMOX[®] se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. DUOMOX[®] tablety se mohou polykat celé a zapít vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchut'. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému beta-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Pacienti mající současně i virovou infekci, zejména infekční mononukleózu, pacienti s lymfatickou leukémií. **Interakce:** probenecid, fenylbutazon, oxyfenbutazon v menší míře kyselina salicylová, indometacin a sulfinpyrazon prodlužují poločas amoxicilinu v plazmě a zvyšují jeho hladiny. Souběžné užívání amoxicilinu s perorálními kontraceptivy může být spojeno se sníženou účinností kontraceptiva. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastrointestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Upozornění:** zřídka může dojít i k závažným případům hypersenzitivity, léčba amoxicilinem musí být okamžitě zastavena. Při léčbě se mohou vyskytnout superinfekce. Při vzniku těžkého průjmu je třeba uvažovat o možnosti pseudomembranózní kolitidy. **Těhotenství a laktace:** Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství a při kojení nebyla ověřena. **Velikost balení:** DUOMOX[®] 250:20 tbl, DUOMOX[®] 375:20 tbl, DUOMOX[®] 500:20 tbl, DUOMOX[®] 750:20 tbl, DUOMOX[®] 1000:14 nebo 20 tbl. **Poslední revize textu:** 12. 8. 2009. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Registr, číslo:** 15/270/93-C. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu.

Antibiotické mýty a jejich racionální řešení aneb v ordinaci s infekcemi

MUDr. Milada Kratochvílová

Velkým problémem posledních let je nárůst spotřeby ATB a hlavně nárůst rezistence mikrobů na ně. Ve Francii po proběhnutí intervenčního programu na snižování spotřeby ATB (zaměřeného jak na odborníky, tak na laiky) v letech 2001–2005 došlo k úspoře 300 mil Eu a poklesu výskytu rezistentních komunitních patogenů. V ČR po přechodném zvýšení preskripce ATB v letech 1992–1994 až o 30 %, došlo zhruba před 10 lety ke snížení rezistence patogenů, ale nyní dochází opět k vzestupu vlivem migrace pacientů z okolních zemí (na Slovensku dostane 50 % pacientů s kašlem ATB). V současné době je spotřeba ATB na osobu 16–18 DID (dávka/den/ 1 000 obyvatel), celkově došlo k nárůstu rezistence str.pyogenes po zavedení makrolidů do praxe. V přednášce následovalo 6 praktických kazuistik, kde se posluchači interaktivně účastnili diskuze a mohli se mimo jiné dozvědět, že:

1) při léčbě angíny u mladého 21 letého muže nejsou indikovány makrolidy, kdy se tvoří časné a pozdní protilátky proti EBV a že u primoinfekce HIV nejsou detekovatelné protilátky.

V případě 2) 30 letý pacient s febrilním stavem a prokázanou pneumonií nejprve zaléčen Klacidem 2x 500 mg, po dvou dnech dán Co-amoxicilin 3x 625 mg....že je potřeba dávka amoxicilinu 50 mg/kg/den – to znamená 3x 1,5 g. Rezistence str. pneumoniae je v ČR do 5 %, k ery 5–10 %, na Slovensku je rezistence na makrolidy 30–50 %.

Ve 3) kazuistice se jednalo o 18 letou kučárku s febrilním onemocněním salmonelozou a erytema nodosum - zde ATB jen při komplikacích infekce.

V dalším případě 20 letá studentka po prochlazení s febriliemi a hemoragickou cystitidou – léčba? Není doporučován k empirické léčbě Ciprofloxacin pro 25–50% rezistenci E.coli k fluorochinolonom v ČR.

Za 5) diskutována pacientka s RA, bez anamnézy prísátého klíštěte a s přeléčeným erytema migrans Duomoxem na 14

dnů – zda znovu přeléčit ATB při přetrvávajících pozitivních protilátkách IgM a kloubních potížích prakticky po třičtvrté roce od léčby. Správná odpověď byla bez léčby, i když 72 % přítomných lékařů by volilo ještě jedno přeléčení Doxybene 2x100 na 28 dnů. Poslední 68 letý pacient s ICHS, DM a VAS, anam. klíště nebylo, subj. zvýšená únava, bolesti v zádech, bolesti nosních kloubů, pro nález ELISA LB IgM plus, IgG neg přeléčen Doxybene 3 týdny, po 3 měsících

obtíže trvají, nález ELISA stejný a W-B IgM I IgG negativní? Zde nebyla ATB léčba indikována, vždy je potřeba vycházet z hodnocení více metod a klinického stavu.

Závěr přednášky byl jednoznačný: Zachovat antibiotika první volby – penicilin, amoxicilin, furantoin.

MUDr. Milada Kratochvílová
krajský konzultant SVL ČLS JEP
pro Jihomoravský kraj

Alergická rýma

Marie Manlušková

S alergiemi se setkáváme stále častěji. Na IV. jarní interaktivní konferenci SVL ČLS JEP mě zaujala přednáška MUDr. Martina Fuchse alergická rýma-systémový projev alergického maratonu, není snadno ji podceňovat. Proto bych se ráda s Vámi podělila o poznatky z této přednášky.

Alergická rýma je onemocnění, které sužuje v ČR okolo 1,6 milionů obyvatel. Předpokládá se, že počet pacientů trpících touto nemocí bude do budoucna narůstat. Z pacientů trpících chronickou rýmou je 26 % pacientů s nealergickou rýmou, 47 % s alergickou rýmou a 27 % se smíšenou rýmou. Příčinami alergické rýmy v ČR jsou: pylly 10-15 %, stromy 5 %, traviny a obilí 10-12 %, byliny (nejčastěji pelyněk) 3 %, plísňe 2-3 %, roztoči 3 %, zvířata 3 %. Alergická rýma je často spojena s bronchiálním astmatem (až 40

%), sinusitidou (přes 50 %), konjunktivitidou (42 %), kašlem (32 %), nosními polypy.

Léčba u alergické rýmy je zaměřena na režimová opatření - odstranění spouštěče - (někdy problematické), preventivní léčbu (např. antileukotrieny), úlevovou léčbu, vakcinaci a v poslední době v indikovaných případech i biologická léčba. V terapii hrají důležitou roli intranazální kortikosteroidy. V současné době je na trhu přípravek Avamys. Jeho výhodou je možnost dlouhodobého užívání, až v 33 % snižuje oční příznaky bez nutnosti kapat do očí, mohou ho předepisovat i praktičtí lékaři. V krátkém průzkumu mezi posluchači přednášky uvedlo 69 % účastníků svoji zkušenost s Avamysem.

Marie Manlušková
PL, Ostrava

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v červnu 2010

Hlavní téma: Vakcinace. Antikoagulační léčba

Čtvrtek	3. 6. 2010	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Čtvrtek	3. 6. 2010	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Pondělí	7. 6. 2010	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Úterý	8. 6. 2010	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel EURO, Jiráskova 2781
Čtvrtek	10. 6. 2010	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Sobota	12. 6. 2010	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Poštovní dvůr, Slovenská 2
Sobota	12. 6. 2010	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Sobota	12. 6. 2010	9:00 - 13:00	Praha, Lék.dům, Sokolská 13
Sobota	12. 6. 2010	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Přesunuto na 19. 6. 2010			
Středa	16. 6. 2010	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek	17. 6. 2010	16:00 - 20:00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
Sobota	19. 6. 2010	0:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Přesunuto z 12. 6. 2010			
Sobota	19. 6. 2010	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39/
Středa	23. 6. 2010	16:00 - 20:00	Praha, Lék.dům, Sokolská
Středa	23. 6. 2010	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Čtvrtek	24. 6. 2010	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32

Návrh České lékařské společnosti J. E. Purkyně na novelizaci vyhlášky 185/2009 Sb. o specializačním vzdělávání lékařů

Jedním z hlavních posláních České lékařské společnosti J. E. Purkyně (dále jen ČLS JEP) je podílet se na zvyšování úrovně odborných znalostí svých členů v oblasti lékařských věd a příbuzných oborů a na šíření zdravotnické osvěty mezi občany. Všeestranně se podílí na řešení řízení organizace i vlastní realizace diagnostické, léčebné a preventivní péče a souvisejících činností.

ČLS JEP využívá k dosažení těchto cílů 110 odborných společností a 40 spolků lékařů (celkem více než 30.000 dobrovolných členů).

Předsednictvo České lékařské společnosti J. E. Purkyně se opakovaně a intenzivně zabývalo situací ve specializačním vzdělávání lékařů. Vzhledem k trvajícím diskusím v odborné veřejnosti vytvořilo pracovní skupinu (kolegové: M. Anděl, J. Blahoš, K. Cvachovec, V. Palička, Škrha), která připravila návrh základních odborných principů

základních oborů i kmenů. Návrhu předcházela i jednání ČLS JEP s lékařskými fakultami a Českou lékařskou komorou.

Návrh jsme rozeslali předsedům všech odborných společností a dne 19. dubna 2010 jsme je pozvali ke společnému jednání.

Po obsáhlé diskusi bylo dosaženo konsensu pro návrh, pro který hlasovali všichni přítomní. (Zdržel se pouze jeden zástupce odborné společnosti, která nemá vlastní specializační přípravu).

V příloze si dovoluujeme připojit znění konsensuálního návrhu.

S pozdravem

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.

jménem pracovní skupiny

při předsednictvu ČLS JEP

V Praze dne 21. dubna 2010

Konsensuální návrh ČLS JEP

1. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně (dále ČLS JEP) podporuje myšlenku základních kmenů a na ně navazující systém základních specializačních oborů.

2. ČLS JEP doporučuje, aby délka kmene byla univerzálně 2 roky.

3. Klinická erudice v základních oborech (interná, chirurgie, pediatrie, anesteziologie a intenzivní medicína, gynekologie a porodnictví) by měla být součástí praktické výuky v šestém ročníku studia všeobecného lékařství a nikoli součástí kmene. Bylo by tím zajištěno i účelné provázání pre- a postgraduální přípravy lékařů a aktivní zapojení lékařských fakult.

4. ČLS JEP doporučuje, aby seznam základních kmenů byl rozšířen celkem na 19, a to:

- anesteziologie a intenzivní medicína • dermatovenerologie • gynekologie a porodnictví • hygiena a epidemiologie • chirurgie • kardiochirurgie • maxilofaciální chirurgie • neurochirurgie • neurologie • oftalmologie • oftropedie • otorinolaryngologie • patologie a soudní lékařství • pediatrie • psychiatrie • radiologie a zobrazovací metody • urologie • vnitřní lékařství • všeobecné praktické lékařství

5. Náplň kmene si určí odborná společnost s přihlédnutím k možnosti provázanosti odborností. ČLS JEP je připravena pomoci při zpracování náplně kmenů i s eventuální její úpravou.

6. ČLS JEP předpokládá, že délka specializační přípravy (po absolvování základního kmene) bude obvykle 3 roky.

7. Seznam 40 specializačních oborů lékařství doporučuje ČLS JEP zachovat, pouze jej rozšířit o obor soudní lékařství.

Doplňující body:

1. Náplň každého základního kmene musí být zpracována jako konsensus všech navazujících specializačních oborů a musí být pro všechny navazující obory stejná.

2. Odborná náplň kmene má být taková, aby bylo možno jej v plném rozsahu absolvovat na pracovišti okresního typu, tedy nejen na fakultních a krajských zařízeních. Výjimku bude pravděpodobně představovat kardiochirurgie a neurochirurgie.

3. Absolvování základního kmene musí být ukončeno formalizovaným ověřením znalostí s vydáním osvědčení.

4. Úspěšný absolvent specializační přípravy by měl získat titul „odborný lékař v“, obdobný titul by měl získat úspěšný absolvent certifikovaného kuzu (nástavbové specializace).

5. ČLS JEP doporučuje ponechat trvale možnost případného rozšiřování oborů w. certifikovaných kursů a současně doporučuje přejmenovat je na nástavbové specializace.

Tisková zpráva

SÚKL představuje další výsledky probíhající revize úhrad léčiv

Praha, 26. 4. 2010 – Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) podruhé informuje o průběžných výsledcích revize úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely a předkládá nové informace o cenách a úhradách léčiv pro patientskou a odbornou veřejnost na svých webových stránkách.

SÚKL dne 13. dubna 2010 informoval o dosavadních výsledcích probíhající revize úhrad léčiv. Nyní přichází s dalšími informacemi, jak bude revize pokračovat.

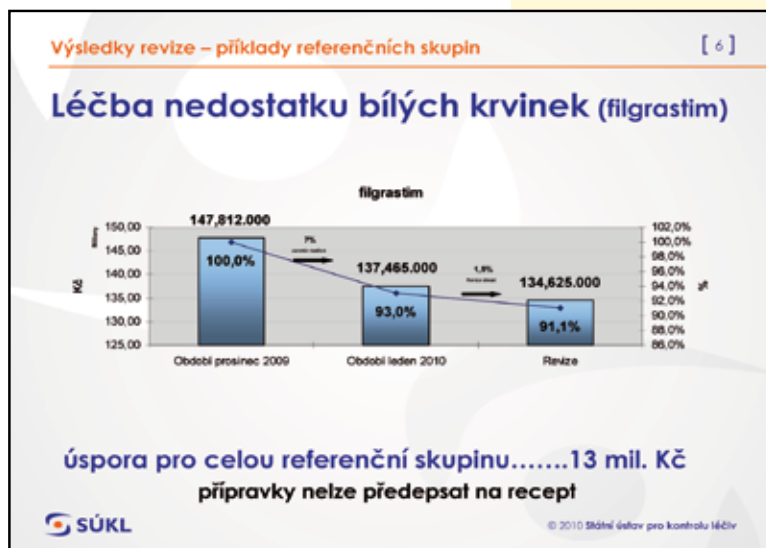
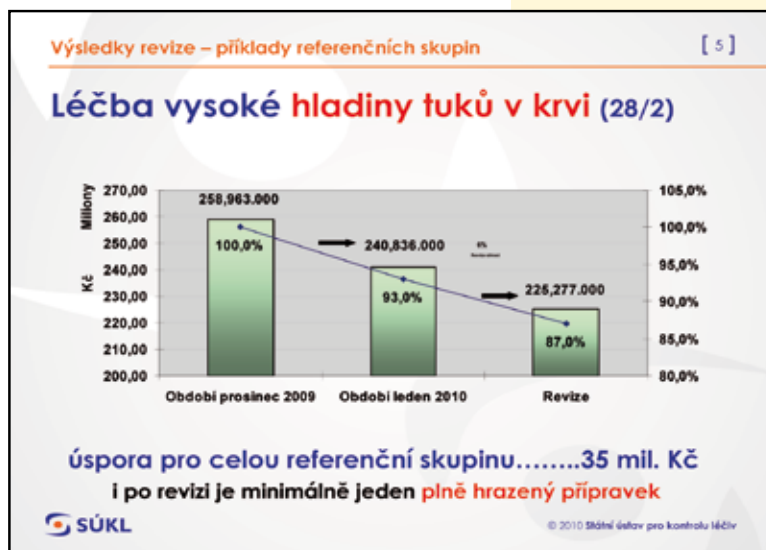
K 1. květnu nabudou právní moci další rozhodnutí SÚKL ve správních řízeních v rámci revize. S účinností od 1. května bude uzavřeno celkem 79 správních řízení. To znamená, že SÚKL přehodnotil úhradu ze zdravotního pojištění u zhruba 1 550 kódů SÚKL (z celkového počtu cca devíti tisíc kódů SÚKL hrazených ze zdravotního pojištění). Tímto přehodnocením úhrad ze zdravotního pojištění bude ročně dosaženo předpokládané úspory ve výši zhruba 3 miliard korun, tj. o přibližně 600 milionů korun více než byla odhadována úspora na základě aktuálního stavu revize v měsíci dubnu.

Kromě těchto 79 rozhodnutí, jež nabudou pravomoci k 1. květnu, vydal SÚKL v rámci revize rozhodnutí v dalších 72 řízeních (zhruba 1 230 kódů SÚKL). Jejich datum nabytí právní moci záleží na průběhu odvolacích řízení. Rozpracováno je dalších 589 správních řízení. Zbývá otevřít 55 správních řízení.

Ředitel SÚKL, Martin Beneš, k průběhu revize úhradového systému dodává: „Revize systému úhrad je jednou z hlavních priorit Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Z jejích dosavadních výsledků je zřejmé, že poté, co se v průběhu 2008-2009 podařilo vytvořit základy pro zcela nový, transparentní, ale také velmi komplexní způsob přehodnocování úhrad, proces revize již probíhá stabilně a přináší významné úspory prostředků zdravotního pojištění a další nesporné výhody pro pacienty v České republice.“

SÚKL zveřejňuje aktuální výsledky revize na svých webových stránkách www.sukl.cz v přehledné tabulce, v níž je možné u jednotlivých léčivých přípravků dohledat výši původní a nově stanovené úhrady a orientační výši doplateků pacienta. Aby občané České republiky získali přesnější představu o cenách léčiv v lékárnách, zveřejňuje SÚKL v tabulce zároveň data o cenách léčiv, které získal z hlášení od přibližně poloviny českých lékáren. Tuto tabulku lze najít spolu s informacemi o průběhu jednotlivých správních řízení v rámci agendy cenové a úhradové regulace SÚKL na linku: <http://www.sukl.cz/uredni-deska/informace-o-prube-hu-spravnich-řízení-1>.

Pro odbornou veřejnost i pro pacienty SÚKL připravil novinku, která dále pomůže posílit transparentnost





Významné jubileum prof. Jaroslava Blahoše

Dne 30. 6. 2010 se při plném pracovním nasazení dožívá významného jubilea velký příznivec a podporovatel primární péče v ČR, předseda ČLS JEP **prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.**, zahraniční korespondující člen Académie Nationale de Médecine (Paříž).

Jubilant vždy rád vzpomíná na své začátky, kdy působil i jako praktický lékař. Lékařskou fakultu UK (v Plzni) ukončil s vyznamenáním v roce 1955. Poté, jako pracovník Endokrinologického ústavu v Praze (doc. K. Šilinka), se zabýval endokrinologií, zejména endokrinologií vápníku a kosti a metabolismem kyseliny močové. Od roku 1969 pracoval na interní klinice Fakulty dětského lékařství UK (nyní 2. LF) ve fakultní nemocnici Pod Petřínem, zprvu jako asistent, později docent, profesor a nakonec jako přednosta interní kliniky. V roce 1992 po zrušení fakultní nemocnice byl pověřen vedením interní kliniky VLA JEP v ÚVN Praha. Tam také založil I. osteocentrum v České republice.

J. Blahoš publikoval přes 300 prací a 9 monografií. Nejvýznamnější je Endokrinologie (s O. Blehou) 1. a 2. vydání. Přednášel na kongresech ve všech světadílech. Dva roky pracoval jako vedoucí polikliniky v Hararu v Etiopii. Jako visiting professor pracoval v Leedsu, Upsalle, Padově, Tokyu. Dva roky (1968-1969) pracoval na endokrinologické klinice nemocnice Beaujon v Paříži.

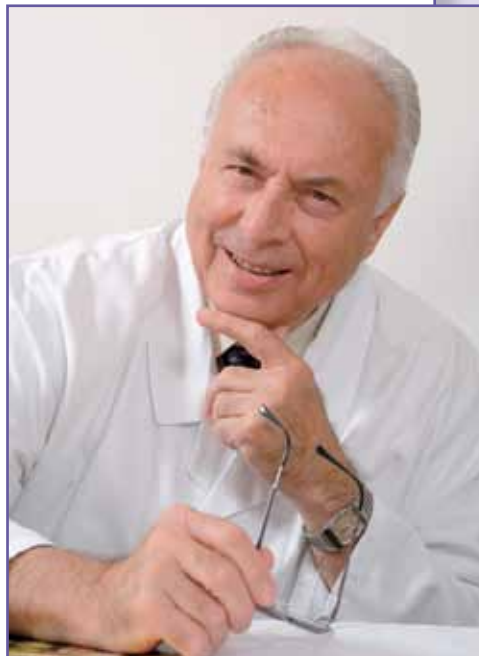
Prof. Jaroslav Blahoš je předsedou České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Do jejího čela byl opakovaně zvolen. V říjnu 1999 byl v tajných volbách zvolen prezidentem Světové lékařské asociace (WMA), která sdružuje přes 80 národních asociací a více než 8 milionů lékařů světa. WMA je nevládní organizací a spolu se SZO (která je organizací vládní) je nejvýznamnější lékařskou světovou organizací.

Prof. Jaroslav Blahoš je čestným členem zahraničních endokrinologických společností, členem vědeckých rad nejvýznamnějších institucí a členem redakčních rad domácích i zahraničních časopisů. Je i čestným členem naší odborné společnosti SVL ČLS JEP.

Dne 28. 10. 2001 obdržel z rukou prezidenta Havla Státní vyznamenání za zásluhy 1. třídy. 14. 7. 2002 byl jmenován prezidentem Francie Rytířem Čestné legie a byl jmenován prezidentem Svěpomocné společnosti členů Čestné legie v ČR.

Milý Jaroslave, vážený příteli, dovoluji si Ti, jak jménem svým tak i celého výboru SVL ČLS JEP a jistě i všech našich členů, popřát mnoho zdraví, osobní spokojenosti a mnoho síly i entusiasmu v naší plodné spolupráci i v příštích letech.

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



POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Vybrané články z aktuální databáze InfoPoems (www.infopoems.com) pro duben 2010.

Cílový systolický tlak 120 není lepší než 140 u diabetiků 2. typu (ACCORD)

Klinická otázka: Je u diabetiků 2. typu pro prevenci kardiovaskulárních příhod lepší nižší cílový krevní tlak?

Závěr: U agresivní léčby krevního tlaku u diabetiků 2. typu s cílem dosažení systolického tlaku 120 mm Hg nebyl zjištěn klinicky významný užitek a navíc tato léčba má vyšší riziko vedlejších nežádoucích účinků. Pacienti by měli dosáhnout tlaku nižšího než 140 mm Hg. Studie ACCORD nyní prokázala, že agresivní snižování krevního tlaku, krevní glukózy a sérových triglyceridů nepřináší u diabetiků 2. typu žádný další užitek. (LOE = 1b)

Reference: The ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med. 2010 Mar 14. [Epub ahead of print]

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená)

Financování: Průmysl

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (jakékoliv)

Rozdělení: Tajné

Synopse: Do této jedné z větví studie ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) výzkumníci zapojili 4733 pacientů, kteří byli buď ve věku 40 – 79 let a měli kardiovaskulární onemocnění (36%) nebo ve věku 55–79 a měli minimálně 2 rizikové faktory pro kardiovaskulární onemocnění. Všichni zúčastnění měli počáteční systolický tlak mezi 130 a 180 mm Hg, užívali maximálně 3 antihypertenziva a měli proteinurii nižší než 1,0 g/den. Ačkoliv šlo o randomizovanou studii a rozdělení bylo tajné, pacienti a hodnotitelé výsledků nebyli maskováni. Pacienti byli randomizováni do 2 skupin s cílem dosažení systolického tlaku (STK) na hodnoty níže než 120 mm Hg nebo níže než 140 mm Hg. Primárním výsledkem sledování byly následující příhody: nefatální infarkt myokardu, nefatální mozková mrtvice a úmrtí z kardiovaskulární příčiny. Autoři dále sledovali i řadu dalších výsledků, individuální kardiovaskulární příhody a mortalitu ze všech příčin. Výzkumníci nedefinovali žádnou specifickou antihypertenzní léčbu. Na konci studie ve skupině s intenzivní léčbou byla jednotlivá antihypertenziva užívána v následujících četnostech: 80% pacientů užívalo diuretika, 61% betablokátory, 60% ACE inhibitory, 42% blokátory kalciového kanálu, 41% sartany, 23% alfa blokátory a 7% reserpin. U pacientů ve skupině s cílovým STK 140 mm Hg byla četnost jednotlivých léků o 8% až 24% nižší. Cílové hodnoty TK byly docíleny v obou skupinách na konci prvního roku studie, pacienti ve skupině s intenzivní léčbou užívali průměrně 3,4 antihypertenziv a měli průměrný STK 119 mm Hg, pacienti ve skupině se standardní léčbou měli průměrný STK 133 mm Hg a užívali průměrně 2,1 antihypertenziv. Na konci 5leté stu-

die nebyl mezi pacienty u obou skupin rozdíl ve výskytu primárních výsledků (1,9 oproti 2,1% za rok) a ve výskytu dalších kombinovaných nebo individuálních výsledků jiných než mozková mrtvice. Rovněž nebyl zjištěn žádný rozdíl u 9 podskupinových analýz a žádný rozdíl s ohledem na mortalitu ze všech příčin (1,28% za rok ve skupině s intenzivní léčbou oproti 1,19% ve skupině se standardní léčbou). U CMP bylo riziko 0,32% za rok ve skupině s intenzivní léčbou a 0,53% u standardní léčby ($P < 0,01$; počet pacientů, kteří musí být léčeni, aby vzniklo jedno poškození za 5 let = 89). Celkový výskyt kardiovaskulárních příhod byl nižší, než se předpokládalo, což snížilo sílu důkazu studie, a možná to bylo způsobeno tím, že pacienti s dyslipidemií byli v lipidové větvi a ne v hypertenzní větvi studie ACCORD. Více vážných vedlejších účinků, jako hypotenze, synkopa, bradykardie, hyperkalémie a renální selhání se vyskytlo ve skupině s intenzivní léčbou (3,3% oproti 1,3%; $P < 0,001$; počet pacientů, které bylo třeba léčit, aby vzniklo poškození za 5 let = 50).

Kombinace statin + fenofibrát není u pacientů s diabetem 2. typu lepší než samotný statin (ACCORD)

Klinická otázka: Je kombinace fibrátu se statinem účinnější než samotný statin u pacientů s diabetem 2. typu?

Závěr: U pacientů s diabetem 2. typu a současně zjištěným koronárním onemocněním nebo s přítomností minimálně 2 kardiovaskulárních rizikových faktorů nebyl zjištěn žádný užitek z přidání fibrátu ke statinu. (LOE = 1b)

Reference: The ACCORD Study Group. Effects of combination lipid therapy in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med. 2010 Mar 18. [Epub ahead of print]

Typ studie: Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě zaslepená)

Financování: Vláda

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní péče (jakékoliv)

Rozdělení: Tajné

Synopse: Řešitelé studie ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) již dříve informovali o tom, že cílová hodnota glykovaného hemoglobinu 6,0% nepřináší žádnou výhodu oproti cílovým hladinám 7,0 – 7,9%. Do studie bylo zařazeno 5518 účastníků, kteří byli buď ve věku 40–79 let a měli srdeční onemocnění (36%) nebo ve věku 55–79 let s minimálně se 2-mi rizikovými faktory pro kardiovaskulární onemocnění. Účastníci, kteří byli zařazeni do této lipidové větve studie, museli splňovat následující kritéria: hladina LDL 1,55 až 4,65 mmol/l, hladina HDL méně než 1,42 mmol/l u žen a černochů a méně než 1,29 mmol/l u všech dalších a dále hladina triglyceridů nižší než 8,5 mmol/l. Průměrný věk účastníků byl 62 let a 31% bylo žen. Všichni pacienti dostávali simvastatin, konečná dávka u většiny pacientů byla 20 až 40 mg/den. Pacienti byli randomizováni do skupiny s fenofibrátem v dávce 160 mg / den a do skupiny s placebem, s úpravou dávek pod-

agresivní snižování
krevního tlaku,
krevní glukózy
a sérových
triglyceridů
nepřináší
u diabetiků 2. typu
žádný další užitek

le renálních funkcí. Jedním z nálezů studie bylo zjištění, že u pacientů užívajících fenofibrát se mnohem častěji vyskytovalo zvýšení hladiny kreatininu v séru oproti pacientům s placebem (28% oproti 19% u žen; 37% oproti 18% u mužů; $P < 0,001$). Primárním výsledkem studie byla velká kardiovaskulární příhoda definovaná jako nefatální infarkt myokardu, nefatální mozková mrtvice nebo kardiovaskulární smrt. Současně autoři sledovali i několik dalších šířeji definovaných kombinovaných výsledků jako tzv. sekundární výsledky. Po 5 letech užívalo doporučenou medikaci 77% pacientů ve skupině se statinem a fenofibrátem a 81% ve skupině se samotným statinem, dalších 6% v každé skupině užívalo alternativní statin. Mezi skupinami se nevyskytovaly žádné klinicky nebo statisticky významné rozdíly s ohledem na primární výsledek (2,2% u kombinované léčby fenofibrát + statin oproti 2,4% za rok u samotného statinu) ani rozdíly s ohledem sekundární výsledky nebo na mortalitu ze všech příčin (1,5% oproti 1,6%). Autoři prozkoumali 10 předem určených analýz u 24 podskupin a našli pouze 1 statisticky významný rozdíl: Zdá se, že muži profitovali z léčby více než ženy. Dále je popsána tendence k benefitu u pacientů s počátečními hladinami triglyceridů vyšších než 2,3 mmol/l a HDL hladin nižších nebo rovných 0,88 mmol/l, kde primární výsledek představoval 8,7% příhod oproti 10,6% během 5-letého sledování. Samozřejmě, je-li prováděn velký počet porovnávání, je pravděpodobné, že se objeví 1 nebo 2 zcela náhodné výskyty nějaké tendence.

Vztah mezi BMI a celkovou mortalitou u seniorů vyjadřuje křivka ve tvaru J (J-křivka)

Klinická otázka: Jaký je vztah mezi Body Mass Indexem (BMI) a mortalitou ze všech příčin u seniorů?
Závěr: Podle této studie je vztah mezi BMI a celkovou mortalitou vyjádřen křivkou ve tvaru J, kde „dno“ křivky představuje BMI mezi 25–30. I když jsou tato data předmětem mnoha kontroverzí, jsou nicméně konzistentní s výsledky jiných studií, které zjistily že nadváha může seniory chránit. (LOE = 2b)

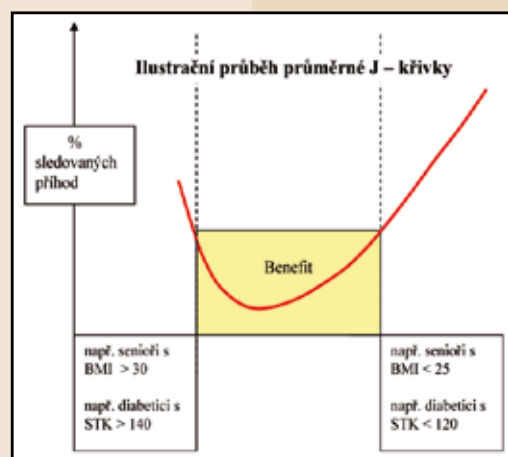
Reference: Flicker L, McCaul KA, Hankey GJ, et al. Body mass index and survival in men and women aged 70 to 75. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58(2):234-241.

Typ studie: Kohortová (prospektivní)

Financování: Vláda

Prováděcí prostředí studie: Populace

Synopse: Autoři podali zprávu ze dvou populačních kohortových studií u australských mužů (průměrná doba sledování 8 let) a žen (průměrná doba sledování 9,6 let). V každé kohortě byli obyvatelé náhodně vybráni z volebních seznamů (účast ve volbách je pro dospělé Australany povinná). V této studii výzkumníci sledovali muže a ženy, kteří byli na začátku studie ve věku 70–75 let. Vystavilo však několik závažných obav. Za prvé, do studie se zapojilo 70% oslovených mužů a 36% oslovených žen. Za další, 10-leté přežití mužů a žen v těchto kohortách bylo vyšší než v obecné populaci. A nakonec, řešitelé použili k určení BMI data o výšce a váze, kterou udali sami pacienti a dále pracovali i se subjektivními údaji o jejich pohybových zvyklostech. Na druhou stranu studie měla 100% návratnost dat o mortalitě, neboť používala mortalitní data z národního registru. Po téměř 38 000 životalet (person-years) zemřelo ze všech příčin 1639 mužů. Po přibližně 44 000 životalet zemřelo 939 žen. Autoři se pokusili zvažovat i faktory, které by mohly být spojené s úmrtím jako je kouření tabáku, diabetes mellitus, srdeční onemocnění, mozková mrtvice, hypertenze nebo chronické respirační onemocnění. U mužů i žen byla souvislost mezi úmrtím a BMI ve tvaru J-křivky. Jinými slovy, riziko smrti bylo zvýšené u extrémních BMI (podobně jako to vidíme u krevního tlaku a glykemické kontroly). Riziko mortality bylo nejnižší, když BMI bylo mezi 25–30. Tento vztah trvá i v případě porovnávání osob, které nemají žádné komorbidní zdravotní potíže. Sedavé ženy měly u všech úrovní BMI dvakrát vyšší riziko mortality než ženy s nesesavým způsobem života, zatímco riziko u sedavých mužů bylo jen lehce zvýšené. Tato data jsou konzistentní s výsledky jiných studií, včetně jedné nedávno revidované (Stessman, et al. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(12):2232-8).



nadváha může seniory chránit

popis hierarchie důkazů viz Practicus 4/2010, str. 35

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

Řádková inzerce...

JUDr. Kateřina Sekaninová,
 advokát se sídlem v Brně, poskytuje komplexní
 právní servis v oblasti převodů lékařských praxí
 (prodej, bezúplatný převod).

**Právní služby zajišťujeme na území celé
 České republiky.**

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

**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**

aneb kancelářský balík zdarma



ny funkce, kterými disponuje nejnovější Word. Ve finále to ale běžný uživatel ani nepostřehne. Při ukládání program samozřejmě primárně nabízí možnost uložení ve vlastním formátu odt, takže pokud jste zvyklí ukládat ve formátu doc, najdete ji v seznamu 'Uložit jako typ' hned pod názvem ukládaného dokumentu (obr. 1).

Sešit neboli Calc

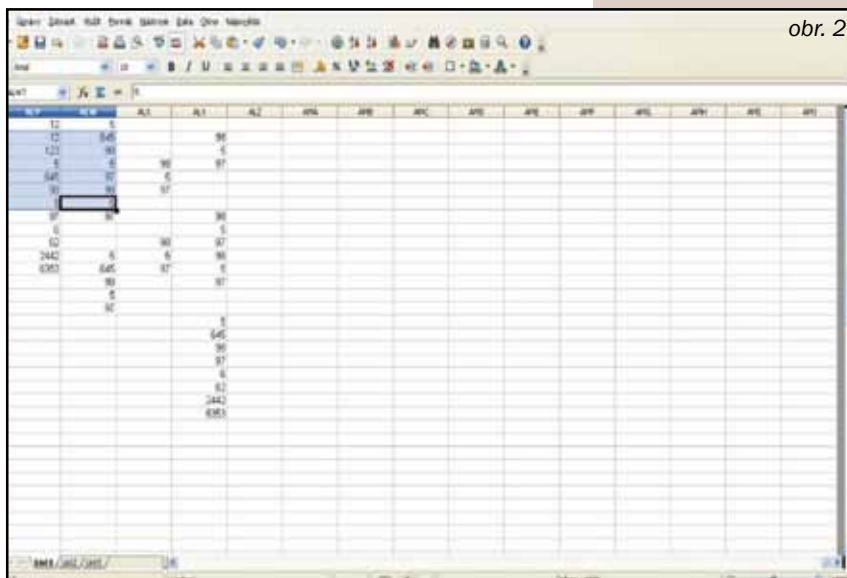
Představuje tabulkový kalkulátor (ekvivalent Excelu) a i zde nenajdeme k přilísné odchylky jak ve vzhledu, tak ve funkcích, tedy budete zde moci pracovat tak, jak jste byli zvyklí z Excelu. Jen snad při složitějším vkládání vzorců můžete narazit na drobné odlišnosti, ale proto je tu v nástrojích šikovná funkce Řešitel, která funguje jako průvodce při vytváření vzorců. Kdybyste si i přesto nevěděli rady, můžete využít podrobné nápovědy. Ani tvorba grafů není výrazně odlišná, pro uživatele působí příjemně povědomě a nepůsobí nejmenší potíže. I zde je plná kompatibilita s formáty excelovských dokumentů (xls axlsx), ovšem ukládat lze opět pouze s příponou xls (obr. 2).

Prezentace neboli Impress

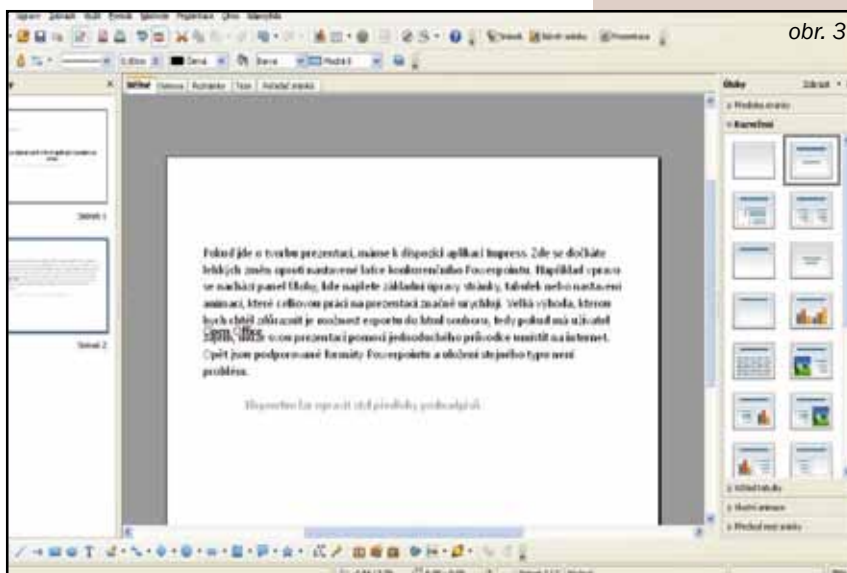
Pokud jde o tvorbu prezentací, máme k dispozici aplikaci Impress. Zde se dočkáte lehkých změn oproti nastavené laťce konkurenčního Powerpointu. Například vpravo se nachází panel Úlohy, kde najdete základní úpravy stránky, tabulek nebo nastavení animací, které ovlivní práci na prezentaci značně urychlují. Velká výhoda, kterou bych chtěl zdůraznit je možnost exportu do html souboru, tedy pokud má uživatel zájem, může svou prezentaci pomocí jednoduchého průvodce umístit na internet. Opět jsou podporované formáty Powerpointu a uložení stejného typu není problém.

V úplné instalaci se navíc nachází kupříkladu aplikace Draw, což je, jak název napovídá, analogie ke klasickému malování, které známe z Windows. Přestože vzhledově se už příliš nepochodává, funkcemi svého soka předčí. Kromě klasických nástrojů pro malování, které se nacházejí nezvykle u spodního okraje plátna, nabízí aplikace například tvorbu vektorových objektů, vkládání 3D objektů (taktéž pomocí vektorů) nebo vkládání grafů. Po skončení práce pak hotový obrázek snadno vyexportujete do jednoho z mnoha známých formátů.

Za zmínku stojí ještě například webový editor podobný aplikaci Front Page sloužící k jednoduché tvorbě webové prezentace snadným



obr. 2



obr. 3

a pohodlným způsobem a aplikace Math, což je nástroj pro editaci vzorců (obr. 3).

Závěrem lze říci, že Open Office obsahuje všechny potřebné aplikace pro kancelářskou správu a rozhodně by dokázala uspokojit i náročnější uživatele. Propracovaností designu a nástrojů všech aplikací se velmi přibližuje sadě MS Office. Velkou výhodou je výborná kompatibilita a podobný vzhled, díky čemuž budete mít pocit jako byste pracovali v důvěrně známém prostředí. Je zde také možnost exportu všech součástí (Writer, Calc, Impress) do formátu PDF, česká kontrola pravopisu a samozřejmě zejména nulová cena. Ve většině ohledů se tedy jedná o plnohodnotnou náhradu a pro lidi, kterým se nechce zbytečně investovat, by Open Office mohly být příjemným překvapením.

Ondřej Tůma,
IT konzultant

Nařízení vlády stanovující, co se považuje za nakažlivé nemoci lidí, zvířat a rostlin

č. 453/2009 Sb.

NAŘÍZENÍ VLÁDY

ze dne 7. prosince 2009,

kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za nakažlivé lidské nemoci, nakažlivé nemoci zvířat, nakažlivé nemoci rostlin a škůdce užitkových rostlin

Vláda nařizuje podle § 154 a 308 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník:

§ 1

(1) Za nakažlivé lidské nemoci ve smyslu § 152 a 153 trestního zákoníku se považují nemoci uvedené v příloze č. 1 k tomuto nařízení.

(2) Za nakažlivé nemoci zvířat v zájmových chovech, hospodářských zvířat nebo volně žijících zvířat ve smyslu § 306 trestního zákoníku se považují nemoci uvedené v příloze č. 2 k tomuto nařízení.

(3) Za nakažlivé nemoci nebo škůdce užitkových rostlin ve smyslu § 307 trestního zákoníku se považují nemoci a škůdci uvedení v příloze č. 3 k tomuto nařízení.

§ 2

Toto nařízení nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2010.

Předseda vlády:

Ing. Fischer, CSc. v. r.

Ministryně spravedlnosti:

JUDr. Kovářová v. r.

Příloha č. 1 k nařízení vlády č. 453/2009 Sb.

Nakažlivé lidské nemoci pro účely trestního zákoníku:

AIDS (syndrom získané imunodeficiency) včetně nosičství viru HIV • amébová úplavice • dávivý kašel • cholera • hemoragické horečky (např. Ebola, Marburg) • mor • ornitóza a psitakóza • otravy a nákazy infekčního původu šířené potravinami a vodou • pohlavní nemoci • salmonelózy • SARS (Severe acute respiratory syndrome - těžký akutní respirační syndrom) • trachom • trichinóza • tuberkulóza • tyf břišní a paratyf B včetně nosičství • tyf skvrnitý • úplavice bacilární • virové hepatitidy včetně nosičství viru hepatitidy B • záškrt

č. 40/2009 Sb. - trestní zákoník:

ve znění pozdějších předpisů

Trestné činy ohrožující život nebo zdraví

§ 150

Neposkytnutí pomoci

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

§ 151

Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo zákazem činnosti.

§ 152

Šíření nakažlivé lidské nemoci

(1) Kdo úmyslně způsobí nebo zvýší nebezpečí zavlečení nebo rozšíření nakažlivé nemoci u lidí, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny,

b) spáchá-li takový čin za stavu ohrožení státu nebo za válečného stavu, za živelní pohromy nebo jiné události vážně ohrožující život nebo zdraví lidí, veřejný pořádek nebo majetek,

c) poruší-li takovým činem důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, nebo

d) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví.

(3) Odnětím svobody na tři léta až deset let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob nebo smrt.

(4) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt nejméně dvou osob.

(5) Příprava je trestná.

§ 153

Šíření nakažlivé lidské nemoci z nedbalosti

(1) Kdo z nedbalosti způsobí nebo zvýší nebezpečí zavlečení nebo rozšíření nakažlivé nemoci u lidí, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Odnětím svobody na šest měsíců až tři léta bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 za stavu ohrožení státu nebo za válečného stavu, za živelní pohromy nebo jiné události vážně ohrožující život nebo zdraví lidí, veřejný pořádek nebo majetek,

b) poruší-li takovým činem důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo

funkce nebo uloženou mu podle zákona, nebo c) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví.

(3) Odnětím svobody na jeden rok až šest let bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt, nebo

b) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 2 písm. b) těžkou újmu na zdraví.

(4) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 3 proto, že hrubě porušil zákony na ochranu veřejného zdraví.

(5) Odnětím svobody na tři léta až deset let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt nejméně dvou osob proto, že hrubě porušil předpisy na ochranu veřejného zdraví.

§ 154

Společné ustanovení

Vláda nařízením stanoví, co se považuje za nakažlivé lidské nemoci.

§ 155

Ohrožení pohlavní nemocí

Kdo jiného vydá, byť i z nedbalosti, nebezpečí nákazy pohlavní nemocí, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

MUDr. Jozef Čupka



Praktické stránky
nejen pro mladé lékaře...

www.mladipraktici.cz

...inzerce, diskuze, komentáře

Vasco da Gama Movement

Výměnné stáže – program Hippokrates

V roce 2010 se Česká Republika plně zapojí do programu Hippokrates. Jedná se o výměnné stáže pro budoucí praktické lékaře (v předatestační přípravě) a lékaře do pěti let po atestaci z všeobecného praktického lékařství pro dospělé. Výměnný program je podporován organizacemi WONCA (World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) a organizací sdružující mladé praktické lékaře v Evropě – Vasco da Gama Movement.

Cílem tohoto programu je podpořit výměnné pobyty mladých praktických lékařů za účelem rozvoje jejich profesního rozhledu a získání zahraničních zkušeností při kontaktu s poskytovateli primární péče v jiných zemích Evropy, které se později mohou stát inspirací k dalšímu rozvoji oboru všeobecného praktického lékařství v České Republice. Ohlasy ze stáží v rámci programu Hippokrates jsou více než pozitivní. Nejen, že se mladý lékař setkává v hostitelské praxi s často jiným systémem organizace práce, odlišnou infrastrukturou, či jinými lékařskými metodami i prostředky, ale je zde i výrazný aspekt sociální. Během čtrnáctidenního má možnost poznat své hostitele i mimo „medicínu“, formou výletů, večerů v jejich domácnosti nebo kontaktem s jejich přáteli. Záměrně uvádíme „své hostitele“, neboť v mnoha zahraničních zemích je systém sdružených praxí, kde jedno zařízení obsahuje například šest praktických lékařů. Taková zařízení nejsou u nás zcela běžná. Nabízejí se však i jiné alternativy jako týden v městské a týden ve venkovské praxi, aby nebyl hostitel stážistou zahlcen a naopak.

Základy programu Hippokrates položil dr. Peter Kallestrup (Dánsko) na šesté evropské konferenci WONCA ve Vídni v červenci roku 2000. Pilotní fáze programu se účastnilo celkem pět evropských zemí. Během několika let se do programu Hippokrates postupně přidávaly další státy Evropy a v současné době má program Hippokrates devatenáct národních koordinátorů v jednotlivých účastnických zemích a oficiálně zatím 20 hostitelských praxí (především ve Velké Británii).

Dle regulí pořádajících organizací se může stát hostitelskou praxí, každá ordinace praktického lékaře se zkušenostmi s předatestační přípravou praktických lékařů, jejíž statutární zástupce vydá souhlas s přijetím stážisty ze zahraničí. V další fázi výměnného programu se předpokládá, že hostitelská praxe vyšle do zahraničí svého rezidenta (školence) recipročně do země (obvykle i praxe) odkud přijala stážistu. Pro praxe, které by se chtěly účastnit výměnného programu vydala organizace Vasco da Gama následující doporučení: **1)** osobní registrace na stránkách www.vdgm.eu, **2)** registrace samotné praxe na www.vdgm.eu/index.cfm/spKey/exchange.my_practice.html, **3)** kontaktovat národního koordinátora programu Hippokrates (garant praxe pro výměnný program, je odpovědný za zveřejnění odkazu na stránkách Vasco da Gama).

V případě zájmu o zahraniční stáž se lze přímo obrátit na hostitelskou praxi, kterou naleznete na stránkách www.vdgm.eu. Organizace Vasco da Gama obecně doporučuje kontaktovat národního koordinátora výměnného programu za Českou republiku, který by měl být nápomocen s organizací stáže v zahraničí i s přijetím zahraničního stážisty v domácí praxi. K zajištění zahraniční stáže je též k dispozici koordinátor v zemi, do které chce stážista vycestovat, a který obvykle zprostředkuje kontakt s praxí, která stážistu z ČR přijme.

Stážista z ČR i zahraniční stážista přímo nezasahuje do preventivně-léčebné péče a není přímo zapojen do samotného pracovního procesu v praxi, ale je pouze v roli pozorovatele (shadowing). Zahraniční stáž nepodléhá žádnému poplatku. Náklady spojené se stáží si musí každý stážista zajistit vlastními silami. Hostitelská praxe v zahraničí, však bývá nápomocna s řešením problému ohledně ubytování.

Organizace Mladí praktici (www.mladipraktici.cz, mladi.praktici@centrum.cz) podala žádost o grant v rámci mobilitního projektu Leonardo da Vinci. Jeho získání by umožnilo pokrýt náklady na cestu a ubytování čtrnácti účastníků programu Hippokrates z České republiky. Hostitelská místa, která musela být v tomto případě předem stanovena, přislíbilo Polsko, Portugalsko a Velká Británie. Zda se podaří grant získat, se dozvíme v druhé polovině května.

Vážení praktičtí lékaři, pokud zvažujete, zda byste nebyli rádi součástí programu Hippokrates a nestali se hostiteli zahraničních lékařů, pak neváhejte a přihlašte svou praxi na zmíněných webových stránkách, eventuálně nás kontaktujte. A vy co naopak máte zájem vycestovat a získat zkušenosti, tak hurá do toho!

MUDr. David Macharáček, davidmacharacek128@gmail.com, místopředseda organizace Mladí praktici www.mladipraktici.cz, Městská poliklinika Praha

MUDr. Norbert Král, norbert.kral@seznam.cz, člen Rady organizace Mladí praktici, Koordinátor programu Hippokrates za Českou republiku www.vdgm.eu, Lékařská ordinace Vyšehrad s. r. o.

Mezinárodní projekt vyhledávání nemocných se závažnými familiárními dyslipidemiemi (MedPed) nově ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství

Michal Vrablík, Tomáš Freiburger, Richard Češka, Otto Herber, Svatopluk Býma

Mezinárodní projekt **MedPed** (akronym anglického názvu **Make early diagnosis to Prevent early deaths in Medical Pedigrees**) sdružuje odborníky z více než 30 zemí světa v jejich úsilí snížit počet předčasných úmrtí pacientů s geneticky podmíněnými poruchami metabolismu lipidů. Cílem je včas identifikovat a léčit co největší počet ohrožených jedinců. Hlavní důraz je aktuálně kladen na nemocné s familiární hypercholesterolemí (FH), která je nejlépe definována klinicky, biochemicky i na molekulární úrovni a je spojena s největším rizikem předčasného úmrtí. Při odhadované prevalenci FH v populaci kolem 0,2 % lze předpokládat, že v České republice je přibližně 20 000 postižených. Teoreticky tedy na každou ordinaci praktického lékaře připadá 4-5 pacientů s FH. Při jejich včasné zachytu a správné léčbě lze u těchto nemocných zabránit předčasné manifestaci kardiovaskulárních příhod a úmrtí. Proto Česká společnost pro aterosklerózu, organizátor projektu MedPed v Česku, ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství, připravila bližší seznámení s projektem v rámci pravidelných seminářů SVL, které budou probíhat v nejbližší době. Další informace lze také získat na internetových stránkách projektu www.med-ped.cz.

V případě, že ve Vaší praxi identifikujete nemocného s familiární hypercholesterolemí (nebo jinou těžší formou primární dyslipidemie), můžete konzultovat následující specializovaná pracoviště (centra projektu MedPed), která pomohou zajistit vyšetření a případně i další léčbu postižených.

Národní centra

VFN, III. interní klinika 1. LF UK, Centrum preventivní kardiologie
Karlov nám. 321, 128 08 Praha 2
tel.: 224962946
prof. MUDr. Richard Češka, CSc.,
MUDr. Michal Vrablík, PhD.

VFN, Klinika dětí a dorostu 1. LF UK
- kardiologická ambulance
Ke Karlovu 2, 121 00 Praha 2

tel.: 224967809
doc. MUDr. Zuzana Urbanová, CSc.

FN u Sv. Anny, OKB, Ambulance pro poruchy metabolismu lipidů
Pekařská 53, 656 91 Brno
tel: 543183177-8
doc. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

Regionální centra pro dospělé

VFN, IV. interní klinika 1. LF UK
U nemocnice 2, 128 08 Praha 2
tel.: 224962506, 2480
prof. MUDr. Aleš Žák, CSc.
MUDr. Magdaléna Dušejovská

IKEM, Odd. preventivní kardiologie
Václavská 1958/9, 140 21 Praha 4
tel: 261365225
prof. MUDr. Renata Cífková, CSc.
MUDr. Jana Franková

FN Plzeň, II. interní klinika
- Centrum preventivní medicíny
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň
tel: 377402384, 2737
prof. MUDr. Hana Rosolová, CSc.
MUDr. Barbora Nussbaumerová

Interní ambulance se spec. pro DM a metabol. poruchy
Nám. M. Horákové 8, 360 01 Karlovy Vary
tel: 353232059 (kl.278)
MUDr. Zdenka Krejsová

Privátní endokrinologická ambulance
V Jichařích 62/2, 400 01 Ústí nad Labem
tel: 475201028
MUDr. Milena Budíková

Krajská nemocnice Liberec, OKB,
poradna pro hyperlipoproteinemii
Husova 10, 460 63 Liberec
tel: 485312107
MUDr. Lubomír Dlouhý

FN a LF UK v Hradci Králové, Klinika gerontologická a metabolická,
poradna metabolická
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
tel: 495832271 (sekretariát)
prof. MUDr. Vladimír Bláha, CSc.

Oblastní nemocnice Trutnov a. s.
ord. poruch met.
Gorkého 77, 541 21 Trutnov
tel: 499866425 (Po-Út-St: 7-15 hod)
MUDr. Josef Mraček

Nemocnice Třebíč, OKB, poradna pro poruchy tukového metabolismu
Purkyňovo nám. 2, 674 01 Třebíč
tel: 568809479 (Po: 11:00-14:00; St: 7:30-11:30)
prim. MUDr. Dagmar Povalačová

Nemocnice Vyškov, OKB
- metabolická poradna
Purkyňova 36, 682 01 Vyškov
tel: 517315444, 443
prim. MUDr. Hana Halámková

Uherskohradišťská a.s., I. interní oddělení, lipidová poradna
Purkyňova 365, 686 01 Uherské Hradiště
tel: 572529472
prim. MUDr. Stanislav Zemek

Bažova nemocnice, Interní klinika IPVZ
Havlíčkovo nábřeží 600, 760 01 Zlín
tel: 577552445
MUDr. Josef Macháček

Městská nemocnice Ostrava- Fifejdy, Interní oddělení - lipidová poradna
Nemocniční 20, 728 80 Ostrava
tel: 596193104, 3106
MUDr. Jan Buryška, MUDr. Šárka Malá

FN Olomouc, III. interní klinika
I.P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
tel: 585853359
prof. MUDr. Helena Vavrková, CSc.,
MUDr. Dagmar Jackuliaková

NsP Havlíčkův Brod, Interní oddělení
Husova 2624, 580 22 Havlíčkův Brod
tel: 569 472 352
prim. MUDr. Karel Peterka,
MUDr. Helena Šturcová

Regionální centra pro děti

Nemocnice na Homolce, OKBHI
- Metabolická ambulance
Roentgenova 2, 150 30 Praha 5
tel: 257273229
prof. MUDr. Josef Hyánek, DrSc.

FN Plzeň, Dětská klinika - ordinace preventivní kardiologie
alej Svobody 8, 304 60 Plzeň
tel: 377104677
prof. MUDr. František Stožický, DrSc.
(s. Foldová)

Ambulance dětské kardiologie
Masarykova 699/9, 460 01 Liberec
tel: 485223385, 739472488
MUDr. Vladimíra Ždánská

FN a LF UK v Hradci Králové,
Pediatrická klinika
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
MUDr. Kristýna Burešová
tel: 495833474 (Út+Pá: 10:00-13:00 hod)

NsP Havlíčkův Brod, Dětské oddělení, odborná ambulance
Husova 2624, 580 22 Havlíčkův Brod
tel: 569472214, 419
prim. MUDr. Michal Pipek, MUDr. Václav Miláček (Po-Pá: 8:00-11:00 hod)

FN Brno Pediatrická klinika,
dětská nemocnice, lipidová amb.
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532234990, 989
MUDr. Lenka Dostálová-Kopečná, PhD.

Poliklinika Třebíč, Dětské oddělení
Purkyňovo nám. 2, 674 35 Třebíč
tel: 568809460
MUDr. Jan Kozák

Uherskohradištská a.s., Dětské oddělení,
gastroenterologická ambulance
Purkyňova 365, 686 01 Uherské Hradiště
tel: 572529596 (Po: 12:30-15:00,
Čt: 8:00-12:00 hod)
MUDr. Eva Šipková

Baťova nemocnice, Dětské oddělení,
gastroenterologická ambulance
Havlíčkovo nábřeží 600, 686 01 Zlín
tel: 577552840
MUDr. Lenka Tóukálková

Městská nemocnice Ostrava- Fifejdy,
Dětské oddělení
Nemocniční 20, 728 80 Ostrava
tel: 596192658
MUDr. Ivana Bartková

FN Olomouc, Ústav lékařské genetiky
a fetální medicíny
I.P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
tel: 588442866
prim. MUDr. Jiří Hyjánek

Specializovaná pracoviště pro dospělé

FN Královské Vinohrady, II. interní klinika 3. LF
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
tel: 267163683
doc. MUDr. Pavel Kraml, PhD.

FN Motol, Ústav klinické biochemie
a patobiochemie - lipidová ambulance
V úvalu 84, 150 06 Praha 5
tel: 224435331
prim. MUDr. Jana Čepová

FN na Bulovce, I. interní odd.
Budínova 2, 180 81 Praha 8
tel: 266082066
MUDr. Jana Jiroušková

Nemocnice na Homolce, OKBHI
- Metabolická ambulance
Roentgenova 2, 150 30 Praha 5
tel: 257272437
MUDr. Jana Dvořáková

FN Plzeň, ÚKBH - ordinace pro poruchy
metabolismu
aleš Svobody 80, 304 60 Plzeň
tel: 377104642 (Út: 8:00-15:00,
Čt: 8:00-15:00 hod)
MUDr. Hana Rusňáková

Poliklinika, Interní amb.
U nemocnice 380, 377 01 Jindřichův Hradec
tel: 384376262
MUDr. Stanislava Loučková

Nemocnice Prachatice, OKB-H,
lipidová ambulance
Nebahovská 1015, 383 20 Prachatice
tel: 388600407
prim. MUDr. Jaroslava Ambrožová

Nemocnice Písek, OKB, metabolická
poradna

Karla Čapka 589, 397 23 Písek
tel: 382772124
prim. MUDr. Pavel Malina

Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o., OKBH,
metabolická poradna
Nemocniční 15, 466 01 Jablonec nad Nisou
tel: 483345834
MUDr. Alena Lubasová

Krajská nemocnice Pardubice, Lipidologická
poradna kardiologického odd.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
tel: 466014100
MUDr. Hana Červášková

Oblastní nemocnice Jičín a.s., OKB
- metabolická ambulance
Bolzanova 512, 506 43 Jičín
tel: 493582275, 267
MUDr. Helena Podzimková

Praktický lékař, Obezitologická poradna
Vratislavovo náměstí 12,
592 31 Nové Město na Moravě
tel: 566616903
MUDr. Pavel Pávek

Nemocnice Havířov, OKB, interní
ambulance - lipidová poradna
Dělnická 24, 736 01 Havířov
tel: 596 491 149 (Pá: 7:00-11:00 hod)
MUDr. Miroslava Gabzdyllová

Lékařské centrum SAGENA,
lipidová ambulance
Jiráskova 457, 738 18 Frýdek-Místek
tel: 558441000
MUDr. Marie Goluchová

Nemocnice Podlesí, OKB - lipidová poradna
Podlesí č.p. 453, 739 61 Třinec
tel: 558304617 (St: 9:00-14:00 hod)
prim. MUDr. Pavel Klus

Slezská nemocnice, Diabetologická poradna
Olomoucká 86, 746 79 Opava
tel: 553766215
MUDr. Jana Palečková

Nemocnice Valašské Meziříčí,
Interní ambulance
U nemocnice 980, 757 42 Valašské Meziříčí
tel: 571758251
MUDr. Helena Kosová

Nemocnice Šternberk, OLM, Diabetologická
a metabolická ambulance
Jívavská 20, 785 01 Šternberk
tel: 585087308
MUDr. Radka Ochmanová

SZZ Krnov, endokrinologická ambulance
I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov
tel.: 554690328
MUDr. Lukáš Burda

Nemocnice Prostějov, OLM,
Metabolická ambulance
Mathonova I, 796 01 Prostějov
tel: 582315612
doc. MUDr. David Stejskal, PhD.,
MUDr. Radka Ochmanová

Specializovaná pracoviště pro děti

FN Motol, Pediatrická klinika 2. LF UK
V úvalu 84, 150 06 Praha 5
tel: 224 433815
prim. MUDr. Petr Tláskal

Nemocnice Svitavy, Dětské odd.
Kollárova 7, 368 25 Svitavy
tel: 461569270 (Pá: 9:00-11:00 hod)
prim. MUDr. Jan Malý

Nemocnice Třinec, Dětské odd.
Kaštanová 268, 739 61 Třinec
tel: 558309204
prim. MUDr. Štěpán Rucki, CSc.

FN Ostrava, Klinika dětského lékařství
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava
tel: 597373525
MUDr. Astrid Šuláková

Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou,
Dětské a novorozenecké odd.,
kardiologická ambulance
Jiráskova 506, 516 23 Rychnov nad
Kněžnou
tel: 494502351, 342 (St: 8:00-15:00 hod)
prim. MUDr. Jan Ondruš

Nemocnice Nové Město na Moravě, Dětská
kardiologická ambulance
Žďárská 610, 592 321 Nové Město
na Moravě
tel: 566683364
MUDr. Martin Chalupský

Nemocnice Prostějov, dětské oddělení
- lipidová poradna
Mathonova I, 796 01 Prostějov
tel: 582315427
MUDr. Jana Hanáková

Spolupracovníci

Diabetologická a metabolická ordinace
Moskevská 508, 434 01 Most
tel: 476100801
MUDr. Helena Lůžková

Dětská kardiologická ambulance
Poliklinika Galén, Smetanova 1390, 562 01
Ústí nad Orlicí
tel: 465324153
MUDr. Vlastimil Kodítek

FN Brno, OKBH, lipidová poradna
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel.: 532233949
MUDr. Zdeňka Čermáková

Nemocnice s poliklinikou - dětská endokri-
nologická poradna
Vydmucho 399, 734 12 Karviná
tel: 596383144
MUDr. Kristína Poločková

Nemocnice Atlas a.s., Interní odd.
- diabetologická ambulance
Tř. T. Bati 5135, 760 01 Zlín
tel: 571857242
MUDr. Eva Talašová

Interní odborná ambulance
Spojenců 1054/10, 190 12 Praha 9
tel: 281924825
MUDr. Eva Astlová

Interní a gastroenterologická
ambulance, s.r.o.
K nemocnici 2814, 272 01 Kladno
tel: 312615141
MUDr. Petr Raška



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 4. 6. 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
5/2010**

**Správné
odpovědi
testu
č. 4/2010:**

- 1b
2b
3b
4c
5c
6b
7ab
8abc
9abc
10b

**Aktuality v léčbě
hypertenze, význam
fixních kombinací**

**1. Monoterapie hypertenze
bývá úspěšná maximálně:**

- a) u 20-25 % nemocných
b) u 40-50% nemocných
c) u 60% nemocných

**2. Kombinační léčbu dvěma
antihypertenzivy v nižších
dávkách anebo fixní kombinaci
upřednostňujeme při
zahajování farmakologické
léčby:**

- a) pokud jsou iniciační hodnoty
TK ≥ 180 a/nebo ≥ 120 mm
Hg a více
b) pokud jsou iniciační hodnoty
TK ≥ 160 a/nebo ≥ 100 mm
Hg a více
c) pokud jsou cílové hodnoty
TK $\leq 130/80$

**3. Nedávná metaanalýza
Walda a spol. prokázala, že
přidání antihypertenziva
z jiné třídy bylo pro snížení TK
a výskyt vedlejších účinků
efektivnější než zdvojnásobení
dávky jednoho léku a to:**

- a) až o 50%
b) až 2 x
c) až 5x

10 let studie HOPE

**4. Studie HOPE ukázala, že
ramipril má organoprotektivní
účinky v dávce:**

- a) 2,5 mg
b) 5 mg
c) 10 mg

5. Indikace ramiprilu:

- a) lze paušálně přenášet na jiné
léky ze skupiny ACE - inhibi-
torů
b) nelze paušálně přenášet
na jiné léky ze skupiny ACE -
inhibitorů
c) všechny ACE - inhibitory mají
stejně léčebné indikace

**6. studie ONTARGET prokázala,
že podobných
organoprotektivních účinků
jako ramipril, dosahuje i léčba:**

- a) telmisartanem v dávce 80 mg
b) telmisartanem v dávce
160 mg
c) enalapilem v dávce 2x10 mg

**Příprava pacienta
léčeného warfarinem
k operaci**

7. 3 dny po vysazení warfarinu:

- a) u nejméně 20 % pacientů pře-
trváá INR vyšší než 2,0

- b) lze předpokládat, že u 95%
pacientů pokleslo INR pod 1,5
c) ještě nelze pacienta převést
na nízkomolekulární heparin
(LMWH)

**8. U nekomplikovaných
extrakcí zubů:**

- a) je indikováno dočasné přeru-
šení antikoagulační léčby
b) není indikováno přerušení an-
tikoagulační léčby
c) není zvýšené riziko význam-
ných krvácivých komplika-
cí, pokud je INR v rozmezí
2,0-3,0

**9. Před plánovanou operací
je nutno vysadit warfarin:**

- a) nejméně 5 dnů před zákro-
kem
b) nejméně 3 dny před zákrokem
c) 1 den před zákrokem

**10. Překlenovací léčba LMWH
se v případě nutnosti
vysazení warfarinu před
operací zahajuje:**

- a) v den vysazení warfarinu
b) při poklesu INR pod dolní hra-
nici cílového rozmezí (2,0)
c) 12 hodin před operací

**Správné mohou být
všechny tři možnosti.**

odpovědní lístek - test č. 5/2010

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 |

Poem

Servier - Prestance