



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 6/2010

ročník 9

pro
praktické
lékaře
zdarma

Novinka!

Od tohoto čísla
se mění hodnocení
znalostního testu
z 5 kreditů na
9 kreditů

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

**Zpráva z 19. světové WONCA konference praktických
a rodinných lékařů, Cancún, Mexiko, 19. - 24.5.2010**



Zpráva ze světové WONCA conference Cancún 2010

Zprávy ze IV. Jarní interaktivní konference 2010 - 2. část:

Novinky v diabetologii
Možnosti kombinační terapie v primární péči
Mýty a omyly v očkování
Gastropatie

Primární a sekundární prevence ischemických mozkových příhod

Očkování před cestou do zahraničí

Screening kolorektálního karcinomu v roce 2010

Diabetická noha

Změnila se léčba a kontrola hypertenze v ČR za posledních 10 let?

Podmínky ochrany zdraví při práci

Target media

Obsah

Zpráva z 19. světové WONCA konference praktických a rodinných lékařů **5**

Zprávy z Jarní interaktivní konference **11**

Novinky v diabetologii pro VPL 11

Možnosti kombinační terapie v primární péči na podkladě doporučení ESH a ČSH 15

Mýty a omyly v očkování v ordinaci praktického lékaře 18

Gastroenterologický blok – gastropatie 18

SVL ČLS JEP informuje 22

Primární a sekundární prevence ischemických mozkových příhod **24**
MUDr. Daniel Václavík

Očkování před cestou do zahraničí v ordinaci praktického lékaře **28**
MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D.

Screening kolorektálního karcinomu v roce 2010 **32**
Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. a kol.

Změnila se léčba a kontrola hypertenze v ČR za posledních 10 let? **40**
MUDr. Marie Jozífová a kol.

Diabetická noha **36**
MUDr. Tomáš Poch

 **...SÚKL informuje** **43**
Reakce SÚKL na článek Peníze.cz
Antidopingový výbor ČR a SÚKL informuje...

 **...POEM: Patient oriented evidence that matters** **44**

 **...počítač a doktor** **46**
Multifunkci anebo „jen“ tiskárnu?

 **...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa** **48**
Podmínky ochrany zdraví při práci

 **...znalostní test** **54**

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
6/2010, ročník 9

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 064

fax: 267 184 041

e-mail: practicus.svl@cls.cz

www.practicus.eu

Redakce:

Šéfredaktorka: MUDr. Jaroslava Laňková, lankova@svl.cz

Odborní redaktori: MUDr. Marcela Bradáčová, MUDr. Jozef Čupka, MUDr. 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 Koňstacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Miloš Ponižil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Náklad 6 000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **9. 6. 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 tohoto čísla časopisu Practicus.

Z aktualit tentokrát přinášíme zprávy ze světové konference praktických a rodinných lékařů WONCA, která v květnu proběhla v mexickém Cancúnu. Světové WONCA konference se konají jednou za tři roky a organizací příští, již dvacáté, konference v roce 2013 byla pověřena Praha. Intenzivní práce na její přípravě probíhají již nyní, jak si přečtete ve zprávě doc. Bohumila Seiferta z jednání světové rady WONCA.

Dále přinášíme druhou část zpráv z Jarní interaktivní konference SVL ČLS, která probíhala v dubnu t. r. v Praze. Obzvláště upozorňuji na zprávu Novinky v diabetologii, kterou připravil odborný garant SVL ČLS JEP pro diabetologii v primární péči MUDr. Igor Karen. Jsme svědky zásadního posunu péče o diabetika 2. typu směrem do primární péče, kde jsou nejlepší podmínky pro poskytování komplexní péče o celý metabolický syndrom, včetně hypertenze, hyperlipidémie, obezity, odvykání kouření apod. Specializovaná péče má i nadále nezastupitelnou úlohu v poskytování konziliárních vyšetření a dispenzarizací těžších komplikovaných případů. Právě metabolický syndrom je školním příkladem pro potřebu komplexní péče, kde platí, jak uvádí Barbara Starfield (zpráva z WONCA konference), že multispecializovaná péče – v tomto případě např. diabetolog (glykémie), lipidolog (hyperlipidémie), kardiolog (hypertenze), obezitolog (obezita) – je výrazně dražší a je spojena s větším počtem různých vyšetření (včetně duplicit a falešných pozitivit), větší polypragmazií a vyšším počtem pochybení.

Zajímavá je i zpráva z gastroenterologického bloku věnovaná problematice gastropatií, kterou připravila MUDr. Jana Vojtíšková, členka autorského týmu pro doporučené postupy z oblasti gastroenterologie v primární péči. Zjištění, že až 50% dyspepsií má normální endoskopický nález, ale až 85% ulcerací je asymptomatických, zásadně mění přístup k tomuto problému. Podobné údaje o asymptomatických gastropatiích přináší i aktuální EBM článek v rubrice POEM „Symptomy dyspepsie a endoskopické nálezy nejsou v úzkém vztahu“.

Z dalších článků přinášíme problematiku očkování před cestou do zahraničí (MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D.), informace o tom, jak probíhal screening kolorektálního karcinomu v r. 2009 (doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. a kol.), informace o možnostech léčby diabetické nohy (MUDr. Tomáš Poch). Vzhledem k rozsahu tohoto čísla nebyly zařazeny rubriky Dotazy a odpovědi a Jak řeším problémy ve své praxi, které tímto přesunujeme do zářijového čísla.

Vážení čtenáři, za redakční radu Vám přeji příjemné a bezpečné prožití letních měsíců a těším se na setkání opět u zářijového vydání našeho časopisu.

Jaroslava Laňková
šéfredaktorka

Reflexe z 19. světové WONCA konference praktických a rodinných lékařů

Cancún, Mexiko, 19. - 24. 5. 2010, 1. část

V pořadí 19. světová WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) konference se konala ve dnech 19. – 24. 5. 2010 v městě Cancún, karibském letovisku Mexika. WONCA byla založena v r. 1972 18-ti členskými organizacemi, dnes sdružuje již 120 členských organizací v 99 zemích světa. Reprezentuje tak již většinu světa a stává se významným partnerem ve světové politice.

Mezi její hlavní poslání patří:

- zlepšovat kvalitu života lidí na celém světě
- upevňovat a udržovat vysoké standardy péče ve všeobecném praktickém/rodinném lékařství
- podněcovat, podporovat a propagovat individuální, komprehensivní a kontinuální péči o jednotlivce v kontextu rodiny a obce
- povzbuzovat a podporovat rozvoj akademických organizací praktických/rodinných lékařů

WONCA konference v Cancúnu měla podle dostupných informací patrně dosud největší účast s největší mezinárodní diverzitou, kterou podpořila i aktivní skupina českých lékařů. Programová struktura konference, jak je ostatně na těchto konferencích obvyklé, byla postavena na plenárních a paralelních zasedáních. Vedle 4 plenárních přednášek významných osobností primární péče probíhal vědecký program v 18-ti paralelních sekcích, zahrnujících workshopy (88), ústní prezentace (517) a sympózia (13). Prezентовáno bylo i 679 posterů. Vědecký program zahrnoval širokou varietu klinických, vzdělávacích, organizačních a politických témat. Někdy bylo skutečně těžké si z bohaté a lákavé nabídky vybrat. Pro jednoho účastníka, a ani pro skupinu, však není možné obsáhnout a vyhodnotit celý takto rozsáhlý program a ani to není cílem. Konference tohoto typu přednostně vytváří platformu pro výměnu poznatků a zkušeností, generování nových myšlenek, osobní setkání a formování pracovních skupin. V první části zprávy se chci podělit alespoň o některé informace, které mě osobně nejvíce zaujaly v jedné z klíčových přednášek konference.

Primární a specializovaná péče v éře polymorbidity

Fascinující přednášku „Primary Care/Specialty Care in the Era of Multimorbidity“ připravila prof. Barbara Starfield z Bloombergovy školy veřejného zdraví (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA). Prof. Starfield je mezinárodně uznávaným expertem a častým zvaným hostem na mezinárodních fórech. Má za sebou rozsáhlý výzkum a publikační činnost v oblasti strategie zdravotní péče



Prof. Barbara Starfield ve svém sdělení podala zásadně důležité informace, které by měli slyšet nejen lékaři, kteří povětšinou tomuto poselství rozumí a intuitivně cítí jeho pravdivost, ale hlavně i politici zodpovědní za zdravotní systémy svých zemí.

a zlepšování zdravotních výsledků a svá tvrzení dokladuje množstvím statistických dat.

Proč je primární péče tak důležitá?

Ve svém sdělení především ukázala, že **země se zdravotními systémy orientovanými na primární péči:**

- mají více vyrovnanou distribuci nákladů
- mají státní zdravotní pojištění nebo služby
- mají málo nebo žádné privátní zdravotní pojištění
- nemají žádné nebo nízké doplatky za zdravotní péči
- jsou hodnoceny svým obyvatelstvem jako lepší
- mají primární péči, která zahrnuje široké spektrum služeb a která je orientovaná na rodinu
- mají lepší zdravotní výsledky za nižší cenu

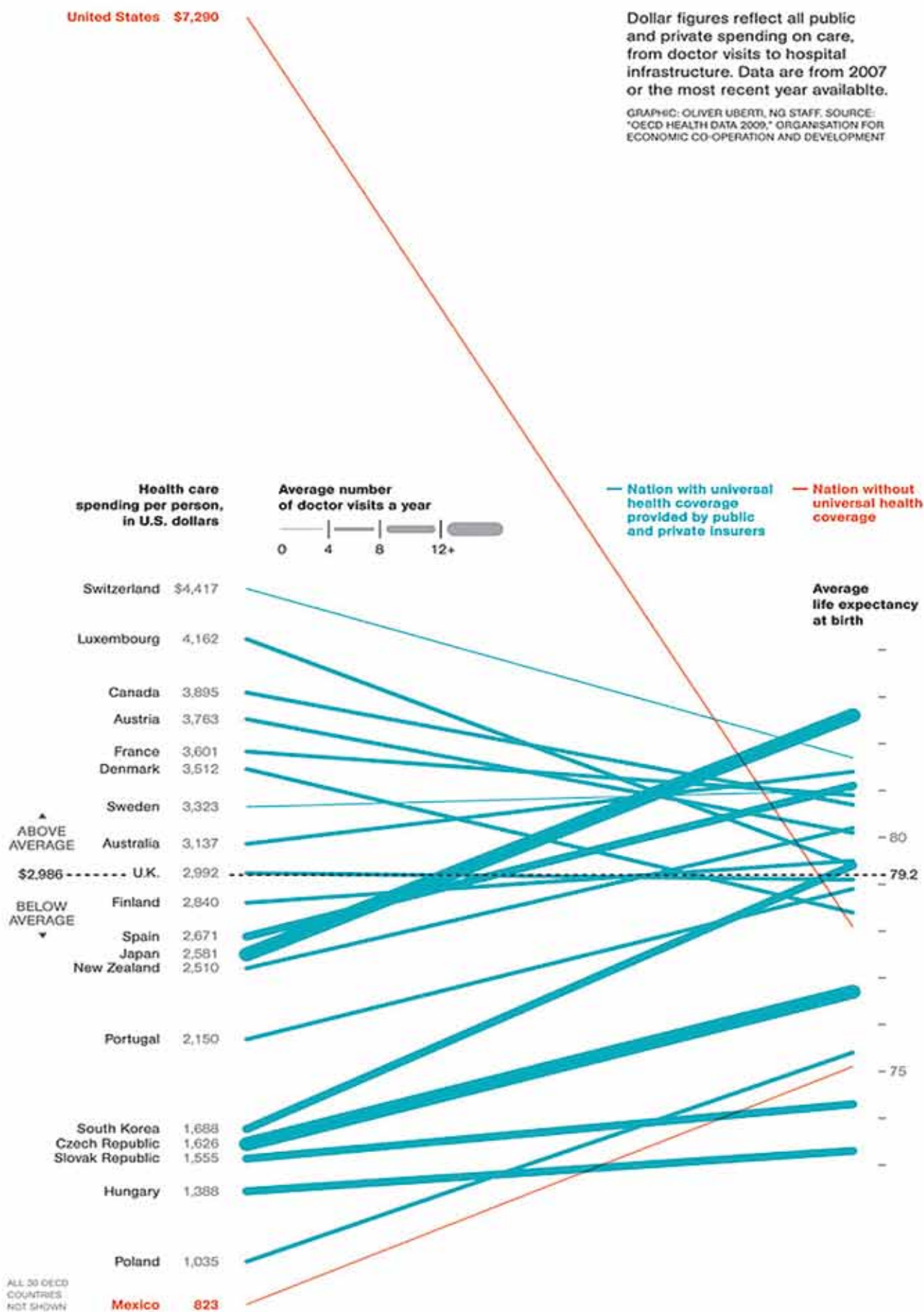
Souhrnem mají tyto systémy **lepší zdravotní výsledky, jsou levnější a mají vyrovnanější zdravotní výsledky ve všech sociálních skupinách.**

Strategie pro změnu

Hlavními předpoklady pro změnu a docílení výše uvedených cílů podle prof. Starfield jsou:

- rozvoj primární péče
- zamezení nadměrnému rozvoji specializovaných služeb
- dosažení sociální rovnosti v přístupu ke zdravotní péči
- zaměření se na komorbiditu a polymorbiditu
- zaměření se na problém pacienta používáním ICPC* kódování
- koordinace péče

Graf 1



- předcházení nežádoucím účinkům léčby
- přepracování mechanismů úhrad za péči (výpočet podle věku, pohlaví a morbiditu)
- vývoj informačních systémů za účelem jednak zkvalitnění péče a jednak zlepšení dostupnosti klinických informací
- posílení role primární péče v prevenci nemocí

Neslavné prvenství České republiky

Trochu jsem se zastyděla, když přednášející akcentovala situaci v „Czech Republic“ v rámci komentáře grafu znázorňujícího souvislosti mezi náklady, četností návštěv u lékaře a délkou očekávaného života při narození v jednotlivých zemích OECD** (viz graf 1 a 2). Jak je na obou grafech vidět, Česká republika vedle Japonska naprosto výrazně vede v počtu návštěv pacientů u lékaře. V Japonsku mají alespoň vůbec nejvyšší očekávanou délku života, narozdíl od Česka, které zdaleka nedosahuje ani průměru.

Český zdravotní systém působil tak trochu (hodně) jako odstrašující příklad nadměrné péče bez relevantních zdravotních výsledků. Je nutno se zamyslet nad tím, proč český pacient, který průměrně navštíví lékaře více než 12x za rok se dožije významně nižšího věku oproti pacientovi ve Švýcarsku, který navštíví lékaře průměrně 0 – 4x za rok.

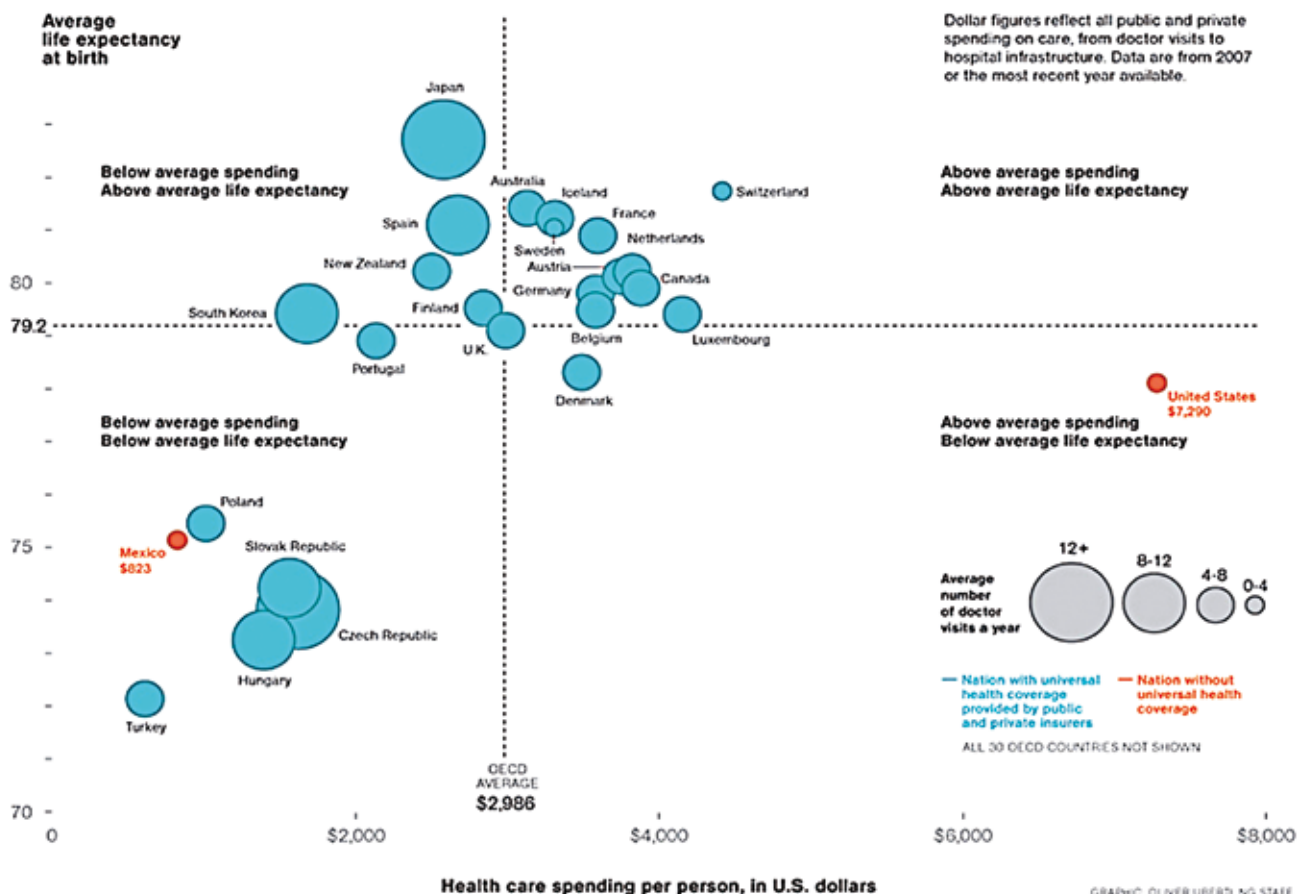
Častou návštěvnost určitě nevysvětlíme tím, že by Češi byli více a vážněji nemocní než ostatní obyvatelé Evropy. K této situaci určitě přispívají specifika českého zdravotního systému, který podporuje nárůst specializované péče při současném omezování preskripčních i výkonových kompetencí prak-

tických lékařů. Dále díky chybně nastaveným limitům a nízkému honorování práce lékaře nutí specializovanou péči vychytávat a dispenzarizovat pacienty, zejména ty polozdravé nízkonákladové. Osobně si myslím, že uvedené počty návštěv pacientů se v Česku týkají hlavně návštěv ve specializovaných ambulancích, protože praktický lékař žádné údaje o počtu návštěv pacientů nikam nehlásí a že celková návštěvnost bude v Česku ještě vyšší než uvedeno.

Praktický lékař je specialistou na polymorbiditu

Přednášející se do hlubších rozborů výše uvedených grafů nepouštěla. Účelem bylo ukázat rozdílnost systémů a jejich cest k dosažení co nejlepších zdravotních výsledků. Uvedla velmi zajímavá data dokladující **souvislost mezi počtem chyb ve zdravotní péči a počtem ošetřujících lékařů na jednoho pacienta** (pacienta se srovnatelnou morbiditou). Například v Austrálii byla v období 2 let hlášena chyba u 12 % pacientů, o které pečoval jeden lékař a u 37 % pacientů, kteří byli v péči 4 a více lékařů, v Kanadě to podle uvedeného pořadí bylo 15 % a 40 %, na Novém Zélandu 14 % a 35 %, v Německu 14 % a 31 %, ve Velké Británii 12 % a 28 %, v USA 22 % a 49 % (data z ČR nebyla uvedena, možná nejsou známa). Tato čísla naprosto výmluvně ukazují, že **multiplicita specializované péče přináší více chyb** (aneb „mnoho psů, zajícova smrt“) a podporují jeden z postulátů kvalitní a efektivní péče: **Komplexnost v primární péči je nezbytným předpokladem k omezení zbytečného odesílání pacientů do spe-**

Graf 2



cializované péče, zejména pak pacientů s komorbiditami.

Praktický lékař, díky svému komplexnímu všestrannému přístupu k pacientovi je de facto specialistou na polymorbiditu a je v této úloze jiným specialistou nenahraditelný. Je schopen vidět pacienta v kontextu všech jeho chorob a obtíží, revidovat medikaci s ohledem na interakce a nežádoucí účinky a zajistit kontinuitu péče. Mnoho zdravotních problémů lze řešit již na úrovni primární péče, v závislosti na kompetencích, které primární péči byly systémem povoleny. Reflektují zde opět náš systém, kde s jednotlivými specializacemi bojujeme doslova o každou píď péče o pacienta. Vzpomeňme třeba na probíhající vleklé dohadování s diabetologickou společností o sdílení péče o diabetika. Řadou preskripčních a výkonových omezení se proti primární péči vymezují téměř všechny specializace a argumentují rizikem poškození pacienta a snížení kvality péče. Ovšem světová čísla mluví jinak a proti zbytečným návštěvám u specialistů. Barbara Starfield výmluvnými daty podložila další tvrzení: **„Čím více různých specialistů o pacienta pečuje, tím vyšší je celková cena za jeho péči, větší počet diagnostických vyšetření (včetně falešně pozitivních nálezů) a druhů medikace“.** (A jak výše uvedeno, **tím větší je i počet pochybení.**)

Distribuce finančních prostředků na péči musí odrážet stupeň morbidity

Morbidita a komorbidita (a tím i polymorbidita) s narůstajícím věkem populace stále přibývá. Aby mohl praktický/rodinný lékař správně plnit roli specialisty na polymorbiditu, musí mu být na tuto péči zajištěny patřičné prostředky. Systém stanovení kapitačních úhrad a limitů na péči podle věku nebo podle věku a pohlaví naprosto nezohledňuje skutečnou potřebu. Aby byla zajištěna rovnoměrnost v přístupu k péči je nutno **přípůsobit distribuci prostředků nejen podle věku a případně pohlaví, ale hlavně i podle morbidity pacientů** (Morbidita-Mix Adjustment).

Jaký je optimální poměr specialistů v populaci?

Je zřejmé, že jedním z velkých úkolů primární péče je zajistit, aby specializovaná péče byla přiměřenější skutečné potřebě a tím i efektivnější. Mnohé otázky podle Barbary Starfield však zůstávají stále nezodpovězené, např. „Jaký je optimální poměr specialistů v systému?“, „Ve kterém bodě se při narůstající nabídce specializovaných služeb stává zdravotní systém dysfunkčním?“, „Jaké je přiměřené rozdělení rolí mezi primární a specializovanou péčí?“ Můžeme se těšit, že na některé z těchto otázek Barbara Starfield odpoví na WONCA konferenci 2013 v Praze.

MUDr. Jaroslava Laňková
pověřena předsednictvím Vědeckého výboru
připravované světové konference WONCA 2013 v Praze

Vysvětlivky:

***ICPC (International Classification of Primary Care)** je nová metodika diagnostické klasifikace v primární péči. Na rozdíl od pouhé diagnózy se komplexně hodnotí důvod návštěvy z pohledu pacienta, diagnóza/problém z pohledu praktického



Kongresové centrum Cancún



Welcome to Praha 2013 - pásku na českém stánku stříhají předseda a místopředseda Organizačního výboru budoucí konference v Praze doc. MUDr. Bohumil Serifert, Ph.D. (vpravo) a MUDr. Václav Beneš (vlevo)

kého lékaře a proces péče. Tento systém kódování se postupně zavádí v různých zemích, je zatím povinný pouze v Belgii pro vedení elektronické dokumentace. Systém se stále vyvíjí (Wonca International Classification Committee -WICC), v současné době je v platnosti 2. edice ICPC-2.

****OECD** (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj – zkrácený název OECD vychází z angl.: **O**rganisation for **E**conomic **C**o-operation and **D**evelopment) je mezivládní organizace 31 ekonomicky nejrozvinutějších států na světě, které přijaly principy demokracie a tržní ekonomiky. OECD vznikla v roce 1961 transformací Organizace pro evropskou hospodářskou spolupráci. Česká republika se do této organizace přičlenila 21. 12. 1995. OECD poskytuje prostředí, ve kterém mohou jednotlivé vlády vzájemně porovnávat svoje zkušenosti s různými typy politik, hledat odpovědi na běžné problémy, poznat dobře fungující praxi a koordinovat domácí a zahraniční politiku.

Zpráva z jednání světové rady WONCA

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Český praktický lékař má dost svých starostí, aby byl zvědavý na to, co řeší celosvětová organizace praktických/rodinných lékařů WONCA. Ale od závěrečného ceremoniálu na konferenci v Cancúnu, 23. května 2010, se obrací pozornost našich kolegů z celého světa do Prahy a Česká republika se stává na tři roky Mekkou praktického/rodinného lékařství. Proto přijměte tuto informaci jako součást přípravy na 20. světovou konferenci WONCA, kterou uspořádáme ve dnech 26. - 29. června 2013.

Nejvyšším orgánem je Rada (WONCA World Council), která je tvořena zástupci organizací praktických/rodinných lékařů z každé ze 123 členských zemí. Rada volí exekutivu, rozhoduje o pravidlech jednání, schvaluje finanční plán a hlasuje o různých usneseních a projektech. Právě tato Rada před třemi lety v Singapuru vybrala z pěti nabídek Prahu a SVL ČLS JEP pro organizaci konference WONCA 2013. Členské země WONCA jsou rozděleny na sedm regionů; Afrika, Pacifická Asie, Evropa, Severní Amerika, Iberoamerická oblast, Blízký východ a Střední Východ. WONCA region Evropa má také svoji Radu, tvořenou podle stejného principu. Autor zprávy je zástupcem SVL ČLS JEP v obou těchto radách.

Světové konferenci předchází jednodenní jednání regionální Rady a tří denní jednání Světové Rady. Věřte mi, že jsou to jednání náročná, zdlouhavá, obvykle celodenní a spíše nudná. A to zvláště, když v kávové pauze vidíte za okny modrozelené vlny Karibiku. Rozhodování je často komplikované, procedury rigidní, mnozí řečníci se chtějí prezentovat třeba jen proto, že se chystají později usilovat o některou z pozic.

Český zástupce ovšem neměl jinou volbu než vydržet, protože pro pořadatele příští konference vyplývá řada povinností a úkolů a také důvodů, proč být stále ve střehu. Mimo jiné jsem předával do agendy Rady Zprávu o stavu příprav konference 2013 a byl jsem vyzván k prezentaci na toto téma. Z pléna jsem pak zodpovídal řadu dotazů; např. na vízové povinnosti návštěvníků, naši měnu, letecké spojení, program podpory účastníků z chudých oblastí, atd. Jednání Rady jsem využil k navázání kontaktů s nově zvolenými členy exekutivy a regionálními prezidenty, vybíral jsem kandidáty do Mezinárodního poradního výboru konference a další osobnosti pro spolupráci. Při každém jednání jsem zaznamenal aktivní zájem o pražskou konferenci a příslib účasti. Celá řada významných osobností praktického/rodinného lékařství mně nabídla odbornou pomoc, např. Dan Ostergaard, viceprezident Americké asociace rodinných lékařů (AAFP), Dr. Iona Heath, prezidentka britské Královské společnosti PL (RCGP), Arno Timmermans, předseda Holandské královské společnosti PL, a dále Marianna Samuelson z Francie, Bruno Kissling ze Švýcarska, Manfred Maier z Rakouska a Tomasz Tomaszik z Polska, všichni hlavní organizátoři minulých resp. budoucích evropských konferencí WONCA. Někteří regionální prezidenti se v Cancúnu předháněli v příslibech; neoptimističtější byl kolega ze Saudské Arábie, který údajně přiveze stovky svých kolegů!



Zleva sekretářka WONCA Yvone Chang, výkonný tajemník Alfred Loh, končící prezident Chris van Wheel, nastupující prezident Richard Roberts a nově zvolený prezident pro období 2013-2016 Michael Kidd



Zleva Dr. Michael Kidd, Dr. Bohumil Seifert, Dr. Richard Roberts

Z vlastního jednání Rady stojí za zmínku dlouhá diskuse o rovnoprávném postavení žen v orgánech WONCA. Pracovní skupina pro postavení žen v praktickém lékařství navrhla pravidlo, že ve výboru WONCA musí být zajištěno alespoň 25% zastoupení žen. Nakonec byl přijat evropský návrh, podle kterého musí být zajištěno alespoň 25% zastoupení obou pohlaví. Z finanční zprávy vyplynulo, že světová WONCA má problémy se zajištěním prostředků pro své aktivity. Hlavním zdrojem příjmu jsou odvody z konferencí (tzv. levy). My jsme slíbili např. 50 USD za účastníka. Jediným finančně zabezpečeným regionem je Evropa. To má souvislost s naší konferencí; Evropa si může naštěstí dovolit v roce světové konference v Praze vynechat konferenci evropskou. Vzhledem k tomu, že se dá očekávat

vat, že 80 % účastníků bude z Evropy, bude se nám mnohem volněji dýchat bez konkurence.

WONCA podporuje mezinárodní spolupráci mladých lékařů. Bylo konstatováno, že se uspokojivě rozvíjí program pro mladé praktické lékaře po vzoru evropského Vasco de Gama Movement, kde má i Česká republika své zastoupení. Vznikl partnerský program v jihovýchodní Asii a podobně se připravuje v iberoamerickém regionu.

WONCA dosáhla v loňském roce významného úspěchu ve spolupráci s WHO. V Ženevě byla přijata rezoluce posilující postavení primární péče a praktických/rodinných lékařů. To má význam pro rozvoj infrastruktury primární péče zejména v zemích třetího světa. Pro nás bude důležité si připomínat, že na světové konferenci v roce 2013 musíme dát dostatek prostoru globálním problémům souvisejícím se zdravím a námětům medicíny třetího světa, byť nám nemusí připadat pro praxi relevantní.

Nejzajímavějším bodem jednání pro mne byly volby do orgánů Rady a volby příštího konferenčního města. V obou případech měli kandidáti své kampaně, posílali letáky, měli prezentace, lobovali. Česká republika patří vzhledem k silné členské základně SVL (a výši poplatku) mezi 29 zemí světa, které mají více jak jeden hlas (např. více než Rusko). Nejvíce má USA (8 hlasů) a Velká Británie (3). To zvyšuje význam našich postojů při volbách.

Na postu prezidenta WONCA vystřídal Holanďana profesora Chris van WHEELA již v Singapuru zvolený Dr. Richard Roberts. Richard je chytrý, sympatický a podle mého názoru docela typický Američan. V Singapuru měl skvělou předvolební řeč. Má hezký vztah k Praze a ujistil mne, že jeho kolegové rádi spojí pražskou konferenci s výletem do Evropy. Jako tzv. „President elect“, tedy prezident, připravující se na zaujmutí pozice prezidenta v Praze v roce 2013, byl zvolen Dr. Michael Kidd z Austrálie. Ten se bude hodně do Prahy těšit. Členy exekutivy WONCA tvoří dále pokladník, sedm regionálních prezidentů a tři další volení členové (tzv. members at large).

Nabídku uspořádání konference WONCA v roce 2016 tento-

krát přednesla tři města; Sydney, Soul a Rio de Janeiro. Sydney by nejspíše přineslo nejvyšší odbornou úroveň konference, v Soulu se dala očekávat největší podpora státu a zvolení Rio de Janeiro by nejvíce prospělo rozvoji primární péče v regionu. V Cancúnu, prostředí naladěném prohispánsky, to dopadlo tak, že první vypadlo Sydney a pak mnou preferovaná Korea. Brazílie tak vedle fotbalového mistrovství světa 2014 a olympiády v roce 2016 má ještě světovou konferenci WONCA! Spontánní výbuch radosti brazilské delegace a dalších iberoameričanů mně připomněl naši českou radost před třemi lety v Singapuru.

Ještě zbývá doplnit, že po 6 letech skončil ve funkci předsedy WONCA Evropa náš dobře známý Slovinec Igor Šváb a jeho místo zaujal za jednomyslné podpory Rady Angličan Tony Matie. Igora Švába jsme oslovili s nabídkou postu předsedy Mezinárodního poradního výboru pražské konference a on nabídku přijal. Volba viceprezidenta skončila patem mezi kandidátkou skandinávských zemí a krétským protagonistou Cristosem Lionisem (moje preference) a byla přesunuta do Malagy. Ze zemí střední a východní Evropy je v nové exekutivě jen Slovinec Janko Kersnik. Česká republika měla naposledy svého zástupce ve výboru WONCA v roce 2000; Václav Beneš byl členem výboru, viceprezidentem (1994 - 1997) a konečně pokladníkem. Na kariéru v orgánech WONCA je dnes potřeba být vybaven kromě dobré angličtiny také podobnými vlastnostmi a ambicemi, jako pro politiku. Třeba už se v našich řadách někdo takový klube!

Milé kolegyně, milí kolegové, myslíte na to, že jsme pořadateli Světové konference praktických/rodinných lékařů WONCA v červnu 2013. Nezapomeňte to připomínat všem kolegům na celém světě, které potkáte. Sledujte naši stránku www.wonca2013.com.

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
předseda Organizačního výboru konference

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

Zprávy z konference - 2. část

Novinky v diabetologii pro VPL

MUDr. Igor Karen, odborný garant pro diabetologii za SVL ČLS JEP

Na Jarní konferenci jsem kolegyně i kolegy seznámil s některými novinkami, které navazují na níže uvedené skutečnosti. Byl jsem požádán šéfredaktorkou našeho časopisu Practicus, MUDr. Jaroslavou Laňkovou, abych na toto téma napsal sdělení, včetně event. dalších novinek, které se odehrály již po skončení této konference, což tak činím.

Letošní rok, se dá říci, je tak trochu prubířský, neboť se jedná zatím o první krok ohledně směřování pacientů s DM **včetně terapie této diagnózy** do ordinací VPL se současnou komplexní terapií dalších přidružených onemocnění, což se již dávno v našich ordinacích děje.

1. Do platného Seznamu zdravotních výkonů pro rok 2010 byl nově zařazen **kód 01201 – péče o stabilizovaného nekomplikovaného diabetika 2. typu všeobecným praktickým lékařem**.
2. U praktických lékařů, kteří měli v minulosti nasmlouván výkon 13051 – cílená edukace diabetika, se automaticky nahradí kód výkonu 13051 za 01201 ve smluvním ujednání. Tímto opatřením bude sjednoceno vykazování a péče o nekomplikovaného diabetika, která bude více odpovídat odbornosti všeobecného praktického lékaře.
3. **Lékaři, kteří mají zájem tento kód vykazovat, musí požádat o rozšíření smluvního ujednání o tento výkon.**

V bodě č. 3 hned narazila velká část kolegů i kolegyně z našich řad u VZP, která nechtěla nasmlouvat tento kód, pouze jen těm, kteří byli v projektu MOET DM2 či těm, kteří deklarovali léčbu diabetiků ve svých ordinacích a doložili za minulé období seznam pacientů, kteří byli jen a jen dispenzarizováni v ordinacích VPL. K tomu podotýkám, že ostatní zdravotní pojišťovny tyto podmínky nevzniesly a dokonce ZP Media a ZP MV nasmlouvala paušálně kód všem lékařům z řad VPL, aniž by o něj žádali.

Podmínkou vykazování a uznání kódu výkonu 01201 je naplnění obsahu péče o nekomplikovaného diabetika, který je dán Doporučený-

mi postupy (Diabetes mellitus) uvedených mimo jiné na stránkách - www.svl.cz.

Co si musíme nejen my jako lékaři uvědomit, ale i naši pacienti, že Diabetes mellitus extrémně zvyšuje riziko kardiovaskulárních (KV) komplikací, zejména při dlouhodobé subkompenzaci či neléčení vůbec !!! DIETA NESTAČÍ!!! Dnes se jeví jako **zlatý standard METFORMIN** a k tomu nezbytně aktivní, každodenní POHYB pacienta. DLE DAT OD VZP mezi lety 2003 - 2006 bylo přes 200 000 pacientů s DM jen na dietě!!!

Metformin je: Biguanid s antihyperglykemickými účinky snižující **jak basální, tak postprandiální glykémii**. Nestimuluje uvolňování inzulínu a **nevyvolává tudíž HYPOGLYKÉMII!!!**

Metformin působí třemi různými mechanismy:

1. Snižuje produkci glukózy v játrech inhibicí glu-



MUDr. Igor Karen

**od r. 2010 - nový
kód 01201**

**METFORMIN = zlatý
standard léčby**

Náplň dispenzární prohlídky u DM 2. typu^[2]

Glykémie	každá kontrola
Hmotnost či BMI	každá kontrola
Krevní tlak	každá kontrola
Inspekce dolních končetin	každá kontrola
HbA1c	1x za 3 měsíce do kompenzace DM, dále 1x za 6 měsíců
Moč bakteriologicky	1x za 6 měsíců
Sérové lipidy	1x za 6 měsíců při léčbě, 1x za 2 roky při normálních hodnotách
Na, K, Cl, kreatinin, k. močová	1x ročně
Mikroalbuminurie/proteinurie	1x za rok (při pozitivitě ještě 2x opakovat)
Moč chem. + sed.	1x ročně
Oční vyšetření	1x ročně
*Interní vyšetření provádí dispenzarizující lékař	1x ročně
EKG	1x ročně
Orientační neurologické vyšetření	1x ročně
TSH	při podezření na tyreopatii

* Interní vyšetření zaměřené na postižení velkých cév a známky ischemické choroby srdeční, dolních končetin a CNS (cílená anamnéza a objektivní vyšetření včetně poslechu krkavic, stehenních tepen a palpací periferních tepen). Nález při interním vyšetření vede k indikaci dalších laboratorních vyšetření (krevní obraz, enzymy apod.).

**léčbu metforminem
začínat nízkou
dávkou (500 mg)
1-2x denně nebo
850 mg 1x denně
během jídla**

**maximální účinná
dávka je 2x 1000 mg**

**v současné
diabetologii se vše
odvozuje od měření
HbA_{1c}**

**v současnosti jsou
dostupné analyzátory,
které stanovují HbA_{1c}
z kapilární krve,
vyšetření je plně
automatizované, trvá
6 minut, korelace
výsledků
s laboratorními
metodami HPLC je
velmi vysoká (99%)**

- koneogeneze a glykogenolýzy
- Zvyšuje citlivost inzulínu ve svalech, zlepšuje periferní vychytávání glukózy a její metabolismus
- Zpomaluje absorpci glukózy ve střevě

Metformin a jeho kontraindikace:

- porucha funkce ledvin (krea >130 mmol/l)
- tkáňová hypoxie (oběh. + respir. insuf.)
- porucha funkce jater (mimo steatózu)
- ethylismus
- snížení příjmu jídla pod 1.000 kcal/den
- kachektizující onemocnění
- předoperační a pooperační období
- těžká infekce

Metformin a jeho titrace u pacienta:

Podle EASD/ADA guidelines léčby DM 2. typu:

- Začínat nízkou dávkou (500 mg) 1 - 2x denně nebo 850 mg 1x denně během jídla.
- Nejsou-li po týdnu GIT potíže, zvýšit dávku na 2x 850 - 1 000 mg během jídla.
- Objeví-li se po zvýšení dávky GIT potíže, vrátit se k předchozí dávce a pokusit se o zvýšení dávky později.
- Maximální účinná dávka je 2x 1 000 mg, ale bylo pozorováno i další zlepšení při denní dávce 2 500 mg.

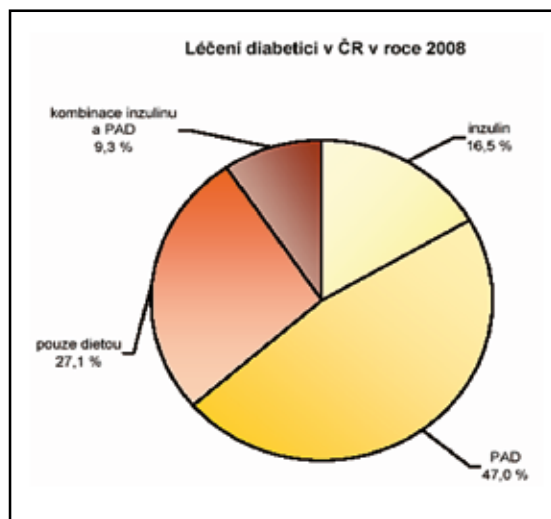
Ukazatele kvality léčby diabetu

Vynikající	Přijatelné	Špatné
Glykémie v kapilární krvi na lačno/před jídlem (mmol/l)		
4-6,0	6,0-7,0	> 7,0
1 - 2 hodiny po jídle (mmol/l)		
5 -7,5	7,5-9,0	> 9,0
Glykovaný hemoglobin HbA _{1c} (%)*		
Vynikající	Přijatelné	Špatné
< 4,5	4,5-6,0 (5,3)**	> 6,0
* (podle IFCC, od 1.1.2004) ** hodnoty 5,3 % se dnes považují za horní hranici přijatelné kompenzace u mladších pacientů s DM do 15 let. Hodnoty do 6 % by měly být vodítkem pro pacienty, u nichž trvá DM 15 a více roků.		

SVL ČLS JEP s ČDS JEP si koncem dubna 2010 zažádala o kód ambulantního vyšetřování glyko-hemoglobinu...viz níže.

Vyšetření glykovaného hemoglobinu (glyko-hemoglobin) HbA_{1c} v ordinaci dispenzarizujícího lékaře (diabetolog, všeobecný praktický lékař, internista)

Pojem glykovaný hemoglobin: Glukóza se váže na hemoglobin úměrně své koncentraci. Množství hemoglobinu s glukózou navázanou na N terminálním konci je možno změřit, vyjadřuje se



v procentech celkového hemoglobinu a označuje se zkratkou HbA_{1c}. Hodnota HbA_{1c} je úměrná průměrné glykémii 2 - 3 měsíce před odběrem.

Význam vyšetření HbA_{1c}: Je základní ukazatel kompenzace diabetu. Význam je odvozen od následujících faktů:

- HbA_{1c} slouží ke zhodnocení kompenzace diabetu a celkovému vyhodnocení léčby,
- HbA_{1c} je impulsem ke změně léčby,
- HbA_{1c} je podkladem pro stanovení taktiky dalšího postupu v léčbě,
- HbA_{1c} slouží ke kontrole úspěšnosti a efektivity léčby,
- HbA_{1c} umožňuje odhad rizika vzniku komplikací - od průměrné hodnoty HbA_{1c} lze odvodit riziko komplikací v celé populaci pacientů s diabetem, naopak, při jeho zlepšení lze farmakoekonomickými parametry doložit účinnost terapie.

Vše je v současné diabetologii odvozeno od měření **HbA_{1c}**. Doporučená frekvence jeho vyšetření je stanovena ve standardech ČDS ČLS JEP (viz www.diab.cz). a doporučených postupech SVL ČLS JEP (viz www.svl.cz)

Popis současného stavu: Běžná praxe v současnosti je následující: Pacient navštíví několik dní před kontrolou v ambulanci dispenzarizujícího lékaře laboratoř, ve které je odebrána žilní krev k vyšetření glykovaného hemoglobinu případně dalších analytů. Nevýhodou tohoto postupu jsou nutné dvě návštěvy zdravotnického zařízení, venepunkce, menší pružnost organizace péče o diabetiky. Současně je tato skutečnost jedním z důvodů, proč v praxi počet stanovení neodpovídá doporučeným standardům.

Návrh řešení: V současnosti jsou dostupné analyzátory, které stanovují **HbA_{1c}** z kapilární krve, vyšetření je plně automatizované, trvá 6 minut, korelace výsledků s laboratorními metodami HPLC je velmi vysoká (99%). Tyto analyzáto-

ry mohou poskytnout i výsledky v elektronické formě. Údaje o hodnotě **HbA_{1c}** umožní krom jiného sledování celkové úrovně péče o pacienty s diabetem, prognózování incidence komplikací a hodnocení efektivity případných změn v péči o pacienty s diabetem. Kód stanovení **HbA_{1c}** v ambulanci diabetologa umožní za nižší cenu významně vylepšit komfort pro pacienty při zachování kvality vyšetření.

Podmínky implementace kódu: Ambulance budou zařazeny do systému kontroly kvality, personál bude proškolen v základních principech biochemického vyšetření, vykázání kódu bude limitováno podle standardů, podmínkou proplácení bude poskytování údajů o hodnotě pro centrální zpracování u ZP.

Finanční kalkulace: Kód stanovení **HbA_{1c}** v laboratoři je ohodnocen 198 body. Podle dat VZP bylo u 582 120 pacientů vedených s dg. DM provedeno v r. 2006 celkem 333 933 vyšetření **HbA_{1c}**. Navrhovaný kód obsahuje cenu spotřebního materiálu, pomůcek a amortizace přístroje v hodnotě 115 Kč, k tomu 5 minut času lékaře (L2) a 5 minut času zdravotní sestry. Potenciální úspora zavedení 10 – 12 mil. Kč.

Na základě všech uvedených skutečností se výbor SVL ČLS JEP rozhodl dát mandát k jednání s MZ a VZP svým vyjednávačům (doc. Býma, Dr. Karen a Dr. Hamouz), aby byly stejné možnosti léčby a dispenzarizace u všech lékařů pečujících o pacienty s DM.

Jako první cíle byly stanoveny:

1. Urychleně dokončit nasmlouvání kódu 01201 „Péče o stabilizovaného nekomplikovaného diabetika 2. typu“ u všech VPL, kteří projeví zájem léčit a dispenzarizovat pacienty s nekomplikovaným DM.
2. Pro terapii v primární péči uvolnit všechna nová antidiabetika (PAD) s minimalizací možností hypoglykémie kromě již povoleného metforminu i inkretiny, gliptiny apod. a to zejména proto, aby byla stejná možnost terapie pacienta s diabetem ve všech ambulancích u všech lékařů.
3. Zahájit intenzivní práce na informačním systému a roli ZP při sledování kvality LPP u pacientů s DM u VPL a diabetologů.
4. Vyjednat možnost ambulantního stanovení glykohemoglobinu v ordinacích VPL...viz výše.

Dne 28. 4. 2010 proběhlo jednání na ústředí VZP, což již bylo po Jarní konferenci a proto píše toto sdělení až nyní, neboť jeho aktuálnost je samozřejmě žádoucí.

Uvádím zápis z tohoto jednání, tak jak byl zápsán pracovníky VZP:

Zápis z jednání zástupců Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL), České diabetologické společnosti ČLS JEP (ČDS), Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) a Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP) dne 28. 4. 2010

Přítomni:

za SVL - doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Igor Karen, MUDr. Zdeněk Hamouz
za ČDS - prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
za SZP - MUDr. Pavel Frňka, MUDr. Ludmila Pišková

za VZP - RNDr. Marcela Ambrožová, MUDr. Zdeňka Kučerová, MBA, MUDr. Ludmila Macháčková, MUDr. Jiří Bek, MUDr. Miloslava Švecová

Jednání bylo svoláno k naplnění závěrů diskuze zástupců odborných společností, zdravotních pojišťoven a MZ ČR u kulatého stolu na téma Diabetes – změna k přístupu a léčbě musí být koncepční, kterou dne 8. 4. 2010 organizoval Medical Tribune.

Zápis z jednání bude po odsouhlasení předán na MZ ČR spolu s následujícími materiály předloženými odbornými společnostmi:

- Algoritmus dispenzarizací, konzultací a předávání pacientů z ordinací praktických lékařů do diabetologických ambulančí (schéma, text)
- Vyšetření glykovaného hemoglobinu v ordinaci dispenzarizujícího lékaře
- Specifická a cílená prevence syndromu diabetické nohy
- Registrační list výkonu Vyhodnocení glykemického profilu pomocí počítače

1) Algoritmus dispenzarizací, konzultací a předávání pacientů z ordinací praktických lékařů do diabetologických ambulančí

Zástupci zdravotních pojišťoven s navrženým algoritmem souhlasí, ale doporučují upřesnění u pacientů s mikroangiopatickou komplikací (v případě, že je pacient odeslán k diabetologovi jen ke konzultaci, zůstává dispenzarizován u praktika). Pokud praktik předá diabetika diabetologovi k dispenzarizaci, poskytne diabetologovi pacientovi komplexní léčebnou péči, tj. včetně léčby komplikací DM2.

Dohodnuto zavedení dvou sad signálních kódů, tj. kódů s nulovou hodnotou:

a) signální kódy pro hodnotu HbA_{1c} (kódy pro praktiky i diabetology)

- <5,3 %
- 5,3 – 6,0 %
- >6,0 %

b) signální kódy pro odeslání pacienta k diabetologovi (kódy pro praktiky)

- odeslán ke konzultaci
- odeslán k dispenzarizaci

2) Výkon 01201 – Péče o stabilizovaného di-

nový navrhovaný kód: stanovení HbA_{1c} v ambulanci dispenzarizujícího lékaře (POCT) umožní za nižší cenu významně vylepšit komfort pro pacienty při zachování kvality vyšetření

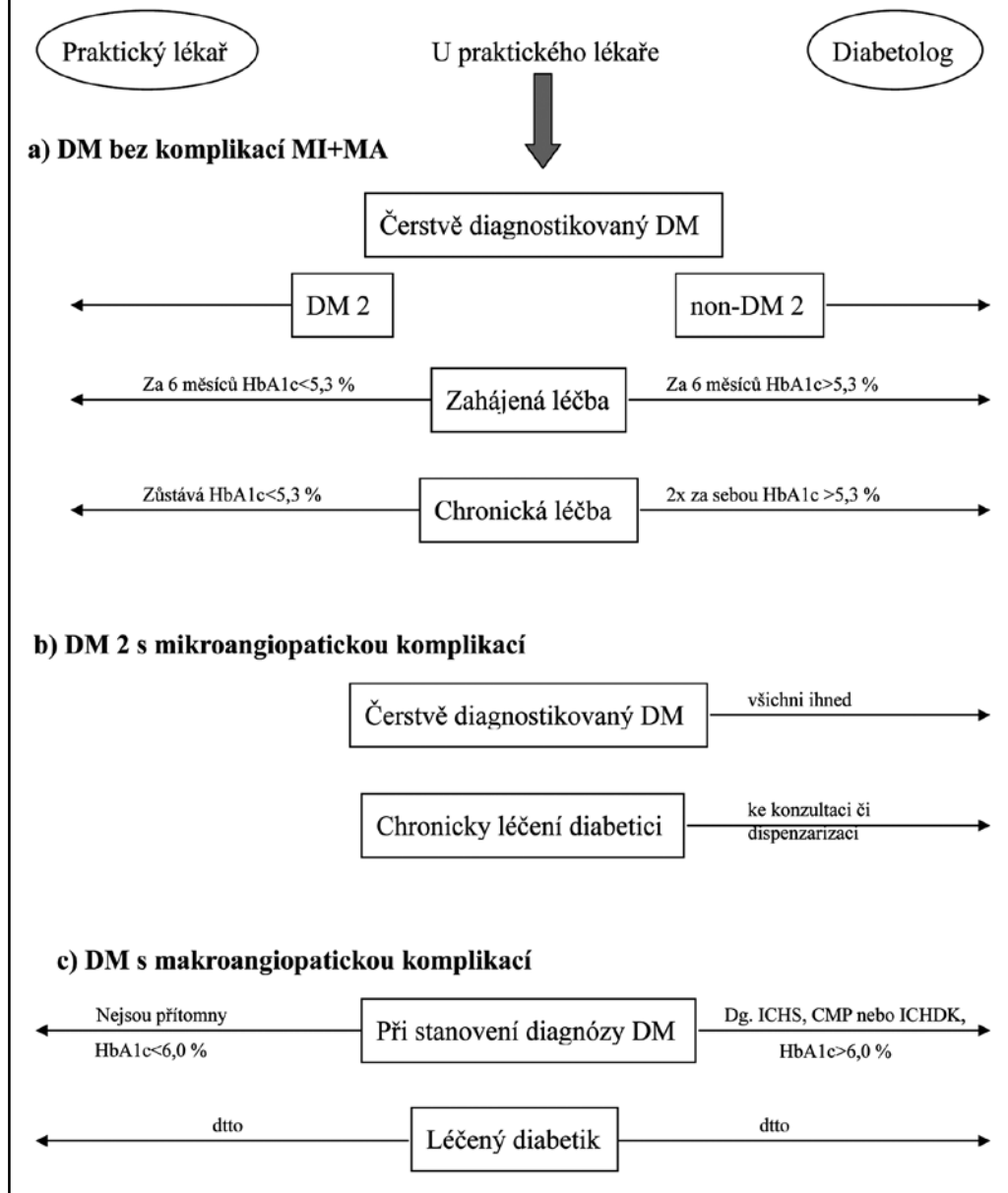
v případě, že je pacient odeslán k diabetologovi jen ke konzultaci, zůstává dispenzarizován u praktika

pokud praktik předá diabetika diabetologovi k dispenzarizaci, poskytne diabetologovi pacientovi komplexní léčebnou péči, tj. včetně léčby komplikací DM2

signální kódy pro hodnotu HbA_{1c}

signální kódy pro odeslání pacienta k diabetologovi (kódy pro praktiky)

Algoritmus dispenzarizací, konzultací a předávání pacientů z ordinací VPL do diabetologických ambulancí



VZP od 1. 7. 2010 nasmlouvá výkon 01201 všem praktikům, kteří si o nasmlouvání požádají a zároveň se zaváží vykazovat příslušné signální kódy

diabetika 2. typu je zdravotními pojišťovnami nasmlouván plošně (na požádání) s výjimkou VZP, která výkon nasmlouvává praktikům, kteří se zúčastnili projektu MOET DM2 a dále těm, kteří předloží seznam dispenzarizovaných diabetiků (tj. doloží, že o diabetiky pečují) a těm praktikům, kteří mají nasmlouvaný kód 13051 – cílená edukace diabetika. VZP urguje výsledky projektu MOET DM2 – dle sdělení prof. Kvapila budou výsledky zpracovány do konce května t. r. VZP od 1. 7. 2010 nasmlouvá výkon 01201 všem praktikům, kteří si o nasmlouvání požádají a zároveň se zaváží vykazovat příslušné signální kódy.

3) Návrh odborných společností na preventivní vyšetřování glykémie glukometrem v ordinaci praktika u pacientů od 40 let 1x ročně byl odložen a bude projednán na samostatné schůz-

ce zástupců zdravotních pojišťoven a SVL 5. 5. 2010.

4) Ve věci **preskripce** se zástupci odborných společností a zdravotních pojišťoven shodli, že omezení preskripce léčivých přípravků k úhradě z veřejného zdravotního pojištění je třeba vázat na diagnózu a ne na odbornost. Uvolnění preskripce proužků není možné bez změny zákonné normy.

5) Pro **kontrolu kvality péče** využijí zdravotní pojišťovny nové signální kódy ve vazbě na dodržování podmínek pro vykazování a úhradu péče o diabetika. Byla zdůrazněna povinnost lékařů vykazovat i vedlejší diagnózy. Zástupce VZP upozorňuje na připravované rozšíření dokladů pro vykazování a úhradu zdravotní péče o možnost vykazovat výsledky vyšetření (rok 2012). Zdravotní pojišťovny se zaměří také na **kontrolu duplicity péče**, kdy pacient je v péči praktika a zároveň diabetologa. V případě zjištěných duplicit bude úhrada praktikovi i diabetologovi pozastavena do doby vyřešení kompetencí mezi oběma lékaři.

6) Zástupci odborných společností předložili návrh na nový výkon **Vyšetření glykovaného hemoglobinu (HbA1c) v ordinaci dispenzarizujícího lékaře (POCT)**, který na MZ ČR prošel PS k SZV, ale s novým výkonem ne- souhlasila Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP. Výkon bude znovu na MZ ČR předložen, nasmlouvání od 1. 7. 2010 bude možné jak pro diabetology, tak pro praktické lékaře.

Poznámka: VZP ČR dne 29. 4. 2010 obdržela z České společnosti klinické biochemie ČLS JEP telefonické avízo, že odborná společnost píše námítku proti zavedení výkonu s upozorněním, že dle zahraničních údajů 9 z 12 přístrojů POCT dává nepřesné a zkreslující výsledky, správnost výsledků není ověřena dostatečně validními studii atd.

7) Zástupce ČDS předložil návrh na dva nové výkony:

Prevence syndromu diabetické nohy – výkon byl a znovu bude projednáván na MZ ČR v PS k SZV. Zdravotní pojišťovny s výkonem souhlasí, výkon bude určen jen pro diabetology.

Vyhodnocení glykemického profilu pomocí počítače – výkon je určen jen pro diabetology, je vypracován registrační list a bude teprve projednán na MZ ČR v PS k SZV.

Vzhledem k tomu, že se nyní jedná o aktualizaci našeho DP DM, neboť je toto velmi žádoucí, tak uvádím zejména algoritmus, o kterém se mluví výše a byl opakovaně zmiňován při jednání na ústředí VZP, ale i na naší Jarní konferenci (viz algoritmus uvedený na str. 14).

Algoritmus dispenzarizací, konzultací a předávání pacientů z ordinací VPL do diabetologických ambulancí

U pacienta s diagnosou DM rozhoduje o dispenzarizaci v souladu se zákonem č. 48/1997Sb v platném znění výhradně registrující lékař (všeobecný praktický lékař) v souladu s níže uvedenými odbornými hledisky definované doporučenými postupy.

Po dohodě se zástupci Společnosti všeobecného lékařství a Diabetologické společnosti dohodli na následujícím algoritmu v rámci aktualizace Doporučeného postupu. Viz níže:

Ad a) U čerstvě diagnostikovaného pacienta s DM, bez přidružených komplikací zahajuje terapii VPL a dispenzarizuje jej. V případě, že má pacient za 6 měsíců $HbA_{1c} > 5,3\%$, odesílá jej ke konzultaci či dispenzarizaci stran terapie do diabetologické ambulance. V případě, že má pacient za 12 měsíců $HbA_{1c} > 5,3\%$, odesílá jej ke konzultaci nebo dispenzarizaci stran kom-

plexní terapie do diabetologické ambulance.

Ad b) Pacienti s DM čerstvě zachycení se současnou prokázanou mikroangiopatickou komplikací by měli být konzultováni či dispenzarizováni v Diabetologických ambulancích stran zahájení a stratifikace terapie.

U pacientů s DM, kteří jsou chronicky léčeni a vyskytne se u nich mikroangiopatická komplikace by měli být konzultováni event. dispenzarizováni v diabetologické ambulanci. V případě dispenzarizace v Diabetologické ambulanci se jedná o komplexní terapii stran všech přidružených komorbidit.

Ad c) Pacienti s DM čerstvě zachycení se současnou prokázanou makroangiopatickou komplikací, ale s $HbA_{1c} < 5,3\%$, jsou dispenzarizováni u VPL. V případě symptomatického onemocnění ve smyslu makroangiopatických onemocnění a $HbA_{1c} > 5,3\%$, je pacient odeslán ke konzultaci či dispenzarizaci v diabetologické ambulanci, včetně léčby přidružených komorbidit.

Pacienti s DM léčení více jak 15 let mající $HbA_{1c} < 6,0\%$ mohou být ponecháni v dispenzáři VPL.

Pacienti s DM léčení více jak 15 let mající $HbA_{1c} > 6,0\%$ by měli být odesláni ke konzultaci či dispenzarizaci v diabetologické ambulanci včetně léčby přidružených komorbidit.

U všech pacientů je potřebné postupovat individuálně v souladu s jejich zdravotním stavem a preferencemi při respektování práva na vlastní volbu lékaře.

další návrhy na nové výkony - zatím jen pro diabetology:

- Prevence syndromu diabetické nohy

- Vyhodnocení glykemického profilu pomocí počítače

u čerstvě diagnostikovaného pacienta s DM, bez přidružených komplikací zahajuje terapii VPL a dispenzarizuje jej

Možnosti kombinační terapie v primární péči na podkladě doporučení ESH a ČSH

MUDr. Igor Karen, všeobecný praktický lékař, odborný garant pro arteriální hypertenzi za SVL ČLS JEP

Arteriální hypertenze svou vysokou prevalencí v dospělé populaci v průměrně vyspělých zemích (20 - 50%) představuje závažný zdravotní problém. Spolu s kouřením, diabetem, dyslipidemií a obezitou (zejména abdominální) je i jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů cévních mozkových příhod (CMP), ischemické choroby srdeční (ICHs) a ischemické choroby tepen dolních končetin (ICHDK).

V DP AH pro primární péči máme několik odlišností od guidelines v ČR a to čistě z ekonomických regulačních důvodů. Jedná se o **vyšetření mikroalbuminurie (MA), které je nutné provádět u následujících situací:**

- 1) u pacientů s AH a diabetem mellitem,**
- 2) u všech gravidních pacientek s AH,**
- 3) u všech pacientů s AH mladších 30ti let.**

Fakultativně je vyšetření MA uvedeno u všech pacientů s AH, jestliže se tak rozhodne lékař na základě např. pozitivní RA apod.

Hypertenze je rizikovým faktorem kardiovaskulární nemoci a úmrtnosti.

Dle prezentovaných dat od MUDr. Marie Jozífové z IKEM vycházející z české epidemiologické studie Post Monica došlo k pozitivnímu nárůstu stran kompenzace respektive dosažení cílových hodnot TK ze 17 % z roku 1999 na 48 % ze všech hypertoniců v ČR $TK < 140/90$ mmHg) a to v horizontu cca 10 let. Tato data reálně svědčí o výrazném zlepšení a zkvalitnění péče o tyto pacienty ve všech zdravotnických zařízeních v ČR, kde zejména o tyto pacienty pečují právě všeobecní praktičtí lékaři vycházející z Doporučených postupů diagnostiky a léčby arteriální hy-



MUDr. Igor Karen

Většina pacientů s hypertenzí potřebuje k dosažení cílových hodnot dva a více léků

nejracionalnější trojkombinací se jeví kombinace: ACEI/ATII + BKK + DIU

práh pro zahájení terapie pomocí kombinační terapie je stanoven na 160/100 mmHg a vyšší

kombinace betablokátorů a diuretik se považuje za méně vhodnou

z diuretik je dnes preferován spíše indapamid

preference dlouhodobě působících preparátů

trandolapril má výhodu duálního vylučování - lze s výhodou použít i u pacientů s jaterní či ledvinovou insuficiencí

pertenze, napsanou ve spolupráci s Českou společností pro hypertenzi na podkladě aktuálních Evropských doporučení.

Pro všechny lékaře platí i nadále doporučení cílových hodnot TK dle ESH/ESC* a JNC 7**, která doporučuje tyto cílové hodnoty: < 140/90 mmHg pro esenciální hypertenzi, < 130/80 mmHg pro hypertenzi u diabetiků, pac. s přidruženými onemocněními včetně MS, dokonce u nefropatie < 125/75 mmHg a nižší.

Většina pacientů s hypertenzí potřebuje k dosažení cílových hodnot dva a více léků!!!

Dle loňského kongresu ESC/ESH došlo k mírné evoluční aktualizaci 2009.

Přibližně u 15 – 20 % pacientů s hypertenzí se nedaří ani dvojkombinační AH terapií dosáhnout efektivní kontrola TK. Nejracionalnější trojkombinací se jeví kombinace: ACEI (ATII) + BKK + DIU.

V rámci terapie hypertenze farmakologickou léčbou nadále verifikujeme pět základních tříd anti hypertenziv: diuretika (DIU), beta-blokátory (BB), blokátory kalciového kanálu (BKK), ACE-inhibitory (ACEI), AT1-blokátory (ATII). Preferovány jsou ACEI, ATII a BKK. Velmi často je nutná kombinační terapie!!!

Z dalších tříd jsou doporučeny centrální anti hypertenziva, agonisté imidazolinových receptorů. Kdy ovšem zahajovat kombinační terapií? Práh pro zahájení terapie pomocí kombinační terapie je stanoven jak Evropskou společností pro AH, tak i dalšími odbornými společnostmi na 160/100 mmHg a vyšší, což je dle stratifikace středně těžká hypertenze (2. stupně) - 160-179/100-109 mmHg.

Dnes je třeba více preferovat třídy léků, jakými jsou léky typu ACEI a ATII (blokátory receptoru angiotenzinu II, jinak také nazývány jako sartany nebo ARB) a není-li krevní tlak udržován pod kontrolou pomocí monoterapie, je nutné přidat BKK (blokátory kalciových kanálů), protože jsou metabolicky neutrální a mají také příznivé účinky na poškození cílových orgánů. Pak teprve následují betablokátorů a diuretika.

Kombinace betablokátorů a diuretik se považuje za méně vhodnou s ohledem na potenciální nežádoucí metabolické účinky. Z diuretik je dnes preference spíše indapamidu, než byť i nízkých dávek HCTZ 12,5 mg.

Výhody ACEI:

1. jsou vazoprotektivní
2. jsou nefroprotektivní
3. zlepšují metabolismus glukózy
4. snižují výskyt nového diabetes mellitus
5. nemají nepříznivé metabolické účinky
6. jsou kardioprotektivní

Současně zazněla informace, že je velmi žádoucí preferovat u našich pacientů s AH dlouhodobě působící ACEI, která mají validní data z klinických studií; patří sem zmiňované molekuly trandolapril, ramipril a perindopril. Molekula tran-

dolaprilu má navíc výhodu duálního vylučování a tak jej lze s výhodou použít i u pacientů s jaterní či ledvinovou insuficiencí.

Dále zaznělo, že je velmi žádoucí preferovat i dlouhodobě působící BKK jak dihydropyridinové, tak i non dihydropyridinové DKK.

Studie ACCOMPLISH ukázala, že kombinace ACEI s BKK má lepší výsledky než kombinace ACEI s diuretikem. Uvedená preferenční kombinace je vhodná pro pacienty s AH a s vyšším KV rizikem. Její výhoda spočívá v příznivém účinku na cévy (snížení zánětu, snížení progresu aterosklerózy, snížení hypertrofie cévní stěny, zlepšení endotelové funkce, vazodilatační působení a snížení tuhosti Ao stěny)

U koho indikovat kombinační terapii ACEI(trandolapril) a BKK non DHP (verapamil)?

- Hypertonici s AH 2. stupně a vyšší
- Hypertonici s diabetem
- Hypertonici s metabolickým syndromem
- Hypertonici s orgánovým poškozením (OP) nebo subklinickým orgánovým poškozením (SOP)
- Hypertonici s dia i non dia nefropatií
- Hypertonici se špatně korigovatelnou AH
- Hypertonici s non compliancí
- Hypertonici s jaterní insuficiencí

Cíle léčby AH:

Maximální snížení dlouhodobého celkového KV rizika.

- Léčba či eliminace všech reverzibilních rizikových faktorů
- Léčba všech přidružených onemocnění
- Léčba zvýšeného TK

Cílové TK: **< 140/90 mm Hg** u všech hypertoniců (nižší hodnoty TK, pokud jsou tolerovány)

< 130/80 mm Hg u: diabetiků, metabolického sy, SCORE > 5 %, renální dysfunkce, proteinurie, stavy po IM, stavy po CMP.

Opakovaně zapomínáme na nefarmakologická opatření u našich pacientů léčených pro AH.

Musíme mít na paměti, že **nefarmakologická doporučení** a jejich dodržování jsou nedílnou součástí komplexní terapie.

Patří sem zejména:

- zanechání kouření
- snížení tělesné hmotnosti s následnou stabilizací váhy u osob s nadváhou a obezitou
- dostatečná tělesná aktivita (30-45 min. 3x-4x týdně)
- snížení nadměrné konzumace alkoholu
- omezení příjmu soli pod 5 g den
- zvýšení konzumace ovoce a zeleniny a snížení celkového příjmu tuků, zejména nasycených
- omezení léků podporujících retenci sodíku a vody (nesteroidní antiflogistika), sympatomimetik, kortikoidů a u žen event. steroidní antikoncepce.

Abbot - Tarka



MUDr. Zuzana
Miškovská

od r. 2009 změna
očkovaní proti
varicele z 1 na
2 dávky
- mladé ženy je
vhodné doočkovat
ještě před plánovanou
graviditou
- v těhotenství je
vakcinace proti
varicele
kontraindikována

Mýty a omyly v očkování v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., praktická lékařka, Praha

V pátek 23. 4. odpoledne, v bloku Novinky v ordinaci PL, jsme měli možnost ověřit si v hlasování své znalosti na téma Mýty a omyly v očkování v ordinaci praktického lékaře. Školu hrou připravil a věci na správnou míru uváděl Pavel Kossina, FN HK.

Věděli jste, že:

SUBKUTÁNNÍ APLIKACE VAKCÍN není obsoletní, že je stále výhodná, zvláště pro nemocné s poruchami srážlivosti, kde brání rozvoji hlubokých hematomů?

PERTUSE zaznamenává celosvětově nárůst incidence, včetně ČR, kde se jen loni potvrdilo a nahlásilo 900 případů, ve skutečnosti jistě onemocnělo mnohem více lidí. V posledních letech dokonce zemřeli i kojenci v ČR. Onemocnění především nedoočkování kojenci a (nikdy v životě) neočkovaní dospělí. V rodinách, kde se očekává narození dítěte je výhodné naočkovat všechny dospělé pečovatele, kteří (jako zdraví nosiči) mohou ohrozit nákazou kojence do doby vytvoření vlastních protilátek po vakcinaci. Prodělané onemocnění nezajišťuje plnohodnotnou imunitu, po prodělaném onemocnění se pokračuje v běžném očkovacím kalendáři. Na trhu jsou vakcíny **Boostrix** (pertuse, diftérie, tetanus) vhodné pro dospělé a **Boostrix Polio** (navíc dětská obrna) pro děti v 10. - 11. roce věku.

Po Boostrixu se po 10 - 15 letech přeočkovává proti tetanu.

ZVÝŠENÝ VÝSKYT HEPATITIDY A (HA) trvá od roku 2008 dosud, do začátku r. 2010. Postižení jsou i lidé s dobrým hygienickým standardem. Proti HA je možno očkovat i po kontaktu s nemocným, zabrání to šíření infekce. Po očkování se laboratorně prokáží v séru protilátky „anti HAV total“.

OČKOVÁNÍ PROTI VARICELE se do roku 2008 provádělo jen jednou dávkou vakcíny, ale vyskytovaly se tzv. průlomové infekce, proto se nyní očkuje 2 dávkami. Mladé ženy se doočkávají. Pokud máme pochybnosti, zda byl jedinec očkovaný, klidně můžeme naočkovat 2 dávkami aniž bychom zkoumali stav protilátek. Opakovaným očkováním určitě pacienta nepoškodíme. Mladé ženy je vhodné doočkovat před plánovanou graviditou, v těhotenství je vakcinace proti varicele kontraindikována. Očkování je také nutné před cestou do USA. U varicely je také možná postexpoziční vakcinace, a to do 96 hodin od kontaktu. Doočkování druhou dávkou je možné.

OČKOVÁNÍ NEUROLOGICKÝCH NEMOCNÝCH NENÍ JEDNOZNAČNĚ KONTRAINDIKOVÁNO, vzhledem k vývoji vakcín je možné mnohé nemocné od infekcí ochránit.



MUDr. Jana
Vojtíšková

téma gastropatie
je narůstajícím
mezioborovým
problémem

Gastroenterologický blok – gastropatie

**MUDr. Jana Vojtíšková, praktická lékařka, spoluautorka doporučeného postupu
Prevence a léčba gastropatie z nesteroidních antiflogistik**

V naplněném sále Slovanského domu zahájil doc. **MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.** gastroenterologický blok věnovaný problematice gastropatie představením přednášejících a uvedením tématu gastropatie jako stále narůstajícího mezioborového problému.

První přednášející **MUDr. Jana Vojtíšková**, praktická lékařka z Prahy 4, se ve svém sdělení zabývala úlohou praktického lékaře v prevenci a léčbě gastropatie. Při absenci chybějících dat z kvalitního lékařského výzkumu je v této problematice stále řada nezodpovězených otázek. Praktičtí lékaři se musí rozhodovat v celé řadě nových klinických situací a často i při ne zcela přesných informacích o tom, co pacient užívá od specialistů. Situace je o to komplikovanější, že řada léků je volně prodejných (zejména nesteroidní antirev-

matika - NSA) a pacient je užívá často spontánně, aniž by o tom referoval v ordinaci ošetřujícího lékaře. Často si tak pacient sám zkomplikuje zdravotní stav.

Ve všeobecné praxi (průměrný počet registrovaných pacientů 2000) je obvykle až 200 pacientů s degenerativním onemocněním pohybového aparátu z nichž více než 100 je na dlouhodobé (trvalé) léčbě NSA. Většina pacientů je starší 65 let, průměrně 100 pacientů je na léčbě antitrombotické a cca 40 na léčbě antikoagulační, při čemž počet těchto pacientů neustále narůstá. Více než 50 pacientů je na SSRI. Kromě obecně známých rizikových faktorů pro gastropatii jako je věk nad 65 let, vřed či krvácení v anamnéze (i rodinné), pozitivita H pylori, komorbidity - zejména nespecifické střevní záněty, alko-

GSK - Twinrix

GSK - Boostrix

holismus, nikotinismus máme tedy velké množství pacientů kteří berou lékové kombinace rizikové z gastropatie. Podle systematické analýzy ze 43 studií (milion pacientů) lze předpokládat, že v souboru 100 pacientů bude mít asi 25 pacientů eroze nebo ulcerace při endoskopickém vyšetření, 1 - 2 budou mít symptomatický vřed, vyskytnou se 1 - 2 případy krvácení a každý praktický lékař ztratí pravděpodobně během 5 - 10 let jednoho pacienta na krvácivou komplikaci. Zdálo by se, že uváděná čísla nejsou tak velká, ale vzhledem k počtu celkově exponovaných jedinců je to velký problém. **Právě praktický lékař je ten, kdo by měl minimalizovat rizika závažných nežádoucích účinků z předepsaných léků ostatními lékaři.** PL by měl vždy pacienta zbavit bolesti, takže musí volit NSA s ohledem na jejich selektivitu u pacientů s různou mírou GI rizika. Musí při tom myslet na prevenci případných komplikací a opakovaně vyhodnocovat možné nežádoucí účinky lékových kombinací. Znalost pacienta a jeho anamnézy, léková tolerance při předchozí léčbě, možné alergie apod., to vše praktickému lékaři pomáhá při prevenci a v potřebném případě i v účinné léčbě gastropatie.

Jak identifikovat rizikového pacienta při necharakteristickém klinickém obrazu gastropatie a co je známkou hrozící komplikace? Můžeme dyspepsii chápat jako známku hrozící komplikace? Jak hodnotit NSA z hlediska bezpečnosti a jaký je rozdíl v krátkodobé a dlouhodobé léčbě NSA z hlediska profylaxe a jak bezpečná profylaxe je? Dr. Vojtíšková připomněla přítomným význam doporučeného postupu - Prevence a léčba gastropatie z nesteroidních antiflogistik, který vznikl v roce 2002 a byl v roce 2007 aktualizován a rovněž tak Mezioborové doporučení pro prevenci gastropatie (vznik-

lé ve spolupráci s revmatology a gastroenterology). V poslední části přednášky byla uvedena konsensuální doporučení pro prevenci gastropatie u různých typů pacientů na dlouhodobé léčbě NSA či ASA (kyselina acetylsalicylová), či warfarinizovaných.

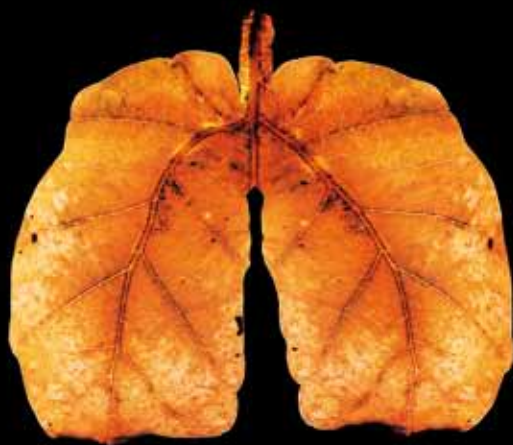
Ve druhé přednášce hovořil **prim. MUDr. Karel Lukáš** ze IV. interní kliniky VFN a 1.LF UK Praha o NSA a GIT z pohledu gastroenterologa. Popsal NSA, jak působí a co ovlivňují, zmínil vedlejší účinky. K nejzávažnějším vedlejším účinkům patří poškození GIT. V USA např. je ročně hospitalizováno 1 % osob užívajících NSA. 16 500 pacientů v USA ročně zemře na komplikace v souvislosti s užíváním NSA. 1x týdně má dyspeptické obtíže 15 - 40 % osob užívajících NSA. Při endoskopickém vyšetření gastroenterolog vidí erytém, afty, eroze, hemoragické gastropatie a vředy. Je známá nízká korelace subjektivních obtíží s endoskopickým nálezem, až 50 % pacientů s dyspepsií má na endoskopii normální nález a **téměř 85 % ulcerací je asymptomatických.** Uváděné rizikové faktory pro krvácení jsou: infekce H pylori, ASA, ostatní NSA, kouření, krvácející vřed v anamnéze, věk nad 60 let, závažná komorbidita, současná léčba antikoagulancii, kortikosteroidy, potřeba dlouhodobé léčby NSA, vysoké dávky NSA. Proto je důležitá volba a dávka preparátu. **Nemocní s revmatoidní artritidou mají dvakrát větší riziko, než nemocní s osteoartrózou.** Riziko pro krvácení je u různých preparátů různé. Indomethacin má největší riziko ve 14 dnech, zatímco naproxen, diclofenac, piroxikam, ibuprofen a meloxicam mají největší riziko po 50 dnech užívání. Dále ve své prezentaci prim. MUDr. Lukáš zmínil věčně se opakující diskuze ve vztahu NSA a Helicobacter pylori (H. py-

až 50 % pacientů s dyspepsií má na endoskopii normální nález

téměř 85 % ulcerací je asymptomatických

nemocní s revmatoidní artritidou mají dvakrát vyšší riziko vzniku ulcerací než nemocní s osteoartrózou

riziko pro vředové krvácení je u různých NSA preparátů různé



Podzimně-zimní

AKUTNÍ PNEUMOLOGICKÉ STAVY

v ordinaci interního a praktického lékaře
(moderní diagnostika a léčba, tipy a triky z praxe)

Cyklus symposií 2010/2011

Akce se koná pod záštitou
Sekce intenzivní péče v pneumologii,
při České pneumologické a ftizeologické
společnosti ČLS JEP

Termíny a místa konání:

7.10.2010	čtvrtek	Hradec Králové
11.11.2010	čtvrtek	Olomouc
20.1.2011	čtvrtek	Brno
10.2.2011	čtvrtek	Praha
24.2.2011	čtvrtek	Plzeň

Informace a registrace ke kongresům:
www.pharma-pm.cz/kongresy
od 1.7.2010.

PRACTICUS
je mediálním
partnerem
této akce.

**nutno vždy zvažovat
a kriticky zhodnotit
podávání
nesteroidního
antirevmatika**

**mortalita spojená
s krátkodobým
podáváním
neopiodních
analgetik je nejvyšší
u diclofenaku**

**u intermitentního
podání NSA není
dlouhodobá profylaxe
PPI nutná**

lori). Maastrichtská konference doporučuje před zahájením dlouhodobé léčby NSA eradikovat H. pylori, protože se sníží incidence vředů, ale eradikace nezlepší a neurychlí hojení vředu u nemocných s již podávanou antisekretorickou terapií. V závěru sdělení zaznělo doporučení vždy zvažovat a kriticky zhodnotit podávání nesteroidního antirevmatika a v některých případech zvažovat náhradu (Paracetamol, Metamizol, Tramadol). Vhodná je volba méně rizikového preparátu bez dalších kombinací, zákaz kouření. Při krvácení a vředu při léčbě NSA je nutné okamžité podání PPI. H. pylori je třeba eradikovat u rizikových osob před zájmem dlouhodobé léčby NSA (snižuje se tak incidence vředu).

Dlouhodobá profylaxe PPI není nutná u intermitentního podání NSA. Naopak nutná je vždy u pacientů s proběhlou komplikací nebo nehojící se ulcerací, u pacientů na dlouhodobé léčbě NSA a ASA a to zejména u pacientů nad 60 let.

Dalším sdělením pokračoval **MUDr. Martin Vořava**, klinický farmakolog ze 3. LF UK Praha, který se zabýval gastrointestinálním rizikem NSA z pohledu farmakologa. Po rozdělení a objasnění fyziologie a patofyziologie COX-1 a COX-2 inhibitorů vysvětlil rozdílné požadavky na farmakokinetiku léků při akutní a chronické bolesti. Akutní bolest má potřebný rychlý nástup účinku, u chronické bolesti je nezbytné dlouhodobé působení.

Rozdělil NSA podle délky biologického poločasu na **krátkodobý** (méně než 5 hodin – aspirin, ibuprofen, diclofenac, indomethazin, flurbiprofen, kys. tiaprofenová – podávají se 3 - 4x denně), **střední** (5 -15 hodin – nimesulid, naproxen, celecoxib, diclofenac Duo – podávají se 2x denně) a **dlouhý** (více než 15 hodin – piroxikam, meloxicam, nabumeton, rofecoxib – podávají se 1x denně). Nežádoucí účinky NSA zmínil ve shodě s předchozím řečníkem. Mortalita spojená s krátkodobým podáváním neopiodních analgetik je nejvyšší u diclofenaku. Co se týče počtu hospitalizací pro nežádoucí účinky NSA je prokázáno, že agresivní nárůst je u starších pacientů nad 65 let. Tento nárůst potvrzuje i graf renálního postižení pacientů po NSA, jež je nejvyšší právě ve věku 60 - 80 let.

V závěru bloku proběhl interaktivní test s hlasovacím zařízením. Obsahem testu byly nejprve otázky farmakologické na znalost jednotlivých preparátů ze skupiny NSA a PPI. Následovaly modelové kazuistiky z ordinace, na nichž bylo názorně dokumentováno jak je obtížné rozhodování s ohledem na potřeby a rizika pacienta. Dlužno dodat, že názory se různily i u odborníků v panelu. Praktičtí lékaři jsou ti, kteří by měli farmakoterapii pacientů pokud možno koordinovat a proto je třeba gastropatiím věnovat stále pozornost.

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v září 2010

Hlavní téma: Angiologie a kazuistiky

Čtvrtek 2.9.2010 Přesunuto na 9.9.2010	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Čtvrtek 2.9.2010 Přesunuto na 9.9.2010	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Pondělí 6.9.2010	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Čtvrtek 9.9.2010 Přesunuto z 2.9.2010	0:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Čtvrtek 9.9.2010 Přesunuto z 2.9.2010	0:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Sobota 11.9.2010	9:00 - 13:00	Karlovy Vary, Březová, Hotel Starý mlýn, Staromlýnská 26/8
Sobota 11.9.2010	9:00 - 13:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Úterý 14.9.2010	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel EURO, Jiráskova 2781
Středa 15.9.2010	17:00 - 21:00	Jihlava, presbýtař Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek 16.9.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota 18.9.2010	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 18.9.2010	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Středa 22.9.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Středa 22.9.2010	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Čtvrtek 23.9.2010	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Sobota 25.9.2010	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8

Lékaři pro reformu, občanské sdružení TISKOVÁ ZPRÁVA Brno, Varnsdorf, dne 4. června 2010

**Výzva budoucí vládě:
*Nepropásněte tuto šanci, není reforma jako reforma.***

Jakou reformu zdravotnictví bude prosazovat budoucí vláda, není vůbec jisté. Jedno ale jisté je, že je nezbytná, že musí být provedena kvalitně a že možná už nikdy nebude taková šance jako nyní.

Jaká by ale měla být?

Pravděpodobné vládní politické strany nabízejí ve stručnosti 3 základní koncepty:

Věci Veřejné – zavedení jedné zdravotní pojišťovny na standardní rozsah zdravotní péče a konkurenci pro nadstandardní rozsah – velmi to připomíná nechvalně známý systém národní zdravotní péče ve Velké Británii.

TOP 09 – zavedení konkurence zdravotních pojišťoven s vymezení části péče, která bude plně hrazena samotnými občany. Tento systém neexistuje nikde v Evropě a je otázkou, zda by se nestal opravdovou překážkou v přístupu k lékařské péči.

ODS – nabízí také konkurenci zdravotních pojišťoven a výběr pojistných plánů. Spoluúčast chce nechat na současné výši.

V současnosti ale v Evropě existuje již vyzkoušený systém zdravotní péče, ke kterému by mělo české zdravotnictví velmi rychle směřovat a mohlo by se tak stát vzorem okolním zemím. Je to zdravotnický systém Holandska.

Nejblíže se mu podobá návrh ODS. Jeho základní prvky jsou obsaženy v již zpracovaných věcných záměrech a připravených zákonech reformního týmu senátora Tomáše Julínka.

Systém funguje na těchto základních principech :

1. Definuje se rozsah standardní péče, na jejíž poskytnutí i úhradu bude mít každý občan nárok.
2. Konkuruující si zdravotní pojišťovny budou muset zajistit tuto standardní péči pro své pojištěnce za tržní ceny – péči budou nakupovat u zdravotnických zařízení.
3. Zdravotní pojišťovny budou nabízet občanům různé typy pojistek, které si občané budou povinně kupovat (tak jako si kupují pojistku na cokoli jiného) – cena pojistky však bude přibližně 20 – 30 % celkové ceny pojistného, její zbytek každému pojištěnci pokryjí odvody na zdravotní pojištění, které tedy bude možné úměrně snížit.
4. Nezávislý úřad pro dohled nad činností ZP bude kontrolovat činnost všech ZP, aby občané nebyli kráceni v rozsahu péče, kterou čerpají.
5. Stát by měl zajišťovat právní rámec celého systému, pomáhat organizovat extrémně drahou péči a v sociální oblasti zajišťovat zdroje pro sociálně slabé občany. Neměl by zasahovat do konkurence zdravotních pojišťoven ani konkurence zdravotnických zařízení jakýmkoliv nesystémovými regulacemi či dotacemi.

V minulém volebním období se reformu prosadit nepodařilo. Nyní ta šance existuje, ale je potřeba konat rychle a rázně. Nepropásněme ji. Občané Holandska jsou dnes z celé EU nejspokojenější se svým systémem zdravotní péče. Proč by nemohli být zítra až na druhém místě?

Občanské sdružení Lékaři pro reformu bylo založeno v dubnu 2007 jako platforma pro věcnou diskusi o reformě českého zdravotnického systému a o úpravě postavení lékařů a pacientů v něm. Sdružení se věnuje studiu zdravotnických systémů a oponuje politické reformní návrhy. V současné době má 620 sympatizantů z řad lékařů a lékařek.

*MUDr. Roman Flašar, předseda občanského sdružení Lékaři pro reformu
Ambulantní neurolog, Brno
E-mail: flasar@lekariproreformu.cz, tel: 602 542 958*

*MUDr. Ivan Sucharda, místopředseda občanského sdružení Lékaři pro reformu
Ambulantní gynekolog, Varnsdorf
E-mail: sucharda@lekariproreformu.cz*

*MUDr. Marta Holanová, členka občanského sdružení Lékaři pro reformu
Ambulantní psychiatr, Brno
E-mail: holanova@lekariproreformu.cz*

www.lekariproreformu.cz

MUDr. Daniel Václavík

Neurologické oddělení, Vítkovická nemocnice Ostrava

Primární a sekundární prevence ischemických mozkových příhod

Souhrn: Ischemické cévní mozkové příhody se svou incidencí v ČR 30 000 ročně představují významný ekonomický a zdravotní problém. Jedním z hlavních kroků k jeho řešení je primární a sekundární prevence. Jejich základním článkem je léčba obecných rizikových vaskulárních faktorů (diabetes mellitus, hypertenze, hypercholesterolémie), režimová opatření (zanechání kouření, zdravá výživa, dostatek pohybu) a specifická terapie, za kterou považujeme rozhodnutí o typu antiagregační či antikoagulační léčby a indikaci k operačnímu či intervenčnímu řešení stenóz mozkových tepen.



MUDr. Daniel Václavík

cévní rizikové faktory ICMP:

- arteriální hypertenze
- fibrilace síní
- diabetes mellitus
- zvýšená hladina cholesterolu
- onemocnění karotických artérií
- kouření
- konzumace alkoholu

kouření riziko CMP zdvojnásobuje

nadměrné pití alkoholu nad 60 g/den riziko CMP zvyšuje

mírné pití alkoholu do 24 g/den riziko CMP snižuje

Úvod

Ischemické cévní mozkové příhody (ICMP) mají v ČR incidenci 300/100 000, to znamená 30 000 nových příhod ročně. ICMP jsou nejčastější příčinou invalidity a druhou nejčastější příčinou mortality. Představují tedy v naší zemi obrovský zdravotní ekonomický i sociální problém. Základní cestou k jeho řešení je jeho předejití pomocí účinné preventivní léčby. Stručný přehled základů současných doporučení je náplní tohoto sdělení, které vychází z recentních evropských doporučení (1). Doporučení byla vytvořena na podkladě medicíny založené na důkazu (Evidence Based Medicine – EBM).

PRIMÁRNÍ PREVENCE

Cílem primární prevence je změna nevhodného životního stylu s předpokládaným snížením incidence CMP. Zde je nezastupitelná role praktického lékaře – vedení pacientů ke zdravému životnímu stylu – udržování váhy, nekouření, dostatek pohybu, zdravá strava. Dále pak diagnostika a léčba cévních rizikových faktorů. Patří mezi ně arteriální hypertenze, fibrilace síní (FS), diabetes mellitus (DM), zvýšená hladina cholesterolu, onemocnění karotických artérií, kouření a konzumace alkoholu. Důležitá je spolupráce s obory preventivní medicíny a specialisty (internista, kardiolog, lipidolog, diabetolog, neurolog).

Hypertenze

Měření TK by mělo být součástí pravidelných kontrol u praktického lékaře. Úpravou životního stylu a/nebo pomocí farmakologické léčby by měl být krevní tlak udržován na hodnotách pod 140/85 mm Hg u diabetiků pod 130/80. Snížení TK významně redukuje riziko CMP i koronárních příhod. Zatím nebyla jednoznačně prokázána větší účinnost některé ze skupin antihypertenziv. I když byla publikována řada studií s dílčím srovnáním antihypertenziv. Například ve studii LIFE (Losartan Intervention for Endpoint reduction in

hypertension) byl u hypertoniků s hypertrofií levé komory losartan účinnější než atenolol (2). U starších pacientů s izolovanou systolickou hypertenzí je doporučován betablokátor.

Diabetes mellitus

Zatím nejsou důkazy, že udržování normoglykémie snižuje riziko výskytu CMP. Tento trend by se však měl prosazovat vzhledem k prospěšnému vlivu léčby na další vaskulární choroby.

Hypercholesterolémie

V primárně preventivních studiích se statiny došlo k redukci vzniku CMP z 3,4 na 2,7 %. U pacientů s ischemickou chorobou srdeční se léčbou celkového cholesterolu pomocí statinů snižuje i riziko výskytu cévní mozkové příhody.

Kouření

Pacienti by měli být informováni o rizikosti kouření, které zdvojnásobuje riziko CMP, naopak zanechání kouření riziko CMP o 50 % snižuje.

Alkohol

Nadměrné pití alkoholu nad 60g/den (např. 0,5l vína s 12 % alkoholu) zvyšuje riziko jak ischemických (1,69 x) tak hemoragických CMP (2,18 x). Konzumace alkoholu pod 12 g/den snižuje riziko CMP o 17 % a spotřeba mezi 12 - 24 g/den snižuje riziko o 28 %. S nejnižšími riziky konzumace je spojeno červené víno. Příčinou CMP u nadměrné konzumace alkoholu je zvýšení krevního tlaku.

Tělesná aktivita

Aktivní tělesná zátěž ve volném čase snižuje riziko CMP o 20 - 30 %. Doporučuje se pravidelná tělesná aktivita (2 - 5 hodin/týden).

Stravování a dietní opatření

V observačních studiích byl pozorován pokles rizika CMP u konzumace zvýšeného množství zele-

Sanofi - Tritace

snížený příjem vitamínu D ve stravě zvyšuje riziko CMP, ale jeho farmakologická suplementace riziko nesníží

Užívání kyseliny listové snižuje hladinu homocysteinu a může redukovat vznik CMP až o 18 %

Dlouhodobá (nad 5 let) hormonální substituční terapie u žen po menopauze byla spojena s 32 % zvýšením rizika CMP

V primární prevenci se doporučuje užívání ASA u pacientů s aterosklerotickým postižením krkavic

karotická desobliterace je v primární prevenci indikována u mužů se zúžením krkavic nad 80 %

niny a ovoce (5 ks/den) a zařazení ryb do stravy (minimálně 1 x měsíčně) (3). Zvýšený příjem celozrnných potravin je spojen s poklesem kardiovaskulárních onemocnění. Snížený příjem vitamínu D ve stravě zvyšuje riziko CMP, jeho farmakologická suplementace však riziko nesníží. Užívání vitamínu E riziko CMP nesnižuje, naopak ve vyšších dávkách (nad 400 IU/d) jej může zvyšovat. Užívání kyseliny listové snižuje hladinu homocysteinu a může redukovat vznik CMP až o 18 %. Dlouhodobá (nad 5 let) hormonální substituční terapie u žen po menopauze byla spojena s 32 % zvýšením rizika CMP.

Tělesná váha

Body mass index nad 25 zvyšuje riziko CMP, především se na něm podílí současně přítomná hypertenze a diabetes mellitus.

Antiagregační terapie

Proběhla řada studií bez prokázání účinku acetylosalicylové kyseliny (ASA - acetylosalicylic acid) na redukci CMP, došlo ale k redukci celkové kardiovaskulární a koronární mortality. V roce 2005 byla publikována studie 39 876 žen starších 45 let, u kterých došlo k 17 % redukci rizika CMP (4). U pacientů s prokázáním aterosklerotickým cévním postižením ASA snižuje kardiovaskulární mortalitu. V primární prevenci tedy doporučujeme užívání ASA u pacientů s aterosklerotickým postižením krkavic. Můžeme jeho užívání doporučit ženám nad 45 let, které mají dobrou toleranci ASA, efekt na redukci CMP je však malý. U mužů ASA snižuje výskyt IM. Efekt jiných antitrombotik prokázán nebyl.

Antikoagulační léčba u pacientů s fibrilací síní (FS)

U pacientů s FS je základním úkolem rozhodnout o indikaci antikoagulační léčby.

Za pacienty s **vysokým rizikem CMP** považujeme nemocné alespoň s jedním z těchto rizikových faktorů: věk nad 75 let, hypertenze, DM. U nich by měla být nasazena dlouhodobá antikoagulační léčba warfarinem (cílová hodnota INR: 2,5; rozmezí 2,0 - 3,0).

Za pacienty se **středně vysokým rizikem** považujeme nemocné nad 65 letu věku, bez výše uvedených rizikových faktorů. Tyto pacienty léčíme warfarinem nebo ASK. Skupinu s **nízkým rizikem** tvoří pacienti pod 65 let bez rizikových faktorů. Zde můžeme doporučit užívání ASK nebo zůstat bez léčby. Pacienti, kteří nemohou dostávat warfarin, by měli užívat ASK. Antikoagulace s INR 2-3 je indikována také u nemocných s umělou chlopní.

Ateroskleróza karotických tepen

Zúžení krkavic nad 50 %, které diagnostikujeme především ultrazvukovým vyšetřením, přináší 2 % roční riziko CMP. Karotická endarterektomie (CEA) snižuje toto riziko o 1 %, což znamená 5 % snížení rizika po 5 letech. Nejvýznamnější riziko je u mužů se zúžením nad 80 %. U nich je indikována karotická desobliterace na pracovišti s 3 % pe-

rioperačním rizikem při předpokládané délce života více jak 5 let. Za perioperační riziko považujeme vaskulární morbiditu a mortalitu ze všech příčin do 30 dnů po výkonu. U ostatních pacientů nasazujeme ASK a léčíme rizikové faktory. Pro indikaci karotického stentingu zatím jednoznačná data nejsou.

SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Cílem sekundární prevence je co největší snížení rizika recidivy ischemické cévní mozkové příhody. Vedení sekundární prevence by mělo být v rukou neurologa specializovaného na léčbu iCMP, který spolupracuje s praktickým lékařem a specialisty - především s kardiologem, lipologem, diabetologem, rehabilitačním lékařem, logopedem, psychiatrem a psychologem. Dispenzarizace pacientů po iCMP obsahuje: pravidelné kontroly klinického stavu pacientů, sledování, kontrola a terapie obecných rizikových faktorů iCMP (hypertenze, DM, hyperlipoproteinémie, dietní opatření a kouření), neinvazivní monitorování postižení přírodních mozkových tepen (ultrazvuk, CT, MR angiografie), specifická prevence recidivy iCMP (indikace k antiagregační, antikoagulační terapii, chirurgická či intervenční terapie onemocnění přírodních mozkových tepen).

Hypertenze

Antihypertenzivní léčba snižuje riziko recidivy iCMP o 24 %, nezávisle na typu CMP a výši krevního tlaku. Cílové hodnoty krevního tlaku by měly směřovat k normálním hodnotám TK - 120/80. Přesná hodnota není známa, u pacientů se má postupovat individuálně. U nemocných s uzávěry nebo významnými zúženími krkavic bychom pro riziko vzniku CMP při náhlém snížení měli postupovat se zvýšenou opatrností.

Diabetes mellitus

Terapie se řídí obecnými zásadami, tedy režimovým opatřením a kompenzací diabetu dietou a farmakologicky. U DM 2. typu byla publikována studie s pioglitazonem, který redukoval výskyt CMP o 47 % (5).

Cholesterol

Statiny ve studiích SPARCL (Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels) a Heart Protection Study snížily riziko recidivy CMP o 16 - 24 %. Proto je tato terapie po CMP indikována (6,1).

Kouření, alkohol, nadváha, fyzická aktivita a dietní opatření
Doporučení se v zásadě shodují s primární prevencí.

SPECIFICKÁ TERAPIE

Kardioembolizační iCMP

V sekundární prevenci je po kardioembolické

iCMP indikovaná terapie warfarinem s INR 2 - 3. Příčiny embolizace jsou: fibrilace či flutter síní, náhrada mitrální nebo aortální chlopně, průkaz srdečního trombu, revmatická chlopenní vada, srdeční selhání s ejekční frakcí pod 20 %, myxom levé síně, stav po infarktu myokardu s akinetickou zónou.

Jelikož tato terapie může mít závažné nežádoucí účinky, především intrakraniální a systémové krvácení, musí pacienti zároveň splňovat podmínky pro nasazení antikoagulační léčby (spolupráce pacienta, rodiny, nepřítomnost těžké angiepatie drobných mozkových tepen, krvácivé stavy, trombocytopenie, apod.). U pacientů, kteří nesplňují kritéria pro nasazení antikoagulace, je nutné zahájit antiagregační terapii. Lékem první volby je zde ASA (Anopyrin 100-400mg/den).

Nekardiogenní iCMP

Všichni pacienti, u kterých není indikovaná antikoagulace, by měli užívat antiagregační léčbu. V současné době je u nás k dispozici ASA, klopido-grel, kombinace ASA s dipyridamolem (Aggrenox) a tiklopidin. ASA redukuje recidivu CMP o 13 %. Doporučená denní dávka je 50 - 400 mg, přičemž u dávek nad 150 mg roste riziko vedlejších účinků, ale užitek zůstává stejný. Klopido-grel redukuje riziko CMP o 23 %, je tedy účinnější než ASK. Dávkování je 75 mg/den. Kombinace 25 mg ASK a 200 mg dipyridamolu (Aggrenox) snižuje výskyt CMP o 23 %. Dávkujeme 1 tbl 2x denně. Tiklopidin je srovnatelně účinný jako klopido-grel, ale pro výskyt vedlejších účinků (neutropenie) je nahrazován jinými antiagregancii (1).

Symptomatické stenózy mozkových tepen

V sekundární prevenci je **karotická endarterektomie (CEA)** indikovaná u symptomatických stenóz karotid 70 - 99 % na pracovištích s perioperačními komplikacemi do 6 %. Včasně provedena CEA (nejlépe do 2 týdnů), redukuje recidivu CMP o 48 % (7). U pacientů s lehkým neurologickým deficitem lze CEA indikovat i stenózy 50 - 69 % a to na pracovištích s perioperačními komplikacemi pod 3 %. **Perkutánní transluminární angioplastiku (PTA)** se zavedením stentu u stenóz karotických artérií je indikována u pacientů, kteří splňují kritéria pro CEA, ale z určitého důvodu ji nelze provést (chirurgicky nepřístupné umístění stenózy, vysoké riziko operace) a restenóz.

PTA s eventuálním zavedením stentu lze také indikovat u pacientů se symptomatickou stenózou a. subclavia, oboustrannými stenózami vertebrálních artérií nebo symptomatickou stenózou vertebrální artérie a u intrakraniálních stenóz nad 50 %. Na jasná data z randomizovaných studií zde zatím čekáme.

Shrnutí pro praxi

V primární i sekundární prevenci je nutná pravidelná kontrola a léčba obecných vaskulárních rizik).

Nezbytná jsou režimová opatření jako zanechání kouření, omezení abúzu alkoholu, dieta s nízkým obsahem nasycených tuků, bohatá na ovoce, zeleninu a vlákninu, pravidelná fyzická aktivita a boj s nadváhou.

V primární prevenci u pacientů s FS a alespoň s 1 z uvedených rizikových faktorů (věk nad 75 let, hypertenze, DM, městnavé srdeční selhání) je indikovaná antikoagulace warfarinem s INR 2-3. V sekundární prevenci u FS indikujeme antikoagulační léčbu.

V primární prevenci jsou muži se stenotickým postižením karotických tepen nad 80 % indikováni ke karotické endarterektomii na pracovišti s perioperačními komplikacemi pod 3 %. Ostatní pacienti se stenózami krkavic jsou indikováni k antiagregační léčbě ASK.

V sekundární prevenci pacienty s prokázanou kardiogenní embolizací indikujeme k léčbě warfarinem, nekardiogenní i k antiagregační léčbě.

Pacienti se symptomatickou stenózou krkavice nad 70 % jsou indikováni k CEA nebo stentu na pracovišti s perioperačními komplikacemi pod 6 %.

Seznam použité literatury:

1. Management ischemické cévní mozkové příhody a tranzitorní ischemické ataky - doporučení European Stroke Organisation (ESO) 2008, aktualizace leden 2009. The European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. 19-31.
2. Kizer JR, Dahlof B, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, de Faire U, Fyhrquist F, Ibsen H, Kristianson K, Lederballe-Pedersen O, Lindholm LH, Nieminen MS, Omvik P, Oparil S, Wedel H, Wachtell K, Edelman JM, Snapinn SM, Harris KE, Devereux RB: Stroke reduction in hypertensive adults with cardiac hypertrophy randomized to losartan versus atenolol: the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study. *Hypertension* 2005;45:46-52
3. He K, Song Y, Davi G, Liu K, Van Horn L, Dyer A, Goldbourt U, Greenland P: Fish consumption and incidence of stroke: A meta-analysis of cohort studies. *Stroke* 2004;35:1538-15
4. Ridker PM, Cook NR, Lee IM, Gordon D, Gaziano JM, Manson JE, Hennekens CH, Buring JE: A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2005;352:1293-1304
5. Wilcox R, Bouillon MG, Betteridge DJ, Scherthaner G, Pirags V, Kupfer S, Dormandy J: Effects of pioglitazone in patients with type 2 diabetes with or without previous stroke: results from PROactive (PROspective pioglitazone Clinical Trial in macroVascular Events 04). *Stroke* 2007;38:865-873
6. Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A, Goldstein L, Hennerici M, Rudolph A, Silesen H, Simunovic L, Szarek M, Welch K, Zivin J: High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med* 2006;355:549-559
7. Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, Warlow CP, Barnett HJ: Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. *Lancet* 2004;363:915-924

MUDr. Daniel Václavík - pracuje jako primář neurologického oddělení Vítkovické nemocnice v Ostravě. Zabývá se především léčbou cévních mozkových příhod a neurosonologií. Je členem výboru cerebrovaskulární sekce neurologické společnosti JEP a evropského výboru pro trombolytickou léčbu CMP: SITS - EAST.

Redukce rizika CMP:

- ASA o 13 %
- klopido-grel o 23 %
- kombinace 25 mg ASA a 200 mg dipyridamolu (Aggrenox) o 23 %
- tiklopidin je srovnatelně účinný jako klopido-grel (ale nežádoucí účinky - neutropenie)

v sekundární prevenci je CEA indikovaná u symptomatických stenóz karotid od 70 % výše, v případě lehkého neurologického deficitu již u 50 - 69 % stenóz

při výběru pracoviště pro CEA rozhoduje jeho % operačního rizika (třicetidenní mortality a morbidita)

včasně provedená CEA (nejlépe do 2 týdnů po CMP) redukuje recidivu CMP o 48 %

MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D.

Oddělení tropické medicíny, Klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK, FN Na Bulovce, Praha

Infekční oddělení, Krajská nemocnice Liberec

Očkování před cestou do zahraničí v ordinaci praktického lékaře

Souhrn: Očkování před cestou do rizikových oblastí se dělí na povinná, doporučená, pravidelná a speciální. Povinná očkování proti žluté zimnici a meningokokovým infekcím obvykle zajišťují centra cestovní medicíny. Na aplikaci doporučených a pravidelných očkování, která zahrnují např. hepatitidy A a B, břišní tyfus, cholera, vzteklinu, meningokokovou meningitidu, tetanus, poliomyelitidu se stále častěji podílí i praktičtí lékaři. Proto je nutné, aby se soustavně vzdělávali v oboru cestovní medicíny a sledovali aktuální informace v epidemiologii infekčních nemocí.



MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D.

**aktualizované
informace pro
cestovní očkování:
www.who.int/ith/en/**

**očkování proti
žluté zimnici je účinné
za 10 dnů po aplikaci
a je platné 10 let
(nutné kulaté razítko
vakcinačního centra)**

Úvod

V posledních desetiletích se ve vyspělých zemích, ale i u nás, výrazně zvýšil počet osob cestujících do epidemiologicky rizikových oblastí. Jedná se především o turistické pobyty, často v exotických destinacích, kterých se účastní celé rodiny i s malými dětmi. Přibývají naši specialisté nejrůznějších oborů, kteří působí dlouhodobě v tropech a subtropích a řada našich humanitárních organizací posílá dobrovolníky i do velmi rizikových oblastí. Stoupá i počet imigrantů a azylantů, především z Afriky a Asie, kteří v ČR dlouhodobě pobývají. Riziko nákazy lze výrazně snížit dodržováním zásad správného chování: chránit se před poštípáním členovci, kteří mohou přenášet řadu tropických chorob, aplikací repelentů, používáním moskytiér a nošením vhodného oděvu. Cestovním průjmům a dalším infekcím zažívacího traktu (cholera, břišní tyfus) lze účinně předcházet konzumací nezávadné vody a tepelně upravené stravy. V tropech je důležité vyvarovat se kontaktu se sladkou vodou (koupání, sprchování), která může být zdrojem schistosomózy. Při přímém kontaktu kůže s písekem na plážích nebo při chůzi naboso může dojít k infekci měchovci, strongyloidy a ektoparazity jako jsou písečné blechy. Mnoho zdravotních rizik lze minimalizovat zodpovědným chováním, nejčastější příčinou úmrtí turistů v tropech jsou úrazy, především dopravní nehody. Rizikové je tetování, ale i tradiční holení břitvou, kdy může dojít k přenosu virové hepatitidy B a C, ale vzácně i HIV infekce. Cestovatele varujeme před rizikovým sexuálním chováním.

Významnou roli v prevenci řady závažných infekčních nemocí spojených s cestováním a pobytem v epidemiologicky rizikových oblastech má **očkování**. Tato očkování cestovatelů zdra-

votní pojišťovny ze zákona nehradí, ale na některá z nich mohou přispívat. Prospěch z jejich aplikace vysoce převyšuje riziko případného onemocnění. Stále více praktických lékařů se aktivně podílí na poradenské činnosti a zajišťuje před cestou preventivní opatření u svých klientů. Proto musí dobře znát pravidla pro aplikaci cestovních vakcín, sledovat novinky v problematice cestovní medicíny a epidemiologii tropických infekcí. V článku jsou shrnuta základní doporučení pro **očkování osob před cestou** do epidemiologicky rizikových oblastí. Ta se dělí na **povinná** (žlutá zimnice, meningokokové infekce u poutníků do Mekky), **doporučená** (virové hepatitidy A a B, břišní tyfus, meningokokové infekce, cholera, vzteklinu, japonská encefalitida), **pravidelná** (tetanus, pertuse, diftérie, poliomyelitida, spalničky, zarděnky aj.) a **speciální** (chřipka, pneumokokové infekce, plané neštovice).

Povinná očkování před cestou

Vakcína proti **žluté zimnici** (Stamaryl) je živá, atenuovaná a podává se osobám starším než 9 měsíců. Očkování je účinné za 10 dnů po aplikaci, platí 10 let, zaznamená se do Mezinárodního očkovacího průkazu a potvrdí se kulatým razítkem vakcinačního centra. Je povinné do některých zemí v subsaharské Africe a Jižní Americe. Jejich seznam je každoročně aktualizován na webové stránce WHO (www.who.int/ith/en/). Toto očkování praktičtí lékaři obvykle neaplikují, ale musí vědět že **po očkování živou vakcínou nelze po dobu 4 týdnů aplikovat žádnou jinou živou nebo neživou vakcínu** (tetanus, hepatitidy apod.). Je důležité nezaměnit povinnost očkování při cestě z endemických oblastí do řady asijských zemí, kde se infekce nevyskytuje, aby nedošlo k jejímu zavlečení.

Sanofi - Ducoral

***vakcíny proti
hepatitidě A jsou
vzájemně
zaměnitelné,
poskytují
dlouhodobou ochranu
(minimálně 20 let)***

***vakcinace proti
hepatitidě A je možná
i krátce před cestou***

***Imunita po po třech
dávkách očkování
proti hepatitidě B je
celoživotní***

***u nás se ve většině
případů pokousání
neznámým zvířetem
postexpoziční
profylaxe neaplikuje
(výjimkou je poranění
netopýrem)***

***informace o výskytu
vztekliny:
www.who-rabies-bulletin.org***

Proti **meningokokovým infekcím** je u nás pro turisty dostupná pouze polysacharidová bivalentní vakcína (Meningococcal polysaccharide A + C vaccine). Aplikuje se v 1 dávce osobám starším 2 let a za 10 – 14 dnů po očkování chrání po dobu 3 let. Doporučuje se zejména při cestách do subsaharské Afriky (meningokokový pás). Tetravalentní polysacharidové a konjugované vakcíny (zahrnují skupiny A, C, Y a W-135) u nás zatím dostupné nejsou. Jsou vyžadovány i u osob, které žádají o vystavení víza nebo pracovního povolení v zemích na Arabském poloostrově. V druhé polovině tohoto roku je plánován dovoz tetravalentní konjugované vakcíny, která poskytuje vyšší a dlouhodobou ochranu.

Doporučená očkování před cestou

Proti **virovým hepatitidám A a B** existují monovakcíny i kombinovaná vakcína od několika výrobců. Tato očkování patří mezi nejdůležitější při cestách do oblastí s nižším hygienickým a zdravotnickým standardem. Vakcíny proti hepatitidě A jsou inaktivované, připravené kultivací viru na buněčných kulturách. Jsou vzájemně zaměnitelné a po aplikaci druhé, posilovací dávky (za 6 – 18 měsíců) poskytují dlouhodobou ochranu (minimálně 20 let). Vzhledem k dlouhé inkubační době onemocnění je možná jejich aplikace i krátce před cestou, optimální doba je 2 týdny. Vyšetření protilátek před očkováním není nutné, neboť promořenost české populace do 40 let je pouze 10 – 17 %. Lidský imunoglobulin se před cestou již nepodává. Proti hepatitidě B jsou k dispozici rekombinantní vakcíny obsahující HBsAg. Imunita je celoživotní po třech dávkách. U nás se od roku 2001 celoplošně očkují všichni kojenci a dospívající ve věku 12 let. K očkování proti **břišnímu tyfu** se u nás používají mrtvé, polysacharidové, injekční vakcíny Typhim Vi nebo Typhrix. Jsou určeny dospělým a dětem nad 2 roky při cestách do tropických oblastí Asie, Afriky a Jižní Amerika. Poskytují ochranu kolem 70 % po dobu maximálně 3 let a nechrání proti paratyfům.

Dukoral je inaktivovaná, perorální vakcína proti **choleře**, která obsahuje čtyři kmeny *V. cholerae* O1 a rekombinantní beta podjednotku cholerního toxinu. Vakcína se podává na lačno, po 2 dávkách (u dětí 2 – 6 let po 3 dávkách) v odstupu 1 – 6 týdnů chrání 2 roky proti choleře. Vzhledem k přítomnosti podjednotky cholerního toxinu se uvádí i ochranu proti cestovním průjmům vyvolaným enterotoxigenními kmeny *Escherichia coli* po dobu 6 měsíců po očkování. Inaktivované, injekční celobuněčné vakcíny měly výrazné nežádoucí účinky a nízkou účinnost, proto se již nepoužívají.

Preexpoziční profylaxe **vztekliny** se doporučuje zejména při delších cestách do Asie, Afriky, ale i jihovýchodní Evropy. Tři dávky vakcíny Verorab se aplikují s odstupem 7 a 28 (popř. 21) dnů.

Ochrana není úplná, po kousnutí neznámým zvířetem je nutno co nejdříve doplnit dvě dávky v odstupu 3 dnů, ale hyperimunní antirabické sérum se již podat nemusí. Vzteklna se u zvířat nevyskytuje ve většině zemí západní, střední a severní Evropy, ve Velké Británii a v Austrálii. V prvních třech měsících roku 2010 se v severní Itálii (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Trento) objevila řada případů vztekliny u volně žijících (lišky, jezevci, kuny, vysoká zvěř), ale i domácích zvířat, zejména psů a koček. Na potenciální riziko vztekliny je proto třeba myslet i u našich turistů trávících dovolenou v severní Itálii (viz www.who-rabies-bulletin.org). V ČR se poslední případ vztekliny u zvířat vyskytl v roce 2002. Vzhledem k perorální vakcinaci lišek se ani v příhraničních oblastech sousedních zemí vzteklna nevyskytuje. Proto se u nás ve většině případů pokousání neznámým zvířetem postexpoziční profylaxe neaplikuje. Výjimkou je kousnutí nebo škrávnutí netopýry, kteří jsou rezervoárem lyssavirů prakticky na celém světě.

K vakcinaci proti **japonské encefalitidě** je v Evropě i u nás v současnosti dostupná nová inaktivovaná vakcína Ixiaro, která se vyrábí na tkáňových kulturách a má méně nežádoucích účinků. Aplikuje se ve 2 dávkách s odstupem 1 měsíce osobám starším než 18 let, booster se podává po 12 – 24 měsících. Cena jedné dávky přesahuje 2 000 Kč. Její podání se doporučuje osobám, které cestují do rizikových oblastí Indického subkontinentu a jihovýchodní Asie, pohybují se v přírodě, kde jsou vystaveny riziku poštípaní komáry a to i na dobu pobytu kratším než 1 měsíc.

Pravidelná očkování před cestou

Pravidelná (rutinní) očkování proti tetanu, pertusi, diftérii, poliomyelitidě, spalničkám, parotitidě a zarděnkám se provádí v dětství, a proto se u nás tyto nemoci již prakticky nevyskytují. Doklad o proběhlém očkování nebo přítomnosti specifických protilátek mohou vyžadovat některé země (USA, Kuvajt) před dlouhodobým nebo pracovním pobytem. USA často vyžadují i očkování proti planým neštovicím vakcínou Varilrix (ve dvou dávkách) u osob, které varicelu neprodělaly a nemají protilátky. Vzhledem k tomu, že i u nás přibývají imigranti, kteří se narodili v zahraničí, je nutné před výjezdem do tropů zkontrolovat jejich rutinní očkování.

Přeočkování proti **tetanu** se u nás v současnosti provádí každých 10 – 15 let vakcínou Tetavax (Alteana již není k dispozici), která obsahuje minimálně 40 IU anatoxinu. Stav imunity lze zkontrolovat vyšetřením protilátek třídy IgG metodou ELISA. Je-li hladina protilátek nižší než 0,5 IU/ml aplikuje se booster. Naopak při hodnotě vyšší než 0,5 IU/ml, se přeočkování neprovádí, neboť může dojít k nežádoucím reakcím, zvláště u starších osob. Nově u nás bylo v roce 2009 za-



vedeno přeočkování dětí ve věku 10 – 11 let proti tetanu, difterii, pertusi a poliomyelitidě inaktivovanou vakcínou Boostrix Polio. Kombinované vakcíny Boostrix (nemá polio složku) a Boostrix Polio obsahují oproti monovakcínám (Alteana, Tetavax) poloviční množství tetanického anatoxinu (20 IU), proto se při jejich použití v dospělosti doporučuje přeočkování každých 10 let.

Poliomyelitida se dosud vyskytuje v západní Africe, na Indickém subkontinentu a recentně byla importována i do Tadžekistánu ve Střední Asii. Dospělé osoby je možné při cestách do rizikových oblastí přeočkovávat každých 10 let inaktivovanou parenterální vakcínou Imovax Polio. Perorální živé atenuované Sabinovy vakcíny jsou vyhrazeny k očkování dětí a u dospělých se nepoužívají.

V případě potřeby očkování proti **spalničkám** se i u dospělých aplikuje kombinovaná vakcína Priorix (zahrnuje i zarděnky a parotitidu) nebo Priorix Tetra (obsahuje navíc varicelu), neboť monovakcíny již nejsou dostupné. U osob, které byly očkovány nebo prodělaly zarděnky a parotitidu není zvýšené riziko nežádoucích reakcí.

Závěr

Konzultace a preventivní opatření před cestou do epidemiologicky rizikových oblastí je nutné provádět s dostatečným předstihem. Zkontroluje se, zda jsou platná všechna pravidelná očkování, především přeočkování proti tetanu. U cestovatelů do vysoce rizikových oblastí (subsaharská Afrika, Amazonie, Indie a východní Asie), kdy se aplikuje více vakcín, je často třeba zahájit očkování 2 – 3 měsíce před cestou. Je důležité poučit cestovatele o dalších zdravotních rizicích. V indikovaných případech se doporučuje a vystaví

recept na antimalarickou profylaxi. Proti malárii účinná vakcína pro turisty neexistuje. Užitečné informace o cestovním očkování a profylaxi lze nalézt na webových stránkách www.who.int/ith (WHO), www.cdc.gov (CDC), www.crm.de, www.malaria-reference.co.uk, www.safetravel.ch.

Tento příspěvek vznikl s částečnou podporou grantu FRVŠ č. 1180/2010.

Literatura:

- 1) Beran J., Havlík J., Vonka, V.: Očkování. Minulost, přítomnost, budoucnost. Praha, Galén 2005
- 2) Beran J., Vaništa J. et al.: Základy cestovního lékařství. Praha, Galén 2006
- 3) Nohýnková E., Stejskal F.: Malárie. Interní medicína pro praxi 2005; 7: 256-261
- 4) Petráš M., Lesná I.K.: Manuál očkování 2010., 3. vyd., H.R.G. Litomyšl, 2009
- 5) Stejskal F.: Cestovní průjmy. Practicus. 2006; 5: 208-210
- 6) Stejskal F.: Importované tropické infekce. Čas Lék Čes 2007; 146: 115-121
- 7) Stejskal F.: Importované tropické horečnaté infekce. Prakt Lék 2008; 88: 31-35
- 8) Stejskal F.: Očkování cestovatelů. Vakcinologie 2008; 2: 57-67
- 9) Stejskal F. ed.: Cestovní medicína. Odborný rádce lékaře s praktickými informacemi při cestách do zahraničí. Nakladatelství Dr. Josef Raabe s.r.o. Praha, 2010

MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D. – absolvoval studium parazitologie na Přírodovědecké fakultě UK a všeobecného lékařství na 1. lékařské fakultě UK. Pracuje jako odborný asistent na III. klinice infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a FN Na Bulovce, kde je vedoucím Oddělení tropické medicíny 1. LF UK. Zabývá se problematikou cestovní medicíny, importovanými tropickými nemocemi včetně vysoce nakažlivých infekcí. Jeho výzkum je zaměřen na studium molekulární biologie a biochemie anaerobních parazitických prvoků, především *Cryptosporidium parvum*.

Přeočkování proti tetanu:

- každých 10 - 15 let

- je-li hladina protilátek nižší než 0,5 IU/ml aplikuje se booster

- při hodnotě protilátek vyšší než 0,5 IU/ml, se přeočkování neprovádí, neboť může dojít k nežádoucím reakcím, zvláště u starších osob

- při očkování vakcínou Boostrix je nutno počítat s polovičním obsahem tetanického anatoxinu
- přeočkování je nutné každých 10 let

Užitečné informace o cestovním očkování:

www.who.int/ith
www.cdc.gov

www.crm.de

www.malaria-reference.co.uk

www.safetravel.ch

Bohumil Seifert¹, Norbert Král¹, Ladislav Dušek², Štěpán Suchánek³, Miroslav Zavoral³

1. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav všeobecného lékařství 1.LF UK v Praze,

2. Institut biostatistiky a analýz, Masarykova univerzita, Brno

3. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Interní klinika 1.LF UK a ÚVN Praha

Screening kolorektálního karcinomu v roce 2010

Souhrn: Rok 2009 přinesl pozitivní zvrat v rozvoji screeningových programů, zejména screeningu kolorektálního karcinomu. Zvýšila se marketingová aktivita, program ožil novou koncepcí a zavedením nových technologií, odborníci byli konfrontováni s precizně zpracovanými daty o svých činnostech a sešli se k mezioborové diskusi. V hodnocení roku 2009 očekáváme vyšší účast osob z cílové skupiny na testování skrytého krvácení ve stolici i vyšší počet screeningových kolonoskopií, primárních, ale zejména provedených na základě pozitivního testu. Vyšší pozitivita je důsledkem zavádění citlivějšího imunochemického testu a je třeba ji monitorovat. Vyšší účast osob na screeningu a vyšší míra pozitivity testu prověří výkonnost naší gastroenterologie.



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

v ČR je ročně nově diagnostikováno 7900 - 8300 pacientů s karcinomem kolorekta

prevalence kolorektálního karcinomu vzrostla v ČR od r. 1995 téměř o 100 %

Úvod

Nádory jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v zemích Evropské unie. Lze předpokládat a také se potvrzuje, že se stárnutím populace bude zhoubných nádorů přibývat. Ani česká populace není výjimkou. V případě kolorektálního karcinomu je v ČR ročně nově diagnostikováno 7 900 - 8 300 pacientů a 4 100 - 4 500 pacientů na něj zemře. Prevalence dosáhla v roce 2007 hodnoty 43 835 osob a ve srovnání s rokem 1995 tak vzrostla téměř o 100 % (1). Z předpokládaného nárůstu incidence, ale i prevalence nádorových onemocnění, pro praktické lékaře nevyplynou jen úkoly v prevenci a včasném zachytu nádorů, ale i přibývání chronické péče o pacienty s diagnostikovaným nádorem a péče paliativní.

Rada Evropské unie vydala v roce 2003 doporučení, ve kterém identifikovala tři nádorová onemocnění, u kterých je vhodné provádět screeningové programy: rakovinu prsu, děložního čípku, tlustého střeva a konečníku. Tyto nádory odpovídají za třetinu všech nádorem způsobených úmrtí u žen a za 11 % nádorových úmrtí u mužů. Ve zprávě z ledna 2009 Evropská komise konstatuje významný pokrok ve screening; nicméně pouze 22 zemí provádí organizovaný screening rakoviny prsu, 15 zemí screening děložního hrdla a pouze 12 států kolorektální screening. Z očekávaných 125 miliónů screeningových vyšetření ročně, je jich v EU provedeno méně než polovina (2).

Screening nádorů v České republice

Česká republika naplňuje doporučení EU a or-

ganizuje všechny tři screeningové programy. Účast v nich kolísá regionálně. Nejvyšší účasti na všech screeningových programech bylo v letech 2006 - 2007 dosaženo v Břeclavi (průměr 47 %, mammární screening 74 %, kolorektální screening 16 %, cervikální 52 %), dále v Třebíči (43 %, 61 %, 26 %, 43 %) a v Chomutově (43 %, 48 %, 28 %, 15 %, 44 %) a 52 %). Screeningu nejméně přejí v okresech Prostějov (16 %, 9 %, 15 %, 23 %), Nymburk (22 %, 8 %, 15 %, 44 %) a Frýdek Místek (22 %, 25 %, 11 %, 29 %).

Všeobecný praktický lékař do určité míry zasahuje do všech programů. Součástí onkologické prevence v rámci preventivní prohlídky u všeobecného praktického lékaře je aktivní dotaz na účast ve screeningu děložního hrdla a prsu, případně odeslání ženy na tato vyšetření. Klíčová role je praktickým lékařům svěřena ve screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku.

10 let kolorektálního screeningu v České republice

Desetiletá zkušenost českých praktických lékařů s prováděním testu na okultní krvácení ve stolici (TOKS) a indikace diagnostického programu je unikátní. Praktičtí lékaři (PL) nebo jejich sestry provedli za 9 let více jak dva miliony testů, vyšetřili téměř tři čtvrtě miliónu osob z cílové skupiny a více jak 100 000 osob s pozitivním výsledkem odeslali na kolonoskopii. Screening odhalil rizikové polypy u desítek tisíc osob a časná stadia rakoviny u tisíců osob (3). Ani v České republice nebylo dosaženo očekávané účasti; ani v nejlepších letech účast ve scree-

Roche

V ČR je dlouhodobě více než 50 % nových pacientů s kolorektálním karcinomem diagnostikováno v klinickém stadiu III nebo vyšším

novinky od r. 2009:
 - PL nemusí vázat TOKS na preventivní prohlídku
 - ve věkovém intervalu 50 - 55 let se TOKS provádí každoročně
 - je možno využívat nových technologií v podobě imunochemického testu
 - v 55 letech je možné nabídnout screeningovou kolonoskopii

věk nad 50 let je zásadní rizikový faktor

program sběru dat v praxích:
 - do programu je možné se přihlásit na adrese:
vselek@lf1.cuni.cz

seznam center pro screeningovou kolonoskopii:
www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/988-centra-pro-screeningovou-kolonoskopii.html

ningu nepřekonal 25 % a v letech 2006 - 2007 dokonce klesla pod 17 %. Proto se také příliš nezměnilo rozložení klinických stádií, ve kterých kolorektální karcinom diagnostikujeme a která jsou určující pro míru pětiletého přežití. V ČR je dlouhodobě více než 50 % nových pacientů s kolorektálním karcinomem diagnostikováno v klinickém stadiu III nebo vyšším.

Screening po roce 2009

Nově zformovaná komise MZ ČR pro kolorektální karcinom iniciovala oživení programu v roce 2009. Nový design programu je atraktivnější pro lékaře i pacienty. PL nemusí vázat TOKS na preventivní prohlídku a provádí jej ve věkovém intervalu 50 - 55 let každoročně, může využít nových technologií v podobě imunochemického testu a v 55 letech nabídnout screeningovou kolonoskopii. Motor inovativního procesu ve screeningovém programu, Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity v Brně (IBA), organizuje semináře napříč republikou, na kterých se scházejí gastroenterologové, onkologové, gynekologové a praktičtí lékaři, politici, zástupci Ministerstva zdravotnictví a plátců zdravotní péče. Pro tyto semináře připravuje data, která pro hodnocení programu až donedávna chyběla. Součástí každého semináře je tisková konference. Mluvčí programu mají častou příležitost k prezentaci v médiích. Laické populaci se především zdůrazňuje fakt, že v případě kolorektálního karcinomu zdravý způsob života nestačí a že věk nad 50 let je zásadní rizikový faktor. Představuje se iniciativa občanského sdružení Onkomaják, projekt Střevotour, jehož náplní je putování makety tlustého střeva po obchodních centrech v České republice. K dispozici jsou webové prezentace, určené i pro laiky, např. www.kolorektum.cz nebo www.strevotour.cz, kde čtenář najde mimo jiné velmi pozitivně působící filmový dokument kolonoskopického vyšetření, které známému malíři Petru Urbanovi provedl prof. Miroslav Zavoral. Podobný systematický marketing dosud kolorektálnímu screeningu chyběl.

Výstupy aktivit a klíčové náměty screeningu

Prozatím ještě nejsou k dispozici všechna data za rok 2009, ale již dnes je jasné, že v účasti v kolorektálním screeningu jsme se odrazili ode dna a vrátili jsme se nad úroveň roku 2004 - 2005. Můžeme s napětím očekávat, do jaké míry k tomu přispěli gynekologové, kteří tolik o screening stáli. Data za rok 2006 - 2007 naznačila veliké rozdíly spíše než mezi jednotlivými kraji, tak mezi jednotlivými okresy. Zatímco v Chomutově, Třebíči, Litoměřicích, Šumperku a Karviné i v letech 2006 - 2007, která nepřála prevenci dosáhli kolegové více jak 25%

účasti, v Mělníce, v Kutné hoře, na Novojičínsku a v Benešově nedosáhli ani na 10%. Uvidíme, zda data z roku 2009 potvrdí tyto rozdíly nebo z nich udělají jen náhodnou hru čísel. V průzkumu, který na jaře 2009 zorganizoval Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, respondenti z řad VPL odhadovali, že 25 % pacientů dá ve věku 55 let a výše přednost screeningové kolonoskopii. Velmi hrubým odhadem, při současné adherenci k programu, by to mohlo znamenat více jak 50 000 primárních screeningových kolonoskopií v roce 2009.

Zavedením imunochemického testu Česká republika vyhověla bodu č. 6 doporučení Evropské komise k zavádění nových technologií, ověřených studiemi. Pro nahrazení guajakového testu testem imunochemickým hovoří všechna data. Test je přijatelnější pro pacienta a jeho vyhodnocení je jednodušší a přesnější. Vyšší compliance pacienta vyrovná jeho vyšší cenu. S tímto testem také vstoupili do programu gynekologové. V praxi jsou dnes k dispozici testy kvalitativní, vyhodnocované papírkovou metodou nebo přístrojově (např. na vícefunkčním přístroji Quik Read) a kvantitativní, které ovšem vyžadují vyhodnocení v laboratoři. Všechny testy charakterizuje vyšší senzitivita. Z předběžných výsledků monitoringu v praxích VPL se ukazuje, že zatímco míru pozitivitu guajakových testů jsme drželi v roce 2008 pod 4 %, a to dokazuje precizní zvládnutí metodiky praktickými lékaři, míra positivity imunochemických testů může být vyšší než dvojnásobná. Zatímco jsme až dosud indikovali zhruba 10 - 15 tisíc kolonoskopií na základě pozitivního TOKS, mohlo by to být v dalších letech 30 tisíc a více, i při současné úrovni účasti osob na screeningu. Sběr dat, který IBA dovedla k dokonalosti v případě pacientů předaných na gastroenterologii, nemůže postihnout rozdíly v používání jednotlivých testů. Kódy pojišťoven lze rozlišit pouze negativní a pozitivní výsledek. Tento nedostatek se snažíme nahradit sběrem dat v praxích, dobrovolně monitorujících své screeningové aktivity. Do programu je možné se přihlásit na adrese vselek@lf1.cuni.cz.

S tím souvisí kapacita gastroenterologických pracovišť. Na prvních seminářích kolegové uváděli, že v objednacích doby obvykle nepřesahovaly 3 - 4 týdny. Při posledních seminářích, které již reflektovaly situaci v roce 2009, už se hovoří o limitu 2 měsíců. Autoři doporučují všem kolegům, aby kontaktovali Centrum pro screeningovou kolonoskopii, případně centra; domluvili se na spolupráci, předávání pacientů, způsobu přípravy a na požadovaných vyšetřeních. Seznam center je na webu MZ ČR (<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/988-centra-pro-screeningovou-kolonoskopii.html>). Podobnou iniciativu bych očekával od center směřem k praktickým lékařům. Centra jsou zařazena do syste-

matické kontroly kvality prostřednictvím indikátorů, mezi které patří např. počet provedených kolonoskopií (minimum 50 ročně), dosažení céka při kolonoskopii, počet komplikací, atd.

Na všech seminářích se diskuse dotkla otázky zdvojení výkonů s gynekology. Bylo konstatováno, že se nelze spolehnout na informaci podávanou pacientem. Původně přislíbená tolerance Všeobecné zdravotní pojišťovny byla v regionech zpochybněna. Na druhou stranu rozměr tohoto problému není významný.

Centrální zvaní

Naopak významným námětem je otázka zvaní osob ke screeningu. Bez ohledu na marketingové aktivity evropské zkušenosti jasně ukazují, že jedině centrální zvaní osob z cílové skupiny může zvýšit účast k optimální míře. Jedině **centrální zvaní** také naplňuje definici populačního screeningu. Příkladem je screening organizovaný ve Francii, ve Finsku nebo ve Velké Británii. Kdo by měl zvát a koho zvát?

Státní správa má dokonalé seznamy, ale nemá informace o výkonech a biologickém zdraví člověka. Centrální zvaní touto administrativou nese etická rizika. Výzva by musela mít velmi neutrální charakter. Pojišťovny mají seznamy, přehled o výkonech a znají registrující lékaře. Ani pojišťovny ale nemohou posoudit biologický stav pacienta a vhodnost screeningu.

Praktičtí lékaři mají seznamy, přehled o výkonech a znají pacienty. Nemají ale administrativní síly; čas strávený agendou zvaní by měli raději věnovat pacientům.

V úvahu připadá model, využitý aktuálně při výběru osob k očkování proti prasečí chřipce. Pojišťovna zašle seznamy, které lékař schválí.

Podle amerického modelu Happy Birthday osoby ve věku 50 let (resp. 55, 60 let) obdrží pozitivně laděné pozvání k preventivní prohlídce u svého praktického lékaře. Software pojišťoven by jistě dokázal generovat automaticky pozvánky pro osoby z cílové skupiny, které neabsolvovali v posledních 2 letech TOKS nebo v posledních 10 letech kolonoskopii. Centrální zvaní by mohlo případně zahrnovat obecnější výzvu k prevenci nejen onkologické, ale i kardiovaskulární. Otázka centrálního zvaní k preventivním programům je námětem k vážné diskusi mezi státem, plátcem a poskytovateli zdravotní péče. Jestliže všichni zúčastnění berou screening vážně, tak by měla diskuse proběhnout co nejdříve.

Závěr

Perspektiva screeningu kolorektálního karcinomu v České republice se v tomto sdělení jeví jako slibná. Jsme zkušenější než před deseti lety a naši pacienti jsou lépe informováni. Pokud se naplní naše očekávání, pak vyšší účast

osob na screeningu a vyšší míra pozitivit testu prověří výkonnost naší gastroenterologie.

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. - promoval na Fakultě dětského lékařství UK v Praze v r. 1981, 1. a 2. atestace ze všeobecného lékařství 1985, 1990. Postgraduální studium v preventivním lékařství: Ph.D. 2006. Ordinace praktického lékaře v Karlíně, Praha 8, od roku 1985, od roku 1997 soukromá. Od roku 1993 působí jako učitel na Katedře všeobecného lékařství IPVZ, pak na 2. lékařské fakultě a od roku 2003 vede Ústav všeobecného lékařství 1.LF UK. Vědecká a publikační činnost na národní i mezinárodní úrovni v odborných oblastech se vztahem k primární péči: kvalita poskytované péče, pregraduální vzdělávání, gastroenterologie, studie v primární péči. Nejvýznamnější publikace: Všeobecné praktické lékařství, vydané v roce 2005 v nakladatelství Galén. Od roku 1998 členem výboru SVL ČLS JEP, od roku 2002 jako vědecký sekretář. Ve výboru SVL se věnuje oblasti výzkumu, mezinárodních projektů a klinické oblasti gastroenterologie. Členem evropské pracovní skupiny EQUIP (www.equip.ch, Kvalita v primární péči) a sekretář ESPCG (www.espcg.org, Evropská společnost pro gastroenterologii v primární péči).

Literatura:

1. Dusek L., Zavoral M., a kol. Informační základna programu kolorektálního screeningu ČR – přehled dostupných dat z období 2000 - 2009, *Praktický lékař*, 2010;90,1,3-11
2. Report on cancer screening in Europe - briefing, 22.1.2009, www.eubusiness.com
3. Zavoral M., Suchanek S. et al. Colorectal screening in Europe. *World J Gastroenterol* 2009, December 21; 15(47): 5907-5915
4. Král N., Seifert B., Změny ve screeningu kolorektálního karcinomu - krok správným směrem? Solen, 2010, v tisku

pouze centrální zvaní ke screeningu naplňuje definici populačního screeningu

Praktické stránky nejen pro mladé lékaře...

www.mladipraktici.cz

...inzerce, diskuze, komentáře



MUDr. Tomáš Poch

Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Kolín a.s.

Diabetická noha

– diagnostika, léčba, prevence

Souhrn: Syndrom diabetické nohy je postižení dolních končetin diabetiků se vznikem ulcerace nebo destrukce tkání v důsledku neuropatie a různého stupně mikro- a makroangiopatie. Jeho léčba musí být vždy komplexní. Zásadní význam má správně prováděná prevence, která může významně snížit riziko vzniku defektů i nutnosti amputace končetiny.



MUDr. Tomáš Poch

**syndrom diabetické
nohy postihuje
5 až 10 % diabetiků**

**neuropatické
defekty (50 - 70 %)
defekty
neuroischemické
a čistě ischemické
(30 - 50 %)**

„malum perforans“

**nejčastější patogeny
v diabetických
defektech:
Staphylococcus
aureus,
Streptococcus
pyogenes,
Escherichia coli
a Pseudomonas
aeruginosa**

Definice syndromu diabetické nohy

Syndrom diabetické nohy je dle WHO definován jako ulcerace nebo destrukce tkání na nohou u diabetiků spojená s neuropatií, s různým stupněm ischemické choroby dolních končetin a často i s infekcí (1).

Epidemiologie

Podle epidemiologických údajů ÚZIS bylo v České republice k 31. 12. 2008 hlášeno celkem 760 470 diabetiků, z nichž 706 150 (92.8 %) bylo klasifikováno jako diabetiků 2. typu.

V průběhu posledních 18 - 20 let se počet registrovaných diabetiků v České republice zdvojnásobil. S nárůstem absolutního počtu diabetiků 2. typu se zvyšuje i počet komplikací diabetu včetně mikro a makroangiopatie. Syndrom diabetické nohy postihuje 5 až 10 % diabetiků a je jednou z nejčastějších příčin hospitalizace diabetiků.

Etiologie

Hlavními rizikovými faktory vzniku diabetické nohy jsou diabetická neuropatie, ischemická choroba dolních končetin a kouření. Spolupodílejí se na něm též infekce, deformity nohou s tvorbou hyperkeratóz a otoky. Nejčastějšími zevními vyvolávajícími příčinami ulcerací jsou otlaky, především z nevhodné obuvi, drobná traumata, ragády, plísňové infekce a panaricia.

Největší část defektů u pacientů se syndromem diabetické nohy tvoří **neuropatické defekty** (50-70 %). Zbývajících 30 - 50 % tvoří **defekty neuroischemické** a čistě **ischemické** (2).

Při neuropatickém postižení senzorických nervových vláken dochází ke ztrátě ochranného vnímání bolesti a tlaku. Postiženy jsou i autonomní nervy (periferní autosympatektomie). Končetina se klinicky jeví jako zdánlivě dobře prokrvená, hyperemická, průtok kožními kapilárami je však snížen. Klasickým projevem ulcerace tohoto typu je „malum perforans“ – nebolestivý defekt na plosce nohy s poruchou neurotroficí (Obr.1).

Motorická neuropatie působí snížení napětí svalů nohy a podílí se tímto na vzniku deformit. De-

formity následně vedou k prominenci kostí a kloubů, které jsou v charakteristických lokalizacích vystaveny vyššímu tlaku a kůže nad nimi je vážně ohrožena. Jedná se typicky o oblast proximálních interfalangeálních kloubů prstů z dorsální strany, dále o oblast distálních článků prstů a prominujících hlaviček metatarsů z plantární strany, oblast zevní hrany nohy při propadlé podélné klenbě, oblasti paty a u výrazných deformit u Charcotovy osteoartropatie i mediální strany plosky (obr. č. 3). **Charcotova osteoartropatie** je těžší postižení neuropatické nohy, které postihuje jeden či více kloubů a je vysoce destruktivní. Při lokální osteoporoze a opakovaných mikrotraumatech dochází ke kostní destrukci a následně k těžkým deformitám. Nejčastější je postižení v oblasti nártu nohy. Příčinou ulcerací mohou být také cévní změny na různých úrovních. Pro diabetickou makroangiopatii je charakteristické postižení bérce tepen a dále postižení arteria profunda femoris. Diabetická mikroangiopatie způsobuje hypercirculaci při současných poruchách kapilárního průtoku. Dalším častým postižením periferních cév je u diabetiků **mediokalcinoza** (ukládání vápníku do stěny cév), což může zkreslovat výsledky angiologického vyšetření (plnicí tlaky).

Dalším činitelem podílejícím se na vzniku diabetického defektu je infekce, která zhoršuje místní nález a podílí se na rozvoji nekróz. Nejčastějšími patogeny v diabetických defektech jsou Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Escherichia coli a Pseudomonas aeruginosa.

Diagnostika

Stejně jako u ostatních onemocnění je základem úspěchu v léčbě pacientů se syndromem diabetické nohy důkladná **anamnéza**. Vždy zjišťujeme údaje o kouření, o délce trvání a kompenzaci diabetu a o dalších přidružených onemocněních, především oběhového systému. Podrobně se dotazujeme na okolnosti vzniku a délku trvání defektu.

Při **fyzikálním vyšetření** se zaměřujeme na stav kůže na dolních končetinách (ochlupení, mykózy, morfologické změny, barva, otoky), kostní deformity a deformace (kládívkové prsty, haluces val-

gi, osteoartropatie), poruchy kožní citlivosti a prokrvení. U defektu popisujeme přesnou lokalizaci, velikost, okraje a spodinu, případnou sekreci, zápach a změny v okolí. Vždy vyšetřujeme palpačně pulzace na stehenních tepnách, podkoleních tepnách i v periférii. Vyšetření povrchového cití provádíme pomocí monofilament (dotyk vláknem normované síly). Hluboké cití se vyšetřuje pomocí ladičky či biothesiometru. Z dalších přístrojových vyšetření se provádí **dopplerovské vyšetření** cév dolních končetin - orientačně lze vyšetření provést tužkovým dopplerem (ischemická choroba dolních končetin při poměru tlaků kotník/paže pod 0,9), k podrobnému vyšetření je potřeba zobrazení duplexním ultrazvukem v B modu. Dalším neinvazivním vyšetřením je **transkutánní tenze kyslíku**, která dobře koreluje s prognózou hojení defektů. Z invazivních metod se provádí **digitální subtrakční angiografie** (DSA), která je indikována při krátkých klaudikacích, při klidových bolestech, při přítomnosti ulcerací a vždy by měla být provedena před plánovanou amputací.

Diagnostika přítomnosti infekce defektů je založena na opakovaných vhodně odebraných kultivacích, na laboratorních vyšetřeních a na zobrazovacích metodách. Na RTG snímcích se však zobrazí až pokročilá osteolýza, scintigrafie nám pomůže určit časnější stadia, eventuálně diagnos-

tikovat Charcotovu osteoartropatii.

V diferenciální diagnostice musíme pomýšlet na ulcerace při chronické žilní insuficienci, při izolovaném tepenném postižení, na ulcerace při kolagenózách, při nádorovém postižení a na ulcerace vzniklé při sebepoškození.

Terapie

Léčba pacienta se syndromem diabetické nohy musí být vždy komplexní a vyžaduje úzkou spolupráci chirurga s dalšími specialisty (diabetolog, angiolog, ortoped, neurolog, rentgenolog, protetik, rehabilitační lékař). Ke komplexní léčbě patří správné místní ošetření, dokonalé odlehčení defektů, zajištění dobrého prokrvení nohou, léčba infekce a též optimální léčba diabetu.

Lokální terapie

Správné místní ošetření defektu provádějí speciálně vyškolené sestry a lékaři v podiatrické ambulanci. Základem je vyčištění spodiny rány, v dalším průběhu léčby pak podpora tvorby granulací a epitelizace s využitím metod vlhkého hojení.



Obrázek č. 1:
Neuropatický defekt

vyšetření cití:
povrchové cití
- monofilamenta
(dotyk vláknem normované síly)
hluboké cití
- ladička nebo biothesiometr

TenderWet® 24 active

Aktivní absorpce a proplachování nepřetržitě po celých 24 hodin

TenderWet je savý polštářek, jehož jádro tvoří superabsorbční polyakrylát. Jádro má vyšší afinitu k exsudátu než k Ringerovu roztoku. To znamená, že po aplikaci je Ringerův roztok postupně uvolňován do rány a exsudát, choroboplodné zárodky a toxiny jsou absorbovány a uzamčeny v absorpčním jádru polštářku. Protože je rána aktivně čištěna, snižuje se v ní významně počet mikroorganismů a nečistot komplikujících zhojení rány.



- odlučuje a rozpouští nekrózu
- odstraňuje fibrinové povlaky
- velká absorpční schopnost
- podpora granule
- aktivace buněk a regenerace cév
- snadná a bezpečná aplikace a výměna

Více informací na
www.hartmann.cz
www.lecbarany.cz
nebo volejte infolinku
800 100 333



pomáhá léčit.

Nezastupitelnou úlohu v přípravě spodiny rány má debridement. Cílem debridementu je odhalit zdravou tkáň na spodině rány a tím podpořit hojení (3). Debridement je možno rozdělit na mechanický, autolytický, chemický a enzymatický. **Mechanický debridement** zahrnuje chirurgické odstranění nektróz skalpelem, pomocí proudu sterilní tekutiny nebo ultrazvukem. **Autolytický debridement** je nejčastěji používaným postupem při metodě vlhké terapie. Dochází při něm k postupnému změknutí a rozpuštění odumřelé tkáně. Je k němu vhodné použít okluzivní a semiokluzivní materiály: hydrogely, hydrokoloidy, algináty a Hydrofiber. K podpoře autolytického debridementu spodiny rány je možno využít metodu řízeného podtlaku (V.A.C. systém). Díky řízenému podtlaku jsou odváděny infekční sekrety mimo ránu, zlepšuje se prokrvení spodiny rány, stimuluje granulací tkáň a současně urychluje hojení a kontrakce rány. **Enzymatický debridement** využívá dodané enzymy, které rozkládají bílkoviny odumřelých tkání (Iruoxol, Fibrolan).



Obrázek č. 2:
Deformita prstů
u diabetika

Při **larvoterapii** se aplikují na povrch rány sterilní larvy bzučivky zelené, které svými trávicími enzymy rozpouštějí nekrotickou tkáň. Jsou schopny likvidovat bakterie včetně těch rezistentních na antibiotika. Po vyčištění defektu máme možnost volby z řady terapeutických ob vazů dle aktuálního stavu rány (3). U silně secernujících ran se používají algináty, Hydrofiber nebo krytí s jádrem ze superabsorpčních polymerů, nově též keramické sorbenty (Cerdak). Na rány se středně silnou sekrecí lze kromě již zmíněných preparátů použít i hydrokoloidy. U ran slabě secernujících jsou vhodné hydrokoloidy, hydrogely a semipermeabilní filmy. Při léčbě infikovaných a kolonizovaných ran můžeme použít topická antiseptika v neadherentní formě se stříbrem, deriváty jodu a chlorhexidinu. Též je možno aplikovat krytí s aktivním uhlím a stříbrem.

Do hlubokých kavit je vhodné aplikovat algináty, hydrokoloidy, Hydrofiber i polyuretanová pěnová krytí. Při potřebě ochrany spodiny rány a okolí před macerací jsou k dispozici pěnová krytí, Hydrofiber, algináty, tenké hydrokoloidy a filmová transparentní semipermeabilní krytí.

Odlehčení ulcerací

Často opomíjenou součástí léčby diabetické nohy je odlehčení ulcerací. Pacienti by měli být vybaveni terapeutickou obuví (poloboty s odlehčením špičky či paty), berlemi, eventuálně pojízdným křeslem. Dále se využívají ortopedické vložky, ortézy či kontaktní fixace. Může být indikován též klid na lůžku.

Léčba ischemie

Cílem léčby je zlepšení prokrvení tkání v oblasti

defektu. Z konzervativních metod se využívá medikamentózní léčba antiagregancii a hypolipidemií, v indikovaných případech i hyperbarická oxygenoterapie (při nemožnosti revaskularizace postižené končetiny). Důležitou součástí efektivní léčby u kuřáků je ukončení kouření.

Nejvýznamnější součástí léčby ischemie představuje **revaskularizace končetiny**, která cíleně odstraňuje překážky krevního toku. Jednou z možností je **endarterektomie** (odstranění aterosklerotického plátu z tepny) s možností vštíti záplaty do místa stenózy. Endarterektomie se používá při uzávěru nebo stenóze odstupu hluboké stehenní tepny, pokud je tato tepna jedinou průchodnou cévou, která zásobuje periferii končetiny vytvořenými kolaterálami (2). Pokud je možnost zlepšit prokrvení periferie bypassem, je upřednostňován tento postup. Mohou se provádět femoropopliteální rekonstrukce při uzávěru povrchní stehenní tepny a dobrém výtokovém traktu v oblasti bérce. Náročnějšími výkony jsou potom **bypassy** na bércevé tepny, které jsou vzhledem k menšímu průtoku prováděny vlastní žilou pacienta. Jako poslední možnost při defektech v periferii a ohrožení končetiny je provedení pedální bypassu (nejčastěji na arteria dorsalis pedis).

Další možností je při příznivém angiografickém nálezu provedení **perkutánní transluminální angioplastiky (PTA)**. Výkon je šetrný a je na angiografickém sále prováděn bez celkové anestezie. Spočívá v zavedení katetru do místa zúžení či uzávěru tepny a v postižené oblasti se speciálním balonkem roztlačí aterosklerotická hmota. Při nedostatečném účinku samotné angioplastiky lze do postižené tepny v místě zúžení ještě zavést stent (oblast stehenní tepny, při izolovaném postižení oblast podkolenní tepny). Indikací k PTA femoropopliteální oblasti jsou stenózy kratší než 5 cm a izolovaný uzávěr kratší než 10 cm. Indikací k použití PTA v infrapopliteální oblasti je jedna či více stenóz, popřípadě krátký uzávěr nepřesahující 6 cm (2). V současné době však možnost terapeutické intervence rozšiřuje použití PTA/stentů v bércevé oblasti se slibnými výsledky.

Lumbální sympatektomie má u diabetiků sporný efekt, protože při vegetativní neuropatii dochází k tzv. autosympatektomii. **Chemická sympatektomie** může však u diabetiků snížit bolestivost, protože současně dochází k destrukci aferentních nervových vláken. (1)

Léčba infekce

Pokud je defekt infikován, je indikováno podání antibiotik. U povrchové infekce je možné perorální podání antibiotik, nejlépe na podkladě provedené kultivace z defektu. Doba podávání ATB je v těchto případech do negativní kultivace. U hlubokých infekcí, postihujících i šlachový aparát, pokud je přítomna těžká ischemie nohy (index kotník/paže pod 0,6) je třeba zvážit podávání antibiotika cíleně až do zhojení defektu při opakování kultivací. Při zhoršení lokálního nálezu přes podání ATB (při přechodu do stadia vlhké gangrény) je vhodná hospitalizace a i.v. podání antibiotik v kombi-

naci. Současně je samozřejmostí chirurgická nekrektomie.(2)

Zlepšení metabolického stavu

Při léčbě syndromu diabetické nohy je třeba dbát důsledné kompenzace diabetu. Ke zlepšení hojení defektů přispívá zlepšení nutričních parametrů (sipping). Neměla by zůstat opomenuta léčba dyslipoproteinémie a hypertenze.

Při vyčerpání všech těchto možností léčby a další progresi gangrény a septického stavu jsou pacienti indikováni k amputacím. Nízké amputace v oblasti prstů a nártu mohou u některých pacientů s chronickými defekty zlepšit kvalitu života. Tyto amputace nevyžadují protézování. Vysoká amputace, jako poslední možnost při plně rozvinuté gangréně nohy a vyčerpání možností revaskularizace, znamená významný zásah do života pacienta. Zde je indikováno protézování, stejně tak jako u amputací v bérce. Podle statistik jsou pacienti po amputaci v bérce schopni chůze s protézou v 66 % případů, po amputaci ve stehně pouze ve 46 % případů. Průměrná doba přežití po vysoké amputaci je okolo 3 let a u 50 % těchto pacientů dochází ke ztrátě druhé končetiny do pěti let (4). Včasná diagnóza a léčba při multidisciplinárním přístupu společně s prevencí a edukací pomáhají redukovat množství amputací až o 43 - 85 % (1).

Enzymoterapie

Jako součást komplexní léčby diabetické nohy se může dobře uplatnit systémová enzymoterapie (Wobenzym). Podávání tohoto léku pomáhá při redukcí otoků, které pravidelně doprovázejí nehojící se diabetické defekty. Ústup chronického otoku podporuje zlepšení žilní i lymfatické drenáže a následně i mikrocirkulace. Ke zlepšení mikrocirkulace přispívá také antiagregační a fibrinolytický efekt systémově aplikovaných proteolytických enzymů obsažených v tomto přípravku. Pokud je diabetický defekt komplikován infekčním procesem, který vyžaduje celkovou aplikaci antibiotika, současně podávání Wobenzymu podporuje průnik antibiotika do cílových tkání (tzv. efekt vehikula).

Prevence

Základem prevence jsou pravidelné kontroly nohou a obuvi u diabetiků při každé návštěvě ošetřujícího lékaře. Četnost kontrol je určena mírou rizika vzniku defektu. U pacientů bez neuropatie 1x ročně, u pacientů s neuropatií po 6 měsících. Pacienti s neuropatií a současně se známkami ICHDK a deformitami by měli být kontrolováni po 3 měsících. Pacient po zhojení předchozí ulcerace by měl být kontrolován po 1 - 3 měsících (1). Edukace diabetiků by měla být zaměřena nejen na pacienta, ale i na jeho rodinu. Kromě ústních sdělení by měla obsahovat i tištěná základní doporučení.

K základním opatřením proti rizikům rozvoje defektu na diabetické noze patří (1,2,5):

1. dlouhodobé udržování euglykémie
2. ukončení kouření
3. pravidelné kontrolování nohou a pečování

o kůži a nehty

4. dodržování správné hygieny, kontrolování teploty vody k předjetí vzniku popálenin při neuropatii
5. pravidelné odstraňování zatvrdlé kůže (odborná pedikúra, podiatrická sestra)
6. nošení pohodlné obuvi s tuhou podrážkou, dostatečně širokou a prostornou špičkou, dobře upevněnou, nejlépe šněrováním a vyrobenou z přírodního materiálu (kůže)
7. pravidelné kontroly v cévní ambulanci při poruchách periferního prokrvení
8. co nejčasnější ošetření drobných poranění a infekcí na nohou
9. konzultace v odborné poradně při vzniku defektu či jeho zhoršení
10. dodržování instrukcí sester při ošetřování defektů v domácí péči

Přes dodržování všech preventivních opatření a uplatňování nejnovějších poznatků léčby je péče o pacienty se syndromem diabetické nohy dlouhodobým procesem. Optimálních výsledků lze dosáhnout při intenzivní mezioborové spolupráci odborníků u spolupracujících pacientů, kteří mají v léčbě plnou podporu rodiny.

Shrnutí pro praxi

Vzhledem k rostoucímu počtu pacientů s diabetem se zvyšuje i počet nemocných se syndromem diabetické nohy. Jde o jednu z nejzávažnějších komplikací diabetu, která významně snižuje kvalitu života nemocného a může vyústit až v amputaci končetiny. Pacienti s již rozvinutým syndromem diabetické nohy by měli být léčeni ve specializovaných podiatrických ambulancích s možností komplexního řešení postižení. Velký význam má prevence, především pravidelné kontroly nohou a obuvi u diabetiků při každé návštěvě ošetřujícího lékaře.

Literatura:

1. Česká diabetologická společnost. Standardy léčby pacientů se syndromem diabetické nohy. 2006
2. Tošenovský P, Zálešák B. Trofické defekty dolních končetin. Diagnostika a léčba. Praha: Galén 2007
3. Stryja J. Repetitorium hojení ran. Semily: Geum 2008
4. Morbach S. Diagnostika, léčba a prevence syndromu diabetické nohy. Paul Hartmann AG 2001
5. Jirkovská A, Havlová V, Křížová M. Prevence, vyšetření a ošetření diabetické nohy. Praha: Svaz diabetiků České republiky 2002

MUDr. Tomáš Poch - studium medicíny na 1. LF UK Praha ukončil v r. 1994, následně rok pracoval na KKTCH IKEM a od roku 1996 pracuje na chirurgickém oddělení ON Kolín. Kromě všeobecné chirurgie se zabývá péčí o pacienty s cévním onemocněním a od roku 2005 se ve specializované poradně věnuje pacientům se syndromem diabetické nohy.



Obrázek č. 3: Charcotova osteoartropatie s defektem v místě deformity

četnost kontrol nohou u diabetiků:

- bez neuropatie 1x ročně
- s neuropatií po 6 měsících
- s neuropatií a současně se známkami ICHDK a deformitami po 3 měsících.
- po zhojení předchozí ulcerace po 1 - 3 měsících

MUDr. Marie Jozifová, prof. MUDr. Renata Cífková, CSc., MUDr. Zdenka Škodová, doc. MUDr. Věra Adámková, CSc., MUDr. Jan Bruthans, CSc., MUDr. Jiří Procházka, MUDr. Jiří Bělohoubek, MUDr. Markéta Galovcová, MUDr. Peter Wohlfahrt, MUDr. Alena Krajčoviechová, RNDr. Věra Lánská, CSc.

Pracoviště preventivní kardiologie, Odd. lékařské statistiky, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Změnila se léčba a kontrola hypertenze v ČR za posledních 10 let?

Souhrn: Hypertenze je nejrozšířenější kardiovaskulární chorobou v populaci, významným rizikovým faktorem řady závažných onemocnění a podstatně přispívá ke kardiovaskulární úmrtnosti.

Cílem této práce je zjistit, jak se změnila léčba a kontrola hypertenze v náhodně vybraném populačním vzorku České republiky za posledních 10 let.

Metodika: V letech 1997/1998, 2000/2001 a 2006/2009 byl v devíti okresech ČR vyšetřen 1% náhodně vybraný populační vzorek ve věku 25 – 64 let (celkem vyšetřeno 3209, 3325 a 3612 osob). Pro účely této analýzy bylo vybráno 512, 623 a 883 medikamentózně léčených hypertoniků.

Výsledky: V posledních 10 letech se zvýšila prevalence hypertenze (33,4 % vs. 36,6 % vs. 40,5 %; $p < 0,001$). Zvýšil se počet medikamentózně léčených hypertoniků (47,8 % vs. 51,3 % vs. 60,4 %; $p < 0,001$).

Uspokojivé kontroly hypertenze (TK < 140/90 mm Hg) bylo dosaženo u 19 % vs. 20,3 % vs. 31,1 % ($p < 0,001$) hypertoniků, u medikamentózně léčených hypertoniků u 39,8 % vs. 39,6 % vs. 51,4 % ($p < 0,001$).

U mužů se zvýšil průměrný počet antihypertenziv ($1,55 \pm 0,70$ vs. $1,86 \pm 0,92$ vs. $2,01 \pm 1,02$; $p < 0,001$).

Závěr: Za posledních deset let u náhodně vybraného vzorku populace ČR narostla prevalence hypertenze, zlepšila se léčba i kontrola hypertenze.



MUDr. Marie Jozifová

Úvod

Hypertenze (HT) je významným rizikovým faktorem pro rozvoj ischemické choroby srdeční (ICHs), cévní mozkové příhody (CMP), ischemické choroby dolních končetin (ICHDK), srdečního a renálního selhání. Léčba HT zlepšuje prognózu pacientů a působí preventivně proti vzniku pozdějších možných komplikací, zejména poškození cílových orgánů (srdce, cév, ledvin, mozku).

Cílem naší práce bylo analyzovat léčbu a kontrolu HT u medikamentózně léčených hypertoniků ve třech nezávislých průřezových studiích u náhodně vybraného populačního vzorku devíti okresů ČR v posledních 10 letech.

Metodika

Populační vzorek: Studie byla provedena ve třech nezávislých 1% náhodných vzorcích obyvatelstva ve věku 25 – 64 roků v letech 1997/98 (1 538 mužů, 1 671 žen), 2000/01 (1 629 mužů, 1 696 žen) a 2006/09 (1 737 mužů a 1 875 žen) v devíti okresech ČR (Benešov, Cheb, Chrudim, Jindřichův Hradec, Kroměříž, Litoměřice, Pardubice, Plzeň-město a Praha východ). Celkem bylo vyšetřeno 10 146 osob. Mezi těmito vyšetřenými osobami jsme našli v letech 1997/98, 2000/01, resp. 2006/09 celkem 512, 623, resp. 883 nemocných medikamentózně léčených pro HT.

Vyšetření: Při vyšetření populačního vzorku byl

lékařem vyplněn dotazník obsahující informace o věku, vzdělání, zaměstnání, rodinné a osobní anamnéze a některých rizikových faktorech. Podrobně byla zaznamenána chronická farmakoterapie. Při vyšetření byla měřena výška, hmotnost, obvod pasu, boků a pravé paže. Z výsledků byl vypočítán BMI a poměr obvodu pasu a boků (waist-to-hip ratio, W/H). Byla zjišťována přítomnost arcus lipoides corneae, xanthelasmata, šelestů nad karotickými tepnami a změřena tepová frekvence. Krevní tlak byl měřen rtuťovým sphygmomanometrem na pravé paži po nejméně 5 minutách klidu probanda. Podle obvodu paže byla použita vhodná šíře manžety. Byla zaznamenána první a pátá fáze Korotkovových jevů, TK byl odečítán k nejbližším 2 mm Hg. Hypertenze byla definována jako systolický krevní tlak (STK) ≥ 140 mm Hg nebo diastolický krevní tlak (STK) ≥ 90 mm Hg (průměr 2. a 3. měření) nebo užívání antihypertenziv. Kontrola HT byla považována za uspokojivou při dosažení hodnot $< \text{TK } 140/90$ mm Hg.

Vyšetřovaná osoba byla považována za diabetika, pokud uvedla diabetes v osobní anamnéze nebo byla nalezena glykémie nalačno ≥ 7 mmol/l nebo v případě léčby perorálními antidiabetiky či inzulinem.

Statistické metody

Spojité veličiny jsou prezentovány jako průměr-

za posledních deset let u náhodně vybraného vzorku populace ČR narostla prevalence hypertenze, zlepšila se léčba i kontrola hypertenze

Základní charakteristiky léčených hypertoniků

Roky vyšetření	1997/98	2000/01	2006/09	
Počet medikamentózně léčených hypertoniků, n	512	623	883	$p < 0,001$
Průměrný věk (roky, SD)	54,3	55,1	55,6	$p < 0,01$
Počet osob > 60 let věku (%)	27,3	30,4	35,4	$p < 0,01$
ICHS v anamnéze (%)	22,1	21,3	18,8	$p < 0,05$
Jiné KVO v anamnéze (%)	9,8	9,8	15,6	$p < 0,05$
Diabetes mellitus (%)	35,2	34,3	32,7	$p < 0,001$

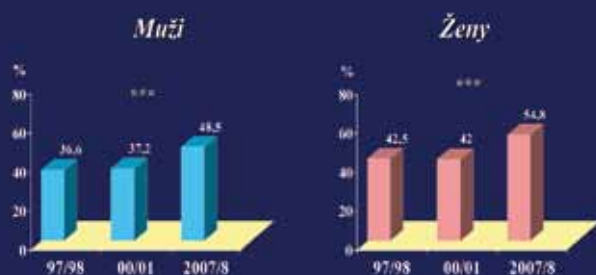
Obr. 1

Vývoj prevalence hypertenze v populaci ČR



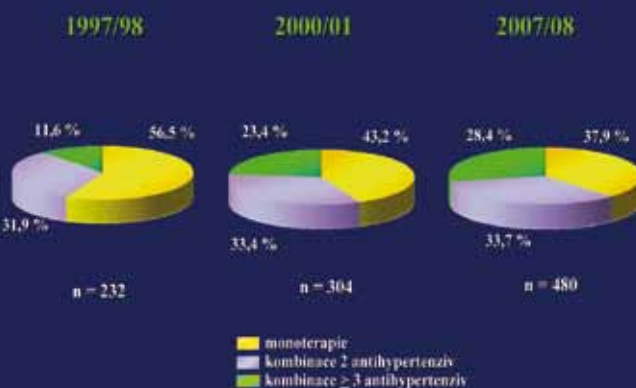
Obr. 2

Kontrola hypertenze (TK < 140/90 mmHg) u medikamentózně léčených hypertoniků



Obr. 3

Antihypertenziva, muži



Obr. 4

né hodnoty (se standardní odchylkou). Diskrétní veličiny jsou vyjádřeny jako relativní četnosti. Kontinuální proměnné byly analyzovány t-testem, analýzou variance ANOVA. Diskrétní veličiny byly testovány χ^2 testem v kontingenčních tabulkách. Log-lineární model byl použit pro testování vztahů mezi více než dvěma proměnnými. Všechny testy byly dvoustranné. Byl použit program SYSTAT.

Výsledky

Charakteristika souborů

V populačním vzorku bylo ve třech průřezových studiích nalezeno 512, 615 a 880 medikamentózně léčených hypertoniků průměrného věku $54,3 \pm 7,6$ let vs. $55,1 \pm 7,2$ let vs. $55,6 \pm 7,5$ let; $p < 0,01$ (graf. 1). Pozitivní osobní anamnézu ICHS a dalších KVO uvedlo v roce 1997/98, 2000/01, resp. 2006/09 celkem 113, 131, resp. 165 medikamentózně léčených hypertoniků. Diabetiků bylo 180, 211, resp. 287 (graf. 1).

Krevní tlak

U mužů jsme zjistili nárůst prevalence HT 38,8 % vs. 42,3 % vs. 47,8 %; $p < 0,001$ a u žen 28,4 % vs. 31,1 % vs. 33,7 %; $p < 0,001$ (graf 2). Uspo-

kojivé kontroly HT (TK < 140/90 mm Hg) bylo dosaženo u medikamentózně léčených hypertoniků v 39,8 % vs. 39,6 % vs. 51,4 %; $p < 0,001$ (graf. 3).

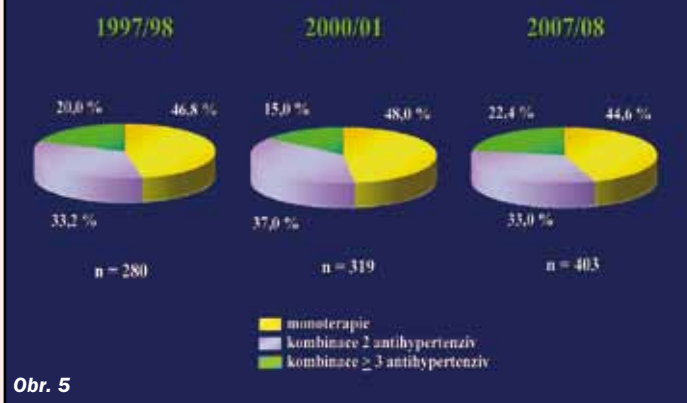
Farmakoterapie

U obou pohlaví klesla monoterapie HT a více hypertoniků bylo léčeno kombinací antihypertenziv (grafy 4 a 5). V průběhu 10 let byl patrný nárůst průměrného počtu antihypertenziv pouze u mužů ($1,55 \pm 0,70$ vs. $1,86 \pm 0,92$ vs. $2,01 \pm 1,02$; $p < 0,001$) (graf 6).

Nejčastěji byly nemocným ve všech třech šetřeních předepisovány betablokátory (58,2 % vs. 61,0 % vs. 57,6 %), klesalo zastoupení nemocných užívajících betablokátory v monoterapii (45,0 % vs. 38,4 % vs. 28,5 %; $p < 0,001$). V roce 2006/09 patřilo druhé místo ACE-inhibitorům (48,2 %) a diuretika se zařadila na třetí místo (39,7 %). Diuretika představovala druhou nejčastěji předepisovanou skupinou antihypertenziv v roce 1997/98 i v roce 2000/01 (37,1 %, vs. 44,2 %) Blokátoři kalciových kanálů byly v roce 2006/09 na čtvrtém místě (31,7 %) a v předchozích letech zaujímaly třetí místo po starších antihypertenzivech (35,2 %

u obou pohlaví klesla monoterapie HT a více hypertoniků bylo léčeno kombinací antihypertenziv

nejčastěji byly nemocným ve všech třech šetřeních předepisovány betablokátory

Antihypertenziva, ženy

Obr. 5

**léčba HT snižuje
incidenci
- infarktu myokardu
o 25 %
- srdečního selhání
o 50 %
- CMP o 40 %**

**monoterapií HT lze
dosáhnout uspokojivé
kompenzace TK pouze
u 20 % hypertoniků**

**antihypertenziva se
liší v ovlivňování
prognózy nemocných**

vs. 29,3 %). ACE-inhibitory v roce 1997/98 – čtvrté antihypertenzivum (29,5 %), v roce 2000/01 třetí (22,6 %) a v posledním šetření již druhé nejčastější antihypertenzivum v ČR.

Diskuse

Je prokázáno, že léčba HT podstatně snižuje kardiovaskulární morbiditu a mortalitu: incidenci infarktu myokardu o 25 %, srdečního selhání o 50 % a CMP o 40 %.(1)

Dle posledních evropských i českých doporučení společností pro HT je hypertenze definována TK $\geq 140/90$ mm Hg (2, 3). Monoterapií HT lze dosáhnout uspokojivé kompenzace TK pouze u 20 % hypertoniků (ASCOT, Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial) (4). U pacientů s TK $\geq 160/90$ mm Hg a u vysoce rizikových nemocných s manifestním KVO nebo s diabetem je vhodné zahajovat léčbu HT dvojkombinací antihypertenziv (2,3). Antihypertenziva se liší v ovlivňování prognózy nemocných. Studie ASCOT(4) hodnotila účinky antihypertenzní léčby u 19 342 pacientů s HT a potvrdila, že novější antihypertenziva (perindopril, amlodipin) jsou sice dražší než betablokátory a diuretika, ale nemocní byli méně často hospitalizováni, měli nižší incidenci CMP, ICHS a nově diagnostikovaného diabetu.

Závěr

U medikamentózně léčených hypertoniků v průběhu 10 let se příznivě mění léčba i kontrola hypertenze.

Práce vznikla s podporou grantu NR/9389-3 Interní grantové agentury MZ ČR.

Použité obrázky powerpointové prezentace byly uveřejněny v přednášce hlavní autorky na Jarní interaktivní konferenci SVL ČLS JEP v Praze v dubnu 2010.

Průměrný počet antihypertenziv

	1997/98	2000/01	2007/08	p
Muži a ženy	1,66 ± 0,77	1,78 ± 0,86	1,93 ± 0,99	0,001
Muži	1,55 ± 0,70	1,86 ± 0,92	2,01 ± 1,02	0,001
Ženy	1,75 ± 0,82	1,70 ± 0,80	1,85 ± 0,95	ns

Obr. 6

Základní charakteristiky léčených hypertoniků

Roky vyšetření	1997/98	2000/01	2006/09	
Počet medikamentózně léčených hypertoniků, n	512	623	883	p < 0,001
Průměrný věk (roky, SD)	54,3	55,1	55,6	p < 0,01
Počet osob > 60 let věku (%)	27,3	30,4	35,4	p < 0,01
ICHS v anamnéze (%)	22,1	21,3	18,8	p < 0,05
Jiné KVO v anamnéze (%)	9,8	9,8	15,6	p < 0,05
Diabetes mellitus (%)	35,2	34,3	32,7	p < 0,001

Obr. 7

MUDr. Marie Jozifová atestovala v r. 1993 z vnitřního lékařství, v roce 2005 z kardiologie. Od roku 1996 pracuje v ambulanci preventivní kardiologie IKEM a ve FTN v Praze. Zajímá se o systémovou hypertenzi, obezitu, diabetes, dyslipidémii. Spolupracuje v mezinárodních klinických studiích s vysoce rizikovými nemocnými pro kardiovaskulární onemocnění (studie ALTITUDE s Aliskirenem) a v Evropském grantu, ve kterém jsou vyšetřováni mladší hypertonici a jejich rodinní příslušníci.

Literatura

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206-1252.
2. Widimský J jr, Cífková R, Špinar J, a kol. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Vnitřní lékařství* 2008; 1: 101-118.
3. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al., Task Force Members 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertension* 2007; 25: 1105-1187.
4. Sever PS, Dahlof B, Poulter NR, et al. Rationale, design, methods and baseline demography of participants of the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. *J Hypertens* 2001; 19: 1139-1147.

Reakce SÚKL na článek Peníze.cz

Dne 14. 5. zveřejnil server Peníze.cz článek s názvem „Pacienti nevědí, kolik stojí léky“. V článku jsou uvedeny zavádějící tvrzení, na něž by chtěl Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) reagovat.

Článek uvádí výsledky výzkumu provedeného pro Českou asociaci farmaceutických firem (ČAFF). Podle vyjádření ČAFF má 60 % dotázaných za to, že spíše či určitě doplácí na léky víc než v předchozím roce. ČAFF tento fakt vnímá jako důsledek opatření zavedených tzv. Janotovým balíček, který stanovil ke konci roku 2009 snížení cen i úhrad léčiv o 7 %.

K tomu je třeba doplnit, že efekt 7% snížení cen i úhrad je přitom zcela opačný. Již proto, že se na jeho základě snížila maximální cena výrobce¹ u více přípravků (4458 kódů SÚKL) než u nichž se snížila úhrada ze zdravotního pojištění (3803 kódů SÚKL). Prostor pro doplatky pacientů se tak zmenšil. Jednorázové snížení úhrad léků ze zdravotního pojištění a maximálních cen výrobce přineslo omezení zisků farmaceutických firem. Zároveň – v rámci postupující komplexní revize úhrad – dochází ke srovnání úhrad ekvivalentních léků ze zdravotního pojištění na stejnou úroveň. Výrobci jsou motivováni přizpůsobovat svou cenovou politiku novým úhradovým podmínkám. Podle údajů dostupných Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) se řada farmaceutických firem chová ve vztahu k pacientům pozitivně, tj. nabízí dostupné léky se stejným nebo nižším doplatkem i po snížení úhrady ze zdravotního pojištění. Jako příklad lze uvést skupinu léků k léčbě vysoké hladiny cholesterolu (tzv. statiny), u níž po pravomocném ukončení revize došlo k významnému nárůstu počtu dohod o dohodnutých nejvyšších cenách mezi generickými výrobci a pojišťovnou, které eliminují doplatky pacientů.

Důkazem toho, že nedochází k masivnímu odlivu léků z českého trhu na základě nevyhodnosti jejich prodeje (z nějž ČAFF v článku také vyjadřuje obavu), je fakt, že od začátku roku 2010 bylo SÚKL nahlášeno ukončení dodávek na český trh u 145 kódů SÚKL léčivých přípravků, zatímco na trh bylo uvedeno 216 kódů. Hlášená ukončení se ve většině případů (128 kódů) týkala přípravků, u nichž revize dosud neproběhla, a jejich ukončení tedy nesouvisí s probíhající změnou úhrad ze zdravotního pojištění.

Je také třeba opět připomenout, že současný systém cenové a úhradové regulace je na rozdíl od předchozího zcela transparentní a zbavený možnosti korupce.

Díky tomuto systému se také konečně začíná v praxi uplatňovat pravidlo, které stanovuje stejnou úhradu ze zdravotního pojištění za zaměnitelné léky, což v důsledku povede k jeho zpřehlednění a zefektivnění.

Tím dochází ke změně pozice léků na trhu. Od léků s vyšším doplatkem se plynule přechází k bezdoplatkovým variantám. Navíc stále platí pravidlo, že v rámci skupiny dané přílohou č. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění existuje vždy minimálně jeden plně hrazený přípravek². Vliv změn v cenové a úhradové regulaci na českého pacienta je tedy ve skutečnosti jen minimální.

¹Maximální cena výrobce = maximální cena, za kterou může výrobce uvést přípravek na trh. U přípravků, které jsou regulovány maximální cenou, ji stanovuje SÚKL. U ostatních léků, které jsou hrazené ze zdravotního pojištění, ale nepodléhají regulaci maximální cenou, ji výrobce nebo držitel rozhodnutí o registraci přípravku SÚKL ohlašuje.

²Aktuální seznam cenových údajů u přípravků hrazených ze zdravotního pojištění zveřejňuje SÚKL každý měsíc na svých webových stránkách. Podrobné cenové údaje lze u hrazených přípravků najít také v databázi léčiv registrovaných v ČR na stránkách SÚKL www.sukl.cz i na informačním portálu pro veřejnost www.leky.sukl.cz

Antidopingový výbor ČR a SÚKL informuje o aktuálním seznamu léčiv se zakázanými dopingovými látkami

Praha, 21. 5. 2010 – Antidopingový výbor ČR (ADV ČR) sestavil ve spolupráci se Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) nový seznam hromadně vyráběných léčivých přípravků obsahujících zakázané dopingové látky, které jsou registrované v České republice k 1. lednu 2010.

Seznam léčivých přípravků vydává ADV ČR jako pomůcku lékařům pro léčení sportovců na základě ustanovení Směrnice pro kontrolu a postihů dopingu ve sportu. Podle této Směrnice jsou registrovaní sportovci povinni při užívání léků dodržovat určitá omezení. Lékař, který ví, že léčí sportovce, by měl zvolit alternativní léčbu bez zakázaných látek. Seznam je již od roku 1999 vytvářen ve spolupráci se SÚKL, který eviduje aktuální seznam látek zakázaných jako doping a Výboru dodává seznam léčivých přípravků, které tyto látky obsahují a jsou v České republice registrovány.

Aktualizovaný seznam vychází v tištěné podobě každý rok. Seznam je dostupný také na webových

stránkách ADV ČR³, kde je aktualizován čtyřikrát ročně.

Léčivé přípravky, které obsahují zakázané dopingové látky, bude od června letošního roku možné nově vyhledat také v databázi registrovaných léčiv SÚKL⁴.

Dále SÚKL zveřejňuje soubor se všemi registrovanými léčivými přípravky uvedenými v Nařízení vlády č. 454/2009 Sb. ze dne 7. prosince 2009⁵. Jedná se o přípravky, které obsahují látky s anabolickým a jiným hormonálním účinkem. Tento soubor je součástí Číselníku léčiv registrovaných v ČR⁶.

³www.antidoping.cz

⁴Volně dostupné na <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php> nebo na Informačním portálu pro veřejnost <http://www.leky.sukl.cz/modules/medication/>

⁵Nařízení vlády č. 454/2009 Sb. ze dne 7. prosince 2009, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za látky s anabolickým a jiným hormonálním účinkem a jaké je jejich větší množství, a co se pro účely trestního zákoníku považuje za metodu spočívající ve zvyšování přenosu kyslíku v lidském organismu a za jiné metody s dopingovým účinkem

⁶Volně dostupné na <http://www.sukl.cz/ciselnik-sukl-2>

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Symptomy dyspepsie a endoskopické nálezy nejsou v úzkém vztahu

Klinická otázka:

Jaký je vztah mezi dyspeptickými a refluxními symptomy a endoskopickými nálezy?

Závěr:

Většina studií zabývajících se dyspepsií endoskopuje pouze pacienty, kteří mají symptomy. Tato studie pomáhá porozumět, že mezi symptomy a endoskopickými nálezy je celkem malá souvislost. Výsledky studie podporují empirickou léčbu „test and treat“ infekce *Helicobacter pylori*, empirické používání inhibitorů protonové pumpy (PIP) u většiny pacientů a do specializované péče odesílání pouze pacientů s perzistujícími symptomy nebo alarmujícími symptomy. (LOE = 2c)

Reference:

Zagari RM, Law GR, Fuccio L, Pozzato P, Forman D, Bazzoli F. Dyspeptic symptoms and endoscopic findings in the community: the Loiano-Monghidoro study. *Am J Gastroenterol* 2010;105(3):565-571.

Typ studie:

Průřezová

Financování:

Nadace

Prováděcí prostředí studie:

Populace

Synopse:

Jak zajímavá studie! Přibližně polovina dospělých ve věku 28–80 let v severních italských městech Loiano a Monghidoro se účastnilo série studií zaměřených na přítomnost žlučnickových kaménků. Z těchto 1533 účastníků jich 1033 souhlasilo se současnou účastí ve studii, která je zde popisována. Průměrný věk populace ve studii byl 59 let, 51 % bylo mužů, tento vzorek reprezentoval obecnou italskou populaci s ohledem na obezitu, užívání alkoholu a tabáku. Účastníci studie čtyři týdny po ukončení léčby inhibitory protonové pumpy podstoupili vyšetření s detailním zhodnocením symptomů, horní endoskopii s biopsiemi a ureázový dechový test. Celkem 11,8 % mělo ezofagitidu, 1,3 % Barretův jícen, 5,3 % gastroduodenální eroze, 3,9 % duodenální vřed, 2,0 % žaludeční vřed, a 1,1 % mělo rakovinu žaludku. Z 240 pacientů, kteří měli jednu z těchto abnormalit, jich 40 % nemělo žádné klinicky významné symptomy. 31 % pacientů s Barretovým jícnem, 39 % s ezofagitidou a 36 % s peptickou vředovou chorobou bylo asymptomatických. Z 11 pacientů s neoplázií byli 3 asymptomatictí a 7 mělo alarmující symptomy. Endoskopické nálezy (ezofagitida, Barretův jícen, peptický vřed, eroze a neoplázie) byly zjištěny u 18 % asymptomatických osob, u 25 % osob s dyspepsií ale bez refluxu, u 30 % s dyspepsií a refluxem, u 34 % se samotným refluxem a u 35 % s alarmujícími symptomy.

40 % pacientů s patologickým nálezem při endoskopii nemělo žádné klinicky významné symptomy

36 % pacientů s peptickou vředovou chorobou bylo asymptomatických

U dnaveho záchvatu nízká dávka kolchicinu = vysoká dávka, ale s menšími nežádoucími účinky (AGREE)

Klinická otázka:

Je nízká dávka kolchicinu stejně účinná jako vysoká dávka?

Závěr:

V této studii byla u dnaveho záchvatu nízká dávka kolchicinu stejně účinná jako vysoká dávka. Navíc výskyt nežádoucích účinků u nízké dávky kolchicinu byl mnohem nižší, blíží se výskytu u placeba. (LOE = 1b)

Reference:

Terkeltaub RA, Furst DE, Bennett K, Kook KA, Crockett RS, Davis MW. High versus low dosing of oral colchicine for early acute gout flare: Twenty-four-hour outcome of the first multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-comparison colchicine study. *Arthritis Rheum* 2010;62(4):1060-1068.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (dvojitě slepá)

Financování:

Průmysl

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (specializace)

Rozdělení:

Tajné

Synopse:

Pacienti s předcházející anamnézou dny byli randomizováni do 3 skupin – do skupiny s nízkou dávkou kolchicinu (1,2 mg s následnou dávkou 0,6 mg za 1 hodinu, následovanou placebem za každou další hodinu po dobu 5 hodin; n=74), do skupiny s vysokou dávkou kolchicinu (1,2 mg s následnou dávkou 0,6 mg každou hodinu po dobu 6 hodin; n = 52); a do skupiny s placebem (2 tablety následované 1 tabletou po hodině po dobu 6 hodin; n = 58). Pacientům bylo dovoleno použít záchrannou medikaci, pokud jejich léčba nebyla účinná. Pokud pacienti měli akutní záchvat dny, zavolali do centra „Gout Flare Call Center“, které používalo standardní scénář pro potvrzení dnaveho záchvatu a zajistilo, aby léčba byla zahájena do 12 hodin od začátku záchvatu a dále pak hodnotilo účinnost léčby. Pacienti navíc zapisovali do diářů údaje o bolesti, symptomech a nežádoucích příhodách a o použití záchranné medikace. Primárním výstupem studie byla 50% redukce bolesti v prvních 24 hodinách. Z 575 pacientů přicházejících v úvahu jich jen 185 mělo akutní dnaveho záchvat během období studie. 37,8 % užívalo nízkou dávku kolchicinu, 32,7 % vysokou dávku kolchicinu a 15,5 % placebo (počet potřebný léčit versus placebo = 5 a 6 podle udaného pořadí). Záchrannou medikaci, povětšinou indometacin, užívalo 31% pacientů s nízkou dávkou kolchicinu, 35% pacientů s vysokou dávkou kolchicinu

a 50% pacientů užívajících placebo. Autoři udali, že žádný pacient neměl závažné nežádoucí příhody a že žádný pacient ze studie nevystoupil kvůli nežádoucím účinkům. Navíc udávali, že všechny nežádoucí účinky hlášené pacienty, kteří užívali nízkou dávku kolchicinu, byly mírné až středně silné intenzity, zatímco 19% nežádoucích účinků hlášených pacienty s vysokou dávkou kolchicinu byly silné intenzity (většinou průjem). Nežádoucí účinky hlásilo téměř 77% pacientů ve skupině s vysokou dávkou kolchicinu, oproti 36% pacientů ve skupině s nízkou dávkou a 27% pacientů ve skupině s placebem.

Klopidogrel podávaný déle než 12 měsíců nezlepšuje výsledky

Klinická otázka:

Je nějaký důvod k prodloužení antiagregační léčby (aspirin plus klopidogrel) na déle než 12 měsíců po implantaci stentu?

Závěr:

Pokračující duální antiagregační léčba delší než 12 měsíců není u pacientů s potaženým stentem uvolňujícím lék doporučena. Trvalé užívání nejen nezlepšilo výsledky, ale mohlo by je i zhoršit. (LOE = 1b)

Reference:

Park SJ, Park DW, Kim YH, et al. Duration of dual antiplatelet therapy after implantation of drug-eluting stents. *N Engl J Med* 2010;362(10):1374-1382.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená)

Financování:

Vláda

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (specializace)

Rozdělení:

Tajné

Synopse:

Tito korejské výzkumníci smísili data ze dvou podobně uspořádaných studií. Do první ze studií (N = 1625) byli zapojeni pacienti, kteří podstoupili minimálně před 12 měsíci výkon se zavedením stentu s postupným uvolňováním léku a kteří užívali stále aspirin a klopidogrel a neměli žádný průkaz velké kardiovaskulární příhody nebo velkého krvácení během doby užívání. Druhá studie randomizovala 1076 účastníků a srovnávala různě

stenty s postupným uvolňováním léku; studie měla o něco více přísnější kritéria pro zapojení pacientů ve vztahu k typu a umístění léze. Přibližně 90% pacientů užívalo duální antiagregační léčbu po dobu mezi 12–18 měsíců, s průměrnou dobou 12,8 měsíců od implantace stentu. Pacienti byli randomizováni do 2 skupin, kde v první skupině užívali buď 75 mg klopidogrelu spolu s 200 mg aspirinu denně a ve druhé skupině pouze samotný aspirin. Průměrný věk pacientů byl 62 let, 70% bylo mužů a 26% mělo diabetes. Pacienti byli sledováni průměrně 19,2 měsíců od randomizace a kontroly byly dokončeny u 99% pacientů. Adherence k přiřazenému režimu byla dobrá: 83% pacientů ve skupině s duální léčbou užívalo klopidogrel stále ve 24. měsíci sledování oproti 4,4% ve skupině se samotným aspirinem. Žádné z porovnání nebylo na statisticky významné úrovni $P < 0,05$. Nicméně HR (hazard ratios – poměr rizik) u všech individuálních a kombinovaných výsledků bylo větší než 1, což indikuje, že duální léčba byla vlastně horší než samotný aspirin. Toto bylo pravdou u primárních výstupů, kterými byl infarkt myokardu a kardiogenní smrt (HR = 1,65; 95% CI, 0,8 – 3,4) a u kombinovaného výstupu, kterým byl infarkt myokardu, iktus a úmrtí ze všech příčin (HR = 1,73; 0,99 – 3,0). Analýza vzorku určila, že tato studie by potřebovala mít 1812 pacientů, aby detekovala 50% redukci relativního rizika u primárních výsledků.

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

Zpracovala J. Laňková

Hierarchie doporučení: jsou vždy uvedeny u provedených studií, z nichž jsou konsenzuálně shrnuta doporučení. Mají hodnocení LOE (level of evidence) s číslem, které jim přiřazuje význam podle hierarchie, uznávané EBM.

Úroveň Definice

- | | |
|---|--|
| 1 | studie, odpovídající EBM jsou k dispozici a účinky jsou průkazné |
| 2 | studie jsou, ale účinky jsou méně pregnantní |
| 3 | prospektivní, nerandomizované studie |
| 4 | historické, nerandomizované studie |
| 5 | soubory bez kontrolní skupiny |
| 6 | experimentální soubory nebo mechanický model |
| 7 | extrapolace z údajů pro jiné účely, teoretické analýzy |
| 8 | běžné postupy přijaté ještě před dobou EBM |

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 čas a způsobu předání
i na ceně je možné se dohodnout.**

**Kontakt: 732 651 981,
email: marjan55@centrum.cz**



Multifunkci anebo „jen“ tiskárnu?

aneb píši, tisknu (skenuji, faxuji..) – tedy jsem (lékař)

aneb kancelářský balík zdarma

Když někdy pozoruji, kolik času stráví lékař psaním, napadá mne, že člověk - lékař patří spíše mezi psavce než savce. Pokud nepíše rukou, ale na počítači, musí tuto činnost převést na papír pomocí tiskárny. Jak je to s dalšími činnostmi s „psaním“ spojenými jako je kopírování, faxování popř. skenování? Je pro ordinaci praktického lékaře vhodnější inkoustové nebo laserové zařízení? Je výhodnější mít fax, tiskárnu popř. skener zvlášť nebo raději toto vše v jednom zařízení? Jak minimalizovat náklady na tisk popř. starosti s opravami tiskáren v ordinaci?



MUDr. Cyril Mucha



Ing. Patrik Šolc

**inkoustový tisk
je vhodnější
pro archivaci**

**pro rychlý častý tisk
je více vhodná
laserová tiskárna**

**více funkcí v jednom
zařízení ušetří
prostor v ordinaci**

Jaký je rozdíl mezi tiskárnou a „multifunkčním zařízením“?

Multifunkční zařízení kromě běžného tisku nabízí i další služby: skenování a kopírování dokumentů v některých modelech i faxování. Kombinace několika funkcí do jednoho zařízení nabízí ordinaci pokrytí běžných potřeb při nižší ceně, než by stála tato zařízení odděleně. Nezanedbatelným momentem je též úspora místa: „multifunkce“ je prostě menší než každé zařízení zvlášť. Stejně jako tiskárny, mohou být i tato zařízení laserová nebo inkoustová. Kterému systému tedy dát přednost?

Obecně platí, že inkoustový tisk je vhodnější pro archivaci, tisk fotografických dokumentů, bývá však o něco pomalejší (hlavně levnější stroje) a také bývá dražší (cena tisku na stránku je od 0,8 Kč do 2 Kč na 1 černobílou stránku). Inkoustové multifunkční tiskárny jsou menší než laserové a zabírají tudíž méně místa v ordinaci. Naproti tomu laserový tisk je rychlejší, o něco méně nákladný (0,6 až 0,9 Kč na 1 černobílou stránku), ale pořizovací cena zařízení bývá vyšší. Je vhodný pro tisk textových dokumentů, často oboustranných, ve větším počtu stránek. Příliš se nehodí pro tisk fotografií. Laserová zařízení mají obecně větší kapacitu vstupních zásobníků papíru, větší kapacitu toneru (tisková náplň pro tiskárnu). Jeden toner vydrží cca 2000 stran a více (závisí to dle modelu tiskárny). Inkoustový toner vydrží výrazně méně, navíc pokud se delší dobu nepoužívá (týdny), může zaschnout a tím zničit i celou tiskárnu.

Základní výhody multifunkčních zařízení:

- více funkcí v jednom zařízení – ušetří Vám prostor v ordinaci
- velmi dobrá cena za černobílou stránku
- možnost barevného tisku
- rychlé kopírování možno i barevné
- jednoduché ovládání - jednoduchý a přehledný ovládací panel v češtině
- možnost připojení do sítě (připojíte tak více počítačů k jedné tiskárně)

Nevýhody multifunkčních zařízení:

- vyšší cena než jen samotné tiskárny. Lékař si musí rozmyslet, které funkce opravdu v ordinaci využije, aby nekupoval, zbytečně to, co nepotřebuje
- pokud se porouchá některá z jednotlivých funkcí, blíží se většinou cena opravy limitně k pořizovací ceně
- lehce složitější ovládání než jen samotné tiskárny.

Jaké zařízení je vhodné pro tisk receptů popř. dalších dokladů v ordinaci?

Pokud pouze tisknete, pořídte si samotnou tiskárnu. Pro rychlý častý tisk je více vhodná laserová tiskárna. Pokud chcete kromě tisku i kopírovat dokumenty nebo je skenovat (převádět z papírové podoby do elektronické), je vhodnější multifunkční zařízení, někdy nazývané zařízení „Vše v jednom“ („All-in-one“). Pokud Vám v ordinaci nestačí jedna tiskárna, můžete mít v místě větší tiskové zátěže laserovou tiskárnu a tam, kde se tiskne méně umístit např. multifunkční zařízení (nejlépe inkoustové) a využívat tam jeho další funkce.

Jaká je údržba tiskáren/ multifunkčních zařízení?

- Jakou tiskovou náplň mám koupit do tiskárny?
- Jak se mám vyznat v nabídce různých prodejců?
- Mám kupovat pouze originální tiskové náplně?
- Vyplatí se kupovat neoriginální tiskové náplně?
- Jaká rizika skrývá nákup neoriginální tiskových náplní?
- Jak je to s renovací tonerových a inkoustových kazet?

V inkoustových tiskárnách tisknou tzv. cartridge (inkoustové kazety), v případě laserových tiská-



ren jsou to tzv. tonery (tonerové kazety). Pro jednoduchost tomu budeme říkat „kazety“. Kazeta je obal, v které je tisková náplň (pro laserové tiskárny tam je prášek, pro inkoustové tiskárny tam je inkoust). Aby to nebylo jednoduché, je možné pořídit si tzv. XL kazety (velkokapacitní kazety), které mají větší objem tiskového barvíva a vydrží déle.

Každý výrobce tiskárny udává jaká tisková náplň je pro tiskárnu vhodná. K jejímu označení se používají číselné kódy, někdy i grafické piktogramy, které mají výběr zjednodušit. Pokud si není lékař jistý, je nejlepší, pokud se obrátí na svého obchodníka a řekne mu např.: „Mám tiskárnu HP LaserJet 1005 a potřebuji tiskovou náplň“. Obchodník Vám vždy ochotně poradí, jaký typ náplně objednat. Pokud takového obchodníka nemáte, můžete dostat tuto informaci na informační lince smluvního partnera SVL firmy Autocont (viz níže).

Originální nebo neoriginální tisková náplň?

Na trhu se vyskytují originální kazety přímo od výrobců tiskáren (např. Hewlett-Packard, Canon, Xerox) nebo kazety od firem, které dělají tzv. „renovace tiskových kazet“. Renovace tiskových kazet znamená, že použijí starší kazety výrobce a do ní vloží novou tiskovou náplň. Nespornou výhodou je výrazně nižší cena (cca 50 %) a v neposlední řadě též vyšší citlivost k životnímu prostředí (recykluje se vlastně odpad). Některé firmy prodávají i přímo inkoust, který se podle přiloženého návodu přímo vstříkne do cartridge pomocí upravené injekční stříkačky (tzv. Refill kit). Opětovné plnění kazet však skrývá následující rizika:

- Kvalita tisku nemusí být stejná, jako u originálních kazet (inkoust se může rozpíjet na určitém papíru)
- Může docházet u renovovaných tiskových kazet k znečištění tiskárny
- V případě závady tiskárny může být problém s uznáním záruky u výrobce. Některé neorigi-

nální kazety mohou způsobit závadu tiskárny a autorizovaný servisní partner Vám pak oznámí, že záruka na danou závadu se nevztahuje a Vy si budete muset opravu tiskárny zaplatit.

Jaké služby lze koupit k tiskárně?

Výrobci nabízí různé servisní služby k tiskárnám.

K tiskárnám Hewlett-Packard lze dokoupit servisní balíček HP Care Pack. Servisní balíček Vám prodlužuje záruku (např. z 1 roku na 3 roky), urychluje vyřešení záruční opravy (např. výměnou následující pracovní den).

K vybraným tiskárnám Xerox lze pořídit tzv. Servisní zabezpečení Xerox. Zjednodušeně řečeno to znamená, že platíte měsíční servisní poplatek a platíte za každou vytištěnou stránku. Např. u Xerox Phaser 6180MFP je poplatek 155,- měsíčně a cena vytištění černobílé stránky je 0,35 Kč, barevné 2,50 Kč. Po celou dobu máte zajištěno bezplatné dodání tiskových kazet a v případě závady je poskytnuta rychlá záruční oprava (zápůjčka po dobu opravy, oprava řešena následující den).

MUDr. Cyril Mucha
Ing. Patrik Šolc

opětovné plnění kazet je levnější, avšak skrývá rizika (nekalitní tisk, poškození tiskárny, ohrožení nároku na záruku)

servisní balíčky mohou přinést různé výhody

Pokud chcete využít výhod pro praktické lékaře, můžete k nákupu využít přímo webový portál www.itdnes.cz

Pokud nejste dosud registrováni, zadejte při registraci bonusový kód SVLVIP - obdržíte VIP slevy nejen na software, ale i na výpočetní techniku (počítače, notebooky, tiskárny atd.)

Pokud preferujete jiný kontakt, můžete využít obchodní linku AutoCont (tel.: 596 152 999, nebo e-mail: obchod@autocont.cz), kde Vám poradí a doporučí nejvýhodnější variantu produktu dle ceny. (Abyste obdrželi slevu, musíte uvést, že jste praktičtí lékaři).

Tiskárna HP OfficeJet Pro 8500 nabízí rychlý a levný tisk!

Vítěz testu multifunkčních tiskáren.



Cena: 3500,-* bez DPH

Obj.kód: 30313151

*Aktuální ceny na webu www.itdnes.cz

AutoCont

Máte Hewlett-Packard tiskárnu, notebook, server? Prodlužte si záruku HP zařízení - služba HP Care Pack

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

Výhody HP Care Pack:

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

HP CARE PACK
Originální péče od HP

Pro HP zařízení, kterému končí záruka, lze koupit HP Post Warranty Pack! HP Care Pack lze zakoupit do 180 dnů od koupě zařízení. HP Post Warranty Pack je možné zakoupit nejdříve 90 dnů před skončením standardní záruky nebo HP Care Pack.

Cenově výhodná HP zařízení na IT DNES

Registrujte se s bonusovým kódem SVLVIP a nakupujte v sekci „Podnikatelé a firmy“ na novém, moderním portálu.

lekari.itdnes.cz

Informace na telefonu **596 152 999**

Portál provozuje divize Centrální prodej holdingu AutoCont.

itdnes
když nechcete čekat

Podmínky ochrany zdraví při práci

Vážené kolegyně a kolegové,
v následujícím textu přinášíme aktuální informace o legislativních změnách v nařízení vlády č. 68/2010 Sb. ze dne 22. února 2010, kterým se mění od 1.5.2010 celkem 53 novelizačních bodů nařízení vlády č. 361/2007 Sb., **kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci.**

Doporučujeme tento text k pozornosti všem, kteří se věnují závodní preventivní péči.

Není možné publikovat všech 53 změn, které se k tomuto tématu vztahují, proto vybíráme jen některé absolutní novinky ve znění textu.

Díl 1 Zátěž teplem

§ 4

Dlouhodobě a krátkodobě únosná doba práce, režim práce a bezpečnostních přestávek a výpočet ztráty tekutin

(1) Dlouhodobě a krátkodobě únosné doby práce aklimatizovaného a neaklimatizovaného zaměstnance v osmihodinové směně se určí odečtením z tabulek č. 1a až 2c v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části B a platí i pro zátěž teplem zjištěnou pomocí operativní teploty.

(2) Nelze-li provést odečet z tabulek 1a až 2c v části B přílohy č. 1 k tomuto nařízení z důvodu jiných zadávacích parametrů, kterými jsou jiná rychlost proudění vzduchu nebo jiný tepelný odpor oděvu clo, stanoví se dlouhodobě a krátkodobě únosné doby práce pomocí výpočtu tepelné bilance podle české technické normy o ergonomii tepelného prostředí 7b) nebo na základě měření teploty tělesného jádra, teploty kůže a srdeční frekvence. Metoda měření teploty tělesného jádra, teploty kůže a srdeční frekvence není použitelná pro posouzení zátěže teplem u zaměstnance, který musí používat speciální ochranný reflexní oděv, oděv s aktivním chlazením a větráním nebo oděv nepromokavý.

§ 4a

Ztráta tekutin

(1) Ztráta tekutin při zátěži teplem upravená v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části A, tabulce č. 1 je stanovena podle třídy práce určené příslušným energetickým výdejem a platí pro teplotu upravenou v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části A, tabulce č. 2 nepřekračující však její navýšení o více než 4 °C. Prokáže-li se měřením teploty vzduchu kalibrovaným teploměrem 7a) překročení tohoto navýšení, zvyšuje se náhrada ztráty tekutin ze 70 % na 80 %.

(2) Zjištění ztráty tekutin při zátěži teplem se provede měřením jen tehdy, jde-li o práci vyko-

návanou ve speciálním ochranném reflexním oděvu, oděvu s aktivním chlazením a větráním, v pracovním oděvu, který omezuje odpařování potu, nebo je-li práce vykonávána v prostředí, v němž je relativní vlhkost pracovního ovzduší vyšší než 80 %.

§ 5

Minimální opatření k ochraně zdraví, bližší požadavky na způsob organizace práce

(1) Při práci na nevenkovním i venkovním pracovišti musí být zajištěno dodržení hodnot dlouhodobě a krátkodobě únosné doby práce podle přílohy č. 1 k tomuto nařízení, části B, tabulek č. 1a až 2c.

(2) Dodržení hodnot dlouhodobě a krátkodobě únosné doby práce se zajišťuje střídáním pracovních cyklů (c) a bezpečnostní přestávky (tp). Počet pracovních cyklů (c) a délka bezpečnostní přestávky (tp) se vypočte podle postupu upraveného v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části B. Režim práce a odpočinku musí být stanoven i v případě, že dlouhodobě únosná práce (tsm) upravená v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části B, tabulkách č. 1a až 2c je kratší nebo delší než osmihodinová směna.

(3) Je-li ztráta tekutin za osmihodinovou směnu u zaměstnance rovna nebo vyšší než 4 litry, stanoví se dlouhodobě a krátkodobě únosná doba práce individuálním výpočtem 7b).

(4) Při práci, při níž teploty povrchu pevného materiálu překračují hodnoty upravené v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části E, musí být zajištěno, aby nechráněná kůže zaměstnance s ním nepřicházela do přímého styku.

(5) Dlouhodobě a krátkodobě únosné doby práce v zátěži teplem na pracovištích hlubinných dolů a stanovení režimu práce a odpočinku na těchto pracovištích upravuje příloha č. 1 k tomuto nařízení, část C.

Díl 2

Zátěž chladem

§ 6

Hygienický limit, jeho zjišťování a hodnocení, bližší požadavky na způsob organizace práce a pracovních postupů

(1) Zátěž chladem při práci se hodnotí z hlediska její únosnosti pro zaměstnance ve směně. Na nevenkovním pracovišti se chladová zátěž hodnotí podle operativní nebo výsledné teploty; na venkovním pracovišti se hodnotí podle teploty vzduchu korigované účinkem proudícího vzduchu podle přílohy č. 1 k tomuto nařízení, části D.

(2) Zaměstnanec může být vystaven zátěži chla-

únosné doby práce
aklimatizovaného
a neaklimatizovaného
zaměstnance
při práci na
nevenkovním
či venkovním
pracovišti

zátěž teplem
či chladem
a ztráta tekutin

dem pouze tehdy, vykonává-li práci na nevenkovním pracovišti, na němž musí být udržována opěrativní teplota nižší, než je teplota upravená v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části A, tabulce č. 3, nebo vykonává-li práci odpovídající energetickému výdeji 106 W. m⁻² a vyššímu na venkovním pracovišti, na němž je minimální teplota vzduchu upravená v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části D.

(3) Teplota vzduchu korigovaná účinkem proudícího vzduchu je upravena v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části D.

§ 7

Minimální opatření k ochraně zdraví, bližší hygienické požadavky na pracoviště

(1) Jestliže udržovaná opěrativní nebo výsledná teplota nebo korigovaná teplota vzduchu na pracovišti poklesne pod 4 °C, musí být zaměstnanec vybaven pracovními rukavicemi chránícími před chladem.

(2) Pro práci v zátěži chladem se poskytuje pracovní oděv, který musí mít takové tepelně izolační vlastnosti, které postačují k zajištění tepelně neutrálních podmínek lidského organismu vyjádřených teplotou tělesného jádra (36 až 37 °C), a pracovní obuv chránící před chladem. Pro stanovení potřebných tepelně izolačních vlastností pracovního oděvu, postačujících k zajištění tepelně neutrálních podmínek lidského organismu, se postupuje podle příslušné technické normy o ergonomii tepelného prostředí⁸). Jestliže tepelně izolační vlastnosti pracovního oděvu nepostačují k zajištění tepelně neutrálních podmínek organismu při práci vykonávané při udržované opěrativní teplotě nižší, než je minimální teplota upravená v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části A, tabulce č. 3, nebo na pracovišti, na němž je opěrativní teplota 4 °C a nižší, má zaměstnanec právo na bezpečnostní přestávku v ohřívárně.

(3) Při práci v chladové zátěži, vykonávané při opěrativní nebo výsledné teplotě nebo korigované teplotě 4 °C a nižší, musí být v ohřívárně zajištěno vybavení pro prohřívání rukou.

(4) Ohřívárna se nezřizuje pro práci vykonávanou při minimální opěrativní nebo výsledné teplotě upravené v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části A, tabulce č. 3 nebo korigované teplotě vyšší než 10 °C, spojenou s manipulací s materiálem vyžadujícím přímý kontakt tepelně nechráněné kůže ruky, jehož teplota je 10 °C a nižší; zaměstnanci však musí být umožněno v průběhu směny prohřívání rukou.

(5) Při udržované opěrativní nebo výsledné teplotě vzduchu nižší, než je minimální teplota upravená v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části A, tabulce č. 3, nebo korigované teplotě upravené v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části D musí být práce zaměstnance upravena tak, aby doba jejího nepřetržitého trvání při teplotě

od 13 do 4 °C nepřesáhla 3 hodiny, při teplotě vzduchu od 4 do -10 °C 2 hodiny a při teplotě vzduchu od -10 do -30 °C, 75 minut. Bezpečnostní přestávky mezi jednotlivými úseky nepřetržité práce v chladové zátěži musí trvat nejméně 10 minut.

(6) Práce musí být upravena tak, aby zaměstnanec nekonal práci na pracovišti, na kterém je korigovaná teplota vzduchu nižší než -30 °C, nejde-li o naléhavé provádění oprav, odvracení nebezpečí pro život nebo zdraví, při živelních a jiných mimořádných událostech; ochrana zdraví zaměstnanců se pro tyto účely zajišťuje střídáním zaměstnanců nebo jinou organizací práce podle konkrétních podmínek práce.

(7) Vstupy do hal, které se využívají pro práci vykonávanou po dobu delší než 4 hodiny za směnu (dále jen „trvalá práce“) a během pracovní doby se otevírají přímo do venkovního prostoru, musí být zabezpečeny proti vnikání chladného vzduchu v zimním kalendářním období.

Díl 3

Ochranné nápoje

§ 8

Bližší podmínky poskytování ochranných nápojů

(1) K ochraně zdraví před účinky zátěže teplem nebo chladem se poskytuje zaměstnanci ochranný nápoj. Ochranný nápoj musí být zdravotně nezávadný a nesmí obsahovat více než 6,5 hmotnostních procent cukru, může však obsahovat látky zvyšující odolnost organismu. Množství alkoholu v něm nesmí překročit 1 hmotnostní procento; ochranný nápoj pro mladistvého zaměstnance však nesmí obsahovat alkohol. Ochranný nápoj chránící před zátěží teplem se poskytuje v množství odpovídajícím nejméně 70 % tekutin a minerálních látek ztracených z organismu za osmihodinovou směnu potem a dýcháním, pokud v tomto nařízení není stanoveno jinak. Ochranný nápoj chránící před zátěží chladem se poskytuje teplý, v množství alespoň půl litru za osmihodinovou směnu. Při ztrátě tekutin z organismu potem a dýcháním nepřesahující hygienický limit 1,25 litru za osmihodinovou směnu se ochranný nápoj neposkytuje.

(2) Náhrada ztráty tekutin a minerálních látek prostřednictvím ochranného nápoje se uplatňuje v případě, že jde o práce zařazené podle přílohy č. 1 k tomuto nařízení, části A, tabulky č. 1 do třídy IIb a vyšší nebo je-li měřením doloženo, že při dané práci dochází ke ztrátě tekutin vyšší než hygienický limit podle odstavce 1.

(3) V případě, že jde o práci zařazenou podle přílohy č. 1 k tomuto nařízení, části A, tabulky č. 1 do třídy IIb nebo IIIa, se jako ochranný nápoj poskytuje balená přírodní minerální voda slabě mineralizovaná, balená pramenitá voda nebo ba-

způsob organizace práce a pracovních postupů

hygienické požadavky na pracoviště a užívání ochranných nápojů

**pracovních
podmínek
a hodnocení lokální
svalové zátěže
i pracovních poloh**

**nepřijatelná
a podmíněně
přijatelná
pracovní
poloha**

lená kojenecká voda nebo voda splňující obdobné mikrobiologické, fyzikální a chemické požadavky jako u jmenovaných balených vod.

(4) U prací zařazených podle přílohy č. 1 k tomuto nařízení, části A, tabulky č. 1 do tříd IIIb až V se jako ochranný nápoj poskytuje přírodní minerální voda středně mineralizovaná nebo voda s obdobnou celkovou mineralizací.

(5) Ochranný nápoj chránící před zátěží teplem se dále poskytuje při trvalé práci v zátěži teplem zařazené podle zákona o ochraně veřejného zdraví⁹⁾ do kategorie čtvrté.

(6) Ochranný nápoj chránící před zátěží chladem se poskytuje při práci na

a) pracovišti, kde musí být udržována operativní nebo výsledná teplota nižší, než je teplota upravená v příloze č. 1 k tomuto nařízení, části A, tabulce č. 3, nebo

b) venkovním pracovišti, na němž korigovaná teplota vzduchu je nižší než 4 °C.

**TABULKY
ČÁST B**

**Měření a hodnocení lokální svalové zátěže
Hodnocení lokální svalové zátěže**

1. Analýza pracovních podmínek zahrnuje zejména:

- popis práce se sledováním časových faktorů práce,
- režim práce a odpočinku v průběhu konání práce (zvláště u sezónních prací),
- rozběr režimu práce uvnitř pracovních operací, délku trvání úkonů, doby odpočinku,
- plnění výkonových norem, nárazové práce s velkou silovou zátěží,
- vyhodnocení podílu zátěže svalstva malých svalových skupin na celkové zátěži,
- vytipování nárazových prací s velkou silovou zátěží,
- zaujímání nefyziologických pracovních poloh,

- manipulační rovinu a pohybový prostor,
- umístění ovládacích prvků stroje nebo technického zařízení,
- používané pracovní nástroje a nářadí, k) manipulovaný materiál.

2. Hodnocení lokální svalové zátěže musí vždy zahrnovat údaje, zda:

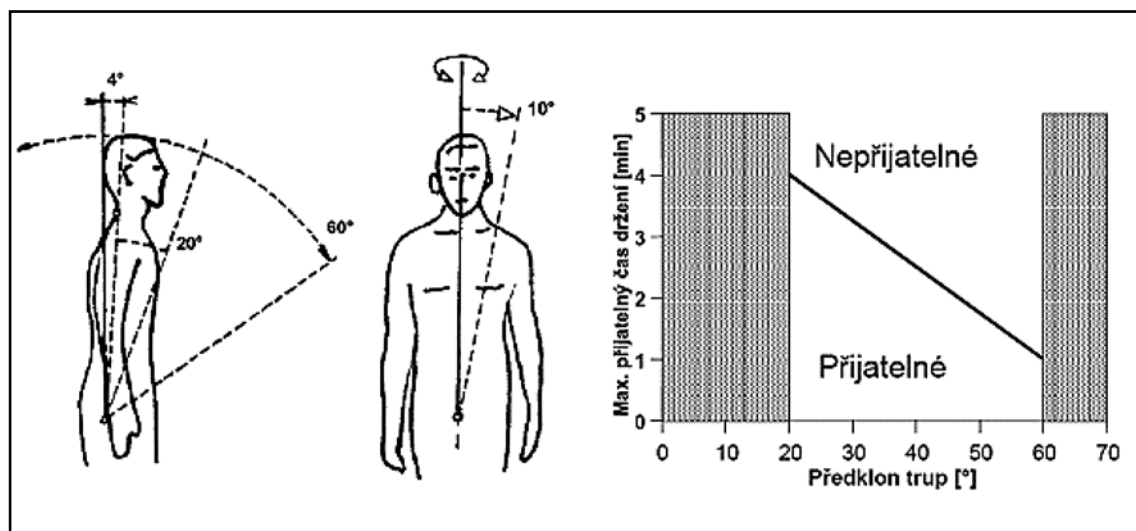
- v průběhu doby výkonu práce nepřesahují svalové síly krátkodobé limitní hodnoty (v % maximální svalové síly, % Fmax),
- hodnota celosměnového časově váženého průměru vynakládaných svalových sil nepřesahuje limitní hodnoty,
- četnost pohybů za minutu a za dobu výkonu práce v závislosti na velikosti vynakládaných svalových sil nepřekračuje dané limitní hodnoty.

ČÁST C

Hodnocení pracovních poloh

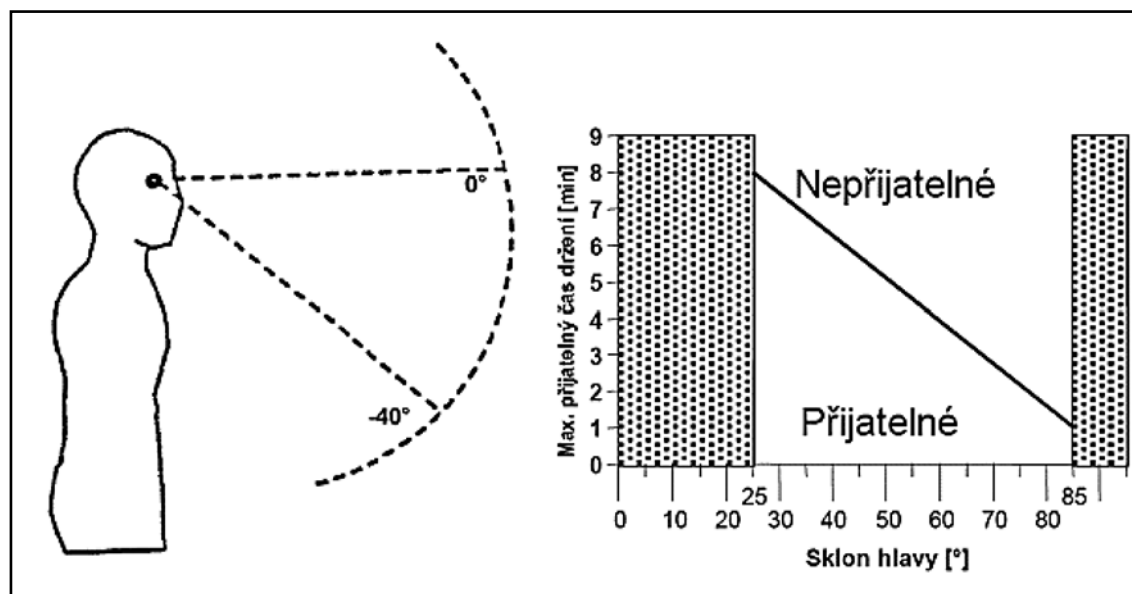
- Při hodnocení polohy trupu se vychází z polohy páteřního výrůstku sedmého krčního obratle a horní hrany velkého chocholíku, které definují neutrální polohu. Úhly pro hodnocení polohy trupu jsou pak vztaženy k vertikální rovině. Úhel mezi rovinou procházející trupem v neutrální poloze a vertikální rovinou je 4°.
- Při hodnocení polohy krku a hlavy se vychází buď z úhlu pohledu (při poloze trupu v neutrální poloze), tj. z velikosti úhlu pod horizontální rovinou oka, nebo z velikosti úhlu sklonu hlavy a krku k vertikální rovině.
- Při hodnocení horních končetin se vychází ze dvou bodů na horní končetině, tj. vnější části klíční kosti a loketního kloubu. Vzpažení horní končetiny je definována jako úhel, který svírá končetina v pracovní poloze vzhledem k neutrální poloze paže. Neutrální poloha je poloha končetiny volně visící podél těla.

Obrázek č. 1: TRUP

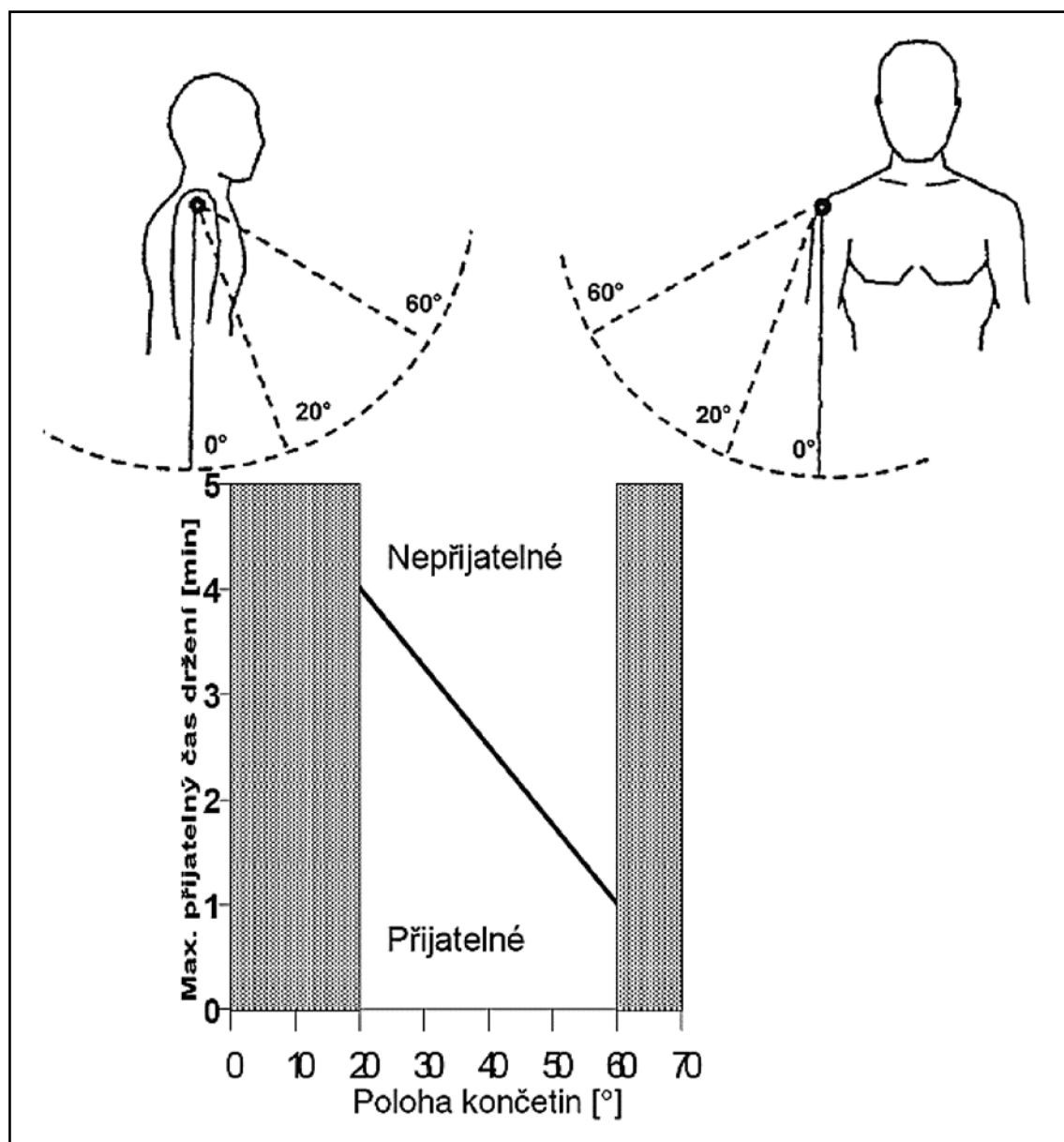


KROK 1:	
NEPŘIJATELNÁ POLOHA	
Statická poloha trupu	Předklon trupu větší než 60°. Zaklón bez opory celého těla. Výrazný úklon či pootočení trupu větší než 20°.
Dynamická poloha Trupu	Předklon trupu větší než 60° při frekvenci pohybů větší nebo rovné 2/min. Výrazný úklon trupu či pootočení větší než 20° při frekvenci pohybů větší nebo rovné 2/min.
PODMÍNĚNĚ PŘIJATELNÁ POLOHA	
Statická poloha	Předklon trupu 40 až 60° bez opory trupu (KROK 2 A). Zákon trupu s oporou těla (KROK 2 B). Výrazný úklon či rotace větší 10° a menší než 20°.
Dynamická poloha	Předklon trupu větší než 60° při frekvenci pohybů menší než 2/min (KROK 2 C). Výrazný úklon trupu do stran větší než 20° při frekvenci pohybů menší než 2/min. (KROK 2 A). Záklon trupu při frekvenci pohybů menší než 2/min (KROK 2 C).
KROK 2:	A) Přijatelná, jestliže doba držení v této poloze je kratší než maximálně přijatelný čas držení (v minutách). B) Přijatelná, jestliže je opora trupu (zádová opěra). C) Nepřijatelná, jestliže stroj je používán po dobu delší než polovinu pracovní směny.

Obrázek č. 2: HLAVA - KRK



KROK 1:	
NEPŘIJATELNÁ POLOHA	
Statická poloha	Předklon hlavy větší než 25° bez podpory trupu. Záklon hlavy bez podpory celé hlavy. Úklon a rotace hlavy větší než 15°.
Dynamická poloha	Úklon a rotace hlavy větší než 15° s frekvencí pohybů větší nebo rovné 2/min. Předklon hlavy větší než 25° při frekvenci pohybů větší nebo rovné 2/min. Záklon hlavy s frekvencí pohybů větší nebo rovné 2/min.
PODMÍNĚNĚ PŘIJATELNÁ POLOHA	
Statická poloha	Předklon hlavy 25 až 40° s podporou celého trupu (KROK 2 A).
Dynamická poloha	Předklon hlavy 25 až 40° při frekvenci pohybů menší než 2/min (KROK 2 B). Záklon hlavy do 15° při frekvenci pohybů menší než 2/min (KROK 2 B). Úklony a rotace hlavy do 15° s frekvencí menší než 2/min (KROK 2 B).
KROK 2:	A) Musí být dodržen maximálně přijatelný čas držení. B) Nepřijatelná, je-li stroj používán po dobu delší než polovinu pracovní směny.

Obrázek č. 3: HORNÍ KONČETINY

KROK1:
NEPŘIJATELNÁ POLOHA
Statická poloha

Nevhodná poloha paže (zpětné ohnutí paže, krajní zevní rotace paže, zvednuté rameno). Vzpažení paže větší než 60°. Extrémní polohy kloubů horních končetin, jejichž rozsah se blíží maximálnímu rozpětí.

Dynamická poloha

Vzpažení paže větší než 60° při frekvenci pohybu větší nebo rovné 2/min. Zapažení při frekvenci pohybu větší nebo rovné 2/min. Polohy kloubů v rozsahu, který se blíží maximálnímu rozpětí s frekvencí pohybů větší nebo rovné 2/min.

PODMÍNĚNĚ PŘIJATELNÁ POLOHA
Statická poloha

Vzpažení paže 40 až 60°, jestliže paže není podepřena (KROK 2 A).

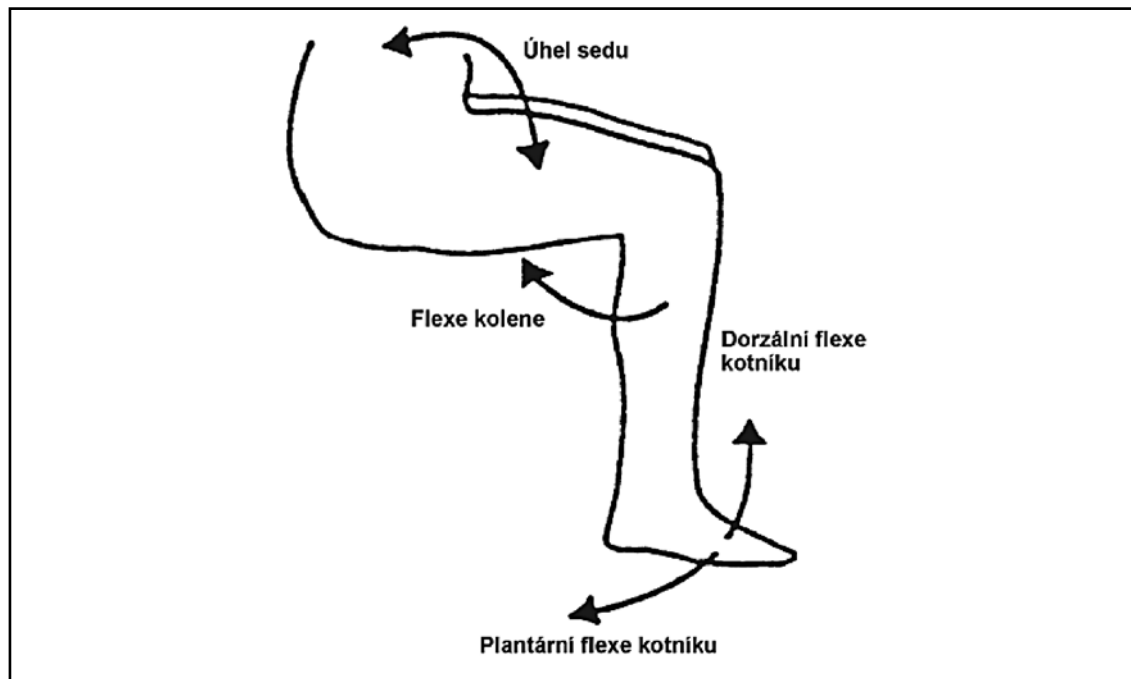
Dynamická poloha

Vzpažení paže 40 až 60° při frekvenci pohybů větší nebo rovné 2/min (KROK 2 A, B). Zapažení při frekvenci pohybů menší než 2/min (KROK 2 B). Polohy kloubů v rozsahu, který se blíží maximálnímu rozpětí s frekvencí pohybů menší než 2/min.

KROK 2:

A) Musí být dodržen maximálně přijatelný čas držení. B) Nepřijatelná, je-li stroj používán po dobu delší než polovinu pracovní směny.

Obrázek č. 4: DOLNÍ KONČETINY

**KROK1:****NEPŘIJATELNÉ POLOHY****Statické polohy**

Extrémní flexe kolena, extrémní dorzální/plantární flexe v kotníku. Extrémní polohy kloubů dolních končetin, jejichž rozsah se blíží maximálnímu rozpětí. Nevhodné polohy dolních končetin (extrémní flexe kolene, extrémní dorzální a palmami flexe v kotníku, vnitřní nebo zevní rotace kloubů dolních končetin).

Dynamické polohy

Polohy kloubů v rozsahu, který se blíží maximálnímu rozpětí s frekvencí pohybů větší nebo rovné 2/min. Vnitřní a zevní a rotace kloubů dolních končetin spojená s frekvencí pohybů větší nebo rovné 2/ min.

PODMÍNĚNĚ PŘIJATELNÉ POLOHY**Dynamické polohy**

Polohy kloubů v rozsahu, který se blíží maximálnímu rozpětí s frekvencí pohybů menší než 2/ min (KROK 2). Vnitřní a zevní a rotace kloubů spojená s frekvencí pohybů menší než 2/ min.

KROK 2:

Nepřijatelné, je-li stroj používán po dobu delší než 4 hodiny.

OSTATNÍ ČÁSTI TĚLA**KROK1:****NEPŘIJATELNÉ POLOHY****Statické polohy**

Extrémní polohy kloubů.

Dynamické polohy

Polohy kloubů v rozsahu, který se blíží maximálnímu rozpětí s frekvencí pohybů větší nebo rovné 2/min.

PODMÍNĚNĚ PŘIJATELNÉ POLOHY**Statické polohy**

Práce vleže, v kleče, v dřepu (KROK 2)

Dynamické polohy

Polohy kloubů v rozsahu, který se blíží maximálnímu rozpětí s frekvencí pohybů menší než 2/ min (KROK 2).

KROK 2:

Nepřijatelné, je-li stroj používán po dobu delší než 4 hodiny.

Vysvětlivka: Statickou pracovní polohou se rozumí poloha udržovaná déle než 4 sekundy podle ČSN EN 1005-4+A1.



Novinka! Od tohoto čísla se mění hodnocení znalostního testu z 5 kreditů na 9 kreditů

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 9. 7. 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
6/2010

**Správné
odpovědi
testu
č. 5/2010:**

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

Novinky v diabetologii pro VPL

1. Zlatým standardem léčby diabetu 2. typu je:

- a) metformin
- b) glimepirid
- c) sitagliptin

2. Léčba metforminem se podle EASD/ADA má začínat dávkou:

- a) 1-2 x 500 mg nebo 1x 850 mg
- b) 3x 500 mg
- c) 2x 850 mg

3. Frekvence vyšetření HBA1C u dispenzarizovaného diabetika 2. typu je stanovena na:

- a) 1x za 3 měsíce
- b) 1x za 3 měsíce do dosažení kompenzace diabetu a dále 1x za 6 měsíců
- c) 1x za 6 měsíců

Možnosti kombinační terapie v primární péči na podkladě doporučení ESH a ČSH

4. Vyšetření na mikroalbuminurii je nutno provádět:

- a) u pacientů s arteriální hypertenzí a diabetem
- b) u gravidních pacientek s arteriální hypertenzí
- c) u mladých hypertoniků ve věku do 30 let

5. Jako nejracionalnější se jeví trojkombinace:

- a) ACEI + betablokátor + diuretikum
- b) ACEI/ATII + blokátor kalciového kanálu + diuretikum
- c) ACEI + ATII + blokátor kalciového kanálu

6. Z diuretik v kombinační léčbě je dnes nejvíce preferován:

- a) hydrochlorothiazid
- b) metipamid
- c) indapamid

7. Výhodu duálního vylučování a tím i výhodu v užití u pacientů s jaterním či ledvinovým selháváním má:

- a) trandolapril
- b) perindopril
- c) ramipril

Očkování před cestou do zahraničí v ordinaci praktického lékaře

8. Po očkování živou vakcínou lze provést další očkování jinou vakcínou po uplynutí minimálně:

- a) 2 týdnů
- b) 4 týdnů
- c) 6 týdnů

9. Po třech dávkách vakcíny proti hepatitidě B je pacient chráněn:

- a) po dobu 5 let
- b) po dobu 20 let
- c) celoživotně

Diabetická noha

10. Vyšetření povrchového cití na nohou diabetika provádíme pomocí:

- a) ladičky
- b) monofilamenta
- c) biothesiometru

Správné mohou být všechny tři možnosti.

odpovědní lístek - test č. 6/2010

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

BCH - Siofor