



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 7/2010

ročník 9

pro
praktické
lékaře
zdarma

Nová rubrika
**MLADÍ
PRAKTIČI**

čtete na straně 34

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Generická preskripce v ČR? str. 11



Zpráva z kardiologické konference ve Stockholmu 2010 str. 5

2. část zprávy z konference WONCA 2010 str. 8

Praktičtí lékaři a vstřícná péče o příslušníky třetích zemí str. 13

Diabetes mellitus a arteriální hypertenze v ordinaci VPL str. 16

ICHDK – zpráva o projektu MOET ICHDK str. 22

Problematika chlamydiových infekcí očima mikrobiologa str. 26

Je lepší koupit do ordinace počítač nebo notebook? str. 38

Informace o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami str. 40

Wobenzym[®]

proti otokům, zánětům a poruchám imunity

Účinná pomoc v léčbě

chronických zánětů a otoků, které doprovázejí diabetické defekty a další dlouhodobě se nehojící rány



Diabetik 57 let, 20 let na PAD, půl roku stagnující defekt; otok, páchnoucí sekrece.



Stav defektu po 3 měsících, ve kterých byl ke komplexní léčbě přidán Wobenzym.



- urychluje vstřebávání otoků
- zlepšuje mikrocirkulaci
- příznivě ovlivňuje reologické vlastnosti krve
- podporuje žilní i lymfatickou drenáž
- optimalizuje průběh zánětlivého procesu
- zkracuje dobu hojení
- podporuje průnik antibiotik do tkání

Zkrácená informace o přípravku:

S: pancreatinum 300 Protease Ph. Eur.-j., trypsinum 360 F.I.P.-j., chymotrypsinum 300 F.I.P.-j., bromelaina 225 F.I.P.-j., lipasum 90 F.I.P.-j., rutosidum trihydricum 50 mg. Celková proteolytická aktivita: 570 F.I.P.-j., celková amylolytická aktivita: 4030 F.I.P.-j., celková lipolytická aktivita: 4525 F.I.P.-j. v 1 enterosolventní tabletě. **IS:** Jiná léčiva pro poruchy muskuloskeletálního systému, enzymy. **I:** Jako alternativa k dosud užívaným postupům – poúrazové otoky, lymfédém, fibrocystická mastopatie. Jako podpůrná léčba – některé pooperační stavy v chirurgii, záněty povrchových žil, potrombotický syndrom dolních končetin, revmatoidní artritida, revmatismus měkkých tkání, artróza (pokročilá stádia), mnohočetná mozkomíšní skleróza, chronické a recidivující záněty (v oblasti ORL, horních i dolních cest dýchacích, močového a pohlavního ústrojí, trávicí trubice, kůže aj.), jako podpůrná léčba při podávání antibiotik. **KI:** Přecitlivělost na složky přípravku, situace spojené se zvýšeným sklonem ke krvácení nebo se zvýšenou fibrinolýzou. Vzácné dědičné problémy s intolerancí fruktózy, intolerancí galaktózy, vrozeným nedostatkem laktázy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharázo-izomaltázovou deficiencí. Před operací vzít v úvahu fibrinolytický účinek přípravku, podávání v těhotenství zvážit. **NÚ:** Ojedinělé změny konzistence, barvy a zápachu stolice. Alergické reakce. Při užívání vyšších jednotlivých dávek se mohou objevit pocíty plnosti, nadýmání, výjimečně nevolnost. **D:** Léčba se zahajuje dávkou 3x5 až 3x10 tbl. denně. S ústupem chorobných projevů se dávkování postupně snižuje až na udržovací dávku 3x3 tbl. denně. Při infekčních zánětech nenahrazuje léčbu antibiotiky, ale zvyšuje jejich účinek. Volně prodejný lék. Bez úhrady VZP. **Datum poslední revize SPC:** 16. 12. 2009. Úplné informace o léku jsou k dispozici v Souhmu údajů o přípravku a na adrese: MUCOS Pharma CZ, s. r. o., Uhřetěveská 448, 252 43 Průhonice, tel.: +420 267 750 003, fax: +420 267 751 148, e-mail: mucos@mucos.cz

Obsah

Zpráva z konference ESC kongress 2010	5
Postřehy z WONCA 2010 - 2. část	8
Generická preskribce v ČR?	11

Praktičtí lékaři a vstřícná péče o příslušníky třetích zemí	13
Bohumil Seifert a kol.	

Přístup k pacientům imigrantům v praxi praktického lékaře v Anglii	14
Jáchym Bednář	

Diabetes mellitus a arteriální hypertenze v ordinaci VPL	16
MUDr. Igor Karen	

ICHDK – zpráva o projektu MOET ICHDK	22
MUDr. Jana Vojtíšková	

Problematika chlamydiových infekcí očima mikrobiologa	26
MUDr. Blanka Horová	

 ...Dotazy a odpovědi	32
---	-----------

 ...Ze světa mladých praktiků	34
---	-----------

 ...POEM: Patient oriented evidence that matters	36
--	-----------

 ...počítač a doktor	38
Je lepší koupit do ordinace počítač (PC) nebo notebook?	

 ...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa	40
Informace o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami	

 ...SÚKL informuje	43
Hlášení nežádoucích účinků přispívá k bezpečnější farmakoterapii	
Avízo: SÚKL upozorňuje na riziko kožních reakcí po lokálním podání ketoprofenu	

 ...znalostní test	46
--	-----------

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
7/2010, ročník 9

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 064

fax: 267 184 041

e-mail: practicus.svl@cls.cz

www.practicus.eu

Redakce:

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

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

Poradci redakce: MUDr. Jiří Appelt, MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Jiří Burda, doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Eva Grzegorzová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Otto Herber, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Toman Horáček, MUDr. Jiří Horký, MUDr. Karel Janík, MUDr. Igor Karen, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Miloš Ponížil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář

Manažerka časopisu: Hana Čížková

Spolupracovník časopisu: Andrea Vrbová

Náklad 6 000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Přihlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **1. 9. 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 zářijového vydání našeho časopisu. Opět je už je po létě, které letos bylo bohužel velmi skromné. Ne však skromné na události. Očekáváme, co přinesou první reformní kroky pro české zdravotnictví. Doufáme v to lepší. Doufáme v posílení úlohy primární péče, jak opakovaně slíbil nový ministr zdravotnictví. Doufáme v rozšíření preskripčních i výkonových kompetencí, které umožní poskytování komplexní primární péče odpovídající jejímu potenciálu. Doufáme, že dojde k poklesu zbytečných duplicít primární péče poskytované ve specializovaných ordinacích. Největší úspory leží v dobré organizaci, jasných pravidlech a odpovídajícím využití potenciálu lidských zdrojů.

Avšak zpět k tomuto číslu. Jako aktualitu přinášíme zprávu z největší kardiologické události roku – **konference ESC (European Society of Cardiology) ze Stockholmu**, která za účasti asi 30 000 kardiologů, ale i lékařů primární péče, proběhla na přelomu tohoto měsíce a doufám, že se k dalším významným informacím, zejména k novinkám v antiagregační a antikoagulační léčbě dostaneme hned v příštím čísle. Dále pokračuje druhá část zprávy ze **světové konference praktických a rodinných lékařů WONCA Cancún 2010** a to ochutnávkou z abstrakt, které vybral a přeložil kolega dr. Kamil Běrský.

Mnoho kolegů jistě bude zajímat článek předsedy SVL ČLS JEP doc. Svatopluka Býmy k problematice **generické preskripce v ČR**.

Dále publikujeme dvě práce z dílny kolegů z 1. lékařské fakulty týkající se **problému péče o imigranty** a to jednak v našich ordinacích (doc. Bohumil Seifert) a ve druhém článku informací o této péči poskytované v Anglii (dr. Jáchym Bednář).

V odborných člancích se vracíme opět ke žhavému tématu komplexní péče o diabetiky v primární péči v podání odborného garanta SVL pro tuto problematiku dr. Igora Karena, který se tentokrát zaměřil na **specifika léčby hypertenze u diabetiků**.

V dalším článku referuje kolegyně dr. Jana Vojtíšková o výsledcích projektu MOET ICHDK – **péče o pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin** v našich praxích.

Vracíme se také k **aktuální problematice chlamydiových infekcí**, tentokrát z pohledu mikrobiologa (MUDr. Blanka Horová, odd. mikrobiologie FN Bulovka). Očekávanou druhou část článku o chlamydiových infekcích z pera MUDr. Drahomíry Polcarové, zakladatelky občanského sdružení Chlamydie o.s., doufáme uvést v listopadovém čísle.

Jako novinku v tomto čísle představujeme **rubriku věnovanou problematice mladých praktiků** – kolegů, kteří jsou v oboru primární péče nováčky, sbírají první zkušenosti a mají osvěžující a často až revoluční pohled na řešení problémů v primární péči. Tuto rubriku budou pravidelně, zpočátku ob jedno číslo, připravovat zastupci organizace Mladí praktici.

Pro zájemce je opět připraven znalostní test ohodnocený **9 kredity ČLK**.

S přáním dobré nálady v našich praxích

za redakci časopisu

Jaroslava Laňková
šéfredaktorka

Zpráva z konference

ESC kongress 2010

Stockholm 28.8.-1.9.2010

MUDr. Jaroslava
Laňková



Co nového přinesl kardiologický kongres ve Stockholmu?

Implikace pro primární péči - I. část

Stockholm hostil ve dnech 28. 8. – 1. 9. 2010 kongres Evropské kardiologické společnosti (ESC- European Society of Cardiology), který je tradičně největší kardiologickou událostí roku a sjelo se na něm asi 30 000 delegátů z celého světa. Zvláštním zaměřením tohoto kongresu byla koronární nemoc (CAD – coronary artery disease) – nejčastější příčina úmrtí v rozvinutém světě, která byla diskutována v celé šíři od poznatků bazálního výzkumu po jejich aplikace do každodenní klinické praxe. Vedle toho ovšem probíhal i další rozsáhlý program zahrnující průřez současné kardiologie od prevence po nejnovější high tech metody. Kardiologie je ambiciózní a bohatý obor, čemuž odpovídala perfektní organizace s přesným dodržováním stanovených časů, převážně mužská účast a povšechně nízkorizikový BMI (body mass index) delegátů.



Ve víru přehlídky nových vědeckých poznatků, léčebných a vyšetřovacích metod prezentovaných na více než 250-ti různých zasedáních a v rozsáhlé firemní exhibici provázející kongres, všeho optimismu a nadšení nad možnostmi současné kardiologie, jsem silně přemítala o tom, jak snadno se toto snažení může stát samoučelným otesánkem ve zdravotním systému, pokud není prováděna důsledná prevence na straně jedné a komplexní péče o polymorbidní chronické stavy včetně péče paliativní na straně druhé. Žádný zdravotní systém nikdy nebude moci zaplatit vzrůstající vyšetřovací a léčebné možnosti, pokud primární prevence prevalence CAD nesníží. A to je těžký úkol, zejména v situaci progresivně stárnoucí populace. Primární péče má nezastupitelný význam při edukaci, screeningu a ovliv-

ňování rizikových faktorů, při včasném zachytu kardiovaskulárního onemocnění a také při dlouhodobé péči o chronicky (a často polymorbidně) nemocného pacienta s KVO. Vzdělaný a dobře informovaný praktický lékař, který zná nejen příznaky a jejich souvislosti, ale i možnosti moderní léčby, je nepostradatelným partnerem kardiologa a důležitým článkem pro příznivou prognózu pacienta. Z toho důvodu byl také program prvního dne konference věnován lékařům primární péče a jejich sestřám, se zaměřením jednak na symptomatologii a včasný záchyt KVO, léčbu hypertenze, hyperlipidémie, kardiálního selhání, problematiku komplexně nemocného pacienta včetně diabetického pacienta, nová ESC doporučení a jiné novinky v kardiologii.

Fyzická aktivita jako léčebná metoda u kardiovaskulárního onemocnění (KVO)

Fakt, že pravidelná fyzická aktivita ochraňuje před předčasným KVO je dobře znám a pevně ustanoven. V posledních letech však zesiluje i konsenzus, že cvičení přináší velký užitek také u pacientů s již zjištěnou koronární nemocí – u srdečního selhání, anginy pectoris a hypertenze.

Dr. Reiner Hambrecht (Brémy, Německo) uvedl, že nejtěžším úkolem je přesvědčit pacienty s KVO o užtku tělesného cvičení. Podle jeho slov, většina pacientů upřednostňuje „jednodušší“ intervenční možnosti. Se svými kolegy musel dr. Hambrecht nedávno zrušit multicentrickou PET studii srovnávající tělesné cvičení s PCI u pacientů s anginou pectoris pro malý zájem pacientů. Pacient vidí, že jeden dostane stent a ztratí symptomy během několika minut, zatímco druhý musí tělesně cvičit po měsíce nebo roky, aby dosáhl stejného užtku. Ovšem uniká mu důležitá skutečnost, že stent léčí pouze 15–20 mm postižené koronární cévy, zatímco tělesné cvičení prospívá celému vaskulárnímu řečišti.

PET pilotní studie z r 2004, ve které bylo 101 mužů randomizováno do skupiny s PCI a do skupiny s dozorovaným tělesným cvičením, prokázala jasné a srovnatelné zlepšení symptomů a myokardiální perfúze u obou léčebných skupin a trend k lepšímu přežití bez příhod ve skupině s fyzickou aktivitou jak ve 12. tak ve 48. měsíci. Po zkombinování dat pacientů z multicentrické a pilotní studie (celkem 202 pacientů), bylo zjištěno 21 příhod u pacientů ve skupině s fyzickou aktivitou oproti 32 příhodám ve skupině s PCI léčbou. Podle výsledků dříve provedených studií je nutno pečlivě dozorovat dosaženou zátěž, neboť u pacientů, kteří se snaží překročit doporučenou zátěž, je zvýšené riziko potenciálně letálních arytmií.

Tělesné cvičení **u srdečního selhávání** bylo posuzováno s velkou opatrností. Srdeční selhání rozšiřuje srdce a byly vyjadřovány obavy, že námaha může kardiomyocyty ještě zvětšit. Po ověření bezpečnosti na zvířecích modelech byla v Norsku provedena pilotní 12ti týdenní studie u 27 pacientů se stabilním srdečním selháváním po infarktu myokardu. Všichni pacienti dostávali optimální medikamentózní léčbu a byli randomizováni do skupiny s umírněným kontinuálním cvičením (dosažení 70 % maximální srdeční frekvence (SF) a do skupiny s aerobním intervalovým cvičením (dosažení 95 % maximální srdeční frekvence) a do kontrolní skupiny se standardním poradenstvím o fyzické aktivitě. Výsledky ukázaly, že intervalové cvičení s vyšší intenzitou přineslo lepší výsledky než umírněné kontinuální cvičení s ohledem na zvrátí přestavby levé komory, snížení hladiny natriuretického peptidu (pro BNP) – markeru hypertrofie s tíže srdečního selhání, aerobní kapacitu (zvýšení maximální spotřeby kyslíku – VO₂ max.), endoteliální funkci a kvalitu života. Podle slov autorů mělo mnoho pacientů strach, protože jejich doktor jim poradil, aby se šetřili. Ale jakmile začali cítit užitek, jako například dojít si na nákup bez větších obtíží, začali být skutečně motivováni. Nyní Dr. Bradge Amundsen se spolupracovníky připravuje randomizovanou studii srovnávající aerobní intervalové cvičení s umírněným kontinuálním cvičením u přibližně 200 pacientů. Aerobní intervalové cvičení je definováno jako čtyři 4minutové intervaly s chůzí na chodícím pásu s dosažením 90–95 % max. SF, s třiminutovými aktivními pauzami s poklesem na 50–70 % max. SF, které včetně „zahřívací“ a „vychlazení“ fáze trvá celkem 38 minut. V případě kontinuálního umírněného cvičení pacienti chodí po dobu 47 minut v intenzitě dosahující 70–75 % maximální tepové frekvence.

Dr. Francois Carré (Rennes, Francie) popsal svou studii na účinek různých cvičebních modalit **na hypertenzi a aterosklerózu** a prokázal, že kardiiovaskulární pacienti mají užitek z posilování velkých svalů, které bylo přidáno k pravidelnému aerobnímu cvičení. Raumarova skupina zjistila, že vliv cvičení na hypertenzi přetrvává pouze několik dnů, ale po třech letech studie bylo u cvičících pacientů zjištěno zmenšení tloušťky intima-media karotid. Jeho výzkumná skupina dále prokázala, že užitek ze cvičení u kardiaků daleko přesahuje rizika nežádoucích kardiiovaskulárních příhod. Ovšem lékař musí zhodnotit individuální riziko, doporučit individuální program a poskytnout pacientovi dostatečnou edukaci. Antihypertenzní užitek cvičení tak může být dosažen i bez současného snížení nadváhy.

Nové strategie pro zvládnutí rezistentní hypertenze

Asi bilion dospělých na světě má hypertenzi a pouze jedna třetina z nich je dostatečně léčena. Mnohé lze vysvětlit nedostatečnou diagnostikou a slabou adherencí pacientů k léčbě, ale nemálo pacientů zůstává hypertenzních vzdor optimální medikamentózní léčbě. 20–30 % pacientů, kteří jsou zařazováni do studií, končí s nedostatečnou kontrolou krevního tlaku, vzdor užívání trojkombinace různých lékových skupin. Podle dr. Petera de Leeuwa (Maastricht, Holandsko) hrozí těmto pacientům vysoké riziko život ohrožujících komplikací jako je infarkt myokardu, mozková mrtvice, renální selhání.

Dr. Henry Krum z Melbourne (Austrálie) představil návrat metody **renální sympatektomie**, která byla opuštěna ve 30. le-

tech minulého století pro komplikující posturální hypotenzi a erektilní dysfunkci. S dnešní technologií radiofrekvenční ablace lze tento zákrok provést bez výše zmíněných následků. Ve studii Symplicity HTN-1 došlo u pacientů s nekontrolovanou hypertenzí vzdor užívání kombinace v průměru 4,7 léků po tomto zákroku ke snížení systolického tlaku v průměru o 27 mmHg a diastolického tlaku o 13 mmHg. Pokud byla tato metoda nabídnuta pacientům s mírnou hypertenzí, bylo dosaženo úplné kontroly krevního tlaku i bez medikamentózní léčby.

Další strategií, kterou představil dr. Peter de Leeuw, je **využití vlastního baroreceptorového systému těla** pro regulaci krevního tlaku. Snaha je „obelstít“ tento systém tak, aby dostal informaci, že krevní tlak je příliš vysoký. Jde o tzv. Rheost HT systém, který se skládá z malého pulzního generátoru a je implantován pod klíční kost se dvěma slabými drátky zavedenými k levé a pravé karotidě, které elektronicky aktivují baroreceptorový systém. Nervové signály jsou přenášeny do centrální nervové soustavy, kde jsou interpretovány jako nadměrný vzrůst krevního tlaku, což je pak následováno řadou fyziologických mechanismů snižujících tlak včetně vasodilatace, snížení srdeční frekvence a zvýšení vylučování tekutin ledvinami. Studie proveditelnosti, která zahrnovala 45 pacientů, zjistila snížení krevního tlaku průměrně o 30 mmHg. Byl zjištěn jasný vztah mezi dávkou a odpovědí. Jestliže je požadováno vyšší snížení krevního tlaku, jednoduše se zvýší voltáž generátoru, aby se zajistila větší odpověď.

Dr. Juerg Nussberger (Lausanne, Švýcarsko) referoval o možnostech **vakcinace proti hypertenzi**. Tato strategie se zaměřuje na vakcínu proti angiotensinu II. Jde o konjugovanou vakcínu složenou z angiotensinu II chemicky spojeného s virům podobnými rekombinantními partikulemi. Nussberger s kolegy randomizoval 72 pacientů s lehkou až středně těžkou hypertenzí do skupin se subkutánní aplikací 100 mg a 300 mg vakcíny a placeba. Jako nejúčinnější byla zjištěna dávka 300 mg vakcíny. Za 14 týdnů bylo touto dávkou dosaženo snížení systolického krevního tlaku o 9,0 mmHg ve srovnání s placebem. Obzvláště zajímavým nálezem bylo dosažení excelentní kontroly časné ranního tlaku. Tím že v současné době dostupné léky mají příliš krátký poločas na to, aby ovlivnily časné ranní zvýšení tlaku, by strategie očkování mohla znamenat významnou výhodu.

Všichni přítomní nicméně souhlasili, že tyto budoucí přístupy nejspíše budou využívány v kombinaci s farmakologickými intervencemi. Na závěr dr. Krum zdůraznil, že do budoucna můžeme očekávat ještě cílenější přístupy šité na míru individuálního genotypu, fenotypu a hormonálních profilů.

Význam rutinního stanovení hladin železa a léčby sideropenie u pacientů s chronickým selháváním srdce (CHSS)

Podle prezidenta Společnosti pro srdeční selhání ESC by si lékaři pečující o pacienta s chronickým srdečním selháním (CHSS) měli uvědomit význam rutinního stanovení a léčby sideropenie. V současnosti jsou hladiny železa typicky vyšetřovány pouze u pacientů s CHSS, pokud mají anémii. Dr. Piotr Ponikowski (Wrocław, Polsko) však argumentoval tím, že sideropenie u CHSS nemusí být nutně spojena s anémií a je po-

třeba ji vyšetřovat u všech pacientů s CHSS. Nové studie ukazují, že přítomnost sideropenie se zdá být nezávisle asociována s tíhou symptomů CHSS – včetně snížené tolerance fyzické zátěže. Železo hraje klíčovou roli v homeostáze lidského těla, je nezbytné pro růst a nutné pro erytropoézu, transport a ukládání kyslíku, oxidativní metabolismus ve skeletálním a srdečním svalstvu, pro syntézu a degradaci lipidů, karbohydrátů, DNA a RNA. Sideropenie je častou nutriční poruchou, která postihuje více než 1/3 populace a komplikuje chronická onemocnění jako např. zánětlivá onemocnění střev, Parkinsonovu nemoc nebo revmatoidní artritidu.

Tradičně byla sideropenie spojována s přítomností anémie, která se u CHSS vyskytuje ve 20–70%. Nicméně podle výsledků dr. Ewy Jankowské z Wroclavské university, která studovala hladiny železa u 546 pacientů s CHSS, byla sideropenie přítomna u 37% z nich. Studie dále ukázala, že po dvou letech sledování byla sideropenie spojena s zvýšeným rizikem smrti nebo transplantace srdce.

V r. 2009 ve studii FAI-HF (Ferinject (R) Assessment in Patients with Iron Deficiency and Chronic Heart Failure) prokázal dr. Stephan Anker z Charité university v Berlíně, že intravenózní léčba železem podávaná pacientům s CHSS zlepšila jejich funkční kapacitu, toleranci zátěže a kvalitu života. Ve studii randomizoval 459 pacientů s NYHA II/III do skupiny s i. v. podáním železa (200 mg i. v. v korekční fázi a dále tuto dávku v udržovací fázi 1x za 4 týdny) a i. v. podání placeba (fyziologický roztok). Pacienti, kteří dostávali i. v. železo v 50% udávali výrazně nebo středně velké zlepšení v porovnání s 28% z placebo skupiny. Ve 24. týdnu léčby u 47% pacientů léčených železem dosáhlo NYHA I/II oproti 30% v placebové skupině. Navíc po 24 týdnech léčby byly pacienti léčení železem schopni ujít o 39 metrů dále než na začátku studie oproti zlepšení o 9 metrů ve skupině s placebem. Mortalita a frekvence nežádoucích příhod včetně hospitalizací byly podobné v obou skupinách.

Hlavní zprávou této studie je, že suplementace hladin železa nabízí další potenciální léčbu u CHSS. Nicméně budou potřeba další studie ke zjištění optimálních léčebných režimů a délky léčby a v neposlední řadě i definici, jaké hladiny železa jsou u CHSS považovány za deficitní.

Zimní prázdniny:

56% IM se přihodí v prvních dvou dnech

Většina infarktů myokardu u osob na lyžařských dovolených se podle studie autorů z Insbrucké university (Rakousko) stane během prvních dvou dnů pobytu. Tato studie, která byla ve Stockholmu prezentována formou abstraktu, zjistila, že více než 50% pacientů, u kterých proběhl akutní infarkt myokardu (AIM) během lyžařské dovolené v Tyrolských Alpách, nepodnikli před odjezdem ani minimum fyzické aktivity doporučené ESC.

Statistiky ukazují, že náhlá srdeční smrt zaujímá 40% všech úmrtí během zimní sportovní sezóny. Autoři této studie vyšetřovali charakteristiky u 170 pacientů, kteří byli přijati na urgentní příjem s AIM během jejich zimní dovolené v období od ledna 2006 do dubna 2010. 56% z těchto pacientů prodělalo AIM v prvních dvou dnech fyzické aktivity, asi u 70% byly přítomny dva nebo více rizikových faktorů pro koronární nemoc (jako je kouření, diabetes a hypercholesterolémie), a pouze u 19% z těchto pacientů byla známá anamnéza sr-

dečního onemocnění. U pacientů, u kterých se příhoda stala během zátěže, byl průměrný čas od začátku aktivity do nástupu symptomů 1,9 hodin. Navíc, výsledky ukázaly, že 52% pacientů vykonávalo méně než 2 hodiny sportovní aktivity za týden před jejich dovolenou. Nadmořská výška byla také identifikována jako významný faktor, neboť AIM se vyskytoval v průměrné výšce 1350 m nad mořem, přičemž průměrná nadmořská výška trvalého bydliště postižených osob byla 170 m. Fakt, že většina infarktů se přihodila ve velmi časně fázi pobytu, naznačuje příčinnou vazbu na nedostatek přípravy na intenzivní fyzickou zátěž, vystavení vysokým nadmořským výškám a nízkým teplotám prostředí.

Na základě této studie autoři doporučují zimním turistům, kteří se chtějí vyhnout zvýšenému riziku AIM následující: podstoupit program fyzického cvičení před dovolenou, a po příjezdu do zimního rezortu zvyšovat fyzickou aktivitu postupně.

Může včasná katetrizační ablace zastavit progresi fibrilace síní?

FS je etiologicky složitou jednotkou, kde se podílí řada faktorů jako je hypertenze, onemocnění mitrální chlopně, levostranné kardiální selhávání, CHOPN, ale i vlastní stárnutí. Patofyziologicky jsou přítomny různě intenzivní molekulární, elektrofyziologické a strukturální změny a různé etiologické formy mohou odlišně odpovídat na různé terapeutické přístupy včetně katetrizační ablace. Navíc FS sama o sobě působí remodelaci síní, která je substrátem pro nové arytmogenní změny. Dá se tedy mluvit o začarovaném kruhu, kde FS plodí další FS.

Podle dr. Jerónima Farré (Madrid, Španělsko) může úspěšná katetrizační ablace rozšiřování a přestavbu levé síně zastavit, včetně následného poškození levé komory. Ablace by však neměla být příliš oddalovaná, i když zatím není ještě zcela jasné, jak časně a u kterých typů FS by časná ablace měla být provedena. Zřetel musí být věnován i poměru užitek/riziko. Nicméně je zřejmé, že čekání na dobu, kdy už došlo k pokročilé remodelaci síní (studie LE MRI), může tuto metodu učinit bezcennou.

Na druhou stranu dr. Harry Ceijns (Maastricht, Holandsko) zdůraznil, že u 95% pacientů jsou síňové změny (zejména fibróza) čili iniciální přestavba vyvinuty již dlouho před tím, než je detekována první epizoda FS. Progrese FS je definována jako zvýšení počtu epizod FS nebo změna z paroxysmální na persistující FS (podle EuroHeart survey ročně přejde až 15% paroxysmálních FS na persistující FS). Faktory mající vliv na progresi FS jsou vyjadřovány tzv. HATCH skórem (H – hypertenze, A – věk/age, T – předchozí TIA/CMP, C – CHOPN a H – srdeční selhání/heart failure). Anamnéza srdečního selhání nebo TIA /CMP jsou hodnoceny 2 body, ostatní faktory 1 bodem, maximální skóre je 7 bodů. Více než 50% pacientů se skórem HATCH nad 5 vykazují progresi, na druhou stranu progresi vykáže jen 6% pacientů s HATCH = 0. Podle dr. Ceijns je důležitější léčit příčinné faktory přestavby síní vstoupnou medikací včetně agresivní léčby arteriální hypertenze spíše než provádět katetrizační ablací, která řeší pouze poruchu rytmu, ale ne její příčinu. Podle dr. Ceijns katetrizační ablace nepřináší prevenci progrese FS, ale u vhodně zvoleného pacienta pro včasnou ablací může přinést redukci symptomů, zlepšení kvality života a snížení incidence cerebrovaskulárních příhod.

MUDr. Jaroslava Laňková

Zpráva z konference WONCA 2010

Cancún, Mexiko, 19. - 24. 5. 2010

2. část

MUDr. Kamil
Běský



Fascinace složitostí - práce s jednotlivcem na poli nejistoty

Výběr ze zajímavých abstrakt

WC-003

Pane doktore, co mohu udělat pro své zdraví?

Koncepty a praktické příklady pacientem-řízené podpory zdraví v primární péči.

Neuner-Jehle S. (Zürich), Deppeler M. (Zollikofen)

Cíle: Účastníci získají přehled o činnosti v oblasti výzkumu a nově vyvinutých programech pro primární péči ve Švýcarsku, zaměřených k potřebám pacientů a doporučení týkajících se prevence a podpory zdraví. Účastníci jsou podporováni, aby se podělili o své praktické zkušenosti v této oblasti a tak přispěli k překlenutí propasti mezi teoretickými koncepty a každodenní klinickou prací.

Metody: Krátká prezentace kompetentních referujících nám dá vstupy pro usnadnění diskuse a výměny zkušeností mezi účastníky semináře. V první části jsme si stanovili základní linii mezi přístupem, vnímáním a očekáváním lékařů a pacientů ve vztahu ke zdraví a k propagačním aktivitám. Jsou prezentovány první výsledky zaměřené studijní švýcarské skupiny mezi lékaři primární péče a zjišťování údajů o potřebách pacientů a preference v oblasti prevence. Za druhé, budeme diskutovat o příkladech operačního zpracování teoretického konceptu v oblasti podpory zdraví zaměřeného na pacienta, posilovaného motivačním pohovorem a transteoretickým modelem změny chování (GBp), což vede k programu s názvem „Kaučování pro zdraví“. Je připravená ke spuštění v ordinacích primární péče. Důležitá témata jako zdravá výživa, tělesná hmotnost, fyzická aktivita, zvládání psychického stresu, spotřeba alkoholu, kouření tabáku a mnoho dalších je zahrnuto v tomto programu. Třetí část rozšiřuje horizont pro veřejné zdraví a komunitu, která představuje příklad švýcarské zdravotní sítě s názvem „Dialog zdraví“. V rámci této sítě, partneři jako pacienti, zdravotníci, politici, vědci a jiní se pokoušejí přispět rovnoměrně ke zlepšení zdraví literárně a zodpovědně nastolováním relevantních otázek a definováním problému, diskuzí o nich a nacházením odpovídajících řešení. Jsou prezentovány a diskutovány praktické otázky tohoto konceptu.

WC-006

Motivovat zdravé návyky (část 1): pomoci sobě a svým pacientům se změnit

Telho R. (Rochester, NY)

Změnit chování ke zdraví je komplexní vzdělávací proces. Mů-

žete se učit jak pomoci svým pacientům změnit se, když nefungují intervence založené na důkazech.

Cíle: 1) Vyzkoušíte si, jak rozvíjet osobní důkazy o hloubce změny, kterou překonáte s omezením se na pokyny založené na důkazech, které se zaměřují jen podstatné změny. 2) Přečtete si, jak zlepšit své vlastní návyky související se zdravím před tím, než povedete pacienty stejnými studijními procesy. Metody: Budete se seznamovat s metodami učení, které pomohou vám a vašim pacientům se naučit, jak motivovat ke zdravým návykům. Pracovat v malých skupinkách vedených ve vašem prvním jazyce, nebo v angličtině, budete mít partnera s kolegou k dokončení tři výukových cvičení: 1) prozkoumat emoční a kognitivní důsledky cíl x nastavení, 2) identifikovat a řešit rozpory v hodnotách mezi tím, co říkáte a co děláte, a 3) ujasnit si své problémy, pokud jde o vaši odolnost a motivaci ke změně založené na tom, co si myslíte a jak se cítíte.

Výsledky: Sdílení důležitých „vzít si domů“ informací o dokončení těchto výukových cvičení se svým partnerem a podávání zpráv o těchto společných zkušenostech ve vaší malé skupině vám pomůže získat z první ruky zkušenosti rozvíjením osobních důkazů.

Závěr: Replikace tohoto procesu učení se svými pacienty samostatně a uctivým způsobem vám pomůže vytvořit smysluplný a konstruktivní dialog o změně. Nicméně, tato strategie má

významné omezení z hlediska dopadu na populačně založeném vlivu. Budoucí směry: Trenéři mohou šířit pro odstupňované skupiny individuální studijní programy (online / offline) s tím, že nejprve se zapojí zúčastnění lékaři a personál s cílem zlepšit své zdravotní návyky. Na druhé straně mohou přinést stejné programy pro své pacienty a trénovat pacienty organizovat dobrovolné programy vedené pacienty a pro pacienty, uvnitř i mimo vlastní praxi. Tyto strategie mohou vyvinout vzdělávací organizace a komunity k vytvoření sociálního hnutí, které bude podporovat zdravé návyky.

WC-007

Pochopit složitost: jak používat a uskutečnit závěry systematických hodnocení

F. van de Laar (Nijmegen)

Cíl workshopu: Pro praktického lékaře nebo vědce je nemožné držet krok s obrovským rozsahem literatury, která je tvo-

řena každý den. Systematický přehled (SRs) je zdravým a hodnotným způsobem jak shrnout a zhodnotit všechny dostupné vědecké údaje k určitému tématu. V tomto workshopu se budeme snažit prokázat a vyzkoušet, jak zjistit spolehlivé SRs a jak je efektivně číst a používat. Organizace pracovní skupiny: po krátkém úvodu, ve kterém budou vysvětleny základy používání SRs se zvláštním důrazem na Cochrane SRs. Dále budeme diskutovat ve skupinách několik abstraktů ze SRs na různá témata a různé metodologické kvality.

Očekávaný výsledek (cíle vzdělávání) semináře: pracovní skupina má tyto cíle vzdělávání: jak rozlišit mezi tradičním přehledem a systematickým přehledem, jaké jsou základní metodické vlastnosti SR, jak posoudit externí platnost, jak číst a rozumět údajům z meta-analýz. Dopad semináře pro každodenní praxi. Účastníci budou moci nalézt zřejmé odpovědi z kvalitní SRs pokud narazí na otázky týkající se prognózy, stanovení diagnózy nebo léčby.

WC-010

Lékařská koncepce nemoci - skrytý vliv na konzultaci pacient x lékař

Wilm S. (Witten), Brockmann S. (Bern), Kreher S. (Fulda), Sielk M. (Middelburg), Wollny A. (Düsseldorf)

Cíl: Účastníci by si měli vyzkoušet a uvědomit si, jak složité jsou koncepty nemoci pacienta a lékaře.

Organizace: V této pracovní skupině budou prezentovány výsledky multidisciplinární kvalitativní výzkumné práce na pojetí konceptu nemoci pomocí příběhů PL (Kreher S et al. Bern: Huber, 2009). Vstupní prezentace se budou integrovat zapojením účastníků. Očekávané výsledky (cíle vzdělávání): Je dobře známo, že pacienti mají své vlastní koncepty svého onemocnění. Přináší tyto koncepty ke konzultaci pacient-lékař a je důležité pro praktické lékaře vyvolat tyto koncepty a donutit pacienty o nich mluvit a dosáhnout společného základu při rozhodování. Naše výzkumná hypotéza je, že lékaři mají také koncepty nemoci. Překvapivě, tyto nemají jenom kořeny v lékařských znalostech, ale mají rozmanité, obrovské neprofesní aspekty. Alespoň část z nich jsou podvědomé, ale silně ovlivňují každodenní chování praktického lékaře. Dopad na každodenní praxi: cílem je zcitlivění zúčastněných praktických lékařů ke klíčové roli, kterou má vlastní pojetí nemoci pro vztah pacient lékaře.

WC-011

Kardiovaskulární prevence: Co se můžeme naučit jeden od druhého?

Důkazy o vlivu péče PL na pacienty z 10 evropských zemí (EP-A-Cardio Study)

Szecsényi J. (Heidelberg), Saner H. (Bern), Beijaert R. (Utrecht), Walma E. (Rotterdam), Giampaoli S. (Roma), R. Hobbs (Birmingham)

Cíl a účel: Tento seminář ukazuje údaje z kardio EPA studie, unikátní soubor mezinárodně srovnatelných údajů o řízení kardiovaskulárních (KV) rizik, prováděných v primární péči



a se zdravím souvisejícím životním stylem pacientů v Evropě, které zahrnují názory lékařů & pacientů na inovační preventivní služby pro KV choroby (KVN).

Design a metoda: pozorování cross-sekční studie prováděné v 10 evropských zemích a stratifikovaný vzorek 36 praxí v jednotlivých zemích přijaté v roce 2008. V každé praxi, byly sesbírány tři vzorky 15 pacientů: pacienti s ischemickou chorobou

srdeční (ICHs), pacienti s vysokým rizikem KVO a zdraví dospělí. Kvalita CV rizik byla hodnocena na základě představení 44 ukazatelů převzaté z auditu zdravotnické dokumentace a rozhovorem s PL. Životní styl (kouření, tělesná aktivita, strava) byly měřeny závaznými patientskými dotazníky. Dodatečná opatření, včetně charakteristik praxe a vystavení KV programů ke zkvalitnění péče.

Výsledky: Srovnání mezi zeměmi na kvalitu stanovení a řešení KV rizik u pacientů s prokázanou ICHs a u pacientů s vysokým rizikem rozvoje KVO, se zdravím souvisejícím životním stylem (kouření, fyzické cvičení, strava), u vysoce rizikových pacientů a zdravých pacientů všeobecné praxe v celé Evropě. Asociace např. mezi poskytnutou kvalitou řešení CV rizik, a) expozice praxe programům pro zlepšování jakosti, b) způsob života pacientů, c) charakteristiky pacientů, zdravotnických odborníků, kvalitou primární péče, a zemí s různými systémy zdravotní péče.

Závěry a cíle vzdělávání pracovní skupiny: panel mezinárodních odborníků - lékařů bude diskutovat s účastníky klíčové závěry EPA Cardio, se zvláštním důrazem na prevenci KVO v Nizozemsku, b) výukou lékařů primární péče (Progetto cuore / Itálie), c) a přínosem výzkumu - tím, co jsme se všichni naučili z nejlepších praxí a z inovativních programů v celé Evropě.

WC-016

Všechno pro každého? Přidělování v rodinném lékařství

Hurst S. (Ženeva)

Omezení zdrojů zdravotní péče je realitou ve všech zdravotnických systémech a náklady versus strategie omezování mají různé dopady na rodinné lékařství. Měli by v této souvislosti jednotliví lékaři dělat to nejlepší, aby poskytli vše pro všechny své pacienty? Mají provádět omezení v dennodenní praxi? Pokud ano, jaké a jak? Takovéto kontroverze se často přehlíží ve složitosti klinické praxe. V průzkumu mezi lékaři ve Švýcarsku, Norsku, Itálii a Velké Británii (N = 656, odezva 43 %), 56,3 % uvedlo racionální intervence. V další studii jsme ukázali strategii lékařů v USA, kteří v nedostatku mobilizují značnou kreativitu a vyjednávání. Tato data ukázala, že účast lékaře při racionalizaci systému je nevyhnutelná, snad dokonce žádoucí. První část workshopu bude zkoumat v této souvislosti zkušenosti účastníků s nastavením limitů. Evropská studie také nastínila dvě formy systémových strategií. V Norsku a Spojeném království, jsou lékaři omezení pravidly v Itálii a Švýcarsku jsou volní pod tlakem. To je jeden ze způsobů, kterého jsou lékaři dennodenně svědky, účinek zdravotní politiky na dostupnost a spravedlnost pro pacienty. To bude druhý bod diskuse s účastníky. Jedním z důvodů, proč účast lékařů v nastavení limitů je žádoucí, je jejich schopnost přizpůsobit rozhodnutí pro jednotlivé konkrétní pa-

cienty. To od nich vyžaduje, aby vzali v úvahu spravedlnost pro jejich rozhodnutí o přidělení. Naše třetí studie ukázala, že lékaři přemýšlí o spravedlnosti přidělování pozoruhodně složitými způsoby, ale formulování této hodnoty je obtížné, navzdory dohody o jejím významu. Závěrečná část této pracovní skupiny bude zkoumat na spravedlnosti založeném uvažování účastníků ve své vlastní praxi, a umožnit jim, aby se podělili o své zkušenosti s ostatními.

WS-005

Rozum a cit (to, co víme, je to, co cítíme)

Panhofer B. (Ungenach), Rabady S. (Windigsteig), Degn B. (Wien)

Cíl: Cílem je zjistit dovednosti, které používáme intuitivním způsobem, jak čelit složitosti a tedy naučit se je úmyslně a cílevědomě více využívat.

Předpoklady: praktičtí lékaři se domnívají, že „vědí“, ale „jednají“ intuitivně a pomocí mnoha různých významů. Intuice se vyvíjí na kumulované znalosti a zkušenosti z mnoha zdrojů. Rozhodování je výsledkem hermeneutického procesu, který je vysoce individuální a mění se ve vztahu k osobnosti lékaře a pacienta a „duševní mapy“.

Metody: Kavárna znalosti (také známá jako světová kavárna)

1. Jsou definované otevřené klíčové otázky: Jaké jsou naše klíčové dovednosti a rysy zvládnání složitosti v každodenní práci? Co mírní vaše rozhodování? 2. Usnadňující prostředek představí téma a představuje otázky. 3. Vytvoří se malé skupinky šesti lidí a diskutují se otázky, sedí se u kulatého stolu, skupinu hostí a vede „majitel kavárny“.

Myšlenky jsou napsány na stole přikrytém papírem - např. na myšlenkové mapě. 4. Po 15 minutách mění skupina stůl, s výjimkou jednoho účastníka, který hostí další skupinu a který představí výsledky předcházející skupiny, pak začíná nová diskuse kombinující náhledy z obou skupin. 5. Tento rotační princip pokračuje až do určité doby. 6. Účastníci se na konci spojí do velké skupiny na 20 minut k závěrečnému sezení ke sdílení myšlenek, postřehů a nápadů.

Výsledky: Očekáváme, že navýšíme naše povědomí a znalosti o tomto typu měkkých dovedností, vlastností, postojů, myšlení a pochopení rodinných lékařů samozřejmě používané a analyzovat způsoby jejich využití, aby nám sloužily v naší každodenní práci s pacienty. To pomůže pochopit a zvládnout složitosti práce všeobecných lékařů.

WS-015

Klimatické změny a praktičtí lékaři: co s tím můžeme dělat?

Harvey J. (Londýn), Ballard T. (Marlborough)

Cíle a účel: Změna klimatu je pravděpodobně největší hrozbou budoucnosti pro lidské zdraví. Jeho účinky jsou komplexní a nepředvídatelné. Nejistota je nepříjemná. Konzultace lékařů primární péče s pacientem jsou složité interakce v oblasti nejistoty. Budeme potřebovat rozvíjet naše schopnosti zvládat nejistotu, abychom pochopili, jak my a organizace, jako je Royal College Praktických lékařů můžou ovlivnit postoje a podpořit pacienty, lékaře a politiky, aby přijali udržitelné cíle. Cílem workshopu, jež je určen pro praktické lékaře z různých zemí, se podělit o své obavy, zkušenosti a činnosti v oblasti změn klimatu a aby prozkoumali jak mohou podporovat

udržitelnost a to jak v ordinaci tak mimo ni.

Design a metody: 1. Úvodní prezentace ke komunikaci stařečnických základních informací o změně klimatu a zdraví, aby účastníkům bylo umožněno přispívat k informované diskusi. (15 minut) 2. Mozková bouře velké skupiny k identifikaci problémů. (15 minut) 3. V malých skupinkách diskuse o těchto otázkách. Cílem je sdílet zkušenosti a nápady a sestavení seznamu akcí, které můžou praktičtí lékaři podniknout vzhledem ke klimatickým změnám. (20 minut) 4. Plenárně sdílet skupinové práce (30 minut) a sepsání akčních bodů (20 minut).

Výsledky: cílem výuky: lepší porozumění přímých a nepřímých zdravotních důsledků změn klimatu, jak tyto mohou mít vliv na všeobecné lékařství, jejich praxi a vlastní pacienty, akce na řešení změn klimatu a jejich důsledků, zejména možné role praktických lékařů jako lobbistů a jejich vůdčí role ve své profesi a v komunitě.

Závěr: Účastníci budou lépe informováni a zmocnění ovlivnit činnost zdravotní péče zaměřené na podporu udržitelnosti. Dáme účastníkům jasnou představu jak přínosné a výhodné jsou tyto podstoupené změny.

WS-017

Etická dilemata všeobecných a rodinných lékařů

M. Maier (Viedeň), Weingarten M. (Tel Aviv)

Úvod: Na konferenci WONCA 2000 ve Vídni proběhlo sympozium s názvem „Výzvy pro naše profesionální postoje - minulost a současnost ...“. Tím byla založena zvláštní zájmová skupina WONCA o etických otázkách a od té doby probíhají sympozia a semináře o klinických situacích v každodenní praxi zahrnující etická dilemata, která jsou pravidelně prezentována na konferencích WONCA.

Cíle: Cílem workshopu je představit současné situace zahrnující etická dilemata, jak se vyskytují v praxi všeobecného / rodinného lékaře a diskutovat o jejich zázemí a možných důsledcích pro pacienta, jeho rodinu a lékaře.

Metoda: skupinový workshop začne s krátkými prezentacemi současných situací, které prokazují etická dilemata. Účastníci si mohou následně vybrat konkrétní situaci, rozdělí se do menších skupin a budou diskutovat následující otázky: 1. Anamnéza a další faktory, jež vedly k vývoji konkrétního etického prezentovaného problému. 2. Možné důsledky situací pro pacienta a lékaře. 3. Možná řešení. 4. Jaké jsou základní etické zásady představené na těchto příkladech?

Očekávaný výsledek: Cílem tohoto workshopu bude zvýšení povědomí o etických standardech a postojích použitelných pro budoucí absolventy lékařských fakult a pro všeobecné praktické lékaře.

WS-030

Výzvy pro naše profesionální postoje: etické důsledky nejistoty v praxi praktických a rodinných lékařů

M. Maier (Viedeň), Weingarten M. (Tel Aviv)

Souvislosti: praktičtí lékaři se potýkají s nejistotou téměř každý den, zvláště pokud pracují v sólových praxích (dva páry rukou, lékař a sestra). Oblastí kterých se to týká můžou mít vztah ke klasifikaci možného zdravotního problému nebo dia-

gnózy choroby, terapeutických možností, ke stupni spolupráce konkrétního pacienta, vydávání zdravotnických osvědčení, zdravotní nebo odborné způsobilosti pro mladé stážisty nebo pro samého sebe. Se vzrůstající zkušeností si většina kolegů zvykne na podobné situace, avšak některé situace mohou vést ke stále větším problémům vedoucím ke specifickým etickým problémům.

Metoda: během tohoto sympozia vybrané perspektivy zahrnující „Nejistého doktora“, „nejistého pacienta“, bude prezen-

tován fenomén přejišťování a přetížení stážisty. Etické aspekty, jako je veřejné zdraví vůči individuálnímu zdraví, vliv třetí strany, volně prodejné léky, nároční pacienti, limity a povinnosti je dodržovat a učit-praktikanty-vztahy budou řešeny čtyřmi přednášejícími.

Výsledky: prezentace bude projednána s publikem a sympozium bude ukončeno krátkým shrnutím.

připravil a z angl. přeložil MUDr. Kamil Běský

www.bersky.cz

Generická preskripce v ČR?

V průběhu měsíce června a července některá media přinesla zprávu, že v rámci nové koalice se uvažuje o tzv. generické preskripci, která má údajně uspořit prostředky v řádu miliard Kč a celý problém je vydáván pro pacienty za více či méně kosmetickou záležitost. Tedy na principu lékař ani jeho pacient nemají prakticky právo mluvit do toho, který konkrétní lék bude pacient užívat. O tom se rozhodne v lékárně.

Za SVL ČLS JEP s uvedeným návrhem nesouhlasíme a domníváme se, že bez dlouhodobé přípravy povede k ohrožení našich pacientů a i ekonomické důvody k tomuto udávané jsou neprůkazné ne-li přímo chybné. K tomuto tvrzení nás vedou následující skutečnosti:

I) Ekonomická oblast:

Uvedená praxe (generická záměna) je již v ČR možná. Od 1. 1. 2008 platí nový zákon o léčivech (378/2007 Sb.), který umožňuje provádět v lékárnách tzv. generickou substituci, tedy možnost zaměnit předepsaný léčivý přípravek za jiný léčivý přípravek, který je shodný z hlediska jeho účinnosti a bezpečnosti, obsahuje stejnou léčivou látku se stejnou cestou podání a stejnou lékovou formou. Hlavní zdůvodnění bylo, že lékárny budou nabízet levnější léky (pro ZP i pacienty, kteří nebudou platit doplatky). Uvedený předpoklad se nenaplnil a majitelé lékáren logicky sledují svůj zisk. Také v současné době je v ČR cena většiny generických léků (včetně původních originálních přípravků) od různých výrobců prakticky stejná a tak se předpokládaným mechanismem automaticky neuspóří. Na druhou stranu náklady za možné poškození pacientů jistě daleko převáží teoretické „úspory“, protože je obecně známo, že již v současnosti více než 30 % hospitalizací seniorů je způsobeno chybným užíváním léčiv (viz níže).

II) Bezpečnost našich pacientů - uvedený návrh ohrožuje pacienty v následujících oblastech:

1) Bioekvivalenční studie, které v případě generických léků nahrazují náročné a nákladné předklinické a klinické hodnocení a zajišťují, že všechny přípravky na farmaceutickém trhu se stejnou účinnou látkou, ve stejné síle a stejné lékové formě jsou terapeuticky zaměnitelné. Tyto zajišťují, že z 90 % je zaručeno, že celkové vstřebané množství léčiva z generického přípravku, jeho maximální koncentrace a další sledované parametry, dosahují hodnot 80 – 125 % hodnot referenčního

přípravku. **Teoreticky je tedy např. možné, že jeden generický přípravek může dosahovat hodnot 80 % a druhý 125 %. Potom při generické preskripci by pacient mohl být léčen přípravkem o více než polovinu silnějším nebo o více než třetinu slabším.**

2) V případě pacientů s nově předepsaným lékem se odborníci shodují na tom, že **nezáleží, který konkrétní lék s danou léčivou látkou je pro medikaci vybrán, ale v případě účinnosti by neměl být zaměňován** (což podle návrhu může být v každé lékárně pokaždé jinak). Zde mohou nastat pro pacienta různé komplikace, které uvádíme na následujících příkladech.

A) Z hlediska **typu léčivé látky** je generická substituce doporučována jen s velkou opatrností nebo není doporučována vůbec v následujících případech:

1. Léčivé látky s úzkým terapeutickým rozpětím, nízkou rozpustností nebo s nelineární kinetikou,
2. Kontraceptiva s nízkou dávkou estrogenové složky,
3. Psychofarmaka,
4. Antiarytmika,
5. Jiné omezující požadavky např. v oblasti farmakokinetiky.

B) Z hlediska **typu lékové formy** není generická substituce doporučována nebo je doporučována jen s velkou opatrností v následujících případech:

1. Roztoky nebo prášky pro dávkovací inhalátory - kvůli rozdílným typům inhalátorů a možné následné neoptimální aplikaci léčiva jiným typem inhalátoru, než na který je pacient zvyklý, které by vedlo k rozdílu v biodostupnosti a účinku léku.

2. Topické formy s vysoce účinnými léčivy pro možnou variabilitu mezi pacienty v biodostupnosti.

3. Přípravky s řízeným uvolňováním včetně transdermálních systémů.

C) Z hlediska **zdravotního stavu pacienta**. Generická substituce je doporučována jen s velkou opatrností nebo není doporučována vůbec u pacientů se zvýšeným rizikem při změně léku. Mezi takovéto pacienty se řadí:

1. epileptici
2. pacienti se sepsí
3. pacienti po transplantaci a pacienti v jiných kritických stavech (průkaz bioekvivalence je zkoušen na zdravých dobrovolnících a ne na pacientech v kritických stavech)
4. **staré osoby a polymorbidní pacienti** (odlišný metabolis-

doc. MUDr. Svatopluk
Býma, CSc.



mus od zdravých dobrovolníků, možné interakce se současně podávanými léky – tj. většina pacientů v ČR!!)

5. **diabetici** (nutnost optimální kompenzace pacienta vzhledem k možným vážným následkům)
6. **astmatici** (nevhodné zaměňovat roztoky nebo prášky pro dávkovací inhalátory, deriváty theofylinu mají úzký terapeutický index)
7. **alergici** (možná alergie na rozdílné pomocné látky)

3) **Z hlediska spolupráce (compliance) pacientů** a jejich bezpečí Farmakoterapie není jen o farmakokinetice a dynamice či interakci léčiv. Zásadní roli zde má:

1. zdravotní stav pacienta (včetně RA, OA, NO, Dg atd.) o kterém lékárna není informována (takže např. pacient některé léčiva nesnáší kvůli adjuvantním látkám, chyby při vstřebávání pro chronické choroby GIT atd.)
2. důvěra pacienta k lékaři a tím ke všem doporučením, které on vydá tedy i k jím předepsanému léku, že mu nejlépe pomůže, tedy větší záruka správného užívání léků
3. placebo efekt a důvěra pacienta k dané značce či léčivu – psychické problémy s jinou barvou, velikostí, frekvencí užívání, tím rezultující odmítnutí či prodloužení léčby nebo i výskytu komplikací
4. průměrný český senior **užívá více než 5 léků, ale již zapamatování si co na co je často nad jeho síly** a možnost nekonečných záměn znamená, že například každý měsíc dostane naprosto pro něj různé léky a pak mohou nastat situace:
 - „**double dosing**“ - pacienti užívají jak lék „starý“ (ze zásob), tak „nový“, který dostali v lékárně s jiným názvem

- „**záměna léků**“ problémy se záměnou mají např. staré osoby (problémy s pamětí u více užívaných léků) a osoby s nižším IQ – dohoda o užívané léčbě a udržování compliance je obvykle těžká a časově náročná, u neomezených generických záměn v lékárně je udržení správného dávkování téměř nemožné. Dále smyslové problémy u starých osob, které si generický název léku, který je minimální pod velkým firemním ani nemohou přečíst (nevhodné značení léků v ČR) apod.

5. Právní odpovědnost: jakou má lékárna odpovědnost za důsledky provedené záměny léků? Např. alergická reakce, nesprávné užívání léku, nedostatečný účinek. Půjde pacient např. s alergií po zaměněném léku konzultovat zpět na lékárnu nebo bude konzultovat lékaře? Jak se lékař dozví, který lék pacient užíval? Lékárna nemá povinnost písemně informovat lékaře o provedené substituci!! Lékaři musí odmítnout odpovědnost za tato rizika.

Závěrem uvedené prohlášení v médiích chápeme v současné době v ČR jako nepřipravený projekt ohrožující zdraví a životy našich pacientů. Vzhledem k již platné legislativě pokud lékárny a farmaceutické firmy, chtějí spořit mají již nyní plné kompetence v rámci generické substituce. O generické preskribci je možné omezeně jednat jako o event. dalším možným druhu preskribce pro lékaře se souhlasem nebo na vyžádání pacienta. Poslední slovo musí vždy mít lékař a pacient, kteří mají znalosti v potřebném rozsahu pro kvalitní a bezpečnou léčebnou péči.

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

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v říjnu 2010

Hlavní téma: Chronická onemocnění pohybového ústrojí.

Pondělí 4.10.2010	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Čtvrtek 7.10.2010	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Čtvrtek 7.10.2010 Přesunuto na 14.10.2010	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Sobota 9.10.2010	9:00 - 13:00	Karlovy Vary - Březová, Hotel Starý mlýn, Staromlýnská 26/8
Středa 13.10.2010 Přesunuto na 20.10.2010	16:00 - 20:00	Litomyšl, Hotel Zlatá hvězda, Smetanovo nám. 84
Středa 13.10.2010	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek 14.10.2010 Přesunuto z 7.10.2010	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Sobota 16.10.2010	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota 16.10.2010	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Sobota 16.10.2010	9:00 - 13:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Úterý 19.10.2010	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Středa 20.10.2010	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Středa 20.10.2010 Přesunuto z 13.10.2010	16:00 - 20:00	Litomyšl, Hotel Zlatá hvězda, Smetanovo nám. 84
Čtvrtek 21.10.2010	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek 21.10.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota 23.10.2010	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Středa 27.10.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31



MINISTERSTVO VNITRA
ČESKÉ REPUBLIKY



Bohumil Seifert¹, Petr Struk², Karolína Dobiášová³, Otomar Kittnar⁴

¹1. LF UK, Ústav všeobecného lékařství, Praha

²Institut mikroelektronických aplikací, s.r.o., Praha

³1. LF UK, Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, Praha

⁴1. LF UK, Fyziologický ústav, Praha

Praktičtí lékaři a vstřícná péče o příslušníky třetích zemí

V ordinaci autora v pražském Karlíně tvoří více jak 15 % klientely cizinci, a to zdaleka nejen Evropané. Poskytování péče příslušníkům třetích zemí (mimo Evropskou unii) je v ordinaci normou a každodenní záležitostí. Často se neobejde bez pomoci tlumočníka. Čtenáři časopisu Practicus si jistě uvědomují problémy a složitosti, které tato péče přináší, a to na obou stranách.

Primární péče je i pro příslušníky třetích zemí přirozenou první linií kontaktu se zdravotnickým systémem hostitelské země. Primární péče plní svou funkci, pokud je mimo jiné vstřícná a dostupná a poskytuje standardní péči všem potřebným. Pokud tomu tak není, tyto občané praktické lékaře obcházejí, vyhledávají pomoc přímo v nemocnici, využívají zařízení neodkladné péče, případně návštěvu lékaře oddalují. Péče o ně se tím prodražuje.

Na straně praktických lékařů není mnoho motivace k ošetřování příslušníků třetích zemí. Konzultace a celý kontakt se zdravotnickým zařízením může vážnout na jazykové bariéry, existujících kulturních odlišnostech nebo náboženských zvyčích. Ve hře je otázka proplácení péče, ověřování pojištění, organizační problémy. Konzultace bývají časově i obsahově náročnější. Někteří lékaři a priori zaujímají negativní postoje k cizincům z třetích zemí a schovávají je za jazykový problém. V každém případě schází většině praktických lékařů informační podpora, jak vůbec v péči o příslušníky třetích zemí postupovat, případně, kde se na správné postupy zeptat, kam se obrátit.

O situaci v České republice vypovídají aktuální čísla. Ke konci první poloviny roku 2009 bylo v ČR evidováno 438 000 cizinců, což představuje okolo 4,2 % populace. Z tohoto počtu tvoří přibližně 40 % migranti s trvalým pobytem a zbytek, 60 %, jsou cizinci s dlouhodobým pobytem nad 90 dnů. Jedná se o pracovní migraci. Většina cizinců (cca 75 %) zde pobývá z důvodů zaměstnání, menší část tvoří jejich rodiny, tj. partneři a nezletilé děti. Nikoli bezvýznamnou skupinu tvoří zahraniční studenti, studující na českých vysokých školách, kterých bylo v roce 2007 okolo 25 000. Další skupiny jsou mnohem méně četné a spíše okrajové. Ekonomicky aktivní cizinci se dělí na zaměstnance a osoby samostatně výdělečně činné. Zaměst-

nanci početně výrazně převažují, v roce 2008 tvořili 75 % všech pracovně činných migrantů. Zbytek cca 69 000 cizinců (22 %) tvořili živnostníci a podnikatelé (ČSÚ, 2009). Z hlediska národnostní struktury jsou nejvíce zastoupeni Ukrajinci 30 % (132 tisíc), Slováci 17 % (76 tisíc) a Vietnamci 14 % (60 tisíc osob). Další nejčastější skupiny jsou Rusové (6 %) a Poláci (5 %). Převážná část migrantů (2/3) pochází ze třetích zemí. Vedle Ukrajinců a Vietnamců jsou to zejména občané ze zemí bývalého SSSR. Ostatní, tj. okolo 1/3 všech cizinců, jsou občany EU, a to nejčastěji Slovenska a Polska. Tyto poměry jsou dlouhodobě stabilní (Cizinci v ČR, ČSÚ 2005, 2006, 2008).

Výše uvedené skutečnosti se staly podnětem pro uspořádání společného projektu 1. lékařské fakulty University Karlovy a Institutu mikroelektronických aplikací s. r. o., které se zapojily do programu Solidarita a řízení migračních toků Evropského fondu pro integraci státních příslušníků třetích zemí na období 2007-2013, zřízenému Rozhodnutím Rady č. 2007/435/ES z 25. července 2007. Obecným cílem fondu je podpora členských států v jejich úsilí umožnit státním příslušníkům třetích zemí pocházejícím z odlišného hospodářského, sociálního, kulturního, náboženského, jazykového a etnického prostředí, aby splnili podmínky pobytu, a usnadnit jejich integraci do evropské společnosti.

V rámci projektu jsou budovány základy sítě spolupráce (národní i v rámci EU) na podporu poskytování kvalitní zdravotní péče o příslušníky třetích zemí. Tyto sítě umožní zázemí pro sdílení poznatků a spolupráci pro různé skupiny zdravotníků. Zároveň se vytvářejí metodické materiály a naplně seminářů pro Středisko vzdělávání ke vstřícné zdravotní péči o příslušníky třetích zemí.

Adresáty projektových aktivit jsou lékaři, sestry a další osoby působící v ošetrovatelských profesích.

primární péče je i pro příslušníky třetích zemí přirozenou první linií kontaktu se zdravotnickým systémem hostitelské země

V Evropě je možné se v dané problematice poučit v mnoha zemích, např. v již zmiňované Velké Británii, která má dlouholeté zkušenosti s poskytováním péče příslušníkům třetích zemí. Konfederační Úřad Národní zdravotní služby (NHS) v Londýně disponuje zvláštním oddělením pro tuto problematiku a koordinuje vydávání informačních materiálů a komunikačních pomůcek pro zdravotníky i občany. Lékaři mají k dispozici brožurku se základními otázkami z anamnézy a symptomatologie ve dvaceti jazycích. NHS zajišťuje podle potřeby tlumočníka; osobně nebo alespoň po telefonu. Na internetu je mnoho dalších informací. Na různých místech Anglie běží projekty, které hodnotí rovnost, případně odlišnost v poskytování péče cizincům na různých úrovních NHS a její kvalitu. Otázkám transkulturní zdravotní péče a péče o cizince z třetích zemí je věnován prostor v pregraduální výuce na britských lékařských školách. Ostatně každý druhý praktický lékař v Anglii má asijský původ...

Problematika otevřená v tomto a následujícím

článku nebyla až dosud předmětem našich diskuzí a již vůbec ne námětem systematického vzdělávání. Posuzování významu tohoto tématu bude možná kolísat mezi praktickými lékaři z větších měst a venkova. Nicméně je to téma, které jde napříč celým rezortem i celou společností, je to téma evropské a praktičtí lékaři v něm mají významnou roli. Abychom naplňovali mezinárodní definici naší odbornosti musíme být schopni absorbovat kulturní odlišnosti a jako praktičtí lékaři poskytovat kulturně citlivou zdravotní péči.

Informace k výstupům projektu a odkazy na další literaturu naleznete na webovské stránce www.eifzvip.cz. Proces směřující k plné informační podpoře zdravotníků pro poskytování zdravotní péče o příslušníky třetích zemí je nastartován.

Autoři projektu ocení, pokud zašlete své poznatky, zkušenosti, příběhy nebo názory k této problematice na petr.struk@ima.cz

Jáchym Bednář

1. LF UK, Ústav všeobecného lékařství, Praha

Přístup k pacientům imigrantům v praxi praktického lékaře v Anglii

„Tato země nebude dobrým místem k životu pro nikoho z nás, dokud nebude dobrým místem pro všechny z nás“

T. Roosevelt

Během dvoudenního studijního pobytu v Londýně, který byl zaměřen na téma „Equality and diversity in the NHS“, mě nejvíce oslovil projekt zabývající se zdravotní situací lidí černé pleti a řešící problémy etnických minorit žijících ve Velké Británii. (Jmenuje se RACE FOR HEALTH a jeho podrobná prezentace je k dohledání na webové adrese <http://www.raceforhealth.org/>.) Přednášela o něm paní Helen Hally, národní ředitelka „Race for Health“.

Lidé, kteří jsou do projektu zapojení, aktivně a systematicky identifikují zdravotní rizika a problémy imigrantů a zcela konkrétně jim pomáhají. Celá problematika je zasazena do legislativního rámce péče o migranty, do tzv. Race Relations (Amendment) Act 2000. Z tohoto právního aktu (viz http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2000/ukpga_20000034_en_1) vyplývají následující základní právní tendence a povinnosti:

1. eliminace diskriminace dle rasy a barvy pleti
2. prosazování stejných možností pro všechny
3. prosazování dobrých vztahů mezi lidmi různých ras

„Race for health“ je jednou z mnoha oblastí, které pokrývá NHS – Konfederační Úřad Národní zdravotní služby. Podrobnější informace o samotném NHS jsou k dohledání na webové adrese: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

Jako praktického lékaře mě samozřejmě zajímá právě praktická stránka a konkrétní realizace projektů. Tato má potřeba byla uspokojena druhý den našeho pobytu při návštěvě lokálního zdravotního centra v Enfieldu v **NHS ENFIELD PRIMARY CARE TRUST**. Zde jsme měli mimo jiné možnost vyslechnout přednášku a debatovat s praktickým lékařem Dr. Mohamedem Abedim, který provozuje svou praxi ve východní části tohoto města nacházejícího se severně od Londýna. Jeho péči pacientům zprostředkovává právě výše uvedená organizační jednotka NHS – trust. (Podrobnější informace o trustech, anglicky ve zkratce PCT's, a základní organizační struktura NHS jsou k dohledání na adrese: <http://www.nhs.uk/nhsengland/thenhs/about/pages/nhsstructure.aspx>)

Východní Enfield je specifický region se zvýšenou koncentrací přistěhovalců, etnických minorit a lidí žádajících o azyl. Mnozí z těchto imigrantů žijí ve velmi těžkých sociálních poměrech, mají nízkou úroveň vzdělání, nízký ekonomický status a nízké vědomí o péči o své zdraví a jejich zdraví nese stopy těchto zátěží.

Tento region patří v Anglii k nejvíce „zdravotně“ deprimovaným. Je zde v poměru k jiným oblastem v Anglii větší nemocnost, vyskytují se častá těhotenství nezletilých, velké procento závislých lidí (alkohol, kouření, drogy), velké množství psychicky nemocných, větší úmrtnost na všechny druhy nemocí, zejména na rakoviny, kardiovaskulární a metabolické choroby, je tu zaznamenána zvýšená dětská úmrtnost.

Life expectancy – očekávaná délka života u imigrantů je v této oblasti velmi nízká. Například běžný Pákistánec, který by se ve své domovině dožil 70 let, zde dosáhne průměrného věku 54 let.

MUDr. Mohamed Abedi je patrně sám původem imigrant, mohl-li jej posoudit dle vzhledu a jména. Ve své praxi se stará o 2 000 klientů, kteří hovoří až 90 světovými jazyky a mnozí anglicky umějí jen velmi málo či vůbec. Jeho práce s klienty je dle mého názoru velmi komplexní, záslužná a zajímavá. Ale zároveň je též velmi náročná po organizační, psychologické, odborné, fyzické a jazykové stránce.

Na zdraví imigrantů má zásadní vliv nejen jejich socioekonomický status, stres z vykořenění a migrace, ale též kulturní a náboženská tradice a etnický původ.

Z tohoto je třeba vycházet při komplexní péči o takové klienty.

MUDr. Abedi nastínil, jak vypadá jeho pohled na péči o tyto klienty. Do jeho kompetence spadá například praktická gynekologie či péče o těhotné ženy. Ve své v mnoha úrovních „bezbariérové“ ordinaci umožňuje přístup pro klienty ve večerních hodinách i v čase obědové pauzy. Dveře má otevřené pro vozíčkáře, hluchoněmé... V jeho kompetenci jsou návštěvy u pacientů a zajištění mnoha vyšetření u pacientů doma. Zaujala mne úzká spolupráce se sítí specialistů a s NHS PRIMARY CARE TRUST, pro který je tento praktický lékař vzorem dobré praxe. Bylo inspirující slyšet, jaké informační a komunikační možnosti v přístupu k pacientům může tento lékař využívat. Pro jeho praxi je například nezbytná přítomnost tlumočnicků. Ti jsou díky NHS dostupní 24 hodin denně na telefonu a jsou schopni mu zajistit tlumočení ze 166 světových jazyků.

MUDr. M. Abedi nám také prezentoval velmi zajímavý projekt nazvaný Enfield Ramadan diabetes projekt, který ve spolupráci s NHS a s náboženskými vůdci těchto etnických skupin vytvořil a v roce 2009 uvedl v život a který byl specificky zaměřen na muslimskou komunitu v Enfieldu. Mezi muslimy, zejména lidmi z Pakistánu, Bangladéše a Indie, je 3-4x větší výskyt DM II. Tito lidé však neměli základní povědomí o nemoci a během svatého měsíce Ramadánu (začíná

22. 8.) se postili. Mnoho z nich se tedy závažně až smrtelně dekompenzovalo.

Projekt byl tedy zaměřen na odstranění bariér, předsudků, poskytnutí patřičných informací těžko dosažitelným skupinám a bylo do něj zapojeno mnoho lidí a subjektů, muslimských organizací, médií a škol. A je potřeba říct, že je názorovým příkladem sociální a komunitní práce praktického lékaře. Jeho výsledkem bylo zvýšení povědomí o zmíněné nemoci mezi touto skupinou lidí. A těmito lidmi, kterým byl „ušíť“, na míru, byl velmi ceněn.

Ve Velké Británii péče o etnické skupiny, a to nejen péče praktického lékaře, předpokládá specifické medicínské znalosti. Kdo z nás lékařů v České republice ví, že například Bengálci trpí zvýšeně talasémií, diabetem II. typu, rakovinou jater? Že Číňané jsou velmi zranitelní a citliví v GIT oblasti, že těžko snášejí i jen jízdou autobusem pro nevolnosti, že jim hrozí zvýšená nemocnost během oslav příchodu čínského Nového Roku (v druhé polovině ledna), ale že pro změnu nejsou téměř nikdy obézní? Kdo si ze školy pamatuje, že pakistánští muži jsou velmi náchylní k ICHS a CMP a že patří k nejvíce zdravotně rizikovým skupinám vůbec, že pakistánské ženy mají dvakrát větší pravděpodobnost, že jim zemře dítě při porodu? Nebo, že lidé z jižní Indie, kteří žvýkají tabák, mají zvýšený výskyt rakoviny úst? Že v určitých židovských komunitách (Ashkenazi) je pravděpodobnější rakovina prostaty a pankreatu? Lymfom je běžný mezi mladými Asijci, Afričané páchají častěji sebevraždou a spolu s Asiaty trpí více schizofrenií a poruchami osobnosti, že Asijci nemají často v pořádku zuby, že Romové častěji trpí astmatem a CHOPN? To vše je samozřejmě jen namátkový výběr z mnoha specifických konkrétních zdravotních problémů typických pro imigranty. I z takového „vzorku“ však jasně vyplývá rozsah problematiky péče o ně.

I v mé praxi praktického lékaře se objevují pacienti černé či tmavší pleti, Vietnamci, Ukrajinci. Tato klientela však tvoří jen malé procento ošetřených. Mít takových pacientů většinu, probírat denně anamnézu s imigranty, kteří váš jazyk umí jen velmi málo či vůbec, vyšetřovat je a mít na mysli všechna jejich specifická zdravotní rizika asi není jednoduché. Na druhou stranu to však může být určité výzva.

I v České republice roku 2010 pomalu ale jistě přibývá imigrantů a zkušenosti získané u Dr. Abediho jsou pro mě cenným přínosem pro praxi.

Tento text vznikl v rámci projektu Výměna informací ke vstřícné zdravotní péči o příslušníky třetích zemí 1 EIF 2008 – 33, který je spolufinancován obecným programem Solidarita a řízení migračních toků.

MUDr. Igor Karen

praktický lékař, Benátky nad Jizerou; odborný garant SVL ČLS JEP pro AH a KV oblast

Diabetes mellitus a arteriální hypertenze v ordinaci VPL

Když jsem se zamýšlel na tímto článkem a hlavně jak začít, neboť DM (diabetes mellitus) v ordinaci VPL (všeobecného praktického lékaře) se v současné době jeví jako žhavé téma, tak mne napadlo, že je to vlastně jen a jen systémová chyba v našem zdravotnictví, že již dávno naši kolegové VPL tyto pacienty léčili, léčí a jak je vidět v poslední době budou i nadále léčit. Rozdíl oproti letům minulým je v tom, že jsou za tuto činnost i právem honorováni (tím i motivováni k dalšímu vyhledávání dosud nediagnostikovaných pacientů s touto diagnosou). Domnívám se, že řada našich kolegů zůstane jen u diagnostiky a odešle k další dispenzarizaci do diabetologické ambulance, ale zároveň i celá řada kolegyně a kolegů bude, po zachycení tohoto pacienta s DM, chtít je léčit a dispenzarizovat ve své ambulanci a mnohdy to uvítá celá řada těchto pacientů, zejména z venkovských teritorií, kde není tak snadno dostupný diabetolog, ale nejen tam.



MUDr. Igor Karen

v ČR je v současnosti zhruba 800 tisíc diabetiků a odhaduje se, že přibližně dalších 200 tisíc pacientů s DM je v ČR nediagnostikovaných

Myslím, že v současné době jde zejména o nově objevené případy nekomplikovaného diabetu 2. typu, které praktický lékař již nemusí odesílat k diabetologovi, ale rovnou může sám nasadit účinnou léčbu a tohoto pacienta léčit. V České republice je v současnosti zhruba 800 tisíc diabetiků a odhaduje se, že přibližně dalších 200 tisíc pacientů s DM je v ČR nediagnostikovaných. „Při preventivních prohlídkách do 40. roku věku života nelze automaticky odebírat krev a zjišťovat glykemii, ale dle vyhlášky MZ z roku 2009 lze ji již odebírat každé 2 roky, ba naopak je nutnou součástí preventivních prohlídek obyvatelstva.

Dle dat z ÚZIS za rok 2009: Počet registrovaných diabetiků každoročně vzrůstá, v roce 2009 se s diabetem léčilo více než 783 tisíc pacientů, což představovalo téměř o 10 tis. diabetiků více než v roce předchozím. Klesá počet osob léčených pouze dietou (188 tisíc v roce 2009), zatímco stoupá počet pacientů léčených medikamentózně. Dále byl zaznamenán také nárůst počtu diabetiků s chronickými diabetickými komplikacemi. Ty mělo v roce 2009 celkem 28 % léčených osob.

Při stanovení glykemie rozeznáváme glykemii nalačno, náhodnou glykemii a glykemii ve 120. minutě orálního glukózového tolerančního testu (oGTT). U glykemie nalačno je nutné pacientovi zdůraznit, že opravdu 8 hodin před odběrem nesmí nic jíst či pít. Např. oslazený čaj, ale dokonce i cigareta mohou glykemii zvýšit a tím znehodnotit výsledek testu. Pokud je náhodná glykemie v kapilární krvi větší než 11 mmol/l, je nutné si pacienta pozvat a stanovit glykemii nalačno. Je-li tato nižší než 5,6 mmol/l, je diabetes vyloučen, naopak hladina vyšší než 6,9 svědčí pro diabetes. **(Náhodná glykemie vyšší než 11,0**

mmol/l v kapilární krvi u symptomatického jedince vede k diagnóze diabetu, kterou je třeba potvrdit nálezem glykemie nalačno vyšší než 6,9 mmol/l)

Pokud je oGTT ve 120. minutě větší než 11 mmol/l, svědčí to o poruše glukózové tolerance a jsou nutné roční kontroly. Kontroly glykemie při vyloučení diabetu jsou dle algoritmu diagnostiky a léčby v Doporučeném postupu DM pro primární péči. S ohledem na komplikace diabetu je nutné dosáhnout normoglykemie – kontrola vždy za 3 až 6 měsíců. Velké komplikace mohou nastat při gestačním diabetu. Zde je nezbytná léčba inzulinem – čím větší a déle trvající je hyperglykemie, tím větší je riziko vzniku vývojových vad.

U pacientů s diabetem je nezbytné zahájit farmakoterapii hned, když je diabetes zjištěn. Dříve se čekalo s farmakoterapií 4 až 6 týdnů – to již nyní neplatí. Již tenkrát se ale doporučovala nefarmakologická opatření – dieta a fyzická aktivita. Na fyzickou aktivitu nesmíme u našich diabetických pacientů zapomínat ani dnes. Správná je 20 až 30 minut denně 7 dní v týdnu. Je to z toho důvodu, že zatímco u zdravého člověka trvá po půlhodině cvičení inzulinová senzitivita 48 hodin, u diabetika je to pouze 12 hodin. Základem farmakoterapie diabetu mellitu 2. typu je metformin, se kterým jsou již více než 50leté zkušenosti.

Terapii metforminem je vhodné zahájit nižšími dávkami a postupně vytitrovat na dávku 1 500 až 2 000 mg denně (max. 3 g). Lze nasadit buď klasické tablety 1 až 2x denně nebo 1x denně (večer) metformin s postupným uvolňováním (metformin XR) či v současné době i můžeme použít i rozpustný metformin při polypragmazií pacientů.

Metformin je výhodný například u obézních diabetiků – zvyšuje inzulínovou senzitivitu, snižuje bazální a postprandiální glykémii, ale nezvyšuje produkci inzulínu a pacientovi tak nehrozí nebezpečí hypoglykémie.

Podle studie MOET DM2, která byla realizována v ČR v letech 2007-2009, byli praktičtí lékaři schopni u poloviny svých diabetiků jich do jednoho roku správně kompenzovat více než 50 %, přičemž 80 % těchto pacientů bylo právě na monoterapii metforminem.

MOET DM2 jako společný projekt Diabetologické společnosti a Společnosti všeobecného lékařství ukázal, že VPL jsou schopni kompenzovat velmi dobře diabetes a to především v časně fázi onemocnění. Jejich kvalita je obsažena v jejich atestační přípravě, kdy kromě interny absolvují i přípravu neurologickou, ortopedickou a chirurgickou. Diabetu je věnována významná pozornost i v postgraduální přípravě.

Bohužel v současné době jsme v Evropě až na 23. místě v péči o diabetického pacienta. Je to z toho důvodu, že od roku 2005 počet diabetiků narostl o čtvrt milionu, zatímco počet diabetologů se nezměnil. Z toho vyplývá, že diabetologové mají na péči o své pacienty mnohem méně času a zodpovědnost za nekomplikované případy by měla ležet i na praktických lékařích.

Dle dat ÚZIS z roku 2009 stále přetrvává v naší populaci diabetiků přes 188 tisíc pacientů jen na dietním režimu, bez základní medikace metforminem či jiným PAD...(viz výše)

Metformin je lékem první volby po kterém saháme v první řadě a řadíme jej do skupiny biguanidů...

Biguanidy (BG) (jako jediný zástupce je jen metformin) ovlivňují zejména jaterní inzulínorezistenci, méně periferní inzulínorezistenci. Jako jediný zástupce této skupiny v klinické praxi se používá metformin, který má nejmenší riziko laktátové acidózy jako komplikaci léčby. Podává se v 1-2 dávkách denně, hypoglykémii nevyvolává. **U diabetiků 2. typu je vhodné zahájit monoterapii metforminem v nejnižší dávce podané jednou až dvakrát denně.** Chronická udržovací dávka obvykle nepřekračuje 1 700-2 000 mg denně. Pokud při monoterapii metforminem není dosaženo uspokojivé kompenzace, je vhodné jej kombinovat s antidiabetikem jiné skupiny, zpočátku opět v co nejnižší dávce.

Metformin je **kontraindikován** při renální insuficienci (kreatinin nad 130 $\mu\text{mol/l}$), srdečním selháním, dehydrataci a hypoxických či šokových stavech. Horní věková hranice jako kontraindikace pro podávání tohoto preparátu není stanovena. Indikujeme jej u všech pacientů s diabetem mellitem bez ohledu na BMI. Měl by být podáván vždy a vždy by měl být součástí kombinační terapie, pokud není kontraindikován.

V současné době již můžeme tvrdit, že dle klinic-

Tab. 1 – kompenzace diabetu

	Postprandiální glykémie (1 až 2 h po jídle)	nalačno	HbA1C
Vynikající	5 až 7,5 mmol/l	4 až 6 mmol/l	< 4,5 mmol/l
Přijatelné	7, 5 až 9 mmol/l	6 až 7 mmol/l	4,5 až 5,3 mmol/l
Špatné	> 9 mmol/l	> 6 mmol/l	>5,3 mmol/l u pac. s DM do 15. let trvání > 6 mmol/l u pacientů s DM >15. let,

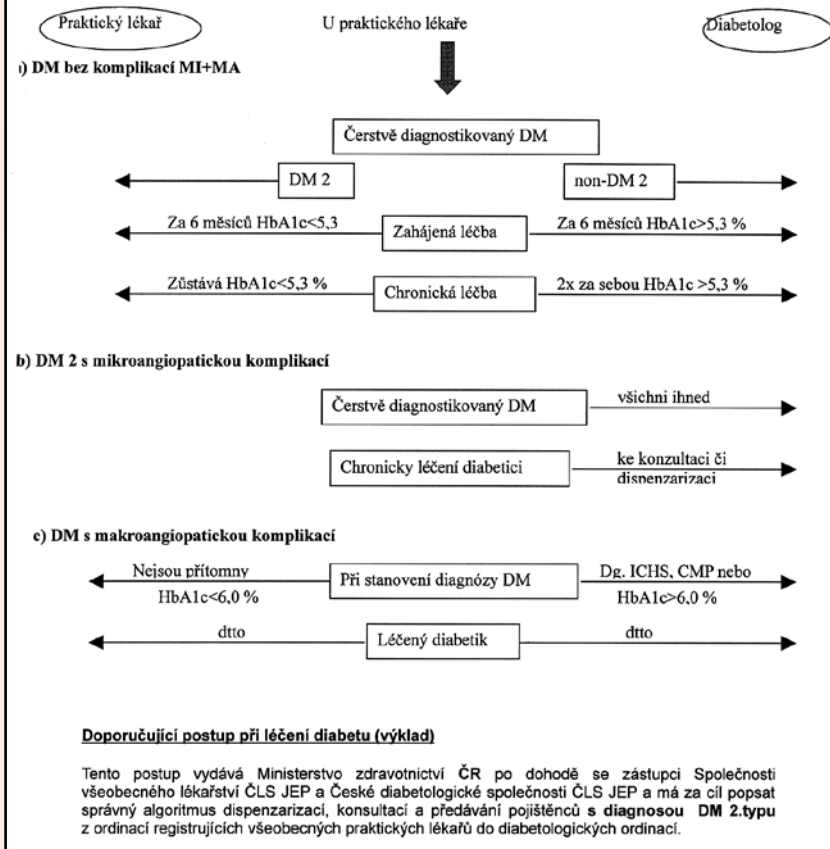
kých studií má metformin i další přidané hodnoty. Jedná se například o prevenci makro i mikrovaskulárních onemocnění, snižuje glykémii, ale nezvyšuje riziko hypoglykémie a rovněž tak nezvyšuje BMI. Dále zpomaluje úbytek pankreatických B buněk. Zajímavé také je, že snižuje riziko vzniku karcinomu. „Diabetes mellitus je jinak spojen i s vyšší nádorovostí a vyšší mortalitou na rakovinné onemocnění.“ Snižuje riziko vzniku rakoviny na polovinu v kombinační terapii s inzulínem, který jinak sám vznik rakoviny zvyšuje. U karcinomu prsu metformin navíc zvyšuje pozitivní odpověď na chemoterapii.

O dalších preparátech a možnostech další kombinační terapie DM vzhledem k jejich obsaženosti se s Vámi podělím v dalších číslech, nicméně pro úplnost uvádím alespoň základní informace:

Sulfonylureové (SU) deriváty zvyšují sekreci inzulínu. Přidávají se do kombinace k metforminu, pokud s ním není dosaženo požadovaného efektu. V praxi se používají preparáty druhé generace lišící se vzájemně rychlostí nástupu účinku, dobou trvání hypoglykemizujícího efektu, způsobem eliminace a vedlejšími účinky. Patří sem glimepirid, gliklazid, gliquidon, glipizid a glibenclamid. SU podáváme v nejmenších možných dávkách 1-2x denně. Hlavním rizikem léčby je hypoglykémie, léčbu provází přírůstek hmotnosti (méně u glimepiridu a nejsilněji u glibenclamidu).

Při zahájení léčby u jedinců s hmotnostním indexem pod 25 kg/m^2 se doporučují spíše krátkce působící preparáty (glipizid, gliklazid), které se též přidávají k primárně nasazenému metforminu. **Začíná se nejnižší dávkou** a při nepostačující kompenzaci po několika týdnech se **zvyšuje na průměrnou dávku** (obvykle na dvoj až trojnásobek) denně. Není-li stav uspokojivý, je možno zvolit i déle působící SU (např. glibenclamid), **ale upřednostňují se stále více jiná PAD zejména glimepirid či gliklazid.** U mladších diabetiků 2. typu s rizikem kardiovaskulárního postižení je vhodný glimepirid, který navíc vykazuje nízké riziko hypoglykémie a má výhodné dávkování 1x denně. Gliklazid je vhodný zejména u mladších

metformin je kontraindikován při renální insuficienci (kreatinin nad 130 $\mu\text{mol/l}$), srdečním selháním, dehydrataci a hypoxických či šokových stavech

Schéma: **Algoritmus dispenzarizace u pacientů s DM**

u pojištěnce s diagnózou DM rozhoduje o dispenzarizaci v souladu s § 31 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, výhradně jeho registrující lékař, kterým je všeobecný praktický lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče

dispenzarizující lékař kromě klinického vyšetření vykazuje také výkon číslo 09532 (prohlídka osoby dispenzarizované)

diabetiků s manifestací nemoci před 55. rokem věku.

Při chronické terapii se nedoporučuje překračovat střední dávky PAD!!! (Glibenklamid 10 mg, Glipizid 10 mg, Glíklazid 160 mg, Glíklazid MR 60 mg, Glimepirid 2 mg).

Glinidy ovlivňující prandiální vzestup glykemie se vyznačují rychlým nástupem a relativně krátkým působením na sekreci inzulínu, takže jejich efekt je fyziologičtější než u derivátů sulfonylmočoviny, neboť nevyvolávají protražovanou hyperinzulinémii.

Antidiabetika s inkretinovým efektem se zavádějí jako **deriváty nebo analogy GLP-1** (glukagonu podobnému peptidu-1) nebo **inhibitory dipeptidylpeptidázy IV**. Tato perspektivní skupina zlepšuje sekreci inzulínu z B-buňky závislou na glukóze.

Thiazolidindiony (glitazony) snižují inzulínovou rezistenci, kdežto sekrece inzulínu není ovlivněna. Používá se rosiglitazon (4 mg, 8 mg) nebo pioglitazon (15 mg, 30 mg tbl.) v kombinační terapii s metforminem nebo derivátem sulfonylmočoviny. V monoterapii se nepoužívají. Při léčbě může docházet k retenci tekutiny, proto se glitazony ne-

podávají u srdečního selhání, edémových stavů a dále v těhotenství.

Inzulinová analogy se stále více používají v léčbě diabetu vedle humánních inzulínů. Působí jednak krátce (inzulin lispro, inzulin aspart či glulisin), jednak dlouze (inzulin glargin nebo inzulin detemir). První skupina ovlivňuje postprandiální glykémii rychleji a nevyvolává delší hyperinzulinémii jako humánní rychle působící inzulin, kdežto druhá skupina se vyznačuje vyrovnanou hladinou inzulínu (tzv. bezvrcholový inzulin), která pak **není tak často provázána hypoglykemiemi jako v případě NPH inzulínů.**

Doporučující postup při léčení diabetu (výklad)

Tento postup vydává Ministerstvo zdravotnictví ČR po dohodě se zástupci Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP a České diabetologické společnosti ČLS JEP a má za cíl popsat správný algoritmus dispenzarizací, konzultací a předávání pojištěnců s diagnosou DM 2. typu z ordinací registrujících všeobecných praktických lékařů do diabetologických ordinací.

U pojištěnce s diagnózou diabetes mellitus (dále také „DM“) rozhoduje o dispenzarizaci v souladu s § 31 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, výhradně jeho registrující lékař, kterým je všeobecný praktický lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče.

Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře. Má-li diabetolog pojištěnce převzít do dispenzarizace, musí všeobecný praktický lékař před odesláním pojištěnce vyplnit tiskopis 06k (Poukaz na vyšetření/ošetření) nebo výměnný list, kde uvede důvod pro předání do péče - tedy, že jde o dispenzarizaci.

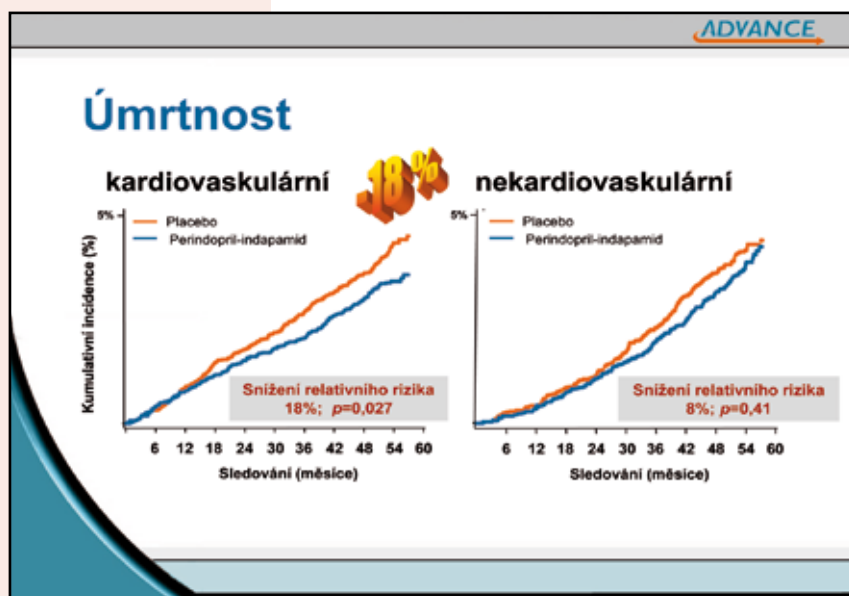
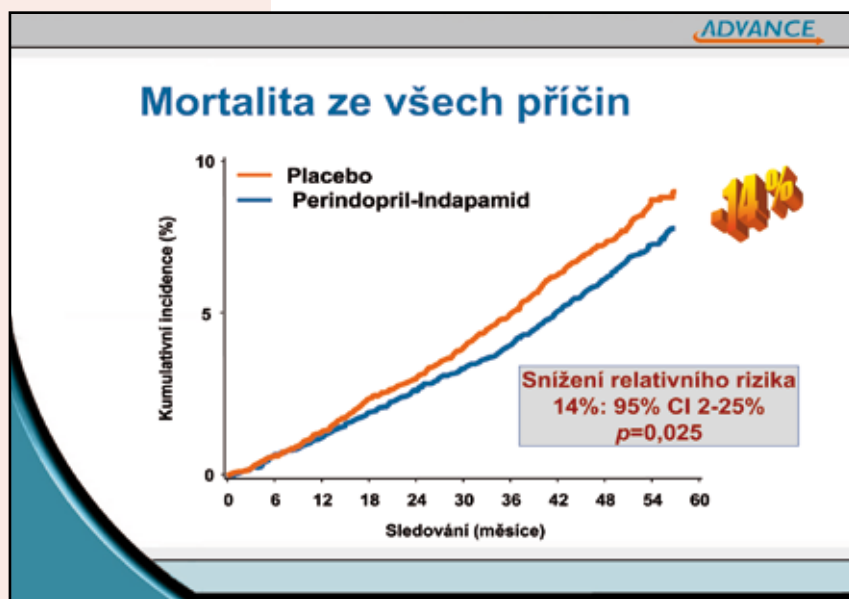
Dispenzarizace probíhá v souladu s vyhláškou č. 386/2007 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře, s tím, že dispenzární prohlídky se provádějí v takovém časovém rozmezí, které vyžaduje zdravotní stav pojištěnce, nejméně však jedenkrát ročně. Dispenzarizující lékař kromě klinického vyšetření vykazuje také výkon číslo 09532 (prohlídka osoby dispenzarizované).

Algoritmus správného postupu je následující:

1. Čerstvě diagnostikovaného pojištěnce, jde-li o non DM 2 všeobecný praktický lékař, u kterého je pojištěnec registrován, předá k dispenzarizaci do diabetologické ordinace.

2. U čerstvě diagnostikovaného pojištěnce s DM2 a bez přidružených komplikací zahajuje terapii všeobecný praktický lékař, u kterého je pojiště-

Servier - Prestarium



**k nejdůležitějším
cílům u pacientů
s diabetickou
nefropatií patří
zpomalení progresu
albuminurie
a v konečném jejím
důsledku oddálení
stadia selhání ledvin**

nec registrován, a dispenzarizuje jej. V případě, že má pojištěnec za 6 měsíců $\text{HbA1c} > 5,3\%$, odesílá jej ke konzultaci či dispenzarizaci do diabetologické ordinace. V případě, že má pojištěnec i za 12 měsíců $\text{HbA1c} > 5,3\%$, odesílá jej ke konzultaci nebo dispenzarizaci stran komplexní terapie do diabetologické ordinace.

3. U čerstvě diagnostikovaného pojištěnce s DM 2 a se současně prokázanou mikroangiopatickou komplikací by měl být zdravotní stav konsultován s diabetologem, kterému může být též pojištěnec předán do dispenzarizace, z důvodu zahájení a stratifikace terapie. Obdobně se postupuje v případě, kdy se u pacientů s již léčeným DM 2, vyskytne mikroangiopatická komplikace. V případě dispenzarizace v diabetologické ordinaci je nutnou a nedílnou součástí komplexní terapie stran všech přidružených komorbidit.

4. U čerstvě diagnostikovaného pojištěnce s DM 2 a se současně prokázanou makroangiopatickou komplikací, ale s $\text{HbA1c} < 5,3\%$, provádí dis-

penzarizaci všeobecný praktický lékař. V případě symptomatického onemocnění ve smyslu makroangiopatických onemocnění a $\text{HbA1c} > 5,3\%$, je pojištěnec odeslán ke konzultaci či dispenzarizaci do diabetologické ordinace, kde probíhá komplexní terapie včetně léčby přidružených komorbidit.

- Pojištěnci s DM 2 léčení více jak 15 let mající $\text{HbA1c} < 6,0\%$ mohou být ponecháni v dispenzarizaci všeobecných praktických lékařů, u kterých jsou registrováni.
- Pojištěnci s DM 2 léčení více jak 15 let mající $\text{HbA1c} > 6,0\%$ by měli být odesláni ke konzultaci či dispenzarizaci do diabetologické ordinace, kde bude probíhat léčení DM včetně léčby přidružených komorbidit.

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

Nejčastější komorbiditou u pacientů s diabetem je hypertenzní choroba, ať již esenciální, či event. sekundární při pokročilejší diabetické nefropatii. Arteriální hypertenze a diabetes mellitus spolu vzájemně potencuje kardiovaskulární riziko.

Prevalence arteriální hypertenze je u pacientů s diabetem třikrát vyšší než v normální kontrolní populaci.

Doporučení ESH/ESC z roku 2007 zdůrazňují, že monoterapie ve většině případů nevede ke kontrole krevního tlaku, a to bez ohledu na vybranou skupinu antihypertenziv.

Převážná část pacientů k dosažení cílových hodnot vyžaduje kombinovanou léčbu, která je úspěšnější než samotné zvýšení dávky.

Nedávná metaanalýza cca 42 studií ukázala, že kombinace jakýchkoliv dvou lékových skupin vede k účinnější kontrole TK než zdvojnásobení dávky jediného preparátu.

Zvýšením dávky může vést častěji ke vzniku výraznějších nežádoucích účinků léku. Z tohoto důvodu je výhodnější využít pro léčbu arteriální hypertenze fixní kombinace.

Samozřejmě, že je nutné léčit pacienta s DM tak, aby dosahoval cílových hodnot TK pod 130/80 dle Evropských i našich Českých doporučení. Obecně platí, že s farmakoterapií antihypertenzivy by se mělo začít při hodnotách krevního tlaku nad 140/90, přičemž při prokázané diabetické nefropatii by měly cílové hodnoty být nižší než 125/75. K nejdůležitějším cílům u pacientů s diabetickou nefropatií patří zpomalení progresu albuminurie a v konečném jejím důsledku oddálení stadia selhání ledvin.

Současně je velmi žádoucí, aby tito pacienti s těmito souběžnými diagnosami léčení antihypertenzivy, která jsou buď metabolicky neutrální, či metabolicky pozitivní.

Dle světových klinických studií a na podkladech

EBM (Evidence Based Medicine) jsou jednoznačně léky volby při léčbě hypertenze u těchto pacientů blokátory RAS, jinými slovy ACEi (inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu) a sartany (blokátory angiotensinových receptorů).

Z ACEi bychom měli preferovat dlouhodobě působící látky s klinicky podloženými daty a proto sem řadíme: perindopril, trandolapril, ramipril. Ze sartanů preferujeme zejména dlouhodobě působící látky kam řadíme zejména telmisartan, olmesartan (bohužel není pouze na trhu v ČR... na Slovensku a v celé Evropě je běžně používán), dále valsartan, irbesartan (bohužel není na trhu v ČR), candesartan (bohužel také není na trhu v ČR) a nakonec losartan, který je spíše dnes již preferován v kombinaci terapii spolu s hydrochlorothiazidem (HCTZ).

Do kombinací terapie bychom opět měli preferovat metabolicky pozitivní či neutrální antihypertenziva. V první řadě to jsou dlouhodobě působící blokátory kalciových kanálů (BKK) ať dihydro (amlodipin, felodipin, isradipin, nitrendipin aj. či non dihydropyridinového typu (verapamil).

Další možností je kombinace blokátoru RAS s diuretikem. V trojkombinaci by pak diuretika měla být zastoupena nepodkročitelně. Preferován je zejména indapamid a to v dávkách 1,25 mg denně. Důvodem je jeho prokázaná metabolická neutralita – neovlivňuje glycidový metabolismus ani metabolismus lipidů. Další výhodou je, že indapamid má navíc kromě diuretických vlastností i přímý efekt na cévy. Hydrochlorothiazid je méně doporučován pro jeho víceméně diabetogenní efekt i při nízkých dávkách kolem 12,5 mg, jak např. prokázala studie STAR, kdy u pacientů s metabolickým syndromem po ročním podávání HCTZ byl vyšší výskyt skoro až trojnásobný, než u pacientů, kteří dostávali ACEi v kombinaci s non BKK.

Z dalších možností do kombinací terapie bychom neměli opomíjet agonisty imidazolových receptorů typu rilmenidin či moxonidin.

Vzhledem k tomu, že máme na trhu k dispozici i fixní kombinace antihypertenziv, tak je nutné zohlednit i tyto aspekty, které mohou velmi často zlepšit adherenci k léčbě u našich pacientů. Velké klinické studie dokládají až lineární vztah mezi dosaženým poklesem tlaku a snížením KV rizika a s tím přímo související morbiditě i mortalitě.

Ve studii UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) bylo prokázáno, že snížení krevního tlaku u diabetiků pod 150/85 mm Hg (průměrný TK 144/82 mm Hg) vede ke snížení závažných mikro i makrovaskulárních komplikací. Rozsáhlá morbi mortalitní studie ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron MR Controlled Evaluation) sledovala jaký vliv na výskyt mikro a makrovaskulárních komplikací má další snížení krevního tlaku pod hranici 140/90 mm Hg. Pacientům s DM. 2 typu byla přidávána ke stávající léčbě fixní kombi-

nace ACE inhibitoru perindoprilu s indapamidem. Průměrný systolický krevní tlak ve větvi léčené perindopilem s indapamidem dosáhl 134,7 mm Hg (průměrný pokles o 5,6 mm Hg). Toto snížení vedlo k signifikantnímu poklesu primárního kombinovaného cíle tj. rizika makro a mikrovaskulárních komplikací o 9 % ($p=0,04$); dále došlo k poklesu KV příhod o 14 %, renálních příhod o 21 %; KV mortality o 18 % ($p=0,027$) a celkové mortality o 14 % ($p=0,025$). Přidání fixní kombinace perindopril-indapamid u pacientů s DM 2. typu tedy výrazně zlepšuje jejich prognózu a může zlepšit i jejich adherenci k léčbě.

Indikace ke kombinované léčbě

Podle směrnic diagnostiky a léčby hypertenze Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti 2007 je kombinovaná léčba indikována zejména u těchto skupin hypertoniků: u nichž systolický TK přesahuje cílové hodnoty systolického TK o 20 mm Hg nebo diastolický TK přesahuje cílové hodnoty diastolického TK o 10 mm Hg a dále u nemocných, jejichž cílové hodnoty TK jsou $< 130/80$ mm Hg:

1. pacienti s diabetes mellitus
2. pacienti s metabolickým syndromem
3. pacienti s poškozením cílových orgánů
4. pacienti s nefropatiemi nebo kardiovaskulárními onemocněními (pacienti s ICHS či po CMP)
5. pacienti s rizikem podle SCORE ≥ 5 %

Indikace fixní kombinace: je indikována zejména u mírné a středně těžké hypertenze.

Nevýhodou je obtížná titrace dávek jednotlivých léků.

Které z fixních kombinací bychom měli preferovat ?:

1. ACE inhibitor s diuretikem
 2. AT1-blokátor s diuretikem
 3. ACE inhibitor s blokátorem kalciového kanálu
 4. AT1-blokátor s blokátorem kalciového kanálu
- (Správně je odpověď 3.)

Z uvedených informací vyplývá, že bychom měli velmi individuálně přistupovat k pacientům s diabetem a současnou hypertenzí, neboť tito pacienti, nejen že jsou velmi riziková, ale zároveň vhodně nastavená antihypertenzní terapie může pozitivně ovlivnit jejich prognózu.

MUDr. Igor Karen - 1988 promoval na fakultě dětského lékařství, UK Praha, v r. 1991 atestoval v oboru dětského lékařství, v r. 1994 v oboru infekčních nemocí a v r. 1996 v oboru všeobecného lékařství. Nyní pracuje ve své soukromé praxi jako praktický lékař v Mělníku. Spolupodílel se na tvorbě několika doporučených postupů pro praktické lékaře, publikuje, přednáší a podílí se na výzkumu v oblastech týkajících se arteriální hypertenze, diabetu mellitu a metabolického syndromu v primární péči.

z ACEi bychom měli preferovat dlouhodobě působící látky s klinicky podloženými daty: perindopril, trandolapril, ramipril

ze sartanů preferujeme zejména dlouhodobě působící látky, v ČR dostupný zejména telmisartan, valsartan a losartan v kombinaci hydrochlorothiazidem

dále preferujeme metabolicky pozitivní či neutrální antihypertenziva - v první řadě dlouhodobě působící blokátory kalciových kanálů

v trojkombinaci by diuretika měla být zastoupena nepodkročitelně

indapamid má kromě metabolické neutrality a diuretických vlastností i přímý efekt na cévy

hydrochlorothiazid je méně doporučován pro jeho víceméně diabetogenní efekt i při nízkých dávkách kolem 12,5 mg,

MUDr. Jana Vojtíšková

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

ICHDK – zpráva o projektu MOET ICHDK

Málokdo si uvědomuje, že informovanost o ICHDK je ve srovnání s ICHS podstatně nižší a to nejen v běžné populaci, ale i mezi odbornou veřejností. ICHDK je často bagatelizována přestože je velmi závažným markerem celkového kardiovaskulárního rizika. Pacienti s ICHDK mají vyšší mortalitu a jsou více ohroženi srdečním infarktem i mozkovou mrtvicí, než pacienti bez ICHDK. Identifikace rizik a sekundární prevence proto není odlišná u pacientů s ICHDK než u pacientů s jinou lokalizací aterosklerózy například koronárních nebo cerebrálních tepen. Rovněž tak pacienti s ICHDK potřebují terapeutický zásah obvykle na více úrovních současně. Měl by to být právě praktický lékař, který v kardiovaskulární prevenci zjišťuje cíleně stav tepenného řečiště dolních končetin a může tak odhalit počínající stadia ICHDK. Tato choroba je totiž snadno diagnostikovatelná i v ordinaci praktického lékaře. Praktický lékař by tak včasným odhalením a doporučením k optimální léčbě mohl zásadně ovlivnit další osud pacienta.



MUDr. Jana
Vojtíšková

**pacienti s ICHDK
mají vyšší mortalitu
a jsou více ohroženi
srdečním infarktem
i mozkovou mrtvicí,
než pacienti bez
ICHDK**

To vše bylo nosnou myšlenkou pro realizaci projektu MOET ICHDK (Monitoring Efektivity Terapie Ischemické Choroby Dolních Končetin), který byl iniciován Angiologickou společností ČLS JEP ve spolupráci s Ústavem všeobecného lékařství 1. LF UK Praha jako odpověď na existující a přetrvávající problémy v péči o pacienty s postižením končetinových tepen. Projekt si dal za cíl edukaci všeobecných praktických lékařů o základních principech diagnostiky a léčby ICHDK pro snadnější odhalování časnějších stadií choroby v primární péči. Měl přispět k výuce všeobecných praktických lékařů v intenzifikaci léčby rizikových faktorů k zábraně progresu aterosklerózy. Ve snaze zkvalitnit péči o nemocné s ICHDK tudíž zvýšit počet zachycených případů a intenzivněji je léčit. Dalším z úkolů uvedeného projektu bylo vyhodnocení komorbidit (ICHS, Hypertenze, CMP, DM) a snaha posílit sekundární prevenci v oblasti kardiovaskulárních onemocnění. Mimo edukaci a posílení kompetencí praktických lékařů zde velkou roli hrála i snaha o zlepšení mezioborové spolupráce mezi praktickými lékaři a angiology.

Ischemická choroba dolních končetin je nejběžnější lokalizací periferní aterosklerózy. Ukládáním atheromových plátů do stěny tepen dochází ke vzniku stenoz, které se projevují kladivacími, klidovými ischemickými bolestmi až ztrátou tkáně (dle pokročilosti stenózy -50 % a více). Prevalence choroby v populaci je uváděna od 0,6 – 10 % s významným nárůstem u osob ve vyšším věku. Zatímco pod 60 let jsou to asi necelá tři procenta, u osob nad 75 let je to až 20 %. Předpokládá se, že prevalence u asymptomatických osob je cca 3x vyšší než u pacientů s již vyznačenými symptomy. Častěji a závažněji jsou postiženi muži. Přestože prakticky čtvrtina symptomatických nemocných musí podstoupit revaskularizaci, ztráta končetiny (z důvodů kritické končetinové ischemie) je vzácná (méně než 5 %). Více jak polovina nemocných s ICHDK umírá však převážně na komplikace ICHS a vaskulární nemoci mozku.

Etiologie chronických forem ICHDK je v 98 % obliterující aterosklerotický proces.

Ostatní příčiny (trombangiitis obliterans, vaskulitidy, kompresivní syndromy, traumatické a iatrogeně

podmíněné tepenné uzávěry, myeloproliferativní nemoci) jsou vzácné.

Nejčastější je dělení ICHDK do stadií dle Fontaina (1954). V angloamerických zemích se v posledních letech nověji užívá klasifikace Rutherfordova (dělení na 7 kategorií dle tíže kladivací).

Běžně používaná klasifikace dle Fontaina dělí stadia na I.- IV. od asymptomatického přes mírné kladiváky až po ulcerace a gangrénu.

Stadium I. je asymptomatické – pacient může být zcela bez obtíží. Ve stadiu II. se objevují kladiváky – nutí k zastavení a v klidu mizí. Typická je bolest lýtková.

III. stadium jsou již klidových bolestí vleže i bez zátěže, zhoršují se často v noci – svěšení končetiny z postele přináší úlevu.

IV. stadium je charakterizováno omezením přítoku krve do končetin s trvalou klidovou bolestí a vznikem trofických změn. V tomto stadiu je již možný vznik kritické končetinové ischemie, kdy hrozí ztráta končetiny.

Běžná dg.

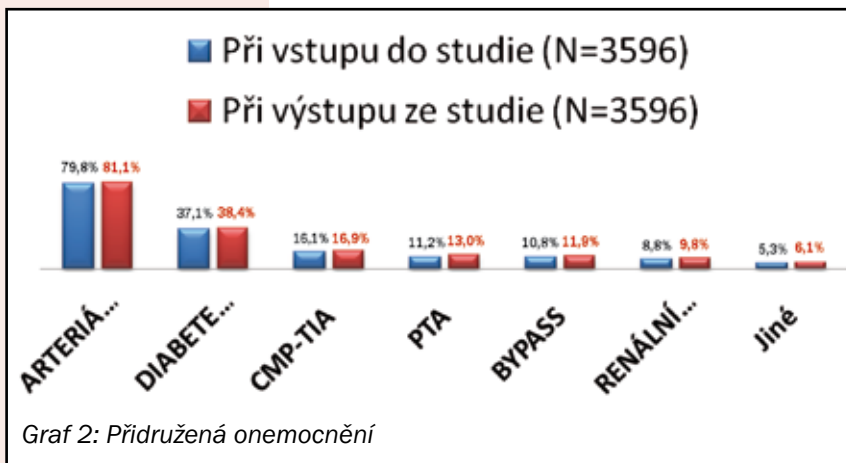
Právě asymptomatické stadium může být odhaleno v ordinaci PL pečlivým fyzikálním vyšetřením, kdy zjišťujeme oslabení periferních pulzací, tepenné šelesty, pokles periferního tlaku a při vyšetření sonografickým se nachází pláty. Důležité jsou údaje pacienta v případě kladivákových bolestí, protože lékaře dobře navigují ke stanovení diagnózy. Praktický lékař obvykle zná dobře pacienta, jeho rizikové faktory, způsob života i schopnost spolupráce. (například užívání léků, ovlivnění kuřáctví, fyzickou zátěží).

Fyzikální vyšetření zjišťuje symetrii končetin, barevné a teplotní změny. Nezbytné je posouzení kvality kůže a jejích adnex, případné defekty a trofické poruchy. Fyzikálně vyšetřujeme nejen palpací, ale i auskultací i když vyšetření je jen orientační. Palpujeme-li periferní tepny, vždy srovnáváme nálež na obou končetinách. Relativně nejjednodušší je palpáce femorálních tepen v tříslech, podstatně obtížnější je palpáce v jamce podkolenní, přičemž palpáce akrálních tepen (a. dorsalis pedis a a. tibialis posterior) je často neúspěšná i u zdravých jedinců.

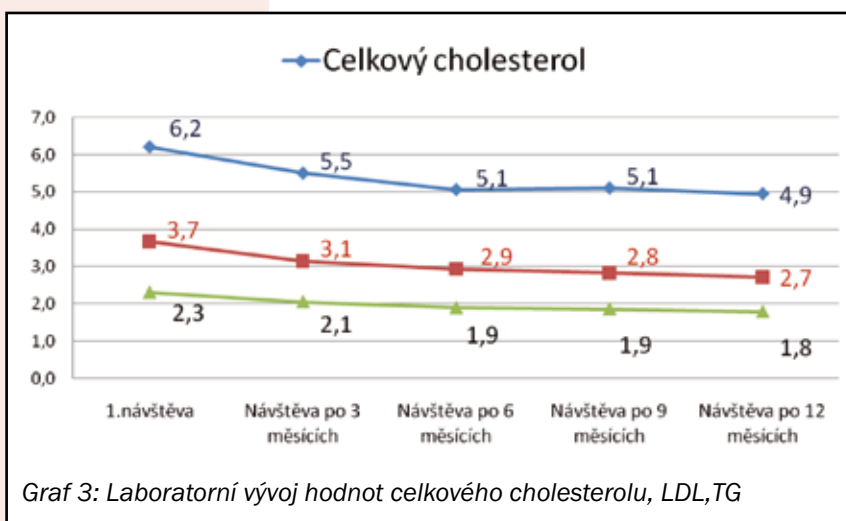
Apotex

Graf 1: Klasifikace dle Fontainea v průběhu jednoho roku

	% Pacientů při vstupu do studie (N=3 596)	% Pacientů při výstupu ze studie (N =3 571)
I. Asymptomatické stadium	37,2%	50,0%
II. A Klaudivace nad 200 m chůze	33,6%	32,3%
II.B Klaudivace pod 200 m chůze	19,2%	11,3%
III. Klidové bolesti	6,6%	3,9%
IV. Trofické změny akutně i anamnesticky	3,3%	2,4%
Grand Total	100,0%	100,0%



Graf 2: Přidružená onemocnění



Graf 3: Laboratorní vývoj hodnot celkového cholesterolu, LDL, TG

Doporučenou součástí fyzikálního vyšetření je také tzv. polohový test, hodnotící barevné změny končetiny při elevaci a následném svěšení. Správné vyhodnocení testu vyžaduje alespoň minimální zkušenost vyšetřujícího lékaře.

Mnozí praktičtí lékaři dnes provádějí v ordinaci i jednoduché měření kotníkových tlaků tužkovým dopplerovským průtokoměrem. Toto měření umožňuje zároveň stanovení indexu kotníků – paže ABI (Ankle Brachial Index) určujícího poměr mezi systolickým tlakem na horní a dolní končetině stejné strany. Měření se provádí na každé končetině zvlášť pomocí sondy zachycující akustický signál, přičemž celé vyšetření trvá 5 - 10 minut. Je tedy nejjednodušším a nejcitlivějším diagnostickým přístupem k posouzení průchodnosti tepen dolních končetin. Tento index je hodnocen jako nezávislý ukazatel rizika rozvoje kardiovaskulárních onemocnění. Normální hod-

nota ABI je 1- 1,29 (za hraniční hodnotu se považuje 0,91 - 0,99). ABI pod 0,9 je zcela jednoznačně patologická hodnota, která svědčí pro přítomnost ICHDK. Čím nižší ABI, tím vyšší riziko kardiovaskulární morbidity a mortality. Snížená hodnota není pouze indikátorem přítomnosti ICHDK, ale je významným prediktorem zvýšeného kardiovaskulárního rizika. Panuje názor, že vzhledem k prevalenci a diagnostickému významu ICHDK bude dopplerovský přístroj v budoucnu jistě patřit k běžnému vybavení ordinace praktického lékaře.

V praxi jsou dnes k vidění i automatické přístroje s manžetami na čtyři končetiny, které během několika minut vyhodnotí oboustranně ABI. Diskutuje se využití vyšetření indexu ABI v blízké budoucnosti – jako screeningové metody, prováděné u osob 50 - 69 let s přítomností rizikových faktorů, nebo u nemocných nad 70 let. Je nejjednodušší možností stanovení subklinické aterosklerozy, jak pro záchyt, tak pro sledování nemoci.

Další vyšetření zejména přístrojová spadají do kompetence angiologů (obvykle se jedná o vyšetření duplexní sonografií, vyšetření klaudivační vzdálenosti na běžícím pásu za standardních podmínek. Magnetická resonance (MR) CT angiografie (CTA) případně digitální subtrakční angiografie (DSA). Základem léčby ICHDK je doživotní léčebná intervence rizikových faktorů aterosklerozy se snahou zabránit systémovým komplikacím generalizované AS, zejména prevence vzniku IM, CMP a samozřejmě zlepšení obtíží nemocného. Těžiště léčby tedy spočívá v možném ovlivnění rizikových faktorů jako je kouření, arteriální hypertenze, dyslipidémie, diabetes mellitus, nadváha.

Trendy – terapie

Na prvním místě v léčebných opatřeních u pacientů se zjištěnou ICHDK je prevence progresu onemocnění a prevence KV příhod.

Samozřejmě jiný bude přístup k pacientovi s kritickou končetinovou ischemií, kde se snažíme o záchranu končetiny. Pro praktické lékaře tady platí pravidlo „First Call“ neboli okamžitý převoz RZ (155) do nejbližšího spádového angiologického, interního či chirurgického pracoviště dle místních podmínek. V tomto případě praktický lékař do příjezdu ZS zajišťuje základní životní funkce a zahájí empirickou léčbu heparinem 5 - 10 000 jednotek intravenózně, dle potřeby podává analgetika - pravidla pro transport na specializovanou oddělení jsou jiná v různých krajích.

Jinak musí být pacienti s ICHDK léčeni stejně jako pacienti s ostatní lokalizací aterosklerozy – tedy intenzivním ovlivňováním rizikových faktorů a sekundární prevencí.

Velmi žádoucí jsou režimová opatření jako je zvýšení fyzické aktivity a dietní doporučení vedoucí k redukci na váze. Klíčovým bodem v péči o pacienty s ICHDK je ukončení kouření pro velmi významné snížení KV rizika. Samozřejmě by měla být kontrola hypertenze k cílovým hodnotám, rovněž tak kontrola hladin LDL, kontrola glykémie u diabetiků, i podávání protidestičkových látek. Vzhledem k suverénnímu místu v hypolipidemické léčbě mezinárodní doporučení považují podávání statinů za indikované u všech pacientů s ICHDK s cílovými hodnotami pro LDL cholesterol pod 2. Rovněž tak zásadní preventivní účinek má léčba antihipertenzivní. Obzvláště významné místo

v léčbě zaujímají preparáty ze skupiny ACE inhibitorů. Všichni pacienti s ICHDK jsou indikováni k dlouhodobé léčbě protideštičkovými látkami, jejichž podávání prokazatelně snižuje výskyt kardiovaskulárních příhod.

Projekt MOET ICHDK byl zahájen na jaře roku 2008. Již jednoduché dotazníkové průzkumy v úvodní části projektu ukázaly tu skutečnost, že v ordinacích všeobecných praktických lékařů je evidována jen malá část z předpokládaného počtu případů. Zbývající nejsou podchyceni. Také bylo zjištěno, že jenom asi 30 % VPL si bylo vědomo prognostické významnosti ICHDK a pouhých 10 % všeobecných praktických lékařů bylo obeznámeno s možností detekce symptomatických případů pomocí měření ABI indexu, který je doporučován na základě mezinárodního konsensu rizikových osob.

V první fázi projektu šlo o vyhledávání nemocných s ICHDK u nichž dosud nebyla nasazena léčba nebo nebyli adekvátně léčeni co se týče intervence rizikových faktorů aterosklerozy.

Do budoucna plánovaná druhá fáze projektu by měla být zaměřena na záchyt nemocných v časných symptomatických stádiích. Cílená vyšetření by měla být prováděna především ve skupinách osob s vysokým rizikem ICHDK – u diabetiků, kuřáků, hypertoniků, nemocných s poruchou metabolismu lipidů a u pacientů s postižením koronárních nebo cerebrálních tepen.

Metodika projektu

Výběr byl proveden pouze z aktivně přihlášených vše-

obecných praktických lékařů z celé České republiky, kteří zařazovali pacienty s již známou ICHDK, či pacienty s kumulací rizikových faktorů KVO. Sledování pacientů probíhalo jeden rok a pacient absolvoval čtyři kontrolní návštěvy. Při zařazení pacienta bylo při vstupním vyšetření provedeno podrobné vyšetření fyzikální, stanoveno stadium ICHDK podle Fontaina, vyhodnoceny všechny rizikové faktory související s kardiovaskulárními chorobami. Byla zaznamenána aktuální terapie a případné komorbiditidy pacienta.

Výsledky

Do studie vstoupilo celkem 338 lékařů z celé České republiky z nichž kompletně studii ukončilo 217 lékařů, což je 64 % z celkového počtu všech lékařů.

Zařazeno bylo 3 945 pacientů a 3 596 pacientů studii řádně ukončilo. Mezi zařazenými pacienty bylo 2 228 mužů (62,2 %) a 1 356 žen tj. 37,8 % zařazených. Každý praktický lékař sledoval průměrně 18 pacientů. 96,9 % zařazených pacientů bylo ve věku nad 50 let.

Při vstupu do studie bylo 34 % pacientů kuřáků. Zatímco při ukončení studie poklesl jejich počet na 27,5 %.

Nově diagnostikovaná byla ischemická choroba dolních končetin u 1 896 pacientů účastnících se projektu což je 52,7 %.

V průběhu sledovaného období došlo dle pacientových subjektivních obtíží.

k překlasifikování dle Fontaina klasifikace (vývoj vstupní vyšetření – a hodnocení po roce viz graf č. 1). Cca jedna třetina pacientů byla klasifikována jako

do budoucna plánovaná druhá fáze projektu MOET ICHDK by měla být zaměřena na záchyt nemocných v časných symptomatických stádiích

COMPEK
MEDICALSERVICES
DODAVATEL KOMPLETNÍ ORDINACE

boso
BOSCH + SOHN
GERMANY

Systém pro včasnou diagnostiku ICHDK Jednoduché, přesné, časově nenáročné

Existují časové prognózy, kterým je možné věřit...

... a jiné, na které se můžete spolehnout:

boso ABI-systém 100



www.boso-abi.cz

~~54.900,- Kč~~

49.990,- Kč

Cena bez 10% DPH
Akční nabídka je časově omezena.

Vyžádejte si přístroj pro bezplatné vyzkoušení na www.boso-abi.cz

COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o. - 17. listopadu 861, 506 01 Jičín
tel./fax: + 420 493 524 534, mobil: + 420 605 281 433, e-mail: info@compek.cz, www.compek.cz

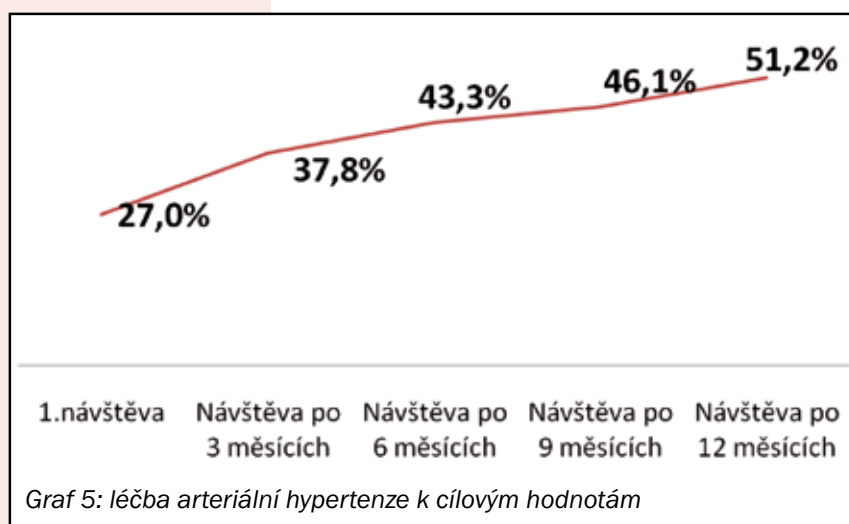
Graf 4: Průměrná hodnota BMI

BMI	1. návštěva	Návštěva po 3 měsících	Návštěva po 6 měsících	Návštěva po 9 měsících	Návštěva po 12 měsících
průměr	28,7	28,7	28,6	28,6	28,3
do 20	1,0%	1,0%	0,9%	1,0%	1,0%
20-25	18,6%	18,8%	18,7%	18,8%	21,1%
25-30	47,4%	47,8%	48,2%	48,0%	48,0%
30-35	24,1%	24,2%	24,1%	24,1%	22,7%
35-40	6,5%	6,0%	6,0%	5,8%	5,2%
více než 40	2,4%	2,2%	2,3%	2,3%	2,0%
počet pacientů (N)	3590	3353	3358	3276	3492

ně došlo k omezení proskripce vazodilatačních preparátů zejména jejich kombinací.

Zvýšení fyzické aktivity

Největších úspěchů v léčbě dosáhli pacienti, kteří kromě doporučené medikace přistoupili na trénink chůzí. Jeho vliv na průběh onemocnění je zcela zásadní, neboť při svalovém tréninku dochází k rozvoji kolaterál a tím zmenšení klaudikačních obtíží.



Závěr

Rizikové faktory aterosklerózy jsou u pacientů s ICHDK dosti podceňovány a kontrola hypertenze, glykémie, cholesterolémie je významně horší než u pacientů s ICHS. Tito pacienti mají tedy horší prognózu a nižší desetileté přežití. Projekt MOET ICHDK poukázal na významné snížení kardiovaskulárního rizika u pacientů s ICHDK pokud se snažíme zasáhnout najednou na několika úrovních současně.

V průběhu projektu byla zlepšena péče u všech forem nemoci, byla posílena intervence rizik, komplexní léčba periferní aterosklerózy byla rozšířena i na nemocné s ICHDK bez symptomů (54 % nově diagnostikovaná ICHDK). Terapie byla adherentní k DP – každý pacient s ICHDK je indikován k protidestičkové léčbě. Přidružená onemocnění (hypertenze, dyslipidémie) jsou léčena v souladu s aktuálními Doporučeními postupy.

Daleko problematičtější je změna režimových opatření a životního stylu pacientů, přes trvale stoupající i mediální tlak nedochází k uspokojivému snižování nadváhy, ukončení kouření a větší pohybové aktivitě. V zatím pouze plánované (z finančních důvodů odložené) druhé části projektu bychom chtěli prokázat, že lze provádět screening ICHDK v ambulancích praktických lékařů pomocí jednoduchého měření periferních tlaků a stanovení indexu kotník – paže (Ankle Brachial Index – ABI).

MUDr. Jana Vojtíšková – absolvovala FVL UK Praha a nastoupila jako sekundární lékařka na interní oddělení NsP Frýdlant v Čechách (OÚNZ Liberec); 1983 atestace z vnitřního lékařství I. st.; 1986 atestace všeobecné lékařství I. st.; od roku 1993 soukromá praxe praktického lékaře pro dospělé v Praze 4. V posledních několika letech (od roku 2003) pracuje jako odborná asistentka Ústavu všeobecného lékařství I. LF UK Praha, externí učitelka 2. lékařské fakulty UK, dále je školitelkou Katedry všeobecného lékařství IPVZ. Podílí se na pregraduální výuce studentů 4. a 6. ročníku lékařské fakulty. Spoluautorka skript a učebnice primární péče pro studenty všeobecného lékařství. Dlouholetá členka SVL ČLS JEP, podílí se na tvorbě doporučených postupů pro PL, zejména z oblasti gastroenterologie. Členka redakční rady časopisu Practicus. Z oblasti praktického lékařství přednáší a publikuje. Podílí se na mnoha projektech zejména v oblasti zvyšování kvality v primární péči. Po získání certifikátu GCP-ICH Standards se účastní řady klinických studií.

stadium IIa (bezbolestná vzdálenost delší 200 m). Asi 40 % pacientů bylo zcela symptomatických stran klaudikací.

V průběhu projektu byla zaznamenávána a vyhodnocena četnost přidružených onemocnění (hypertenze, CMP, diabetes, renální onemocnění apod. viz graf č. 2), kde zcela jednoznačně figuruje arteriální hypertenze a onemocnění diabetem II. typu.

Téměř 80 % zařazených pacientů mělo nadváhu s BMI nad 25 a bohužel po ročním sledování nedošlo k významné změně (viz graf. č. 4).

Za úspěch projektu považujeme zlepšení lipidogramu (graf č. 3). V souboru došlo k poklesu celkového plazmatického cholesterolu ze 6 mmol/l při první návštěvě na 4,9 mmol/l po ročním sledování. Průměrná hodnota LDL cholesterolu 3,6 mmol/l při první návštěvě poklesla na 2,7 mmol/l při ukončení sledování. Efekt hypolipidemické léčby byl též pozorován i v trendu hodnot triacylglycerolů (oproti jedné třetině pacientů při vstupním vyšetření mělo po roce léčby 70 % hodnoty TG v normě). Základem léčby byl statin. U 2/3 pacientů to byl simvastatin, při čemž vstupní dávka se navyšovala podle aktuálního vývoje lipidogramu.

Významně se zlepšila kontrola hypertenze, kde se podařilo zdvojnásobit počet pacientů léčených k cílovým hodnotám TK (graf č. 5). Při čtvrté kontrolní návštěvě bylo více jak 54,5 % pacientů léčeno k cílovým hodnotám (130/80), zatímco při úvodní návštěvě to bylo pouhých 27,9 %.

90 % zařazených pacientů bylo léčeno kombinací statin, antiagregans, vazodilatans, při čemž velmi výraz-

MUDr. Blanka Horová

Oddělení klinické mikrobiologie FN Na Bulovce Praha

Problematika chlamydiových infekcí očima mikrobiologa

Úvod: V posledních letech se objevuje stále častěji problém s chlamydiovými infekcemi, ať v ambulantních praktického lékaře, tak v nemocnicích, a proto je jim věnována stále větší pozornost. Průběžně přibývají nové poznatky nejen v rámci mikrobiologie chlamydií, ale i v infektologii, imunologii a epidemiologii. Možnosti laboratorní diagnostiky se rozšiřují, zpřisňuje se výběr antibiotik a tím je stále upřesňován pohled na patogenезi a klinický dopad chlamydióz. Nová zjištění a informace nejsou vždy dobře a včas přenesena do širší lékařské praxe nebo nejsou správně interpretována. A tak dochází k nadhodnocení nebo i naopak podhodnocení klinického významu infekce a ruku v ruce s tím i k aplikaci nesprávných diagnostických a léčebných postupů.

Současný stav a situaci na poli chlamydiových infekcí je možno zlepšit průběžným informováním lékařů o možnostech přesné diagnostiky, diagnostiku rozšiřovat, doplňovat a vnášet moudře závěry do terapeutických aplikací. Toto vše je nutné za přísné a důsledné spolupráce klinických lékařů s mikrobiology a laboratorními pracovníky obecně. Efektivní léčba je dostupná, lékaři ji znají, ale laboratorní diagnostika není ujednocená, některým lékařům méně dostupná a neposlední řadě ekonomicky náročná.

Taxonomie

Chlamydie patří do samostatné čeledi Chlamydiaceae, zahrnující dva rody (Bergey's manual, 2005), rod Chlamydia, ve kterém je klasifikován důležitý druh Ch. trachomatis, patogenní pro člověka a rod Chlamydophila s druhy Ch. psittaci, primárně zoonotickým a Ch. pneumoniae jako původce lidských onemocnění.

Čeleď: **CHLAMYDIACEAE**Rod: **CHLAMYDIA**Druh: **TRACHOMATIS
MURIDARUM
SUIS**Rod: **CHLAMYDOPHILA**Druh: **PNEUMONIAE - TWAR
PSITTACI
PECORUM
FELIS, ABORTUS**

Mikrobiologie

Chlamydie žijí uvnitř živé buňky, na které jsou plně závislé. Strukturou jsou Gram negativní bakterie s nekompletní bakteriální stěnou, kde chybí kyselina muramová a stěna obsahuje větší množství lipidů. Jsou schopné makromolekulární přeměny, rostou a množí se, ale nemají vlastní systém pro tvorbu ATP a energii získávají z hostitelské živé buňky, jsou nazývány energetičtí parazité.

Mají zcela zvláštní, dlouhý a komplikovaný životní cyklus, který probíhá v buňce makroorganismu. Růstový cyklus odlišuje tyto rody od ostatních mikroorganismů, představuje jejich důslednou ochranu, trvá 48 – 72 hodin a střídají se v něm přeměny metabolicky neaktivních infekčních elementárních

tělísek s neinfekčními metabolicky aktivními retikulárními tělísky. Proces začíná fagocytózou elementárního tělíska do hostitelské buňky, infikuje ji a za několik hodin po vstupu do buňky se ve fagozomu mění v retikulární tělísko. V dalších 24-48 hodinách se intenzívně dělí a poté opět kondenzují v elementární tělíska, která dále pronikají do extracelulárního prostoru a adheerují, pomocí cylindrických projekcí ve své buněčné membráně k další hostitelské buňce, infikují ji a zahájí další rozmnožovací cyklus chlamydií.

Aberantní tělíska, perzistentní formy, intracelulární nedělící se, vznikají po dlouhé přítomnosti chlamydií v hostitelských buňkách a mohou být příčinou reaktivity a chronicity onemocnění.

Infekciozita

Antigenní výbava chlamydií je riziková, neb neprobíhají-li imunitní děje v těle člověka vyváženě, může dojít v důsledku vlastností chlamydie k přechodu fyziologické obranné reakce v patologický děj. Všechny chlamydie nesou společný, rodově specifický, termolabilní, lipopolysacharidový antigen LPS, který je prozánětlivý aktivátor makrofágů a lymfocytů. Druhově specifické antigeny jsou proteiny zevní membrány, komplex membránových proteinů, MOMP, nazývaný cytoadhezín, jehož hlavní povrchový antigen je OMP1.

Chlamydiový protein tepelného šoku, chHsp 60, hraje roli při poškození buněk tkání během chronické infekce a je zachycován při perzistentních infekcích.

Vznik perzistentní infekce podporuje další faktor virulence chlamydií, MIP antigen, protein, který pomáhá intracelulárnímu přežívání chlamydií.



MUDr. Blanka Horová

často dochází k nadhodnocení nebo i naopak podhodnocení klinického významu chlamydiové infekce a ruku v ruce s tím i k aplikaci nesprávných diagnostických a léčebných postupů

Tabulka 1:
PŘÍMÝ PRŮKAZ CHLAMYDIE

kultivace	tkáňové kultury	cytopatický efekt
imunenzymochromatografie	destičky typu Clearview Bionexia (Chl. trachomatis)	screening
imunofluorescence IF	detekce LPS (všech druhů chlam.) MOMP (Ch. trachomatis, Chl. pneumoniae)	rychlá metoda zatížená subj. hodnocením (mikroskopie)
ELISA testy	detekce LPS praktické využití u Chl. trachomatis	citlivost 60-80 %
molekulárně biologické metody	neamplifikační test – GeneProbe amplifikační testy – LCX, PCR	vysoká specifita, nižší citlivost přesné, rychlé, spolehlivé

NEPŘÍMÝ PRŮKAZ CHLAMYDIE

protilátky proti LPS = rodový antigen chlamydie - IgA, IgG, IgM	ELISA IMMUNOBLOT	protilátky nastupují dříve (10. den) než druhové a postupně vymizí
protilátky proti MOMP = druhové antigeny - anti Chl. trachomatis (IgA, IgG, IgM) - anti Chl. pneumoniae (IgA, IgG, IgM) - anti Chl. psittaci (IgA, IgG, IgM)	ELISA IMMUNOBLOT MIF	nastupují 3.-6. týden onemocnění a přetrvávají déle
protilátky IgG proti chHsp60 = chladový protein	ELISA	dávány do souvislosti s pozdními následky prodělaných infekcí

Ch. trachomatis
podléhá hlášení podle
prováděcí vyhlášky
195/2005 zákona
258/2000 o ochraně
veřejného zdraví

infekci řídí
nitrobuněčný
parazitismus
chlamydie a aktuální
imunitní stav
pacienta (produkce
interferonu gama)

Klinická manifestace

Základním patogenetickým mechanismem chlamydiového onemocnění je zánět s tendencí ke chronicitě.

Chlamydia trachomatis a jimi vyvolaná onemocnění jsou celosvětovým problémem. Sérotypy A, B, Ba, C vyvolávají trachom, za lymfogranuloma venereum jsou zodpovědné typy L1, L2, La2, L3 a jako původce urogenitálních infekcí, infekcí neonatálních a očních jsou identifikovány sérotypy D – K. Ch. trachomatis způsobuje genitální infekce přenášené pohlavním stykem. Vyvolávají různé druhy zánětů pohlavních orgánů, mohou být zodpovědné za neplodnost u žen nebo ohrozit novorozence infekcí. Ch. trachomatis podléhá hlášení podle prováděcí vyhlášky 195/2005 zákona 258/2000 o ochraně veřejného zdraví.

Chlamydia pneumoniae má primárně patogenní afinitu k respiračnímu traktu, je zodpovědná za komunitní pneumonie, exacerbace astma bronchiale, chronický zánět průdušek, zhoršuje cystickou fibrózu (Marek M., TRN FN Motol), má podíl na diagnózách myokarditis, pericarditis, endokarditis, na arteritidách, onemocněních koronárních cév, je dávána do souvislosti s neurologickými onemocněními (RS), civilizačními chorobami

a v neposlední řadě i s vývojem autoimunních onemocnění.

Onemocnění probíhají jako chronický zánět představující deregulaci imunity s výsledkem fibroprodukce tkání. Průběh zánětu je ovlivněn individuální reaktivitou pacienta danou geneticky. Existuje souvislost alel HLA s klinickými projevy (např. pozitivní znak HLA-B27 a reaktivní artritida). U nosičů HLA-B27 je výrazně alterována nitrobuněčná baktericidie, infikovaná buňka uniká eliminaci a zánět vytvoří podmínky pro indukci autoagresivity.

Patologický děj probíhá v biochemickém cyklu napadených buněk chlamydiemi, a to interakcí folátu a metioninu za vzniku homocysteinu, toxické látky, jejíž hromadění v buňkách a tkáních spouští řadu chorobných procesů (Erben K., Poradna pro civilizační choroby R.M.A. Centrum Praha).

Diagnostika

Diagnostika chlamydiových onemocnění sestává z klinického stavu pacienta, pokračuje vyšetřeními mikrobiologickými, imunologickými, vyšetřením biomarkerů a vlastní léčbou. Infekci řídí nitrobuněčný parazitismus chlamydie a aktuální imunitní stav pacienta (produkce interferonu gama).

Spektrum mikrobiologických metod zahrnuje techniky pro přímý a nepřímý průkaz chlamydií.

Pro **přímý průkaz** je třeba provést odběry tak, aby obsahovaly co nejvíce buněčného materiálu (epitelií).

Průkaz kultivací na tkáňových kulturách buněk McCoy s hodnocením cytopatického efektu se pro délku vyšetření, 72 hodin, rutinně neprovádí.

Metoda přímé imunofluorescence (IF) prokazuje specifické antigeny na povrchu elementárních tělísek pomocí monoklonálních protilátek značených fluoresceinem, hodnocení je mikroskopické, je náročné na zkušenost hodnotícího pracovníka, ale jako jediná metoda přináší možnost zjištění falešné negativy způsobené špatným odběrem, kdy v mikroskopu není vidět dostatečné množství buněk.

Dnes se nejvíce vyšetřuje metodami molekulární biologie, **metodami detekce genomu chlamydie pomocí PCR**, které jsou velmi citlivé, přesné, rychlé s objektivním vyhodnocením a spolehlivým systémem kontrol. Metoda je velmi vhodná pro zjištění chlamydií ze všech dobře odebraných biologických materiálů včetně spermatu a detekce Ch. trachomatis pro účely umělého oplodnění.

Výjimku tvoří vyšetření krve, které není zpravidla pro diagnostiku přínosné. Ch. pneumoniae se takto dobře prokazuje setem CAP – komunitní pneumoniae, který ještě navíc detekuje hemofily, pneumokoky, moraxely, legionely, mykoplazmata a bordetely.

Testy imunochromatografické „Clearview Chlamy Test“ nebo nově Bio Nexia slouží jako screening, který se doporučuje ověřit další metodou.

Nepřímý průkaz chlamydiové infekce je založen na stanovení titru protilátek metodami ELISA a Immunoblot. V začátku onemocnění je detekován nejprve titr protilátek proti rodově společné-

mu LPS a teprve v průběhu dalších týdnů se tvoří druhově specifické protilátky MOMP, které ve třídě IgM svědčí pro časnou fázi primoinfekce, ve třídě IgA o akutní nebo perzistující infekci a IgG protilátky jsou důkazem již prodělané infekce přetrvávající i roky. U dětí do 2 let věku, pro nevyzrálou B-lymfocytů, je nedostatečná tvorba protilátek proti LPS a druhově specifické protilátky jsou zde nezastupitelné. Průkaz proteinů tepelného šoku chHsp svědčí o vlekle probíhající onemocnění, chronicitě a perzistenci infekce. Nepřímá vyšetření chlamydiových infekcí dokresluje celkový klinický obraz pacientů, samotná nemohou vypovídat o stavu chlamydiové infekce a měla by se provádět vždy společně s vyšetřeními na přímý průkaz chlamydie, a to vše za úzké spolupráce klinika a mikrobiologa.

Základní podmínkou kvalitní laboratorní diagnostiky je správně provedený odběr biologického materiálu, odběr musí odpovídat typu odběrové soupravy a vybranému laboratornímu testu. Návod a instrukce k odběru dodává laboratoř. S ohledem na nitrobuněčný růst chlamydií je nutno stěry odebírat tak, aby došlo k abrazi buněk sliznice a provádět je na tampony z dakronu.

Pro přímou detekci Chlamydia trachomatis metodou ELISA se provádí výtěr z uretry rotačním pohybem 20 sek. (2 hodiny před odběrem nemočit) u mužů z hloubky 2-4 cm, u žen endocervikální výtěr po odstranění exocervikálního hleny.

Pro metodu IF stejným způsobem cervix, uretra, konjunktivální stěr, nasofaryngeální výtěr, rektální výtěr.

Metody molekulárně biologické vyšetřují cervix a uretru současně s detekcí Neisseria gonorrhoeae z jednoho odběru, vyšetřují první porci vymočené ranní moči, kloubní punktát, punktát Douglassova prostoru nebo materiál získaný při laparoskopii. Zde je třeba připomenout, že vyšetřování těchto druhů klinických materiálů je spojeno s rizikem inhibice testu a test se musí opakovat. Ze stejných důvodů pro metody molekulárně biologické nepoužívat k odběru tampony na dřevě – „špejli“, ale na drátě nebo umělé hmotě.

Přímá detekce Ch. pneumoniae se provádí z horních dýchacích cest výtěrem, ale má menší výpovědní hodnotu, cennější je průkaz z indukovaného sputa, bronchoalveolární laváže, aspirátu, pohrudničního výpotku, odebírá se též kloubní

Tabulka 1: MOŽNOSTI ANTIBIOTICKÉ LÉČBY CHL. INFEKČÍ

AZALIDY (Azitromycin)	SUMAMED	500 mg	1x denně	3, 6, 9 dní
		1 g	jednorázově	
	ZETAMAC	2 g	jednorázově	
MAKROLIDY	KLCID SR do 80 kg váhy	500 mg	1x denně	14 dní
	nad 80 kg váhy	1 000 mg	1x denně	14 dní
	ERYTROMYCIN	500 mg	4x denně	7-14 dní
	ROVAMYCIN	500 mg	2x denně	7-14 dní
	ROXITROMYCIN	500 mg	3x denně	7-14 dní
TETRACYKLINY	DOXYCYCLIN	1 000 mg	2x denně	14 dní
FLUOROCHINOLONY	OFLOXACIN	400 mg	2x denně	7-14 dní
	PEFLOXACIN	400 mg	2x denně	7-14 dní
	CIPROFLOXACIN	500 mg	2x denně	7-14 dní
KOMBINACE	MAKROLIDY + FLUOROCHINOLONY MAKROLIDY + RIFAMPICIN MAKROLIDY + NITROIMIDAZOLY			
PULZNÍ TERAPIE	SUMAMED - 500 mg, 1x denně, 9 dnů + 6 dnů pauza + 500 mg, 1x d., 6 dnů			
	DOXYCYCLIN - 200 mg, 1x d., 10 dní + 2 dny pauza + 200 mg, 1x d., 10 dní			
	ZETAMAC - 2 g, jednorázově + 14 dnů pauza + 2 g jednorázově			
PRODLOUŽENÁ TERAPIE	DOXYCYCLIN - 200 mg, 1x denně, 21 dní			
	KLACID SR - 500 mg (1 000 mg), 1x denně, 21 dní			

punktát, cévní stěna u aterosklerozy nebo synoviální tkáň u chronické artritidy (odběry do sterilní odběrové nádoby). Pro nepřímý průkaz chlamydií se odebírá nativní krev.

Léčba

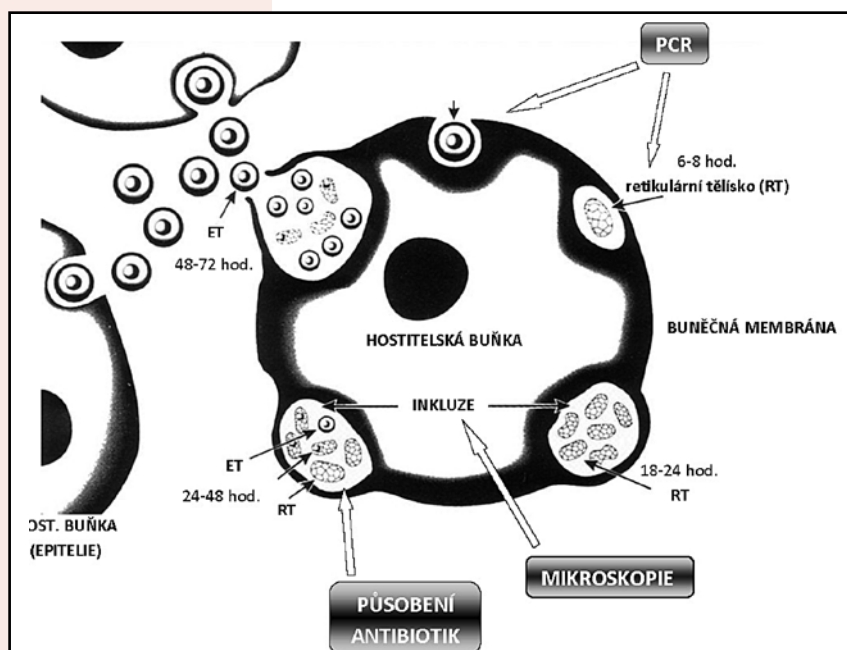
Strategie léčby chlamydiových infekcí spočívá v antiinfekční léčbě, jejímž základem je **dvojitě optimalizovaná léčba** (mikrobiologická diagnostika plus farmakologické parametry), dále léčba symptomatická a zařazení léčby psychologem. Úspěšná antiinfekční léčba chlamydiových infekcí vyžaduje, aby zvolené antibiotikum dobře proniklo do buněk, mělo vysoké tkáňové koncentrace v místě infekce a vysoké koncentrace v infikovaných buňkách, ve fagolysozomu, kde je chlamydie po celou dobu rozmnožovacího cyklu. Antibiotikum by mělo být stabilní v kyselém prostředí buněčných myeloperoxidáz a doba eliminačního poločasu by měla odpovídat délce životního cyklu chlamydie. Velmi důležité je připomenutí nekompletní buněčné stěny chlamydie a tím neexistující vazebné místo pro betalaktamová antibiotika. Je také třeba mít na paměti dlouhý vývojový cyklus chlamydií a jeho proměnlivost u jedinců s různou imunologickou výbavou. Jednotné schéma neexistuje, ale určitou měrou tyto požadavky splňují makrolidy, azalidy, systémové fluorochinolony působící imunostimulačně a tetracykliny spíše imunosupresivní.

Na základě výsledku intracelulární farmakokinetiky a farmakodynamiky má výhodu podání azalidů, azitromycinu (odvozeného od erytromycinu), který má v laktónovém kruhu vložen atom dusíku zajišťující jeho rychlý průnik. Navíc je možnost jeho jednodenního a dnes i jednorázového podání

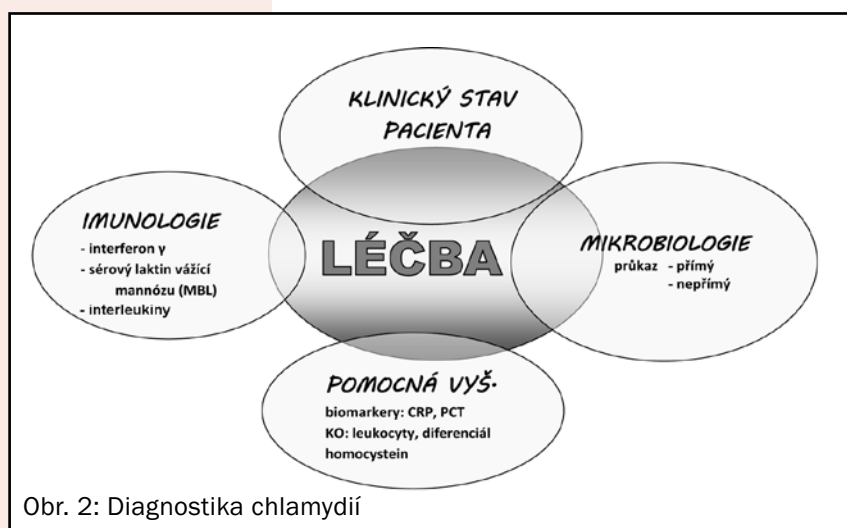
nepřímá vyšetření chlamydiových infekcí pouze dokresluje celkový klinický obraz pacientů, samotná nemohou vypovídat o stavu chlamydiové infekce a měla by se provádět vždy společně s vyšetřeními na přímý průkaz chlamydie

Jednotné schéma léčby neexistuje

velmi důležité je připomenutí nekompletní buněčné stěny chlamydie a tím neexistující vazebné místo pro betalaktamová antibiotika



Obr. 1: Unikátní vývojový cyklus, formy chlamydií a možnost jejich detekce



Obr. 2: Diagnostika chlamydií

Je potřeba zpřesnit odpověď na otázku kdy a jak dlouho léčit chlamydiovou infekci, kdy a jak dělat kontroly léčby a jakou metodu k tomu zvolit

v situacích kdy nelze zaručit spolupráci pacienta. V současné době je v naší republice registrován azitromycin v lékové formě granulí pod názvem Zetamac á 2 g s prodlouženým uvolňováním pro jednorázovou perorální aplikaci. Antibiotika se podávají v monoterapii, může následovat kombinační nebo pulsní léčba, s dobrým efektem bývá léčba prodloužená nebo možno zvážít léčbu sekvenční. V kombinacích se uplatňují nitroimidazoly a rifampicin, který zabraňuje transformaci elementárního tělíska na retikulární.

Epidemiologie

Chlamydie patří mezi mikroorganismy, které se vyskytují v přírodě ubikvitně. Infekce se šíří kapenkami nebo přímým kontaktem z člověka na člověka (Ch. psittaci se mezi lidmi nešíří, nákaza je jenom ze zvířete). Nákazy jsou akutní a často probíhají chronicky. Odolnost chlamydií vůči fyzikálním a chemickým vlivům je malá, při teplotě 56 °C rychle hynou, jsou citlivé vůči běžným desinfekcím.

ním prostředků, nesnáší vyschnutí s výjimkou Ch. psittaci, která vydrží na kontaminovaných předmětech i měsíce.

Závěr

Stavům chronické a persistentní infekce lze předcházet systematickým nechaotickým vyšetřováním, vyhledáváním a léčbou akutních infekcí. Diagnostika se zpřesňuje, ale je potřeba do diagnostiky zavést a propracovat imunologické metody vyšetřování, doplnit nepřímý průkaz o imunitu, aviditu, pevnost vazby protilátek a pátrat po testu přímého, rychlého průkazu Ch. pneumoniace jako screeningu a možná i očekávaný test, analogický testu Quantiferon TB Gold na průkaz interferonu gama.

Úplně závěrem je potřeba zpřesnit odpověď na otázku kdy a jak dlouho léčit chlamydiovou infekci, kdy a jak dělat kontroly léčby a jakou metodu k tomu zvolit.

Literatura:

1. Bartoníčková K. Co by měl urolog vědět o chlamydiových infekcích – přehled současného stavu. Urologie pro praxi 2003; 3: 94-98
2. Bednář M. Lékařská a speciální mikrobiologie a parazitologie, Praha, Triton 1994
3. Beneš J. Farmakokinetika azitromycinu a její klinický význam. Klinická mikrobiologie a infekční lékařství 1999;5
4. Fedler C., Lajko S., Sørensen H. Frekvence patogenních bakterií u pacientů s reaktivní artritidou a nediferencovanou oligoartritidou, relativní důležitost testů užívaných pro diagnózu. Ann.rheum.Dis.60, 2001; 4: 337-343
5. Fröstl M., Kalousek I. Zkušenosti s enzymoterapií v rámci komplexní léčby urogenit. Infekcí chlamydia trachomatis. Urolog pro Praxi 2006; 5: 243-245
6. Greenwood D. Lékařská a speciální mikrobiologie, Praha, Grada 1999
7. Hrubá D., Čihák J., Macková B. Prevalence of Chlamydia trachomatis infection in women undergoing surgical abortion. In: Abstracts-Sexually Transmitted Diseases in a Changing Europe, Rotterdam, The Netherlands, April 2000, Abstract 27
8. Matejčka F. Reaktivní artritidy. Klin. Revmatologie, Praha, Galén 2003
9. Medková Z., Jarčuška P. Chlamydiové infekce, Praha, Triton 2001
10. Mičuda S. Makrolidy – Farmakologický přehled. Farmakologické repertorium, 2001
11. Roubalová K. Metodický návod pro diagnostiku Chlamydia trachomatis.2001, NRL pro chlamydie, CEM, SZÚ, Praha
12. Polcarová D. Chlamydie v oborech medicíny. I. a II.Konference Chlamydiová infekce – zákeřný nepřítel. 2009, 2010. Sborník abstrakt
13. Teislerová D., Žampachová E. Použití metody Western blot v sérologické diagnostice chlamydiových infekcí. Klinická mikrobiologie a infekční lékařství 2007; 1: 21-25
14. Toršová V. Urogenitální chlamydiové infekce: stále aktuální problém. Praktická gynekologie 2004; 4: 153-57
15. Young H. Clearview Chlamydia – The Technology. Dep.of Bacteriology, University Medical School, Edinburgh 1990

MUDr. Blanka Horová - LF KU ukončila v r. 1973. Po promoci 1 rok na oddělení mikrobiologie KHS Ústí nad Labem, dále na oddělení mikrobiologie nemocnice na Bulovce, atestace 1. a 2. stupně v oboru mikrobiologie, od roku 1987 primář oddělení klinické mikrobiologie FN Na Bulovce, kde dosud. Je antibiotickým konzultantem, aktivním členem lékové komise a odpovědným pracovníkem za činnost laboratoří v nemocnici s cílem naplnění koncepce oboru celého komplementu, laboratorní medicíny.

Medicom - Erdomed

Dotazy a odpovědi

Prevence tromboembolické nemoci dle praktického lékaře

Dotaz:

Vážení v redakci Practicusu, v poslední době se mi často stává, že do mé ordinace přicházejí pacienti s nálezem z ortopedie při akutním úrazu dolní končetiny řešené fixací, na kterém stojí: „prevence tromboembolické nemoci dle praktického lékaře“. Připadá mě, že se jedná o ryzí alibizmus, protože stejná věta je u mladých, jinak zcela zdravých pacientů, ale i u pacientů s anamnezou TEN popř. u pacientů s geneticky podmíněnou poruchou koagulace. Nevím, jak se mám k tomuto problému postavit, má totiž rovinu nejen medicínskou, ale samozřejmě též forenzní. Existuje nějaká stratifikace rizika TEN, resp. racionálních léčebných opatření při fixaci dolních končetin, o kterou by se PL mohl opřít?

K.F. Plzeň

Odpověď:

Operatér (chirurg, ortoped) by měl vždy písemně ve své závěrečné zprávě uvést jakým způsobem a na jak dlouho by měla být podávána prevence žilního tromboembolizmu s ohledem na trombofilní věk, typ operace, doba imobilizace, obezita, anamnéza žilní trombózy nebo plicní embolie, malignita...) a krvácivé (diabetes mellitus, renální insuficience, vředová choroba gastroduodena, současná terapie ASA...) riziko. V prevenci žilního TEN po fixaci dolních končetin lze použít návody a doporučení z českého i zahraničního písemnictví (MUDr. Kessler: www.thrombosis.cz, American College of Chest Physicians 2008:

www.chestnet.org/accp/guidelines/antithrombotic-and-thrombolytic-therapy-8th-edition).

U pacientů s poraněním dolních končetin, vyžadujícím sádrou nebo jinou fixaci zasahující nad koleno je indikováno podání LMWH po celou dobu fixace. Alternativou je jistě přechod z LMWH na warfarin s cílovým INR 2,0-3,0, ale je nutné zajistit pravidelné kontroly INR (úvodem min. 1-2x týdně), což může být při snížené mobilitě pacientů limitující faktor.

U pacientů s poraněním dolních končetin vyžadujícím sádrou fixaci zasahující pod koleno není farmakologická profylaxe doporučována rutinně, ale měly by být podávány (LMWH) po celou dobu fixace u osob se zvýšeným rizikem TEN (osoby s TEN v osobní anamnéze, osoby se známým laboratorním trombofilním stavem, nemocní s maligním nádorem, ženy užívající hormonální antikoncepci nebo substituci,

obézní jedinci - BMI > 30).

MUDr. Radovan Malý
Interní klinika FNHK

...

Dotaz:

Vážená redakce, v poslední době jsem několikrát slyšela o hygienických kontrolách v ordinacích kolegů praktických lékařů. Někteří užívali slovo „šikana“, nesplnitelné požadavky apod. Přestože se snažím vést ordinaci podle dostupných předpisů, nejspíše bych také měla problémy při kontrole obstát. Bylo by možné oslovit přímo kontrolní orgány a poté vydat např. obsáhlý článek, který by se tímto tématem zabýval? Konkrétně jakými přesně předpisy se řídit, ale zejména ryze praktické návody: např. jaké prostředky používat k čištění povrchů (například ukápnutá krev), jaké jsou nejlepší k dezinfekci kůže, jak správně likvidovat infekční odpad atd., atd.

Š.H.Praha

Hygienické kontroly v ordinacích

Odpověď:

Zajímavé okruhy by mohly být například:

Dotazy jsou v textu černě, odpovědi barevně (pozn. redakce)

Konkrétně jakými přesně předpisy se řídit - vyhláška 195/2005 kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí. Tato vyhláška obsahuje všechny podmínky pro provoz zdrav. zařízení a každá prováděná kontrola musí zjištěné nedostatky specifikovat dle této vyhlášky např. §7 odst.5 písm b) této vyhlášky ukládá povinnost používat k utírání rukou jednorázový materiál uložený v krytých zásobnících tedy případné používání látkového ručníku je chybou a v úředním protokolu, který pracovníci na místě píšou je uveden jako porušení §7 odst.5 písm b) ještě i s odkazem na §17 zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Takže nelze, aby pracovníci Hygienických stanic při provádění Státního zdravotního dozoru jehož četnost je stanovována MZ, požadovali v tomto případě ručníky o určité gramáži nebo určité barvy či velikosti. Mohou požadovat pouze to co je uvedeno v této vyhlášce. ale zejména ryze praktické návody: např. jaké prostředky používat k čištění povrchů (například ukápnutá krev) *tady je to složitější neboť prostředků jsou stovky proto požadavek není konkrétní ale zní na prostředek s virucidním účinkem jak uvádí příloha 3 od-*



st.C.I.2.1 písm.e), jaké jsou nejlepší k dezinfekci kůže zde je to obdobné všechny alkoholové dezinfekční prostředky určené pro dezinfekci rukou, jak správně likvidovat infekční odpad je uvedeno v §10 odst. 5) této vyhlášky kde je uvedeno, že odpad se odstraňuje denně, není-li skladován v chladničce je třeba jej odvážet každých 48 v létě a 72 v zimě., atd. V současné době je připravována novelizace této vyhlášky, která půjde i do vnějšího připomínkového řízení a vaše společnost se k ní jistě bude vyjadřovat.

Zajímavé okruhy by mohly být například:

- mytí a dezinfekce povrchů – podlahy, pracovní plochy, dřezy, horní plochy skříní, lehátka – úklid se provádí denně a na vlhko, na standardních odděleních lze použít jen detergenty (§10 odst.1) a 2), úklidové prostředky musí být vyčleněny na jednotlivé plochy - §10 odst.3)., (jiný kbelík na povrchy, jiný na podlahy). I když úklid je prováděn úklidovou firmou za případné nedostatky odpovídá ten kdo ordinaci provozuje. Je vhodné použít dezinfekční prostředky, které v jednom kroku současně myjí a dezinfikují, dezinfekční prostředky bez mycího účinku musí být používány ve dvou krocích což zdržuje. Frekvence střídání dezinfekčních prostředků není stanovena, v ambulantním provozu je nejlépe vybrat si ke střídání interval kdy využijí v přiměřeném časovém období celé balení dezinfekce a nezbydou mi pak proexspirované zbytky roztoků. Prostředek na plochy musí mít virucidní účinnost, obvykle bývá lepší vybrat si prostředek, který lze použít i na podlahy i na povrchy (ekonomické hledisko). Horní plochy skříní – nevidím zde žádný epidemiologický problém, frekvenci a způsob jejich úklidu si každý stanoví v provozním řádku, který předkládá Orgánu ochrany veř. zdraví tedy Hygienické službě ke schválení. To co je uvedeno v tomto řádku je povinností pracovníků dodržovat i kdyby to bylo přísnější než je stanoveno v citované vyhlášce. Lehátka na které pacient uléhá nekrytou kůží musí být pokryta jednorázovou textilií. (§9 odst.2).

- mytí a dezinfekce rukou a kůže vyhláška v §7 odst.5 písm c) stanoví, že k vyšetřování a léčení mohou zdrav. pracovníci přistupovat až po umytí rukou, nyní je trend mytí rukou jen při vstupu na pracoviště, před odchodem z pracoviště

a při viditelném znečištění, jinak mezi pacienty dezinfikovat, je to příznivější pro mikrofloru pokožky

- jednorázové vs. opakovaně použitelné pracovní pomůcky jednorázové pomůcky jsou všechny pomůcky, které mají tuto skutečnost na obalu uvedenou buď slovně nebo přeškrtnutou 2, výrobce nezaručuje bezpečnost opakovaného používání tohoto zdravotnického prostředku, žádná legislativa to též neřeší, citovaná vyhláška neuvádí možnost použít tyto zdrav. prostředky 2x či vícekrát, proto je lze použít pouze jednou, dnes by snad již nikdo opakovaně nepoužil stříkačku po dezinfekci k další aplikaci, tudíž není důvod používat ani ostatní jednorázový materiál

- předepsaný pracovní oděv – existuje zdrav. pracovníci musí nosit čisté osobní ochranné prostředky vyčleněné pouze pro své pracoviště, novela vyhlášky již bude řešit používání ochranných oděvů dle charakteru prováděné činnosti. Bude-li mít na pracovišti lékař na sobě kostkovanou košili, do které se v práci převléká či tričko s obrázkem a nebude v něm provádět invazivní zákroky dostojí vyhlášce.

- stínění oken – lze akceptovat záclony lze akceptovat tam, kde není prováděna manipulace s biol. materiálem a invazivní výkony

- světelné a teplotní podmínky na pracovišti vychází z vyhlášky pro pracovní prostředí 178/2001, kde pro práci v sedě je stanovena optimální teplota 22+2 °C

- likvidace odpadu – jehly, zkumavky s krví, použité obvazy-neznečištěné – co je a co není infekční odpad, čtverce, obvazy apod. Všechno co je kontaminováno biologickým materiálem je infekční odpad, jehly navíc jsou ostrý odpad

- přezouvání v ordinaci žádná vyhláška neřeší, navíc ze studií vyplývá, že návleky nemají vůbec žádný vliv na výskyt nozokomiálních infekcí, naopak někdy dochází k víření infekčního aerosolu, kontaminaci rukou apod., pravidelný úklid je lepší než používání návleků

- co je náplní případných hygienických kontrol a co vlastně mohou kontrolovat. viz úvod

MUDr. Zdena Jágrová
Hygienická stanice hl. m. Prahy

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



0 nové rubrice

Naši organizaci Mladí praktici jsme vám již představili v předchozích číslech časopisu Practicus. Děkujeme paní šéfredaktořce Laňkové, za nabídku, abychom vytvořili pravidelnou rubriku, která bude informačním zdrojem pro mladé praktiky a též o mladých praktikách.

Budeme vám zde představovat různé aktuální informace a zajímavosti, které se týkají především problematiky předatestační přípravy, systému rezidenčních míst a zahraničních zkušeností kolegů, kteří se zúčastnili různých studijních výměnných pobytů, nebo v zahraničí pracovali či pracují. Další aktuality naleznete na naší webové stránce www.mladipraktici.cz. V případě potřeby a jakýchkoli dotazů se na nás můžete obracet prostřednictvím e-mailu: mladipraktici@seznam.cz.

Nyní bude tato nová rubrika vycházet jednou za dva měsíce.

Redakce Mladých praktiků

Michaela Jirků, e-mail: jirkumichaela@centrum.cz



MUDr. Michaela Jirků



MUDr. Pavel Vychytil



MUDr. Roman Votrubec

Informace

ze specializační přípravy

Informace k absolvování povinného kurzu Novinky ve všeobecném praktickém lékařství

Vzhledem k tomu, že dochází k nejasnostem při absolvování a uznávání kurzu Novinky, informovali jsme se u pana dr. Štolfy (vedoucího KVL IPVZ) k problematice, jak si tento kurz naplánovat, aby byl uznán. Absolvování kurzu je třeba nepodcenit a včas si jej zařídit. V případě nedostatku míst upozornit co nejdříve IPVZ nebo Brněnskou fakultu, která též kurzy pořádá. Dozvěděli jsme se, že kurz Novinky ve VPL má být absolvován 3x za 36 měsíců s tím, že vždy 1x v jednom roce, protože kurz Novinky se v ročních intervalech obměňuje. V jednom kalendářním roce je téma kurzu stejné, proto má smysl ho absolvovat jen jednou ročně. Pokud má lékař specializační přípravu kratší, počet nutných absolvování kurzu tomu odpovídá. Např. internisté rekvalifikující se 12 měsíců musí Novinky absolvovat jen jednou, lékaři z urgentní medicíny, resp. lékaři s přípravou kolem 2 let absolvují Novinky dvakrát, tedy vždy jedny za jeden rok.

Možnosti kurzů ve specializační (předatestační) přípravě v Brně

Především pro mladé praktiky z východnějších částí České republiky se letos objevila nabídka navštěvovat povinné kurzy ve specializační (předatestační) přípravě i mimo místa, kde je pořádá IPVZ. Kurzy pořádá Fakultní nemocnice Brno ve spolupráci s LF Masarykovy Univerzity v Brně. Cenové nabídky jsou příznivější, než nabídky IPVZ v Praze, a rozšiřují celkové kapacity povinných i doporučených kurzů. Více informací naleznete na stránkách FN Brno www.fnbrno.cz v sekci Aktuálně pod odkazem Kurzy pro lékaře ze 6. 7. 2010. Zatím byly zahájeny kurzy Hygiena a epidemiologie, Základy lékařské etiky, Palliativní péče, Prevence škodlivého užívání návy-

kových látek, Psychoterapie, Radiační ochrana, Novinky ze všeobecného lékařství a Lékařská první pomoc. Kurzy jsou patřičně akreditovány. Každé další rozšíření kapacit a termínů kurzů velmi vítáme, protože kurzy jsou pravidelně téměř hned po vypsání na celé pololetí rozebrány zájemci a mnozí přitom ještě čekají v pořadí. Těšíme se tedy, že se možnosti absolvování kurzů ještě rozšíří. Od začátku příštího roku by měly být zahájeny kurzy také na většině lékařských fakult (nebo fakultních nemocnic), které v současné době jednájí o udělení akreditace k jejich konání. Tyto kurzy doplňují současnou nabídku IPVZ, což je pro mladé praktiky velmi příznivé.

Michaela Jirků, Pavel Vychytil

Zkušenosti mladých praktiků ze zahraničí

Jako mladí praktici chceme, abychom měli porovnání s ostatními zeměmi v Evropě. Věříme, že je nutné se inspirovat v jiných zemích. Proto jsme uspořádali přednášku s diskuzí s Romanem Votrubcem, mladým praktickým lékařem, který pracuje v Německu. Přednáška byla hojně navštívena. Nevím, zda říci bohužel, ale navštívili ji pouze studenti lékařských fakult, z nichž většina se chce stát praktickým lékařem, avšak ne za podmínek, které jsou nyní v ČR a tito studenti zcela vážně uvažují o práci v zahraničí. Byť v poslední době dochází k pozitivním změnám v ČR, z přednášky Romana Votrubce je zřejmé, že podmínky lékařů primární péče v ČR ještě nejsou srovnatelné s našimi západními kolegy a že rozhodování našich mladých kolegů je racionální. Romana Votrubce jsme poprosili o stručný text z jeho přednášky. Na příště chystáme přednášku Kateřiny Javorské, která pracovala jako praktický lékař ve Velké Británii. O termínu konání vás budeme informovat.

Pavel Vychytil



Praktičtí lékaři v Německu

Jelikož v tomto článku budu popisovat můj subjektivní pohled na všeobecné lékařství v Německu, měl bych se úvodem představit. Studoval jsem na 1. LF Karlovy Univerzity v Praze. Promoval jsem v roce 2005. Během studia jsem v rámci programu Erasmus absolvoval roční studijní pobyt na Univerzitě v Kolíně nad Rýnem. Ihned po promoci jsem nastoupil na interní oddělení v jedné okresní nemocnici v Bavorském Lese. Po 3 letech jsem začal pracovat ve venkovské ordinaci praktického lékaře, po roce jsem v rámci předatestační přípravy přešel k jinému praktickému lékaři. Tímto zakončím pětiletou předatestační stáž a budu se moci přihlásit na zkoušku k atestaci z praktického lékařství (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin).

Předatestační příprava

Předatestační příprava trvá minimálně 5 let. Skládá se ze 2 základních bloků – vnitřní lékařství (3 roky) a práce v ordinaci praktického lékaře (2 roky). Část těchto bloků se dá nahradit stážemi v jiných oborech – např. chirurgie, gynekologie a porodnictví, pediatrie. Pokud však lékař chce, stačí mu 3 roky na interně a 2 roky praktického lékařství. Dále je povinný osmdesátihodinový kurz zaměřený na psychosomatické choroby. Jeho součástí je i balintovská skupina. Cením si toho, že mám poměrně velikou volnost. Nemusím absolvovat z velké části nesmyslné „kolečko“ po malých oborech. Při několika týdenních stážích člověk akorát školitelům překáží. Málokdo má zájem mladého lékaře něco naučit. Vypadá to podobně jako při studiu – dívání se na to, co dělá starší kolega, maximálně psaní lékařských zpráv. Při delších stážích už se samozřejmě hledí na to, aby se mladý lékař něco naučil a aktivně pracoval. Já jsem si vybral tu snazší cestu – 3 roky interny a 2 roky u 2 různých praktických lékařů. Ve volném čase chodím do chirurgické a dermatologické ordinace. Lékaři v těchto ordinacích jsou rádi, že se od nich chci něco naučit. Ochotně mi vše vylouží a nechají mě i provést drobný chirurgický zákrok. I já je obohacuji vědomostmi z mého oboru.

Jelikož je v Německu praktických lékařů nedostatek, snaží se lékařská komora a zdravotní pojišťovny lékaře v předatestační přípravě podporovat. Pokud vím, dostává nemocnice zaměstnávající lékaře v předatestační přípravě v oboru všeobecné lékařství příspěvek 1 000 euro měsíčně, praktický lékař dokonce 3 500 euro. Pak



není pro zaměstnavatele žádný problém mladého kolegu slušně zaplatit.

Práce praktického lékaře

I když navenek práce praktického lékaře v Německu leckdy vypadá úplně jinak než v Česku, vlastní náplň a výsledek je podobný. Samozřejmě se vyskytu-

jí velké rozdíly mezi jednotlivými lékaři. Většina lékařů ordinuje přibližně 25 hodin týdně. Celková pracovní doba včetně návštěv, papírování a víkendových služeb se pohybuje kolem 50–60 hodin týdně. Lékař zpravidla zaměstnává 3 zdravotní sestry na plný pracovní úvazek a 3 na částečný. Praktický lékař ošetří v průměru 1200 různých pacientů za čtvrtletí. Čistý zisk po odečtení všech nákladů, pojištění a daní čítá 6 000–12 000 euro měsíčně.

Během ordinační doby probíhá běžné vyšetření pacientů – infekce dýchacích cest, bolesti zad atd. Dále se plánují preventivní prohlídky. Po poledni probíhají návštěvy pacientů doma či v domovech důchodců. Odpoledne většinou následuje práce v ordinaci jako dopoledne. Večer se píšou zprávy pro pojišťovny, sociální úřad atd. Velká část praktických lékařů se dále specializuje. Někteří se věnují sonografii, ergometrii, spirometrii, jiní přírodnímu léčitelství, akupunktuře, homeopathii. Další možné podspecializace jsou sportovní lékařství, tropická medicína. I když leccos navenek vypadá jinak, problémy praktických lékařů v Německu jsou podobné jako v Česku. Většina lékařů si stěžuje na přebytké papírování. Dále poukazují na nedostatečné platové ohodnocení vzhledem ke kvalifikaci, pracovní době a zodpovědnosti.

Roman Votrubec

MUDr. Pavel Vychytil - absolvoval 1. LF UK v r. 2006, nyní je ve specializační přípravě ve VPL a jako postgraduální student 3. LF UK. Věnuje se vzdělávání PL a kvalitě ve VPL. Předseda Mladých praktiků.

MUDr. Michaela Jirků - ukončila studia na 1. LF UK v r. 2009, nyní pracuje jako lékařka v předatestační přípravě oboru VPL v Praze. Angažuje se v redakci Mladých praktiků, sekce pro vzdělávání.

MUDr. Roman Votrubec - absolvoval 1. LF UK v roce 2005, nyní pracuje jako lékař v předatestační přípravě oboru Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (všeobecné praktické lékařství) v Německu.

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

užívání BB bylo spojeno se snížením rizika mortality a se snížením rizika exacerbace CHOPN

účinek na snížení mortality byl pozorován zejména u kardioselektivních BB oproti neselektivním BB

z anamnézy a fyzikálního vyšetření nelze odhadnout pravděpodobnost CMP na více než 50%. Z tohoto důvodu je doporučeno provést k určení správné diagnózy zobrazovací vyšetření

Beta blokátory snižují morbiditu/ mortalitu u pacientů s CHOPN

Klinická otázka: Snižuje dlouhodobé užívání betablokátorů u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN) mortalitu a riziko akutních exacerbací?

Závěr: Užívání betablokátorů (BB) u pacientů s CHOPN je spojeno se snížením mortality a snížením rizika akutních exacerbací. Tento trend je pozorován i u pacientů bez vyjádřeného kardiovaskulárního onemocnění. U pacientů s CHOPN, kteří mají jasnou indikaci k užívání BB, by lékaři měli tuto léčbu započít nebo v ní podle potřeby pokračovat. (LOE = 2b)

Reference: Rutten FH, Zuithoff NP, Hak E, Grobbee DE, Hoes AW. Beta-blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2010;170(10):880-887.

Typ studie: Kohortová (retrospektivní)

Financování: Neznámé/neudáno

Prováděcí prostředí studie: Ambulantní (primární péče)

Rozdělení: Nejisté

Synopse: Pomocí elektronické lékařské dokumentace v síti praktických lékařů autoři identifikovali všech 2230 pacientů ve věku 45 let a více, kteří měli diagnózu CHOPN nebo tuto diagnózu získaly během 10letého sledování. Téměř 1/3 pacientů byla léčena betablokátorů, 31% z celkové kohorty zemřelo během trvání studie (27,2% ve skupině s užíváním BB oproti 32,3% ve skupině bez užívání BB, $P=0,02$). Navíc 47% pacientů mělo nejméně jednu exacerbaci CHOPN během průměrné doby sledování 7,2 let (42,7% ve skupině s BB vs 49,3% ve skupině bez BB, $P = 0,005$). Skupina s užíváním BB měla vyšší prevalenci kardiovaskulárních komorbidit včetně hypertenze, diabetu, koronární nemoci, srdečního selhání a mozkové mrtvice a vyšší užívání dalších kardiovaskulárních léků ve srovnání s pacienty, kteří betablokátorů neužívali. Po úpravě těchto variabilit včetně věku, pohlaví a stavu kuřáctví bylo zjištěno, že užívání BB bylo spojeno se snížením rizika mortality (hazard ratio [HR] = 0,68; 95% CI, 0,56-0,83) a se snížením rizika exacerbace CHOPN (HR = 0,71; 0,60-0,83).

Účinek na snížení mortality byl pozorován zejména u kardioselektivních BB oproti neselektivním BB.

Určení typu CMP vyžaduje zobrazovací metodu

Klinická otázka: Jaké klinické příznaky jsou užitečné pro odlišení hemoragické nebo ischemické centrální mozkové příhody (CMP)?

Závěr: Ačkoliv jsou různé nálezy z anamnézy a fyzikálního vyšetření pacientů se symptomy akutní CMP užitečné pro rozpoznání hemoragické a ischemické etiologie, pro diagnostickou jistotu je

doporučováno provedení zobrazovacího vyšetření (LOE = 2a).

Reference: Runchey S, McGee S. Does this patient have a hemorrhagic stroke? Clinical findings distinguishing hemorrhagic stroke from ischemic stroke. *JAMA* 2010;303(22):2280-2286.

Typ studie: Systematický přehled

Financování: Neznámé/neudáno

Prováděcí prostředí studie: Různé (metaanalýza)

Synopse: Autoři studie chtěli zhodnotit diagnostickou přesnost klinické anamnézy a fyzikálního vyšetření pro odlišení hemoragické a ischemické etiologie CMP. Jeden z autorů důkladně prohledal několik databází a bibliografií vybraných článků o studiích v anglickém jazyce, které sledovaly pacienty s akutní diagnózou CMP, kteří splňovali klinická kritéria a měli provedeno buď zobrazovací vyšetření (CT nebo MR) nebo pitvu, které odlišily krvácení od ischemie. Dva autoři nezávisle hodnotili zařazené studie s ohledem na metodologickou kvalitu včetně velikosti vzorku pacientů, postupné zařazování a srovnávání s diagnostickým zlatým standardem. Rozdíly byly řešeny konsenzem. Z původních vyhledaných 109 citací splňovalo kritéria po zařazení 19 ($n = 6438$) studií. Celková prevalence hemoragické CMP byla 24%, ale ve Spojených státech byla nižší (13%). Následující nálezy signifikantně zvyšovaly pravděpodobnost hemoragické CMP: kóma (positive likelihood ratio [LR+] = 6.2; 95% CI, 3.2-12), ztuhnutí krku (LR+ = 5.0; 1.9-12.8), záchvat s neurologickým deficitem (LR+ = 4.7; 1.6-14), diastolický krevní tlak vyšší než 110 mmHg (LR+ = 4.3; 1.4-14), zvracení (LR+ = 3.0; 1.7-5.5), bolest hlavy (LR+ = 2.9; 1.7-4.8), ztráta vědomí (LR+ = 2.6; 1.6-4.2). Ačkoliv je lumbální punkce v této klinické situaci prováděna vzácně, zjištěná xantochromie zvyšovala pravděpodobnost hemoragické CMP (LR+ = 15; 7.7-29). Nálezy, které významně snižovaly riziko hemoragické příhody a zvyšovaly pravděpodobnost ischemické CMP, zahrnovaly: přítomnost šelestu nad karotidami (negative likelihood ratio [LR-] = 0.12; 0.03-0.47), absenci xantochromie při lumbální punkci (LR- = 0.31; 0.19-0.49), anamnézu transienční ischemické ataky (LR- = 0.34; 0.18-0.65), anamnézu ischemického onemocnění periferních cév (LR- = 0.41; 0.2-0.83), anamnézu fibrilace síní (LR- = 0.44; 0.25-0.78). Autoři také zhodnotili různé výpočty rizika CMP při použití různých kombinací údajů z anamnézy a fyzikálního vyšetření a zjistili, že neexistuje možnost, jak odhadnout pravděpodobnost hemoragické etiologie na více než 50%. Z tohoto důvodu doporučují k určení správné diagnózy provést zobrazovací vyšetření.

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

Z angličtiny přeložila J. Laňková



Je lepší koupit do ordinace počítač (PC) nebo notebook?

Každá ordinace musí čas od času omběňovat svoji počítačovou techniku. Více než dříve stojí lékař před otázkou: Koupit stolní počítač nebo notebook? A co chytrý telefon? A pokud ano, tak jaké by měl mít vlastnosti? A když už, tak kdy se k tomu odhodlat?



MUDr. Cyril Mucha



Ing. Patrik Šolc

Výhody PC:

- **levnější mimozáruční servis**
- **možnost upgrade**
- **nižší poruchovost**
- **vyšší ergonomie pracoviště**
- **snadnější zabezpečení**

Po zhlédnutí statistik vývoje trhu a poměření trendů v prodeji stolních a přenosných počítačů by se mohlo zdát, že stolní počítač by si mohl přát leda nostalgický snílek a že stolní PC brzo zmizí, stejně tak jako šňůrové telefony s rotační číselnicí. Pokud snad tomu tak někdy nastane, nebude to určitě v příštích několika letech. Po morální i fyzickou dobu života stroje dnes koupeného o své investice určitě nepřijdete. Správná odpověď na úvodní otázku ale nemusí být jednoznačná.

Kdy stolní a kdy mobilní počítač?

Záleží na tom, k jaké práci jej budete potřebovat. Trávíte-li většinu pracovního času na několika místech (více ordinací, často doděláváte administrativní „resty“ z domova apod.), včetně jejich tisku nebo předvádění formou prezentací, stolní počítač vám nevyhoví. Nicméně je dobré položit si otázku jakou práci mimo ordinaci vykonáváte nejčastěji. V některých případech je i přenosný počítač zbytečnou zátěží. Je-li pro vás důležité zejména vyřizování elektronické pošty, agenda schůzek a kontaktů, zaznamenávání rozhovorů popř. dokumentačních fotografií (aniž by je museli v terénu prezentovat nebo tisknout), pak je výhodné zakoupit si do ordinace stolní počítač (tedy klasické PC) a k němu do terénu kapesní přístroj kategorie SmartPhone/PDA. Jsou to „krabičky“ velikosti většího mobilního telefonu a jsou schopné zvládnout základní funkce počítače (PDA) nebo počítače i mobilního telefonu SmartPhone. Z cestovní výbavy pak můžete vypustit mobil, budete pružní a efektivní a náklady neporostou.

Stolní počítač má stále své výhody

Stolní počítač je vlastně poměrně přehlednou „stavebnicí“ jednotlivých dílů. Pokaž-li se tedy něco po záruce, oprava nebude tak drahá, abyste museli nezbytně koupit celý nový tak jak tomu je většinou u notebooku. O své prostředky tedy nepřijdete. Nemusí vás děsit rozlámané panty displeje. Těžko vám také jen tak upadne na zem, riziko odcizení je ve srovnání s notebookem menší. Ergonomie pracoviště se stolním počítačem je lepší – monitor a základní jednotka mohou být optimálně nezávisle rozmístěny. Pozdější rozsáhlá modernizace je téměř vždy možná. Máte možnost volby monitoru a jeho obnovování do budoucna (nebo naopak nákup nového PC ke starému – funkčnímu monitoru). Do stolního PC nebudete potřebovat nové baterie.

Notebook znamená mobilitu

Investujete-li do notebooku, nevlácejte s sebou zbytečná kila a napájecí zdroje! Prioritou dneška je dlouhá výdrž. Vybírejte modely, které zvládnou 8 a více hodin na jedno nabití. Měly by mít možnost připojení do tzv. dokovacích stanic (kterou můžete mít doma nebo v ordinaci). Slouží nejen k dobíjení baterií a provozu v síti, ale i k výměně dat mezi další počítačovou technikou. Ochrana dat je u notebooku extrémně důležitá – je vhodné je zálohovat co nejčastěji na jiné zařízení, které je uloženo odděleně od notebooku (flash disk, externí disk apod.). Při nákupu pozor na záruku! Vždy se dotazujte (a na záručním listu si nechte vyznačit), jak dlouhou záruku při nákupu pro ordinaci budete mít. Někteří výrobci (např. ACER) poskytují při nákupu „na IČO“ záruku pouze 1 rok, protože nejde o prodej podle občanského zákoníku, ale podle obchodního zákoníku. (Občanský zákoník dává ze zákona záruku 2 letou). Tak, jak jsme uvedli výše, oprava notebooku na vlastní náklady je vždy problematická a může se tak několik ušetřených stokorun při nákupu velmi nevyplatit.

Letošní trendy – více ergonomie, úspory energie, snadnější správa = IT bez starostí

Hitem dneška je vzdálená správa moderní PC (= stolní i notebooky) může váš správce nebo vy sami na dálku zapnout, vypnout i opravovat, i když nefungují Windows! Hitem je vestavěný budík – v nastavený čas se PC zapne – a když je zapomenuto vypnout, vypne se samo – šetří náklady na elektřinu. Taková PC mají označení „Intel vPro“.

Pro notebooky je tu navíc unikátní technologie AntiTheft, která zamyká „ztracený“ nebo „započítaný“ stroj automaticky nebo na pokyn jeho vlastníka – na dálku. Tváří se pak jako mrtvý brouk a pro „nálezce“ je bezcenný (viz minulá čísla Practicusu).

Koupit hned, nebo počkat?

Letos radíme jinak, než obvykle! Téměř každý rok byla situace stejná – a bylo vhodné počkat na podzimní snižování cen. Letos se situace ve světě změnila – očekává se zdražení elektroniky o minimálně 10 %. Radíme tedy koupit IHNED. Už teď jsou ceny srovnatelných počítačů vyšší než několik měsíců zpět. Levnější mohou být jen generálně starší modely, kterých se chtějí velké ře-



těžce zbavit. Nebývají ale vždy dobrou koupí. Dobrý dodavatel IT o tendencích, které se na trhu projevují, ví – a může v horizontu týdnů a měsíců dopředu poradit, jak se zachovat.

Utrácejte jen tolik, kolik je zapotřebí - najděte optimum

Nekupujte „silnější“ vybavení dopředu. Stačí rozumné optimum – tj. takový výkon, který Vám pro splnění úkolů postačí v tuto chvíli nebo v průběhu několika měsíců – za předpokladu, že nebudete chtít změnit operační systém nebo verze používaných aplikací.

Pro běžné kancelářské práce dnes vyhoví snad každý typ, kteří velcí výrobci počítačů nabízejí. I nový počítač dostanete už za 5 000 korun. Nehodí se ale úplně na vše a nebude obsahovat nejmodernější technické prvky. V cenách do deseti tisíc korun za kus bez monitoru hledejte zcela základní nebo výběrové modely, které sice poslouží, ale jejich morální životnost je již dnes velmi krátká. Očekávejte (až na výjimky) spíš hlučnější „plechovku“. Cena dnešního moderního univerzálního stroje včetně operačního systému se pohybuje od 12 do 19 tisíc korun. Za 20 tisíc a více je už pracoviště náročného uživatele i se silným grafickým subsystémem a bohatým výkon. Záleží, zda jeho výkon využijete. Univerzální stroj v ceně 12 – 19 tisíc už zahrnuje obvykle kvalitní šasi, dvoujádrový procesor, operační systém, poslední generaci integrované kancelářské grafiky (netřeba se jí už dnes bát), dostatek operační paměti, gigabitový síťový adaptér, externí FireWire nebo eSATA rozhraní, DVI/HDMI výstup, rychlé disky a optickou mechaniku

Každá věc má háček

Pozor na porty – téměř všechny notebooky a některé nové modely stolních počítačů jsou osazeny pouze USB porty. Na druhé straně jsou některé z nich navíc vybaveny nejenom paralelním, ale i sériovým portem. Máte-li starší periférie (zejm. tiskárny, popř. EKG), nezapomeňte se na ně zeptat! eSATA port využijete pro pohodlné zálohování dat.

Nezapomeňte na zálohování a zabezpečení

Součástí dodávky výbavy by měl být externí zálohovací (síťový) disk a software. Vždy také kompletní bezpečnostní software. Ověřte si, jak dlouho platí předplatné v ceně PC a co vše zahrnuje. Na mnohých místech můžeme doporučit i zálohovací zdroj napájení. Správné nastavení a pravidelná kontrola zálohování a zabezpečení je další důvod, proč svěřit provoz IT svému dodavateli.

Jaký operační systém a jaký kancelářský balík Office koupit?

Doporučujeme jako operační systém Windows 7. V případě přeinstalovaného Windows 7 Pro na PC můžete zároveň používat také Windows XP. Nefunguje Váš specializovaný software ve Windows 7? Pokud Vám nevyhovuje pouze jediný operační systém, používejte klidně současně dva – a přepínejte se mezi Win 7 Pro a XP Pro na jediném počítači.

Pokud se rozhodnete pro Microsoft Office, už dnes žádejte současně s verzí 2007 v rámci technologické záruky kupón na bezplatný přechod na českou verzi 2010, která bude k dostání během následujících týdnů.

Nechcete se starat o PC? Kupujte PC se službami – vyplatí se to.

Domluvte si s dodavatelem hardware zároveň to, aby se vám o provoz staral – jsou to dohledové a podpůrné služby – a vůbec se nebudete muset zabývat tím, jaký počítač koupit. Žádné starosti s jeho upgrady a zabezpečením. Správu a dohled budete mít na dálku, technika hned v blízkosti. Jednoduše koupíte balíček služeb jako příplatek k počítači. Není to drahé, přesvědčte se sami, ceny se pohybují v řádu jedné nebo několika stokorun měsíčně – s předplacenými zásahy na dálku – a technik vám na dálku nejen poradí, ale sám vám bude „hýbat myší“ i v případě, když si nebudete vědět rady třeba s tiskem dokumentu (takovou službu má např. firma AutoCont – služba Profi Podpora).

Dobrou volbu při výběru PC nebo notebooku!

Ing. Patrik Šolc, MUDr. Cyril Mucha

Moderní PC na dálku umí:

- zavolat pomoc, i když „nejedou“ Windows
- má vestavěný budík pro zapnutí/vypnutí
- se vzdáleně zapnout/vypnout na povel
- nahrát Windows vzdáleně

Kupujte PC s předplacenými službami

– vyplatí se to:

- zahrnuje i pomoc při běžných nesnázích
- zahrnuje sledování záloh, antivirů, aktualizací
- nekupujte jen hw, kupujte funkční IT v ordinaci

Tiskárna HP OfficeJet Pro 8500 nabízí rychlý a levný tisk!

Vítěz testu multifunkčních tiskáren.



Cena: 3389,-* 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

Snížíte 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 koupi 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 **SVVIP** 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

Informace opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami



MUDr. Jozef Čupka

Vážené kolegyně a kolegové,
v následujícím textu přinášíme aktuální informace o legislativních změnách v zákoně č. 379/2005 Sb. o **opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami dle aktuálního znění zákona č. 305/2009 Sb.**

BAREVNĚ JSOU NOVINKY PLATNÉ OD 1.7.2010.

OBEČNÁ USTANOVENÍ

§ 1

Tento zákon stanoví

- opatření směřující k ochraně před škodami na zdraví působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami²⁾,
- opatření omezující dostupnost tabákových výrobků a alkoholu,
- působnost správních úřadů a orgánů územních samosprávných celků při tvorbě a uskutečňování programů ochrany před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek.

§ 2

Pro účely tohoto zákona se rozumí

- prodejnou provozovnu určená k prodeji zboží a poskytování služeb kolaudačním rozhodnutím podle zvláštního právního předpisu³⁾,
- provozovatelem fyzická nebo právnická osoba, která splňuje podmínky stanovené zvláštními právními předpisy^{3), 4), 5)},
- velkoplošnou prodejnu prodejní prostory obchodních domů, nákupních středisek a velkoprodejen se specializovanými odděleními nebo pulty,
- specializovaným oddělením velkoplošných prodejen i stavebně neoddělené, zjevně a viditelně označené prostory provozoven určené k nabídce alkoholických nápojů,
- specializovanou prodejnu prodejna s úzkým sortimentem zboží stejného nebo obdobného charakteru,
- smíšenou prodejnu prodejna se širokým sortimentem potravinářského a spotřebního zboží a prodejna s prodejem zboží s převahou potravin, v níž je doplňkově prodáváno další zboží,
- zařízením společného stravování zařízení poskytující stravovací služby podle zvláštních právních předpisů^{4), 6)},
- tabákovým výrobkem výrobek určený ke kouření, šňupání, sání nebo žvýkání, pokud je vyro-

ben zcela nebo zčásti z tabáku, včetně tabáku geneticky upraveného,

i) tabákovou potřebou výrobek sloužící ke kouření, šňupání, sání nebo žvýkání tabáku, s výjimkou výrobků plnicích funkcí uměleckého předmětu,

j) elektronickou cigaretou výrobek napodobující funkci tabákového výrobku nebo tabákové potřeby, jehož účelem je vdechování nikotinových výparů, včetně příslušenství takových výrobků,

k) alkoholickým nápojem lihovina, víno a pivo; alkoholickým nápojem se rozumí též nápoj, který není uveden ve větě první, pokud obsahuje více než 0,5 objemového procenta alkoholu,

l) škodlivým užíváním způsob užívání tabákových výrobků, alkoholu nebo jiných návykových látek, vedoucí k poškození tělesného nebo duševního zdraví uživatele,

m) škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami škody, které zahrnují poškození zdraví, zejména závažná chronická onemocnění, úrazy, otravy a škody způsobené dopravními nehodami, poškození plodu v těhotenství, předčasná úmrtí, sociální problémy, zejména ztrátu zaměstnání a rodinné problémy, včetně škod ekonomických souvisejících s užíváním těchto látek, požáry a kriminalitu,

n) protidrogovou politikou zahrnující primární prevenci, sekundární prevenci a terciární prevenci soubor právních, organizačních a dalších opatření přijímaných a prováděných na úrovni vlády, správních úřadů a orgánů územních samosprávných celků s cílem snižovat dostupnost tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek a předcházet jejich užívání, rizikům a škodám, jež z jejich užívání plynou, a vzniklé škody mírnit,

o) orientačním vyšetřením dechová zkouška, odběr slin nebo stěr z kůže nebo sliznic,

p) odborným lékařským vyšetřením cílené klinické vyšetření lékařem a podle jeho ordinace provedení dechové zkoušky nebo odběru vzorků biologického materiálu,

q) odběrem biologického materiálu zejména odběr vzorku žilní krve, moči, slin, vlasů nebo stěr z kůže či sliznic,

r) záchytnou službou činnost zajišťující vyšetření, ošetření a následný pobyt osob pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek na záchytné stanici,

s) kuřáckým zařízením zařízení společného stra-

vování provozovaného na základě hostinské činnosti⁵), jehož provozovatel rozhodl o tom, že v prostorách přístupných zákazníkům je kouření povoleno a provedl příslušné označení v souladu s tímto zákonem,

t) nekuřáckým zařízením zařízení společného stravování provozovaného na základě hostinské činnosti⁵), jehož provozovatel rozhodl o tom, že v prostorách přístupných zákazníkům je kouření zakázáno a provedl příslušné označení v souladu s tímto zákonem,

u) zařízením s vyhrazenými prostory zařízení společného stravování provozovaného na základě hostinské činnosti⁵), v němž jsou některé jeho prostory přístupné zákazníkům vyhrazeny pro kuřáky a jiné prostory vyhrazeny pro nekuřáky a jehož provozovatel rozhodl, ve kterých prostorách přístupných zákazníkům je kouření zakázáno a ve kterých prostorách přístupných zákazníkům je kouření povoleno a provedl příslušné označení v souladu s tímto zákonem.

OMEZENÍ DOSTUPNOSTI TABÁKOVÝCH VÝROBKŮ A ZÁKAZY KOUŘENÍ

§ 3

Tabákové výrobky, **tabákové potřeby a elektronické cigarety** lze prodávat pouze v prodejnách podle zvláštního právního předpisu³), a to na vyčleněném místě, dále ve stáncích s prodejem denního a periodického tisku, v zařízeních společného stravování provozovaných na základě hostinské činnosti⁵) nebo v ubytovacích zařízeních, s výjimkou ubytovacích zařízení určených k ubytování dětí a mládeže⁷). Další omezení a zákazy prodeje tabákových výrobků a tabákových potřeb stanoví zvláštní právní předpis⁸).

Zákazy a omezení prodeje tabákových výrobků a povinnosti osob prodávajících tabákové výrobky

§ 4

Prodej tabákových výrobků, tabákových potřeb a elektronických cigaret pomocí prodejních automatů, u nichž nelze vyloučit prodej osobám mladším 18 let věku, je zakázán. Zásilkový prodej a veškeré další formy prodeje výrobků uvedených ve větě první, při kterých není možno ověřit věk kupujícího, jsou zakázány.

§ 5

(1) Zakazuje se prodej a výroba potravinářských výrobků nebo hraček napodobujících tvar a vzhled tabákových výrobků nebo tabákových potřeb.

(2) Zakazuje se dovoz potravinářských výrobků nebo hraček napodobujících tvar a vzhled tabákových výrobků nebo tabákových potřeb.

§ 6

(1) Prodávat tabákové výrobky, **tabákové potřeby a elektronické cigarety** osobám mladším 18

let se zakazuje.

(2) Prodej tabákových výrobků, **tabákových potřeb a elektronických cigaret** na kulturních, společenských a sportovních akcích určených pro osoby mladší 18 let je zakázán.

§ 7

(1) Provozovatel je povinen na místech prodeje tabákových výrobků, **tabákových potřeb a elektronických cigaret** umístit pro kupujícího zjevně viditelný text zákazu prodeje tabákových výrobků osobám mladším 18 let; text musí být pořízen v českém jazyce černými tiskacími písmeny na bílém podkladě, o velikosti písma nejméně 5 cm.

(2) Osoba prodávající tabákové výrobky, **tabákové potřeby a elektronické cigarety** musí být starší 18 let, pokud se nejedná o žáka připravujícího se soustavně na budoucí povolání v oborech hotelnictví a turismus, kuchař-číšník a prodavač.

Zákaz kouření

§ 8

(1) Zakazuje se kouřit

a) na veřejných místech, kterými jsou

1. veřejnosti volně přístupné uzavřené prostory;

2. veřejnosti volně přístupné vnitřní prostory budov státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků;

3. veřejnosti volně přístupné vnitřní prostory zařízení zřízených státem nebo územními samosprávnými celky;

4. veřejnosti volně přístupné vnitřní prostory finančních institucí;

5. dopravní prostředky veřejné silniční a drážní dopravy a městské hromadné dopravy;

6. veřejnosti volně přístupné vnitřní prostory budov související s veřejnou dopravou;

7. kryté nástupiště, přístřešky a čekárny veřejné silniční a drážní dopravy a městské hromadné dopravy, s výjimkou stavebně oddělených prostor ke kouření vyhrazených a při pobytu osob trvale větraných do prostor mimo budovu,

b) ve vnějších i vnitřních prostorách všech typů škol a školských zařízení⁷),

c) ve vnitřních prostorách nekuřáckých zařízení a ve vnitřních prostorách vyhrazených pro nekuřáky v zařízeních s vyhrazenými prostory,

d) v uzavřených zábavních prostorách, jako jsou kina, divadla, výstavní a koncertní sítě, dále ve sportovních halách a prostorách, kde jsou pořádána pracovní jednání s výjimkou zvláštních, stavebně oddělených prostor ke kouření vyhrazených se zajištěným dostatečným větráním podle požadavků stanovených zvláštním právním předpisem⁴),

e) ve vnitřních prostorách zdravotnických zařízení všech typů, s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení nebo jiných zařízení pro léčbu závislostí, ve kterých je dovoleno kouřit pouze v prostorách stavebně oddělených, ke kouření

Příloha k zákonu č. 379/2005 Sb.: GRAFICKÉ ZNAČKY



Obrázek 1: A. Grafická značka „Kouření zakázáno“ charakteru zákazové grafické značky (obrázek č. 1) má obdélníkový tvar s poměrem šířka/výška 3: 4, bílým pozadím, černým okrajem a s kruhem s červeným okrajem, červeným šikmým pruhem a s černou hořící cigaretou na bílém pozadí a černými tiskacími písmeny „KOUŘENÍ ZAKÁZÁNO“.



Obrázek 2: B. Grafická značka „Kouření povoleno“ charakteru výstražné grafické značky (obrázek č. 2) má obdélníkový tvar s poměrem šířka/výška 3: 4, bílým pozadím, černým okrajem a s trojúhelníkem s černým okrajem a s černou hořící cigaretou na žlutém pozadí a černými tiskacími písmeny „KOUŘENÍ POVOLENO“ a „KOUŘENÍ VÁŽNĚ ŠKODÍ VÁM I LIDEM VE VAŠEM OKOLÍ“. Slova „KOUŘENÍ POVOLENO“ jsou uvedena dvojnásobnou velikostí písma než slova „KOUŘENÍ VÁŽNĚ ŠKODÍ VÁM I LIDEM VE VAŠEM OKOLÍ“.



Obrázek 3: C. Grafická značka „Stavebně oddělené prostory pro kuřáky a nekuřáky“ (obrázek č. 3), má obdélníkový tvar s poměrem šířka/výška 4: 6, bílým pozadím, černým okrajem a jsou na ní znázorněny symboly „Kouření zakázáno“ s kruhem s červeným okrajem, červeným šikmým pruhem a s černou hořící cigaretou na bílém pozadí a „Kouření povoleno“ s trojúhelníkem s černým okrajem a s černou hořící cigaretou na žlutém pozadí, mezi nimi je znázorněn symbol zdi z červených cihel. Pod oběma symboly je černými tiskacími písmeny „STAVEBNĚ ODDĚLENÉ PROSTORY PRO KUŘÁKY A NEKUŘÁKY“.

vyhrazených a při pobytu osob trvale větraných do prostor mimo budovu,

(2) Ve vnitřních prostorách budov užívaných státními orgány, orgány územních samosprávných celků, zařízení zřízených státem nebo územním samosprávným celkem poskytujících veřejné služby a finančních institucí včetně jejich zařízení společného stravování jsou osoby pověřené jejich řízením povinny zajistit, aby osoby byly v těchto budovách chráněny před škodami působenými kouřením. Ustanovení odstavce 1 tím není dotčeno.

(3) U vstupu do zařízení společného stravování provozovaného na základě hostinské činnosti⁵⁾ je jeho provozovatel povinen viditelně označit, aby byla zajištěna informovanost osob před

vstupem do zařízení, zda jde o

a) nekuřácké zařízení; musí být označeno grafickou značkou „Kouření zakázáno“ (obrázek č. 1 přílohy),

b) kuřácké zařízení; musí být označeno grafickou značkou „Kouření povoleno“ (obrázek č. 2 přílohy), nebo

c) zařízení s vyhrazenými prostory; musí být označeno grafickou značkou „Stavebně oddělené prostory pro kuřáky a nekuřáky“ (obrázek č. 3 přílohy) a zároveň prostory, v nichž je kouření zakázáno, musí být označeny grafickou značkou „Kouření zakázáno“ (obrázek č. 1 přílohy) a prostory, v nichž je kouření povoleno, musí být označeny grafickou značkou „Kouření povoleno“ (obrázek č. 2 přílohy).

Vzhled grafických značek je upraven v příloze tohoto zákona. Velikost grafických značek „Kouření zakázáno“ a „Kouření povoleno“ musí být nejméně 12 cm x 16 cm. Velikost grafické značky „Stavebně oddělené prostory pro kuřáky a nekuřáky“ musí být nejméně 16 cm x 24 cm.

(4) Kuřácká zařízení a zařízení s vyhrazenými prostory, v nichž je kouření povoleno, musí mít zajištěné dostatečné větrání podle požadavků stanovených zvláštním právním předpisem⁴⁾. Zařízení s vyhrazenými prostory musí mít prostory, v nichž je kouření povoleno, stavebně odděleny od prostor, v nichž je kouření zakázáno.

§ 9

(1) Místa, kde je kouření zakázáno, je jejich provozovatel povinen označit zjevně viditelnou grafickou značkou „Kouření zakázáno“. Místa ke kouření vyhrazená je jejich provozovatel povinen označit zjevně viditelnou grafickou značkou „Kouření povoleno“. Vzhled grafických značek je upraven v příloze tohoto zákona. Velikost grafických značek musí být nejméně 12 cm x 16 cm.

(2) Nedodržuje-li osoba zákaz kouření v místech uvedených v § 8 odst. 1 a 2, a to ani po výzvě provozovatele, aby v tomto jednání nepokračovala nebo aby prostor opustila, je provozovatel oprávněn požádat obecní policii, nebo Policii České republiky o zákrok směřující k dodržení zákazu.

§ 9a

Obec v samostatné působnosti může obecně závaznou vyhláškou dočasně nebo trvale zakázat kouření na veřejně přístupných dětských hřištích, veřejně přístupných sportovištích, nebo ve vnitřních prostorách budov určených pro pořádání sportovních, kulturních a společenských akcí, anebo na sportovních, kulturních a společenských akcích, pokud jsou tato místa nebo akce určeny nebo vyhrazeny osobám mladším 18 let.

V příštím čísle *Practicusu* přineseme pokračování o alkoholu a jinými návykovými látkách.

Hlášení nežádoucích účinků přispívá k bezpečnější farmakoterapii

Nejdůležitějším zdrojem informací o léčivém přípravku po jeho uvedení na trh jsou hlášení podezření na nežádoucí účinky léčiv od zdravotnických pracovníků. Po uvedení léku do praxe je nezbytné sledovat, zda se neobjeví závažné nežádoucí účinky v souvislosti s jeho podáním u jiných indikací či skupin pacientů, než u kterých byl lék testován. Případné neočekávané nežádoucí účinky, interakce s jinými léky či jiné neobvyklé příhody spojené s jeho užitím jsou monitorovány v rámci systému „lékové bdělosti“, tzv. farmakovigilance. Nahlášení nežádoucího účinku léku trvá pouhých 5 minut.

Kdo je povinen hlásit nežádoucí účinky léčiv?

V rámci farmakovigilance SÚKL shromažďuje informace o nežádoucích účincích od lékařů, lékárníků a dalších zdravotnických pracovníků (např. sester). Všichni zdravotničtí pracovníci mají zákonem danou povinnost SÚKL informovat o podezřeních na závažné či neočekávané nežádoucí účinky, které zachytili. K tomu účelu slouží formulář na internetových stránkách www.sukl.cz, který je po vyplnění automaticky předán na oddělení farmakovigilance Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Kdy hlásit?

Je třeba hlásit jakékoliv podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek léčivého přípravku. Velmi užitečné je však nahlásit i zneužití nebo zneužívání, předávkování nebo i podezření na lékovou interakci, teratogenní efekt nebo neúčinnost přípravku. Závažný nežádoucí účinek je každý (tedy i ten, který je uveden v souhrnu údajů o přípravku), který má za následek úmrtí pacienta, ohrožení života, vážné poškození zdraví, trvalé následky, hospitalizaci nebo její prodloužení, vrozenou anomálii u potomků či jiné důsledky závažné pro zdraví pacienta. Neočekávaný nežádoucí účinek je takový nežádoucí účinek, jehož povaha, závažnost nebo důsledek jsou v rozporu s informacemi uvedenými v souhrnu údajů o přípravku. V případě nejistoty je lépe hlásit vše, co lze považovat za neobvyklé nebo odlišné. Při hlášení podezření na nežádoucí účinek nemusíte být přesvědčeni o tom, že nežádoucí účinek byl způsoben lékem.

Co přesně se s podanými hlášeními děje?

Každé hlášení podezření na nežádoucí účinek SÚKL zaeviduje a přidělí mu světově unikátní

číslo. Informace o případech ze všech hlášení poté vloží do databáze nežádoucích účinků České republiky, Evropské unie i Světové zdravotnické organizace, kde jsou pečlivě vyhodnocovány. Pokud se na základě dostatečného množství hlášení podaří identifikovat tzv. farmakovigilanční signál a na jeho základě prokázat nové riziko spojené s podáváním léčivého přípravku, SÚKL ve spolupráci s držitelem rozhodnutí o registraci přijímá veškerá dostupná opatření potřebná pro snížení nově zjištěného rizika. Takovými opatřeními mohou být např.:

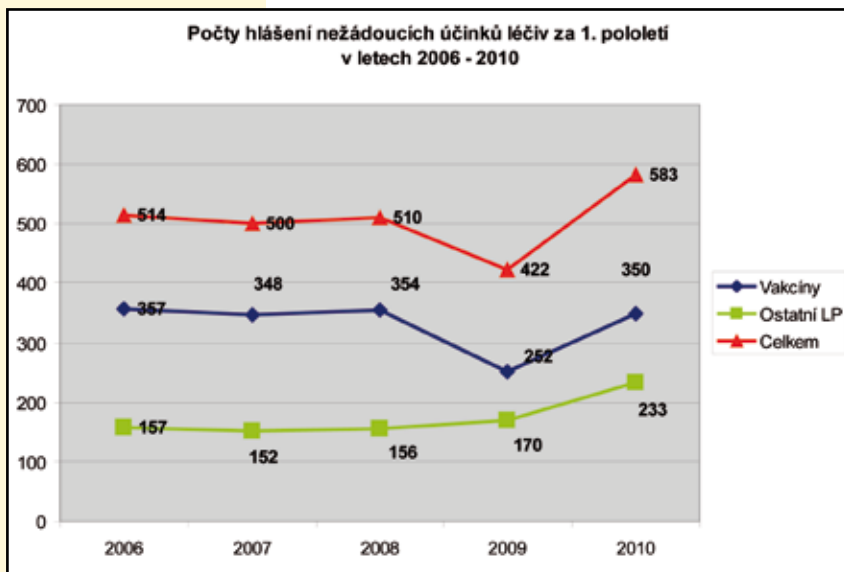
- změny textu souhrnu údajů o přípravku a příbalové informace (doplnění upozornění na nežádoucí účinky a případně na možnost jejich prevence);
- zavedení nových kontraindikací, omezení stávajících indikací pro použití léčivého přípravku či o změnu dávkování;
- změna způsobu výdeje léku - např. z volně prodejného přípravku na přípravek vydávaný pouze po konzultaci s lékařem na lékařský předpis.

Ve vzácných případech, kdy rizika užití léku převáží nad jeho přínosy, může být přípravek stažen z trhu.

SÚKL dále konkrétních rizicích spojených s podáváním léčivých přípravků informuje lékaře a lékárníky prostřednictvím dopisů. Všechna bezpečnostní upozornění jsou zároveň okamžitě publikována na webových stránkách SÚKL, odkud je lze odebrat emailem nebo pomocí kanálu RSS. Další cestou předávání informací z farmakovigilančního systému odborníkům je informační zpravodaj „Nežádoucí účinky léčiv“, který vychází jako čtvrtletník a je volně dostupný na internetových stránkách SÚKL.

V České republice mohou hlásit i pacienti

Česká republika patří mezi první čtyři země Evropské unie, které zapojily do sledování bezpečnosti léčiv samotné pacienty. Ti mohou podezření na nežádoucí účinky hlásit prostřednictvím jednoduchého elektronického formuláře umístěného na Informačním portálu pro veřejnost SÚKL www.leky.sukl.cz. Pacienti do hlášení uvádějí i jméno ošetřujícího lékaře. Pracovníci farmakovigilančního oddělení jej zpětně kontaktují a přijaté hlášení vyhodnocují ve spolupráci s ním. Toto „zdvojení“ systému, kdy dochází k propojení informací jak od pacienta, tak zdravotníka, umožňuje hlášení vyhodnotit komplexněji a podporuje aktivní zájem pacienta o vlastní léčbu. Jen za první pololetí roku 2010 využilo



možnosti hlášení podezření na nežádoucí účinky 19 pacientů.

Vývoj hlášení v České republice

Československo se jako jedna z prvních zemí zapojila do mezinárodní spolupráce při sledování nežádoucích účinků organizované Světovou zdravotnickou organizací. V 80. letech zde dosahovaly počty hlášení ročně až k pěti tisícům. Počátkem let devadesátých však došlo k výraznému poklesu počtu hlášení (zhruba na 300), a to i přesto, že v té době dramaticky stoupal počet registrovaných léčivých přípravků. Přestože i po roce 1989 zůstalo hlášení zákonnou povinností zdravotnických pracovníků, snížil se počet

zdravotníků hlásících nežádoucí účinky a přispívalých tak ke zvýšení bezpečnosti farmakoterapie. Od roku 2002 dochází k pomalému nárůstu počtu hlášení nežádoucích účinků, jedná se však do velké míry pouze o zdánlivý nárůst, který je způsoben zvýšeným počtem hlášení po podání vakcín.

Jak si vedeme v prvním pololetí roku 2010?

Kvůli dlouhodobému poklesu hlášení spustil SÚKL v únoru tohoto roku informační kampaň o problematice nežádoucích účinků. V jejím rámci oslovuje jak odbornou, tak laickou veřejnost. Jejím hlavním cílem je přispět k větší bezpečnosti léčiv v České republice. Je proto velmi pozitivní zprávou, že počet přijatých hlášení od zdravotnických pracovníků za první pololetí roku 2010 je nejvyšší za posledních pět let. SÚKL obdržel od zdravotnických pracovníků celkem 583 hlášení. To je o 161 hlášení více než ve stejném období minulého roku. Za posledních pět let tak počet hlášení v tomto období vzrostl poprvé o více než 30 procent.

Hlášení podezření na nežádoucí účinky léčivých přípravků tvoří nedílnou součást ochrany zdraví pacientů. SÚKL tímto děkuje všem zdravotníkům, kteří zasílají hlášení, za podíl na zvýšení bezpečnosti léčiv a rozvoji poznání o léčivech, které jsou užívány v klinické praxi.

Všechny informace potřebné k nahlášení podezření na nežádoucí účinek naleznete na:
<http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>

Avízo: SÚKL upozorňuje na riziko kožních reakcí po lokálním podání ketoprofenu



Praha, 1. 7. 2010 – Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) vzhledem k začínající letní sezoně upozorňuje na riziko kožních fototoxických reakcí při místním používání léčivých přípravků s obsahem ketoprofenu.

SÚKL každoročně zaznamenává celou řadu případů a hlášení o kožních fototoxických reakcích po aplikaci přípravku s obsahem ketoprofenu na kůži a následném vystavení slunečním paprskům.

Při vystavení místa aplikace UV záření (přímé sluneční záření nebo záření solária) může dojít k zarudnutí, svědění, tvorbě pupínek nebo puchýřů. V řadě případů se nepříjemné reakce po těle šíří a mohou tak zasáhnout i velkou část povrchu těla. Kožní reakce jsou často jen velmi obtížně léčitelné a může kvůli nim dojít až k hospitalizaci.

Nepříjemným a někdy i velice závažným nežádoucím účinkům lze předejít správným používáním lokálních

léčivých přípravků. Pacienti by si měli vždy před použitím přípravku pečlivě přečíst příbalovou informaci.

Možné fototoxicitě lze zabránit umytím rukou po aplikaci a ochranou místa aplikace před slunečním ozářením či soláriem po celou dobu léčby a další 2 týdny po jejím skončení.

Léčivé přípravky s obsahem ketoprofenu k zevnímu užití se používají k léčbě bolestivých poranění stavů nebo zánětů pohybového aparátu. Přípravky jsou určeny pouze na neporušenou kůži. V ČR jsou v současné době registrovány a obchodovány tyto přípravky k zevnímu užití obsahující ketoprofen: FASTUM gel, KETONAL krém, PROFENID gel, PRONTOFLEX kožní sprej a PRONTOKET spray. Všechny uvedené přípravky jsou dostupné v lékárnách bez lékařského předpisu. Fototoxikita je obecným problémem všech nesteroidních antirevmatik k lokálnímu

používání, avšak pro jiné látky než ketoprofen nejsou z klinické praxe případy fototoxických reakcí dokumentované.

Informace pro média:

Státní ústav pro kontrolu léčiv je správním orgánem zřízeným zákonem o léčivech. Posláním ústavu je v zájmu ochrany zdraví občanů zajistit, aby v ČR byla dostupná pouze účinná, bezpečná a farmaceuticky jakostní humánní léčiva, podílet se na tom, aby byly používány pouze bezpečné a funkční zdravotnické prostředky a bezpečné a jakostní lidské tkáně a buňky

Kontakt:

Veronika Petláková

Tisková mluvčí

Tel.: 272 185 333

E-mail: veronika.petlakova@sukl.cz

TIP DO KNIHOVNY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE



Se změnami v systému sociálního zabezpečení, organizace posudkové služby, posuzování zdravotního stavu pro různé účely, včetně vedení dočasné pracovní neschopnosti a jejího přechodu v invaliditu, je obtížné v praxi udržet krok. I zkušení matadoři oboru všeobecného praktického lékařství, mezi které se troufám zařadit, mohou mít problémy, jak všechny informace vstřebat a v praxi aplikovat, natož pak svým školencům jasně vysvětlit.

V této situaci se mi dostala do rukou útlá, 144 stránková brožura **POSUDKOVÉ LÉKAŘSTVÍ - VYBRANÉ KAPITOLY**, vydaná v letošním roce nakladatelstvím Grada Publishing, a. s. Autoři Rostislav Čevela, Libuše Čeledová a Alena Zvoníková patří mezi aktuálně nejčastěji publikující autory v problematice posudkového lékařství v České republice.

V úvodních kapitolách je popsán systém sociálního zabezpečení v České republice a organizace posudkové služby, včetně koordinace posudkové činnosti v rámci EU a povinností zdravotnických zařízení ve spolupráci s orgány sociálního zabezpečení.

Pro praktického lékaře je stěžejní třetí kapitola; **Posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění**. Podrobně a srozumitelně jsou popsány podmínky nároku na jednotlivé dávky nemocenského pojištění; obsahují např. trvání podpůrní doby, podmínky nároku z hlediska data vzniku a ukončení „pojistné události“. Najdete zde výklad Zákona o nemocenském pojištění (ZNP), vztahující se k dočasné pracovní neschopnosti (DPN). Přehledně jsou zde uvedeny povinnosti ošetřujícího lékaře při vedení

DPN, ale i jeho oprávnění vůči orgánu nemocenského pojištění; např. v součinnosti při hodnocení zdravotního stavu a kontrole režimu dočasně práce neschopného pojištěnce, oprávnění žádat o informaci o průměrné době trvání jednoho případu DPN pro jednotlivé diagnózy a o čerpání podpůrní doby pro nárok na nemocenské u DPN. Z knížky se můžete poučit také o povinnostech a oprávnění dočasně práce neschopného pojištěnce. Pro praxi a zejména pro lékaře v přípravě je užitečná kapitola o tom, jak může být lékař, posuzující DPN kontrolován, a za porušení jakých povinností mu může být uložena pokuta.

Ve čtvrté kapitole je podáno vysvětlení posudkově rozhodných skutečností pro uznání invalidity, platných od 1. 1. 2010. Pokud nepracujete v ordinaci přímo se zákonem, tato kapitola Vám může zásadně pomoci ve vysvětlení principů posuzování invalidity svým pacientům. Stejně Vám pomohou další kapitoly ve vysvětlení principu uznávání mimořádných výhod, posuzování pro účely příspěvků sociální péče, sociálních služeb, zdravotního stavu pro účely pomoci v hmotné nouzi, atd.

Pokud budete Posudkové lékařství číst jako knížku, dostanete se až k závěrečné kapitole o zvláštnostech lékařské etiky v posudkové lékařské službě. Praktičtí lékaři, ať už pracují s dospělou nebo dětskou populací, stejně jako posudkoví lékaři působí na hranici zdravotně sociálního pomezí a svá posudková rozhodnutí nestaví jen na medicínských informacích a normách. Zvláštností v etice posudkového lékařství tedy dobře rozumí.

Bohumil Selfert

Vědecký sekretář Společnosti
všeobecného lékařství ČLS JEP



Novinka! Hodnocení znalostního testu se změnilo 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 4. 10. 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
7/2010**

**Správné
odpovědi
testu
č. 6/2010:**

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

Diabetes mellitus a arteriální hypertenze v ordinaci VPL

1. V ČR je v současnosti zhruba 800 tisíc diabetiků a odhaduje se, že stále nediagnostikováno je dalších přibližně:

- a) 50 tisíc
- b) 100 tisíc
- c) 200 tisíc

2. U pacientů s nově zjištěným diabetem se medikamentózní léčba hyperglykémie začíná:

- a) podle výše glykémie, při glykémii nalačno pod 10 mmol/l se léčba zahajuje režimovými opatřeními a čeká se dalších 4–6 týdnů
- b) podle výše glykémie, při glykémii nalačno pod 7,5 mmol/l se zahajuje režimovými opatřeními a čeká se dalších 4–6 týdnů
- c) vždy ihned

3. Které z fixních kombinací bychom měli v léčbě hypertenze u diabetika preferovat?

- a) ACE inhibitor s diuretikem
- b) AT1-blokátor s diuretikem

c) ACE inhibitor s blokátorem kalciového kanálu

ICHDK – zpráva o projektu MOET ICHDK

4. Prevalence ICHDK u osob nad 75 let je:

- a) do 10%
- b) až 20%
- c) kolem 30%

5. Podle klasifikace ICHDK dle Fontainea je III. stádium onemocnění charakterizováno:

- a) klaudikačními bolestmi
- b) klidovými bolestmi
- c) trofickými defekty

Problematika chlamydiových infekcí očima mikrobiologa

6. Chlamydie jsou:

- a) intracelulární paraziti
- b) extracelulární paraziti
- c) přežívají uvnitř napadených buněk, ale množí se extracelulárně, což je jejich zvláštností

7. Z člověka na člověka je možno přenést infekci:

- a) Ch. trachomatis

b) Ch. pneumoniae
c) Ch. psittaci

8. Nepřímá vyšetření chlamydiových infekcí stanovením titru protilátek:

- a) mají samostatnou diagnostickou hodnotu
- b) samostatně nemohou vypovídat o stavu infekce a měla by se provádět společně s přímým důkazem
- c) již se neprovádějí

9. Vyšetření krve na přímé stanovení chlamydiové infekce metodou PCR:

- a) není zpravidla pro diagnostiku přínosné
- b) je základním vyšetřením pro průkaz chlamydiové infekce
- c) vůbec se neprovádí

10. Pro léčbu chlamydiové infekce jsou vhodná následující antibiotika:

- a) betalaktámová antibiotika
- b) tetracykliny
- c) azitromycin

Správné mohou být všechny tři možnosti.

odpovědní lístek – test č. 7/2010

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 |



XXIX. výroční konference SVL ČLS JEP

10.–13. listopadu 2010 **Karlovy Vary**

**Na konferenci budou prezentovány
doporučené postupy SVL ČLS JEP:**

- ◉ Bolesti zad
- ◉ Očkování
- ◉ Srdeční selhání
- ◉ Ischemická choroba dolních končetin
- ◉ Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích
- ◉ Nefropatie a selhání ledvin
- ◉ Osteoporóza
- ◉ ATB léčba v primární péči
- ◉ Náhlé příhody břišní
- ◉ Obecné a vyhledávací postupy u nádorových onemocnění

Jak se můžete zaregistrovat?

- 1. Přes internetové stránky:**
www.target-md.com
- 2. E-mailem:**
sekretariat@target-md.com
- 3. Faxem:**
233 321 748
- 4. Poštou:**
Zasláním vyplněné Závazné přihlášky

Největší odborná konference praktických lékařů v České republice v roce 2010

Unilever - Flora