



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 8/2010

ročník 9

pro
praktické
lékaře
zdarma

Pozvánka na
výroční konferenci
SVL ČLS JEP

**Karlovy
Vary**
10. - 11. 11. 2010

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Jak letos na chřipku čtěte na str. 21



Víkendové vzdělávací semináře SVL ČLS JEP str. 5

Zpráva z kongresu ESC Stockholm 2010 - 2. část str. 8

Proč a jak volit fixní kombinace v léčbě hypertenze str. 11

Jak léčit pacienta s diabetem 2. typu v roce 2010 str. 18

Chřipka v postmoderní/postpandemické době str. 21

Mimokloubní revmatismus str. 24

Domácí měření krevního tlaku str. 36

**Informace opatření k ochraně před škodami působenými
tabákovými výrobky, alkoholem
a jinými návykovými látkami - 2. část** str. 42

Medicom - Erdomed

Obsah

Víkendové vzdělávací semináře SVL ČLS JEP 5

Zpráva z kongresu ESC Stockholm 2010 - 2. část 8

Proč a jak volit fixní kombinace v léčbě hypertenze 11
MUDr. Jan Bruthans, CSc., FESC

Jak léčit pacienta s diabetem 2. typu v roce 2010 18
XY

Chřipka v postmoderní/postpandemické době 21
MUDr. Cyril Mucha

Mimokloubní revmatismus 24
prim. MUDr. Hana Jarošová

Domácí měření TK 33
MUDr. Otto Herber

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

 **...Dotazy a odpovědi 38**

 **...Společenská rubrika 39**

 **...Počítač a doktor 40**
Viry nejen v pacientech

 **...Zdravotnické zařízení a aktuální legislativa 42**
Informace o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami - 2. část

 **...znalostní test 46**

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
8/2010, 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 Konšťacký, CSc., MUDr. Josef Kořenek, CSc., MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., MUDr. Miloš Ponížil, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Alena Šimurdová, MUDr. Jan Šindelář

Manažerka časopisu: Hana Čížková

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 **4. 10. 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

Vážené kolegyně a kolegové,

vítám Vás u říjnového čísla našeho časopisu. Předpokládám, že podobně jako mně se Vám ordinace plní virózy a depresivními pacienty při tomto trvajícím chladném a ponurém počasí a že nevíte, kam dříve skočit. Nicméně možná si najdete chvíli času k prolistování tohoto čísla a možná v něm najdete lecos zajímavého pro Vaší praxi.

V rubrice info SVL najdete zprávu z konání **série úspěšných víkendových seminářů SVL** v podání spoluorganizátorky těchto akcí kolegyně Dany Moravčíkové. Dále je uvedena druhá část zprávy z evropského kardiologického kongresu ze Stockholmu, kde informuji **o novinkách v diagnostice a léčbě**

fibrilace síní, které jsou důležité pro primární péči, kde povětšinou proběhne první odhalení arytmie a kde je pacient dlouhodobě sledován, samozřejmě dle potřeby ve spolupráci s příslušnými specialisty. Dále je zařazen odborný článek z dílny kardiologa - prim. Jana Bruthanse z IKEMu Praha na téma „stále zelené“ hypertenze. Tentokrát jde o velmi pěkný **přehled možností léčby fixními kombinacemi antihypertenziv**. Na téma hypertenze jsme o pár stránek dále zařadili ještě jeden článek od kolegy Otto Herbera, ve kterém připomíná a uvádí důkazy o důležitosti **domácího monitoringu krevního tlaku** jak pro správnou diagnostiku tak pro správné vedení léčby.

A jak už je téměř pravidlem, nechybí ani v tomto čísle **aktuální článek k léčbě diabetika v primární péči**. Vzhledem k tomu, že jsme svědky masivního přerozdělování péče o diabetiky 2. typu mezi praktické lékaře a diabetology, není edukace na toto téma nikdy dost.

Desatero o chřipce a další informace o způsobu očkování v sezóně 2010 - 2011 připravil kolega Cyril Mucha, který se touto problematikou dlouhodobě zajímá a sleduje všechny relevantní novinky pro primární péči.

Další článek z pera revmatoložky prim. Hany Jarošové z Revmatologického ústavu Praha možná svým rozsahem mnohé zarazí. Ovšem z důvodu potřeby uceleného přehledu rozsahu **problematicky mimokloubního revmatismu** jsme se rozhodli článek nedělit a vydat ho vcelku. I když tento článek nemůže poskytnout rozsah informací možný v monografii, má přesto potenci podat stručné a praktické informace sloužící zejména jako podklad pro diferenciální diagnostiku a další samostudium v této problematice. Vzhledem k počtu pacientů, kteří do našich ordinací denně přichází s celou varietou muskuloskeletálních obtíží, předpokládám, že tento článek nezůstane nepovšimnut.

V pravidelné rubrice POEMs s výběrem nejnovějších evidence based článků se dočtete o významu vitaminu D v prevenci pádů u seniorů, o významu cvičení a manuální léčby u bolestí ramene a také o tom, že rutinní pravidelné spirometrické kontroly u pacientů s astmatem nebo CHOPN nemá žádný vliv na zdravotní výsledky těchto pacientů. V rubrice dotazy a odpovědi na dotaz, zda-li screeningově vyšetřovat u mužů PSA, odpovídá garant SVL pro tuto problematiku kolega Otto Herber. Nechybí pravidelná computerová rubrika PC a doktor, tentokrát na téma „viróz“, ale ne u pacientů. V rubrice Legislativa pokračujeme druhou částí článku na téma ochrana před škodami způsobenými návykovými látkami.

V tomto čísle jsme při příležitosti **životního jubilea kolegy Karla Janíka**, dlouholetého člena výboru SVL ČLS JEP zařadili občasnou společenskou rubriku s milým blahopřáním od kolegyně Marcely Bradáčové, k němuž se za výbor a redakci našeho časopisu vřele připojujeme!

S přáním pevných nervů a dobré nálady Vám všem

za redakci
Jaroslava Laňková

Víkendové vzdělávací semináře SVL ČLS JEP

MUDr. Dana Moravčíková



Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP uspořádala v roce 2010 pět (Karlova studánka, Harrachov, Srní, Luhačovice a Mikulov) víkendových seminářů, kterých se zúčastnilo více než 1 000 lékařů.

Poslední seminář se konal v konferenčních prostorách hotelu Eliška v Mikulově, kde zazněla řada zajímavých a pro klinickou praxi podnětných sdělení. Témata byla pestrá. Pozornost byla věnována mimo jiné léčbě hypertenze u diabetických pacientů (prim. Herold), novým možnostem v očkování pertuse (MUDr. Mrkvan), Alzheimerově demenci (MUDr. Franková), akromegalii (prof. Kršek), novým trendům v léčbě zácpy (prof. Hep), možným neúspěchům v léčbě krevního tlaku (MUDr. Vysočanová) a domácímu měření tlaku krve (MUDr. Herber).

Z přednášek vybíráme příspěvky **MUDr. Zuzany Blechové**, lékařky I. infekční kliniky 2. LF UK a Fakultní nemocnice Na Bulovce a primáře kožního oddělení Vojenské nemocnice Brno, **MUDr. Jindřicha Rutty**.

Antimikrobiální rezistence

Je smutným faktem, že až polovina předepsaných antibiotik je indikována zcela zbytečně, velmi často se tak děje pod tlakem pacientů. „Tato skutečnost významně přispívá k nárůstu antimikrobiální rezistence. Intervenční programy, jejichž cílem je snižování spotřeby antibiotik, tak mnohdy připomínají boj s větrnými mlýny. Tento problém už dosáhl globálních rozměrů. Světová zdravotnická organizace proto vytyčila celosvětový program omezení antimikrobiální rezistence. Lze toho dosáhnout několika cestami, pro nás je klíčová racionální preskripce. Antibiotika jsou leckdy nadužívána, nesprávně indikována nebo zbytečně poddávkována,“ vypočítává Z. Blechová a dodává, že součástí boje proti infekcím jsou dostupné možnosti prevence – očkování proti chřipce, pneumokokům či pertusi, dále dodržování standardních postupů v rámci nemocniční hygieny a opatření proti výskytu nosokomiálním a rezistentním kmenům (MRSA – methicilin rezistentní stafylokoky, vankomycin rezistentní enterokoky, rezistentní klebsiely aj.). Všechny tyto kmeny komunitních i nemocničních patogenů by měly být průběžně sledovány, teprve na základě zjišťované citlivosti by měly být následně upravovány a dodržovány léčebné strategie na lokální, regionální i národní úrovni. Významný vliv na antibiotickou rezis-

tenci měla v minulých letech zemědělská výroba, vždyť teprve v roce 2006 bylo zakázáno přidávání antibiotik do krmiv určených drůbeži a prasatům, což se dělalo kvůli stimulaci jejich růstu. Například v Dánsku takto v minulosti spotřebovali až 125 tun léčiv ročně, v roce 2000 zkonzumovala zvířata v České republice 25 tun antibiotik, zejména makrolidů a tetracyklinů.

Jak jsme na tom?

Ambulantní léčba infekčních onemocnění se v jednotlivých zemích Evropské unie výrazně odlišuje skladbou i množstvím použitých antibiotik. V České republice se spotřebuje každý den 16-18 individuálních dávek na den (DID) na tisíc obyvatel. Tyto hodnoty postupně narůstají, spolu s nimi stoupá i objem vynaložených finančních prostředků. Z pohledu výskytu antibiotické rezistence se v současnosti v Evropě pohybujeme někde kolem středu, nedobře na tom byla řada let například Francie, nemalé problémy znamenávají i na Slovensku a obecně ve státech kolem Středozemního moře. Právě ve Francii probíhal podle Z. Blechové v posledních 5 letech intervenční program zaměřený na snižování spotřeby antibiotik a přinesl zajímavé výsledky: „Bylo propočítáno, že 1 takto vynaložené Euro přineslo 14násobnou úsporu. Není to ale jen otázka peněz, bylo také jednoznačně potvrzeno, že došlo k poklesu výskytu komunitních rezistentních kmenů. V Evropě běží už od roku 2006 program GRA-CE, který sleduje preskripci u infekcí dýchacích cest, jeho investigátoři se zajímají i o to, na jakém principu jsou zde vlastně antibiotika indikována. Ukončen bude v příštím roce.“



Co nás pálí

Celosvětově je velkým problémem četnost kmenů MRSA v nemocnicích (v našich ambulantních praxích se naštěstí zatím tolik nevyskytují, je to ale pouze otázka času). „Ve Spojených státech tvoří MRSA 60-70 % všech kmenů stafylokoků, v Japonsku více než 70 %. Česká republika, spolu se svým nejbližším okolím, takto vysoké hodnoty nevykazuje. U nás se toto číslo blíží k 15 % a já se obávám, že už se nebude snižovat. Mnohem hůře jsme na tom ale v oblasti výskytu rezistentních Gram negativních bakterií, například *Escherichia coli* nebo *Klebsiella pneumoniae*,“ upozorňuje Z. Blechová. V 90. letech u nás došlo k prudkému zvýšení (asi o 20-30 %) spotřeby antiin-

fekčních léků. Ruku v ruce s tímto trendem se zvýšil následně i podíl rezistentních pneumokoků či pyogenních streptokoků. V rámci auditů, které byly prováděny v ordinacích praktických lékařů, bylo zjištěno, že intervenční programy mají v této oblasti význam. Po jejich ukončení skutečně došlo ke krátkodobému poklesu výskytu rezistentních kmenů. Boj proti rezistenci tedy nikdy nekončí, na tento problém je třeba stále upozorňovat.

Atopický ekzém v ordinaci praktického lékaře

Podstatou atopické dermatitidy (AD) je geneticky determinovaná, defektní bariérová funkce kůže, kterou charakterizuje přítomnost permanentního „plíživého“ zánětu a zvýšená propustnost. Pro názornost si můžeme představit zeď, s narušenou strukturou ceramidů, což je „malta“, jež by měla za normálních okolností dostatečně utěšňovat „cihličky“ – kožní rohovějící buňky. Výsledkem tohoto defektu je snížená schopnost vázat vodu, vysychání a olupování kůže spojené se škrábáním. Onemocnění se velmi často vyskytuje společně s alergickou konjunktivitidou, rinitidou či bronchiálním astmatem, v této souvislosti mluvíme o tzv. **dermorespiračním syndromu**, jehož prevalence je opravdu vysoká (20-30 %). „Pro atopii jsou příznačná takzvaná velká diagnostická kritéria, především chronický, dlouhotrvající průběh s opakovanými exacerbacemi a typickou lokalizací podle věku pacienta. Stanovení diagnózy napomohou i malá diagnostická kritéria – například pozitivní rodinná anamnéza, svědění a hodnocení morfologie kůže. Vidáme prořidnutí obočí, perorální kožní změny, prohloubení kožních reliéfů na dlaních, dermatitidu ve vlasové části hlavy, pozitivní kožní test na nikl apod. Pro definitivní diagnózu potřebujeme potvrdit 3 velká a 3 malá kritéria,“ vypočítává J. Rutta a dodává, že základem terapie AD v ambulanci praktického lékaře je lokální přístup: „Na postižené místo je třeba pravidelně aplikovat takové látky, které budou zlepšovat bariérovou funkci kůže a budou doplňovat nekvalitní ceramidy. Nanášejí se emoliencia (pomašťovadla), která uleví od svědění a optimálně hydratují nemocnou kůži. Tyto podmínky splňuje například oblíbená Lipobase nebo Lipobase Repair. V další vlně se aplikují lokálně působící steroidy (steroidní externa) v kombinaci s antibiotiky a antiseptiky. Od roku 2003 mají lékaři k dispozici i moderní, lokálně působící imunosupresiva (tacrolimus, pimecrolimus), která jsou u nás zatím určena k léčbě těžkých atopických postižení hlavy a krku.“

Kortikoidy vs. tacrolimus

Dobrá účinnost kortikoidů je známá, jejich vedlejší účinky rovněž – nekontrolované, opakované a někdy nadbytečné používání vede k atrofii všech vrstev kůže, ta získává „papírovou“ strukturu a ztrácí odolnost – dochází tím k oslabení kožní bari-



éry. Tato léčiva se dle účinnosti dělí na 4 stupně, přičemž terénní lékař může předepisovat první 2. Platí, že pro zvládnutí těžkých, rozsáhlých postižení jsou kortikoidy stále nezastupitelné, pro déletrvající terapii jsou ale nevhodné. Měly by být užívány jen krátkodobě, v okamžiku opětovného, aktivního vzplanutí onemocnění. Po zalečení nejpalčivějších problémů by měl přijít na řadu **topický imuno-modulátor tacrolimus**, který je v rámci dlouhodobé terapie AD možné aplikovat dětem od 2 let. Při akutních projevech choroby se může tacrolimus aplikovat na nemocnou kůži 2x denně až 6 týdnů nebo do jejich vymizení. Tzv. intermitentní léčba, která spočívá v dlouhodobé aplikaci tacrolimu (mast Protopic 0,1% a Protopic 0,03%) 2x týdně po dobu 1 roku, vychází z poznatku, že mezi zachvaty vzplanutí sice může pokožka pacienta s AD vypadat zdravě, ve skutečnosti ale zdravá není a probíhá v ní latentní zánět. Pokud je tento zánět kontinuálně tlumen tacrolimem, prodlouží se významně doba mezi jednotlivými akutními exacerbacemi, například z 15 dnů na 142 dnů u dospělých a z 36 dnů na 217 dnů u dětí. Případná opětovná vzplanutí AD nejsou tak intenzivní. Lékaři se tedy snaží onemocnění „udržet dlouhodobě na uzdě“. Po roce je dobré toto léčebné schéma přehodnotit, napří-

klad ve smyslu opatrného vysazení léku nebo naopak zvýšení jeho dávek.

Kazuistika

OA: Mladý muž (30 let) onemocněl náhle, po dovolené. Teplota 39,6°C, zimnice, schvácenost, celková slabost. Užíval ibuprofen s přechodným efektem, dysurické obtíže neměl, nezvracel. Stěžoval si na celkovou slabost, začínal dráždivě kašlat bez expektorace. Při vyšetření praktickým lékařem zachycen poslechový nález oslabeného dýchání vpravo pod lopatkou bez chrůpků. RTG potvrzena dg. pravostranné lobární pneumonie.

Nasazená léčba: klaritromycin 2x 500 mg. Po dvou dnech léčby přetrvávaly febrilie, zhoršil se kašel. Změna farmakoterapie na co-amoxicilin 3x 625 mg. Efekt léčby nadále nevýrazný - CRP 148mg/l, leukocytóza 12,5, v diferenciále posun doleva. Otázkou je, zda měnit léčbu nemocného.

„V tomto případě sice nemocný dostal aminopenicilin potencionovaný kyselinou klavulanovou, jeho dávka ale rozhodně nebyla dostatečná. K dosažení terapeutického efektu je nutno léčbu změnit. Není nezbytné ji ale měnit v rámci potencionovaných aminopenicilinů – jedná se o typický obraz lobární pneumonie, který bývá pneumokokového původu. V tomto případě došlo k selhání léčby nikoliv volbou nevhodného antibiotika, ale kvůli poddávkování zbytečně nasazeného kombinovaného léčiva. **Správnou volbou je v tomto případě vysoká dávka čistého amoxicilinu.** Po změně léčby došlo k poklesu teplot i vymizení obtíží nemocného,“ komentuje Z. Blechová.

Astellas - Duomox

Na co si dávat pozor, aneb nejčastější mýty a omyly z klinické praxe

• Pacienti bývají při **bolestech v krku** léčeni několika různými antibiotiky za sebou, ty se střídavě vysazují dle (ne)úspěšnosti, bez ohledu na další klinické či laboratorní ukazatele bakteriálního zánehu. Je to dáno tím, že normální mikroflóra tonzil a nosohltanu zahrnuje celou řadu mikrobů, takže kultivační nález se může průběžně měnit (hemofilus, stafylokok, E. coli apod.), nejedná se však o záchyt vyvolavatele obtíží a v případě nepřítomnosti klinických příznaků není nasazení antibiotik odůvodněno. Lékem volby tonzilo-faryngitidy zůstává penicilin, pouze při přecitlivělosti makrolidy. Na primoinfekci EBV se často pomýšlí v době, kdy už mají nemocní vysoké hodnoty IgG anti-EBNA a bývá požadována léčba těchto nemocných, v tomto případě se ale nejedná o primoinfekci. Pozor na primoinfekci HIV, která může klinicky i laboratorně připomínat obraz syndromu infekční mononukleózy.

• Etiologie pneumonií se určuje obvykle podle klinických či rentgenologických parametrů, ale nejčastějším bakteriálním vyvolatelem je *Streptococcus pneumoniae*, i když jeho záchyt je poměrně nízký. Lékem volby u **komunitní pneumonie** u nás by měl být krystalický penicilin G (rezistence pneumokoků je u nás nízká) nebo čistý amoxicilin ve vyšších dávkách 60-90 mg/kg/den. Léčbu nemá cenu měnit příliš často. Rozdíly v léčebných zvyklostech jsou výrazné i mezi pražskými fakultními nemocnicemi.

• **Azitromycin** by v rámci léčby akutních infekcí dýchacích cest neměl být vůbec indikován, protože dostatečné sérové hladiny dosahuje pouze několik dní. Ve tkáních naopak dlouhodobě přetrvává v nízkých subinhibičních koncentracích, které jsou významným selekčním tlakem pro vznik rezistentních kmenů.

• **Intersticiální pneumonie** by měly být léčeny doxycyklinem nebo klaritromycinem. Pokud mají nemocní pouze prokázané protilátky proti chlamydiím, v dospělosti se jedná o běžný nález anamnestických protilátek pozitivních až u 80 % populace. Nasazení antibiotik je bez klinického korelátu v této indikaci neodůvodněné.

• **Výskyt pertuse** v posledních letech narůstá, v dospělém věku bývá často nerozpoznána vzhledem k atypickému průběhu. Typický nález v krevním obraze je výrazná lymfocytóza (někdy současně leukocytóza připomínající leukemický nález). Lékem volby jsou makrolidy, léčba v paroxysmálním stádiu již nemá vliv na záchvaty kašle, ale eliminuje další šíření infekce.

• **Střevní infekce** (salmonelózy, kampylobakteriázy) nejsou indikací nasazení antibiotické léčby, pouze v případě systémových komplikací či septického průběhu. Antibiotická léčba nezkracuje délku nosičství patogenu.

• Až čtvrtina kmenů E. coli je rezistentních na fluorochinolony, což je důsledkem jejich nadměrné preskripce v rámci terapie lehkých infekcí urogenitálního traktu. V případě lehčích **infekcí močových cest**, nevyžadujících hospitalizaci, lze použít nitrofurantoin, kotrimoxazol či aminopeniciliny, rozhodně nedávat přednost ciprofloxacinu.

• Nemocní po adekvátní léčbě **lymeské borelióze** bývají zcela zbytečně léčeni antibiotiky pro přetrvávající pozitivitu titrů protilátek.

• **Erythema migrans** by naopak mělo být vždy léčeno empiricky na základě klinického obrazu, bez čekání na sérologické vyšetření. Lékem volby jsou u dětí a gravidních žen penicilinová antibiotika, V-penicilin (u dětí 3x 250 mg po 8 hodinách, dospělí 500-750 mg po 8 hodinách/14 dní). Další volbou je amoxicilin (u dětí 50 mg/kg/den rozdělené po 8 hodinách, u dospělých 3x 1 g po 8 hodinách/14 dní). Často léčbou u dospělých je doxycyklin (u dospělých 200 mg denně/14 dní), alternativou jsou makrolidy. Diagnózu lze potvrdit odběrem protilátek za 6-8 týdnů po začátku onemocnění, i když při časně léčbě nemusí dojít k sérokonverzi. Další antibiotická léčba bez klinického korelátu není indikována, u asymptomatických nemocných není nutné sérologické vyšetření opakovat.

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v listopadu 2010

Hlavní téma: Ledvinné selhání.

Pondělí	1.11.2010	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Středa	3.11.2010	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek	4.11.2010	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Čtvrtek	4.11.2010	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Sobota	6.11.2010	9:00 - 13:00	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Sobota	6.11.2010	9:00 - 13:00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
Sobota	6.11.2010	9:00 - 13:00	Karlovy Vary - Březová, Hotel Starý mlýn, Staromlýnská 26/8
Úterý	9.11.2010	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel EURO, Jiráskova 2781
Čtvrtek	18.11.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
Sobota	20.11.2010	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Úterý	23.11.2010	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Středa	24.11.2010	16:00 - 20:00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
Středa	24.11.2010	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Čtvrtek	25.11.2010	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota	27.11.2010	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39

Zpráva z konference

ESC kongres 2010

Stockholm 28.8. - 1.9.2010

MUDr. Jaroslava
Laňková



Co nového přinesl kardiologický kongres ve Stockholmu?

Implikace pro primární péči - 2. část

Nová doporučení pro léčbu fibrilace síní

Významnou událostí na kongresu Evropské kardiologické společnosti (European Society of Cardiology - ESC), který se konal na přelomu srpna a září t. r. ve švédském Stockholmu, bylo představení nových doporučení pro péči o pacienty s fibrilací síní (FS), která jsou aktualizací předchozích doporučení z r. 2006 a reflektují nejnovější výsledky z nedávných velkých studií. Na tvorbě doporučení pracovalo 25 autorů z celé Evropy a různých specializací. Kromě kardiologů, kardiochirurgů, elektrofysiologů se na jejich tvorbě podíleli i praktičtí lékaři a geriatři, což odráží multidisciplinární charakter tohoto narůstajícího onemocnění, o nějž pečují různé medicínské specializace. Klíčovou prezentaci k novým doporučením přednesl **vedoucí autor prof. John Camm (Department of Cardiac & Vascular Sciences at St George's, University of London)**. Z jeho prezentace jsem si dovolila vybrat novinky, které mají význam pro praktické lékaře.

Fibrilace síní je dnes běžným onemocněním, v obecné populaci postihuje 1-2 % osob, její výskyt vzrůstá s věkem a ve věku 80 let postihuje asi 10 % osob a ve věku 85 let a více již asi 18 % osob. Prof. Camm uvedl, že hlavní roli v záchytu onemocnění mají praktičtí lékaři, kteří odhalí naprostou většinu onemocnění. Také sledování pacientů s FS přechází stále více a více do péče praktických lékařů, kteří mají klíčové postavení v multidisciplinární péči o pacienta s FS.

Novinka! Nová klasifikace FS:

Dosavadní rozdělení FS na paroxysmální, persistující a permanentní je nově pozměněno a doplněno na:

Paroxysmální FS - ataky FS trvající méně než 48 hodin (48 hodin je klinicky důležitý mezník, protože při delší době trvání je pravděpodobnost spontánní verze nízká a musí být zvážena antiakoagulační léčba).

Persistující FS - FS trvající déle než 7 dnů nebo FS vyžadující léčbu kardioverzí (medikamentózní nebo přístrojovou).

Dlouhodobá persistující FS - FS trvající déle než rok v době, kdy je přistoupeno ke strategii léčby rytmu.

Permanentní FS - akceptovaná pacientem a lékařem, není pokračováno v léčbě rytmu.

Důležité prvky v anamnéze při záchytu FS:

U pacientů při odběru anamnézy je třeba zjišťovat:

- případné precipitující faktory FS - tělesná zátěž, emoce, příjem alkoholu
- tíži symptomů FS (za použití EHRA klasifikace - viz dále)

- častost symptomatických epizod a jejich délka trvání
- přítomnost komorbidit - hypertenze, ICHS, srdeční selhání, periferní aterosklerotické onemocnění, cerebrovaskulární onemocnění, mozková příhoda, diabetes, chronické onemocnění plic
- abusus alkoholu
- rodinná anamnéza FS

Novinka! EHRA klasifikace:

Jde o novinku v klasifikaci symptomatických projevů FS, která je obdobou klasifikaci NYHA (New York Heart Association) u srdečního selhání. EHRA je zkratkou European Heart Rhythm Association.

EHRA I - asymptomatická FS.

EHRA II - mírné symptomy, normální denní aktivita není ovlivněna.

EHRA III - těžké symptomy, normální denní aktivita je ovlivněna.

EHRA IV - invalidizující symptomy, normální denní aktivita není možná.

Diagnostika a sledování pacientů s FS (nejvyšší stupně doporučení a důkazů):

- Podmínkou diagnózy je dokumentace FS na EKG křivce.
- U pacientů s podezřením na FS by měl být proveden pokus o natočení EKG křivky v době symptomů.
- U pacientů s FS by mělo být provedeno jednoduché funkční shodnocení podle EHRA klasifikace.
- Všichni pacienti s FS by měli projít pečlivým fyzikální vyšetřením a měla by ji být odebrána anamnéza ve vztahu k srdečnímu onemocnění a arytmií.
- U pacientů se těžkými symptomy, dokumentovaným nebo předpokládaným srdečním onemocněním nebo přítomnými rizikovými faktory, by mělo být provedeno kardiotelegrafické vyšetření.
- U pacientů léčených antiarytmiky, by měla být rutinně a pravidelně prováděna 12-ti svodová EKG křivka (není specifikováno jak často - pozn. autorky zprávy).

Doporučené otázky při kontrolách pacientů s FS:

- Došlo ke změně rizikového profilu (např. nový záchyt diabetu, hypertenze), obzvláště s ohledem na indikaci antiakoagulační léčby?
- Je stále přítomna indikace k antiakoagulační léčbě (např. st. p. kardioverzi u pacientů s nízkým tromboembolickým rizikem)?

Moho pacientů je léčeno permanentně a zbytečně, i když indikace k antikoagulační léčbě již pominula.

- Zlepšily se symptomy pacienta při léčbě? Pokud ne, neměla by být zvážena jiná léčba?

- Jsou přítomny známky nebo riziko proarytmie, pokud ano, neměla by být snížena dávka antiarytmika nebo léčba změněna?

- Progredovala paroxysmální FS do persistující/permanentní formy? Neměla by být zvážena jiná léčba?

Novinka! Nový skórovací systém pro odhad rizika tromboembolismu u FS - CHA₂DS₂ - VASc:

Dřívější CHADS₂ systém nezahrnuje některé důležité rizikové faktory, které byly nově zařazeny a větší důraz je nyní kladen na věkové riziko (dříve věk nad 75 let byl hodnocen 1 bodem, nyní dostal 2 body a nově je hodnocen i věk 65 - 74 let 1 bodem). Jednotlivá rizika a jejich hodnocení jsou uvedena níže:

C (congestive - srdeční selhání/dysfunkce LK) 1 bod

H (hypertenze) 1 bod

A₂ (age - věk nad 75 let) 2 body

D (diabetes mellitus) 1 bod

S₂ (stroke - CMP/TIA/tromboembolismus v anamn.) 2 body

V (vaskulární onemocnění - st.p. IM, periferní AS, sklerotické pláty aorty) 1 bod

A (age - věk 65-74 let) 1 bod

Sc (sex category - ženské pohlaví) 1 bod

Dosažení **CHA₂DS₂ - VASc ≥ 2 body** je indikací k nasazení antikoagulační (AK) léčby. (K dispozici, vzdor slibným výsledkům u jiných AK, jsou zatím pouze antagonisté vitamínu D - warfarin.) Již samotný věk nad 75 let a přítomnost FS je indikací k antikoagulační léčbě! Nejenže již dávno neplatí věkové omezení antiakoagulační léčby, ale význam věku byl podle nové klasifikace ještě posílen. Důsledná antikoagulační léčba je právě ve vysokém věku významným činitelem v omezení výskytu tromboembolických mozkových příhod (jichž je většina). Pozor na přeceňování významu pádů jako rizika krvácivých komplikací. Je vždy lépe nejdříve učinit opatření omezující pády, než přimochaře vysazovat antikoagulační léčbu.

Při **CHA₂DS₂ - VASc = 1 bod** je doporučeno nasadit buď warfarin nebo kyselinu acetylosalicylovou (ASA). Při nepřítomnosti rizikových faktorů je lépe ponechat pacienta bez antitrombotické

léčby, než mu preventivně nasazovat ASA. Tendence nasazovat ASA místo warfarinu u seniorů s cílem snížení rizika krvácení je chybná. Antitrombotické účinky ASA jsou v porovnání s warfarinem nedostatečné. Navíc se ani podle provedených studií ASA s ohledem na krvácivé komplikace nezdá být bezpečnější než warfarin, zejména ne u seniorů. U pacientů, kde je kontraindikace léčby warfarinem nebo pacient odmítá užívat warfarin, je doporučena kombinovaná léčba ASA (75 - 100mg) + clopidogrel 75 mg denně.

Novinka! Skórovací systém pro riziko krvácení:

Byl vyvinut nový skórovací systém **HAS - BLEED**.

H (hypertenze) 1 bod

A (abnormální ledvinné nebo jaterní funkce) 1 - 2 body

S (stroke - CMP) 1 bod

B (bleeding - krvácení) 1 bod

L (labilní INR) 1 bod

E (elderly - senioři - věk > 65 let) 1 bod

D (drugs - léky /např. ASA, NSA/ nebo abusus alkoholu) 1 - 2 body

(Pozn. autorky zprávy - hodnocení získaného počtu bodů nebylo v prezentaci popsáno a není ani uvedeno v originálních textech doporučení. Nejspíše jde o odhad rizika - čím vyšší počet bodů, tím vyšší riziko a tím větší obezřetnost v indikaci antitrombotické léčby.)

„Upstream“ léčba - léčba „proti proudu“

- zaměřená na rizikové faktory FS

Upstream léčba má za cíl zabránit rozvoji arytmogenního substrátu, který se podílí na vzniku a udržení FS. V upstream léčbě se nejvíce uplatňuje blokáda RAAS (renin-angiotensin-aldosteron-systém) a to především inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu (inhibitory ACE), blokátory receptoru 1 pro angiotensin II (ARB) a antagonisté aldosteronu. Další léky zaměřené na léčbu rizikových faktorů u FS jsou statiny a PUFA (omega3 nenasycené mastné kyseliny).



INRatio2 Přístroj na vyšetření INR HemoSense

Možnost okamžité úpravy dávkování orálně podávaných antikoagulancií.

- stačí 1 kapka kapilární krve
- měřicí rozmezí: 0,7 - 7,5 INR
- výsledky do 60 vteřin
- 2x interní kontrola



Pořádáme kurzy INR pro praktické lékaře - získání certifikátu pro ZP.

V případě zájmu nás kontaktujte: e-mailem: jeriova@medial.cz; telefonicky: 602 558 971

poštou: Medial s.r.o., Ing. Jitka Honců Jeriová, Obchodní 110, 251 70 Čestlice

Medial spol. s r.o.
Zákaznické centrum
Obchodní 110
251 70 Čestlice

tel.: +420 296 328 328
fax: +420 296 328 320
info@medial.cz
www.medial.cz

MEDIAL
LÉKAŘSKÁ TECHNIKA A SPECIÁLNÍ ZDRAVOTNICKÝ MATERIÁL

MUDr. Jan Bruthans, CSc., FESC

Pracoviště preventivní kardiologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Proč a jak volit fixní kombinace v léčbě hypertenze

Souhrn: K dosažení účinné kontroly hypertenze je třeba u 70 – 80 % hypertoniků podávat 2 a více hypertenzních léků. V porovnání s podáváním jednotlivých léků vede preskripce fixní kombinace k lepší adherenci k léčbě a k lepší kontrole hypertenze při nižších dávkách léků a nižších nákladech léčby. Léčiva ve fixní kombinaci mají mít synergický efekt, shodnou dobu a různý mechanismus účinku a vzájemně zmírňovat své nežádoucí vedlejší účinky. Stále výrazněji se prosazují kombinace, které v kontrolovaných studiích prokázaly organoprotektivní a pozitivní nebo alespoň neutrální metabolický efekt. Léčbu hypertenze lze i zahájit podáváním fixní kombinace. Obvyklejším způsobem je úvodní titrování kombinací a dávek jednotlivých léků a až následná volba fixní kombinace pro léčbu lehčí a středně těžké hypertenze. Volba fixní kombinace se odvíjí od tíže hypertenze, efektu dosavadní antihypertenzní léčby a od kardiovaskulárního rizika, metabolických a dalších onemocnění a orgánových změn pacienta.

Současná léčba hypertenze je u naprosté většiny pacientů úspěšná především díky široké škále léků z řady lékových skupin, které máme nyní pro léčbu hypertenze k dispozici. **Mono-terapií dosáhneme cílových hodnot krevního tlaku jen u 20-30 % pacientů.** Zvyšování dávek v monoterapii zpravidla zlepši kontrolu hypertenze jen nevýrazně a často vede ke vzniku výraznějších nežádoucích účinků léku. Neuspěje-li lék v obvyklé dávce, je málo pravděpodobné, že uspěje ve vyšších dávkách. Cílových hodnot krevního tlaku lze u většiny pacientů docílit až kombinovanou terapií. Jako rezistentní označujeme hypertenzi nekontrolovanou kombinací tří léčiv, jedním z nich by mělo být diuretikum. U **rezistentní hypertenze** (cca 5 % hypertoniků) je nutno kombinaci léků dále rozšířit.

Častou příčinou nedostatečné kontroly hypertenze je ale špatná adherence pacientů k léčbě, nikoliv rezistentní hypertenze. Navíc, navzdory pokrokům ve farmakoterapii, je značná část hypertoniků léčena nedostatečně intenzivně. Doporučených hodnot systolického a diastolického krevního tlaku (TK < 140/90 mm Hg) dosáhlo v ČR v letech 2006/2009 podle studie post MONICA 51,4 % medikamentózně léčených hypertenzních pacientů a jen 31,1 % všech hypertoniků v populaci (1). V porovnání s předchozími lety bylo sice dosaženo velmi významného zlepšení, dosud však nelze kontrolu hypertenze v populaci považovat za dostatečnou.

V posledních letech byla publikována řada studií vyznívajících ve prospěch kombinované léčby hypertenze. Podobně jsou formulována i poslední evropská a česká doporučení, léčbu hypertenze lze zahájit kombinací léčiv (2). Arteri-

ální hypertenze je jedním z hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, větší na našich pacientů má rizikových faktorů spíše několik. Režimovými opatřeními a léčbou se snažíme snižovat kardiovaskulární riziko komplexně. Intervenujeme více rizikových faktorů současně a kombinujeme například léčbu hypertenze a hyperlipidemie. Také výrazně narůstající prevalence diabetu vede k nutnosti dalších lékových kombinací.

Kombinovaná léčba hypertenze při splnění určitých podmínek přináší řadu výhod. Indikována je zejména u hypertoniků, u nichž dosavadní léčba nedosáhla cílových hodnot, u hypertoniků, jejichž cílové hodnoty TK jsou 130/80 mm Hg a u nemocných s diabetem mellitem, metabolickým syndromem, poškozením cílových orgánů, zejména s ledvinovým onemocněním, ICHS, po CMP a u pacientů s rizikem podle SCO-



MUDr. Jan Bruthans, CSc., FESC

Tabulka 1: Výhody léčby fixními kombinacemi

Zvýšená adherence k léčbě, jednodušší titrace dávky, jednodušší užívání.
Antihypertenzní účinek jednotlivých komponent se potencuje, synergický efekt.
Zmírnění některých vedlejších účinků.
ACEI a antagonisté angiotensinu II zmírní metabolické změny navozené diuretikem.
ACEI a antagonisté angiotensinu II zmírní periferní otoky navozené blokátory kalciového kanálu.
Lepší kontrola hypertenze.
Nižší náklady na léčbu.

Tabulka 2: Fixní kombinace inhibitoru ACE a diuretika (C09BA02)

Enalapril + hydrochlorothiazid	
Berlipril H	10/25 mg
ENAP-H	10/25 mg
ENAP-HL	10/12,5 mg
Lisinopril + hydrochlorothiazid	
Diroton Plus H	10/12,5; 20/12,5 mg
Lipribela Plus H	10/12,5; 20/12,5; 20/25 mg
Lisinopril/Hydrochlorothiazid Pharma	10/12,5; 20/12,5 mg
Perindopril + indapamid	
Coverex Combi	4/1,25 mg
Noliprel	2/0,625 mg
Noliprel Neo	2,5/0,625 mg
Noliprel Neo Forte	5/1,25 mg
Paraterax	8/2,5 mg
Perindopril Arginine	2,5/0,625; 5/1,25; 10/2,5 mg
Perindopril/Indapamide	2/0,625; 4/1,25; 8/2,5 mg
Perinpa	2/0,625; 4/1,25 mg
Prenewel	2/0,625; 4/1,25 mg
Prestarium Combi	4/1,25 mg
Prestarium Neo Combi	5/1,25; 10/2,5 mg
Ramipril + hydrochlorothiazid	
Amprilan H	2,5/12,5; 5/25 mg
Hartil-H	2,5/12,5; 5/25 mg
Medoram Plus H	2,5/12,5; 5/25 mg
Miril Plus H	2,5/12,5; 5/25 mg
Ramil H	2,5/12,5 mg
Ramipril H Actavis	2,5/12,5; 5/25 mg
Ramipril/Hydrochlorothiazid Actavis	2,5/12,5 mg
Ramipril/Hydrochlorothiazid Pliva	2,5/12,5; 5/25 mg
Tritazide	2,5/12,5; 5/25 mg
Chinapril + hydrochlorothiazid	
Accuzide	10/12,5; 20/12,5 mg
Quinapril/Hydrochlorothiazid Pharma	10/12,5; 20/12,5; 20/25 mg
Quinapril/Hydrochlorothiazid Teva	10/12,5; 20/12,5; 20/25 mg
Stadapress	10/12,5; 20/12,5 mg
Cilazapril + hydrochlorothiazid	
Cazacombi	5/12,5 mg
Inhibace plus	5/12,5 mg
Fosinopril + hydrochlorothiazid	
Foprin Plus H	20/12,5 mg
Fosinopril/Hydrochlorothiazid+Pharma	20/12,5 mg

RE $\geq 5\%$ (3). Kombinace léků by měla být synergická, tj. výsledný efekt kombinace by měl být větší než pouhá adice efektu léků v kombinaci. Kombinace by měla potlačovat nežádoucí vedlejší účinky léků v kombinaci (např. hypokalémii u diuretik, otoky dolních končetin u amlodipinu), kombinovat se mají preparáty s obdobnou dobu účinku (zpravidla 24 hodin) a z různých lékových skupin. Stále větší pozornost je věnována kombinacím, u nichž je prokázán organoprotektivní efekt a pozitivní, nebo alespoň neutrální metabolický účinek.

Předepisování a užívání celé řady jednotlivých léků je ale pociťováno jako obtížné jak lékaři tak i pacienty. Může výrazně snižovat adherenci pacientů k léčbě a vést k omylům při užívání. Proto je vítána tendence farmaceutických firem uvádět na trh **fixní kombinace** standardně užívaných léků. Problematika fixních kombinací představuje velmi aktuální odborné téma, bude se jí také zabývat v pořadí již třetí mezinárodní konference, která se bude konat 18. - 20. listopadu 2010 v Brisbane.

Fixní kombinace snižují počet pacientem užívaných tablet a prokazatelně zvyšují adherenci pacientů k léčbě hypertenze, a to až o 26 % (4). Kombinují se léky se srovnatelně dlouhodobým, zpravidla 24 hodinovým a vzájemně se potencujícím účinkem, podávají se jedenkrát denně a většinou obsahují relativně nižší dávky jednotlivých antihypertenziv. Kontroly hypertenze může být dosaženo při vynaložení nižších nákladů než při kombinaci jednotlivých preparátů. V léčbě hypertenze nejsou fixní kombinace žádnou novinkou, stačí si připomenout preparát Crystepin. Uvádění nových kombinací na trh rychle akceleruje, proti starším kombinacím (diuretikum plus další medikament) se do popředí dostávají fixní kombinace léků s organoprotektivním efektem, zejména ACEI, sartany a kalciové blokátory. Vcelku pochopitelně se téměř neobjevují fixní kombinace s antihypertenzivy II. skupiny, tj. s antihypertenzivy působícími přímo na cévní stěnu a antihypertenzivy s centrálním působením, které jsou zpravidla užívána v kombinované, ale značně individualizované léčbě rezistentní a těžké hypertenze. V současné době je nabídka fixních kombinací antihypertenzních léků v ČR až neuvěřitelně bohatá, většinou i v různém vzájemném poměru dávek. Nově se objevují trojkombinace a jsou zaváděny kombinované preparáty pro současnou léčbu hypertenze a hyperlipidémie. Nicméně fixní kombinace nyní užívá v ČR jen malá část, cca 15 % hypertoniků.

Za nevýhodu fixních kombinací lze považovat určitou menší pružnost preskripce. Lékař kombinující jednotlivé preparáty má větší možnost individuálního vyladění dávek a jejich kombinací. Léčba fixní kombinací nemusí být zárukou účinné léčby, např. v důsledku relativně nižších dá-

SA - Triasyn

Tabulka 3: Fixní kombinace inhibitoru ACE a blokátoru kalciových kanálů (C09BB02)

Enalapril + lercanidipin
Lercaprel 10/10; 20/10 mg
Zanicombo 10/10; 20/10 mg
Lisinopril + amlodipin
Amesos 10/5; 20/10 mg
Perindopril + amlodipin
Prestance 5/5; 5/10; 10/5; 10/10 mg
Ramipril + felodipin
Triasyn 2,5/2,5; 5/5 mg
Verapamil + trandolapril
Tarka 180/ 2; 240/4 mg

vhodnější je zpočátku kombinovat a titrovat jednotlivé léky

není vhodné kombinovat léky ze stejné lékové skupiny s výjimkou kombinace kalium šetřících a thiazidových diuretik

u těžké a rezistentní hypertenze preferujeme nefixní kombinace

vek v kombinacích. V případě výskytu nežádoucích účinků léků mohou vznikat pochybnosti, která ze složek kombinovaného přípravku je vyvolává. Obvykle nás vedlejší účinky donutí vysadit celý kombinovaný preparát. Do jisté míry lze pochybovat o tvrzení, že kombinované preparáty mají paušálně nižší výskyt vedlejších účinků než nefixní kombinace jednotlivých antihypertenziv. Přestože se tvrdí, že nasazením fixní kombinace hned při zahájení léčby se dosáhne kontroly hypertenze rychleji, je obvykle zřejmě vhodnější zpočátku kombinovat a titrovat jednotlivé léky a fixní kombinace nasazovat až podle nastavených kombinací a dávek. Při preskripci fixních kombinací a dalších preparátů jednoznačně není vhodné dospět ke kombinaci léků ze stejné lékové skupiny – např. více než jednoho kalciového blokátoru, ACEI, blokátoru ATII nebo betablokátoru. Výjimkou jsou kombinace kalium šetřících a thiazidových diuretik. U těžké a rezistentní hypertenze preferujeme nefixní kombinace.

V tabulce 2 - 8 je uveden přehled fixních kombinací antihypertenziv registrovaných v ČR. Seznam je překvapivě rozsáhlý. Většina lékařů, včetně kardiologů, se setkala a pracuje jen s podstatně menší částí uváděných preparátů. Zdánlivá hojnost ovšem klame – převážně se jedná o identické kombinace v obdobných dávkách, ale od různých farmaceutických firem. Generické firmy neopládají zvláštní invencí a nedisponují potenciálem k testování nových kombinací v nových dávkách, zpravidla jen přejímají originální fixní kombinace. Trend vývoje nových fixních kombinací ale pokračuje a kombinace budou ještě složitější. Stále výrazněji je proklamována snaha o vytvoření „polypill“ – tabletky obsahující řadu ingrediencí optimálních pro komplexní medikamentózní prevenci a léčbu ICHS, cévních mozkových příhod a pod. Vedle některých lékových skupin užívaných v léčbě hyper-

tenze by tak mohla být v „polypill“ agregována i acetylsalicylová kyselina (či jiná antigregancia), statiny a další.

Z fixních kombinací se v léčbě hypertenze v současné době nejvíce prosazuje **kombinace inhibitorů osy renin-angiotensin-aldosteron (RAA) - ACEI nebo sartanů s diuretiky thiazidové řady nebo s indapamidem**. Léčba diuretiky navodí volumovou depleci a sníží koncentraci natria, to vede k aktivaci systému RAA. Současná inhibice tohoto systému vede k synergické, nejen aditivní a tedy výraznější kontrole hypertenze. Jednou z nejprůkaznějších byla studie PROGRESS, kdy kombinovaná léčba prestariem a indapamidem vedla k lepší kontrole hypertenze a k výraznému snížení celkové i kardiovaskulární mortality, frekvence IM a zejména CMP (5). Za nevhodné jsou v kombinaci s inhibitory RAA a v dalších kombinacích považovány dávky hydrochlorothiazidu vyšší než 25 mg, dostupné fixní kombinace je obsahují již jen výjimečně. Ve světle diskutovaných některých **nepříznivých metabolických efektů thiazidových diuretik**, především rizika vzniku nového diabetes mellitus, poněkud **překvapuje zcela převažující zastoupení hydrochlorothiazidu ve fixních kombinacích** (5).

Kombinace inhibitorů osy RAA s blokátory kalciového kanálu (CCA) se odvolává na studie, které u kombinace ACEI nebo sartanů s CAA ve srovnání s jinými kombinacemi, zejména betablokátor-diuretikum, prokázaly zvýšenou organoprotektivitu (renální, kardiální), neutrální metabolický efekt, sníženou incidenci diabetu a výraznější snížení kardiovaskulární mortality a incidence kardiovaskulárních příhod (studie ASCOT-BPLA, ACCMPLISH) (6,7,8).

Přidání atorvastatinu k amlodipinu/perindoprilu snižovalo nefatální IM a úmrtí na IM třikrát více než přidání atorvastatinu k atenololu/thiazidovému diuretikum (8). Adherence k léčbě fixní kombinací byla vyšší než u pacientů užívajících amlodipin a atorvastatin odděleně.

Kombinace betablokátorů s diuretiky byla dosud velmi oblíbená a je dobře tolerována. Jako méně účinnou než kombinaci ACEI + amlodipin ji shledala zejména studie ASCOT, v ní byl porovnávaným betablokátozem atenolol. Nověji není kombinace považována za vhodnou u pacientů s metabolickým syndromem a s výrazným rizikem diabetu, protože zhoršuje glycidovou toleranci a zvyšuje incidenci nového diabetu mellitu. Účinek kombinace byl prokázán v řadě starších studií a u pacientů s ICHS a pacientů se srdečním selháním je fixní kombinace s betablokátozem, zejména bisoprololem, nadále doporučována.

Servier - Prestarium

Tabulka 4: Fixní kombinace antagonisty angiotensinu II a diuretika (C09DA)

Losartan + hydrochlorothiazid
APO-Combilos 50 mg losartan + 12,5 mg HCTZ
Arionex Combi 50/12,5; 100/25
Artager 50/12,5; 100/25
Giovax Plus H 50/12,5; 100/25
Hyzaar 50/12,5; 100/12,5; 100/25
Lorista H 50/12,5; 100/25
Losagen Combi 50/12,5
Losaratio Plus H 50/12,5
Losartan/Hydrochlorothiazid Pharma 50/12,5; 100/25
Losartan/Hydrochlorothiazid Stada 50/12,5; 100/12,5 100/25
Losathia 50/12,5
Lozap H 50/12,5
Nopretens Plus H 50/12,5; 100/25
Sangona Combi 50/12,5; 100/25
Eprosartan + hydrochlorothiazid
Teveten Plus H 600mg eprosartan + 12,5 mg HCTZ
Valsartan + hydrochlorothiazid
Blessin Plus H 80mg valsartan + 12,5mg HCTZ; 160/12,5; 160/25
Co-Diovan 80/12,5; 160/12,5; 160/25
Kylotan Plus H 80/12,5; 160/12,5; 160/25
Teval Plus H 80/12,5; 160/25
Valsabela Plus H 80/12,5; 160/12,5
Valsacombi 80/12,5; 160/12,5; 160/25
Valsaratio Plus H 80/12,5; 160/12,5; 160/25
Valzap Combi 80/12,5; 160/12,5; 160/25
Zelvatancombo 80/12,5; 160/12,5; 160/25
Irbesartan a hydrochlorothiazid
Coaprovel 150mg irbesartan + 12,5 mg HCTZ; 300/12,5; 300/25
Irbesartan/hydrochlorothiazid Sandoz 150/12,5
Irbesartan/hydrochlorothiazid Teva 150/12,5; 300/12,5; 300/25
Irbesartan/hydrochlorothiazid Winthrop 150/12,5; 300/12,5; 300/25
Karvezide 150/12,5; 300/12,5; 300/25
Kandesartan + hydrochlorothiazid
Atacand plus 16 mg kandesartan + 12,5 mg HCTZ
Telmisartan + hydrochlorothiazid
Kinzalkomb 40 mg telmisartan + 12,5 mg HCTZ; 80/12,5; 80/25
MicardisPlus 40/12,5; 80/12,5; 80/25
PritorPlus 40/12,5; 80/12,5; 80/25
Olmesartan + hydrochlorothiazid
Olmotec Plus H 20 mg olmesartanu + 12,5 mg HCTZ; 20/25
Sarten Plus H 20/12,5; 20/25

Tabulka 5: Fixní kombinace antagonisty angiotensinu II a blokátoru kalciových kanálů (C09DB)

Valsartan + amlodipin
Copalia 80 mg valsartan + 5 mg amlodipin; 160/5; 160/10
Dafiro 80/5; 160/5; 160/10;
Exforge 80/5; 160/5; 160/10;
Imprida 80/5; 160/5; 160/10;
Olmesartan + amlodipin
Sintonyn 20 mg olmesartan + 5 mg amlodipin; 40/5; 40/10

Závěr

Při volbě fixní kombinace antihypertenziv se ošetřující lékař řídí stavem daného pacienta: tíží hypertenze, skladbou a výsledky dosavadní antihypertenzní léčby a jeho kardiovaskulárním rizikem, metabolickými a dalšími onemocněními a orgánovými změnami. Lékař kriticky hodnotí recentní doporučení optimální kombinované léčby pro konkrétní situaci a fixní kombinaci volí podle zkušeností, které má v obdobných případech s kombinovanou léčbou jednotlivými antihypertenzivy.

Shrnutí pro praxi

K dosažení účinné kontroly hypertenze je třeba u většiny hypertoniků podávat 2 a více hypertenzních léků. Fixní kombinace antihypertenziv dosahují lepší adherence k léčbě a lepší kontroly hypertenze při nižších dávkách léků a nižších nákladech léčby než kombinace jednotlivých léků. Stále výrazněji se prosazují kombinace s organoprotektivním a pozitivním nebo alespoň neutrálním metabolickým efektem. Léčbu hypertenze lze zahájit podáváním fixní kombinace. Častěji ale nejdříve titrujeme kombinaci a dávky jednotlivých léků a až následně vybereme fixní kombinaci pro léčbu lehčí a středně těžké hypertenze. Přihlížíme k tíži hypertenze, efektu dosavadní léčby a ke kardiovaskulárnímu riziku, orgánovým změnám a dalším onemocněním pacienta.

Literatura:

1. Jozífová M, Cífková R, Škodová Z, Adámková V, Bruthans J, et al. Léčba a kontrola hypertenze v České republice v období 1997/1998-2006/2009. *Interní medicína pro praxi* 2010;12: 212-217.
2. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei L, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009;27:2121-58.
3. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European So

Tabulka 6: Fixní kombinace kalium šetřícího diuretika s thiazidovým diuretikem (C03E).

Amilorid + hydrochlorothiazid
Amilorid/HCT AL 5/50 mg
APO-Amilzide 5/50 mg
Loradur mite 2,5/25 mg
Loradur 5/50 mg
Moduretic 5/50 mg
Rhefluin 5/50 mg
Amilorid + chlortalidon
Amicloton 2,5 /25 mg

Tabulka 7: Fixní kombinace betablokátorů s thiazidy (C07B).

Nebivolol + hydrochlorothiazid
Nebilet Plus H 5 mg/12,5; 5/25 mg
Atenolol + chlortalidon
Tenoretic 100/25 mg
Bisoprolol + thiazidy
Lodoz 2,5/6,25; 5/6,25; 10/6,25 mg
Tebis plus H 5/12,5; 10/25 mg

Tabulka 8: Další fixní kombinace

Valsartan + amlodipin + hydrochlorothiazid
Copalia HCT 160/5/12,5; 160/5/25; 160/10/12,5; 320/10/25 mg
Dafiro 160/5/12,5; 160/5/25; 160/10/12,5; 320/10/25 mg
Exforge 160/5/12,5; 160/5/25; 160/10/12,5; 160/10/25; 320/10/25 mg
Imprida 160/5/12,5; 160/5/25; 160/10/12,5; 160/10/25; 320/10/25 mg
Aliskiren + hydrochlorothiazid
Rasilez HCT 150/12,5; 150/25; 300/12,5; 300/25 mg
Amlodipin + atorvastatin
Caduet 5/10; 10/10 mg

zdánlivá hojnost fixní kombinací ovšem klame – převážně se jedná o identické kombinace v obdobných dávkách, ale od různých farmaceutických firem

poněkud překvapuje zcela převažující zastoupení hydrochlorothiazidu ve fixních kombinacích

sure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicenter randomised controlled trial. *Lancet* 2005;366:895-906.
7. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, et al; ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med* 2008;359:2417-28.
8. Sever PS, Poulter NR, Matorantonakis S, et al. Coronary heart disease benefits from blood pressure and lipid lowering. *Int J Cardiol* 2009;135:218-22.

MUDr. Jan Bruthans, CSc., FESC, vedoucí lékař oddělení epidemiologie kardiovaskulárních onemocnění. Pracoviště preventivní kardiologie IKEM Praha. Pracoval jako odborný asistent a kardiolog na interních klinikách 1. a 2. lékařské fakulty Karlovy Univerzity v Praze. Absolvoval studijní pobyty v Německu a ve Velké Británii, pracoval jako kardiolog konzultant v Jemenu a Kuwaitu. Dlouhodobě se zabývá epidemiologií a prevencí kardiovaskulárních chorob, léčbou arteriální hypertenze a srdečního selhání a echokardiografií.

ciety of Hypertension and of the European Society of Cardiology, Guidelines Committee. *J Hypertens* 2007;25:1105-87.

4. Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, et al. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. *Am J Med* 2007;120:713-719.

5. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischemic attack. *Lancet* 2001;358:1033-41.

6. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, et al., for the ASCOT investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial - Blood Pres-

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

prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA

Interní klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Jak léčit pacienta s diabetem 2. typu v roce 2010

Souhrn: Záměrem článku je poukázat na závažnost diabetu a v souladu s novými poznatky upozornit na potřebu časně diagnostiky a časně léčebné intervence s cílem dosažení těsné kompenzace u pacientů s diabetem. Stejně důležité je uvedení současných doporučených postupů pro léčbu recentního diabetu 2. typu: v prvním kroku metformin, při jeho selhání pak přidání druhého PAD nebo bazálního inzulínu do kombinace. Kvalitní péče o pacienta s diabetem se neobejde bez spolupráce praktického lékaře s diabetologem. V dubnu proto vznikl algoritmus upravující pravidla péče, konzultací a dispenzarizace.



prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA

za dobrou kompenzaci diabetu se považuje dosažení cílových hodnot:

- glykémie
- HbA1c
- cholesterolu
- triglyceridů
- krevního tlaku

Diabetes mellitus je závažné onemocnění, které je diagnostikováno u téměř 800 tisíc Čechů a neodhalené si vybírá svou daň u dalších minimálně 200 tisíc osob. Účinné řešení je v nedohlednu, v roce 2025 bude po světě chodit asi 330 milionů diabetiků. Komplikace diabetu nejen snižují kvalitu života nemocného, ale přímo jej ohrožují na životě.

Novou naději do budoucna přinesly velké recentní studie, které korigovaly dosavadní poznatky a odstartovaly éru tzv. **Nové diabetologie**. Co je jejími pilíři? Především časně a aktivní stanovení diagnózy diabetes mellitus v rizikové populaci a časné zahájení farmakologické intervence u těchto jedinců, cílené na dosažení a udržení normoglykémie. Platí, že **z časně a intenzivní léčby nejvíce profitují právě recentní diabetici**. V souladu s výsledky intervenčních studií se za dobrou kompenzaci diabetu považují nejen normální hodnoty glykémie a glykovaného hemoglobinu (HbA1c), ale také dosažení cílových hodnot cholesterolu, triglyceridů a krevního tlaku pro rizikové osoby.

Metformin jako první krok v léčbě DM2

V léčbě nově diagnostikovaného diabetu má klíčové postavení změna životního stylu pacienta, a byť v praxi často selhává, nemělo by se na ni rezignovat. Ruku v ruce s úpravou životosprávy kráčí farmakoterapie, která dnes nabízí rozsáhlé možnosti individualizovaného přístupu. Kotvu v široké nabídce léčebných možností představují **Doporučené diagnostické a terapeutické postupy, definující standard**. Dle konsenzu ADA a EASD z roku 2009 se léčba čerstvých diabetiků s DM2 zahajuje metforminem. Toto léty prověřené perorální antidiabetikum (PAD) zřetelně snižuje glykémii už po několika dnech (s maximem po několika týdnech). Tím však účinky metforminu nekončí: při intenzivní léčbě snižuje také kardiovaskulární riziko (studie UKPDS), nezvyšuje hmotnost, nevyvolává hypoglykémie a ovlivňuje rizikové markery (lipi-

dy, CRP ad.). Nově byl objeven **protinádorový účinek metforminu** (např. studie ZODIAC – 16).

Inzulín jako poslední volba je mýtus

V případě, že léčba metforminem není tolerována, je kontraindikována nebo nestačí (tj. když hodnota HbA1c překročí hodnotu 5 %), je třeba zavedení dalšího léku do kombinace. Výše zmíněná Doporučení navrhuji **bazální inzulín nebo sulfonylureu**, jako méně dobře ověřenou léčbu pak thiazolidindiony nebo analog GLP-1. V případě, že se praktickému lékaři nedaří dosáhnout cílových hodnot HbA1c a postprandiální glykémie šest měsíců pomocí kombinace PAD, je dle doporučení SVL ČLS JEP třeba konzultovat stav pacienta s diabetologem, který může nasadit inzulín. Pro pacienta to není špatná zpráva: moderní konsensus boří mýtus, že inzulín je lékem poslední volby. Naopak, otevírají se **slibné perspektivy časně inzulinizace**: obnovuje funkci beta buněk a efekt přetrvává i po roce bez léčby, jen na dietě a cvičení. Taktéž zlepšuje glykemickou kontrolu a více pacientů má šanci dosáhnout cílových hodnot HbA1c ve srovnání s PAD. Současně platí, že efekt přetrvává v čase. Moderní inzulínová analogy (krátkodobě i dlouhodobě působící) výrazně snižují obávané riziko hypoglykémie. Ani přírůstek hmotnosti po léčbě bazálními analogy není velký. Důležitý benefit přináší **dlouhodobě působící inzulín glargin**: kromě toho, že se podává jen 1x denně, signifikantně snižuje výskyt nočních hypoglykemií ve srovnání s NPH inzulinu (např. Humulin N, Insulatard HM, Insuman Basal). Od začátku tohoto roku je dokonce indikován **bazální inzulínový analog u diabetiků druhého typu s glykovaným hemoglobinem nad 6 % a nezáleží přitom na předchozí léčbě**.

Proč je HbA1c důležitým ukazatelem?

Glykovaný hemoglobin je základní ukazatel dlou-

SA - Diabetes

**základním
ukazatelem
dlouhodobé
kompenzace
diabetu je glykovaný
hemoglobin (HbA1c)**

**HbA1c odráží
kompenzaci
za předcházející 2–3
měsíce**

**HbA1c < 4,5 %
= vynikající**

**HbA1c 4,5 – 6,0 %
= přijatelná**

**ambulantní měření
HbA1c (POCT)
- viz Infoservis VZP
č. 13/2010**



hodobé kompenzace diabetu (2–3 měsíce zpět), od jeho měření je odvozeno vyhodnocení léčby, stanovení strategie dalšího postupu v léčbě, kontrola úspěšnosti a efektivity léčby a odhad rizika vzniku komplikací. Za vynikající je považována hodnota < 4,5 %, za přijatelnou pak 4,5 – 6,0 % (dle IFCC). Jak známo, dle studie UKPDS vede u DM2 redukce HbA1c o 1 (%) ke snížení IM o 14 %, mozkových příhod o 15 % a mikrovaskulárních komplikací o 37 %. Hodnoty HbA1c by se měly sledovat každé 3 měsíce, statistiky však ukazují, že se tak bohužel děje pouze u třetiny z celkového počtu potřebných pacientů. Zlepšení situace se očekává nejen od další edukace lékařů a pacientů, ale také od zavedení **ambulantního měření HbA1c** (POCT - point of care testing) z kapilární krve. V současnosti se dokončuje jednání s VZP o přidělení kódu diabetologům i praktickým lékařům.

Spolupráce praktického lékaře a diabetologa je potřebná

Pacienty s diabetem má možnost léčit kromě diabetologa a internisty také praktický lékař (PL). Aby vzájemná spolupráce dobře fungovala a pacient z léčby co nejvíce profitoval, byl v dubnu 2010 vypracován algoritmus dispenzarizací, konzultací a předávání diabetických pacientů od PL k diabetologovi. U nově diagnostikovaného pacienta s DM2 bez komplikací tak zahajuje léčbu a tohoto pacienta dispenzarizuje PL. Má-li po šesti měsících pacient hodnotu HbA1c $\geq 5,3\%$, měl by jej PL odeslat ke konzultaci nebo k dispenzarizaci k diabetologovi. Má-li i po uplynutí 12 měsíců pacient hodnotu HbA1c $\geq 5,3\%$, platí též předchozí postup. Více k algoritmu, který zahrnuje i postup při výskytu mikroangiopatie a makrovaskulárních komplikací a k novým dvěma sadám signálních kódů se lze dočíst např. v Infoservisu VZP č. 13/2010.

Závěr

Mnohý lékař je názoru, že péče o diabetika není jednoduchá, a to i proto, že vyžaduje spolupráci a mimořádně zodpovědný přístup ze strany pacienta. Na druhou stranu, dnešní medicína vkládá do rukou lékařů poměrně bohatý arzenál účinných léků, starších i nových. Klíčové ale je, aby byla léčba podána v době, kdy z ní může pacient nejvíce profitovat.

Literatura:

1. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR, 2010;4.*
2. *Diabetes mellitus. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. CDP-PL 2009.*
3. *Standardy České diabetologické společnosti, www.diab.cz.*
4. *Infoservis VZP, 2010;13.*
5. *Kvapil M et al. Diabetologie 2010. Triton 2010, Praha.*
6. *Nathan DM, Buse JB, Davidosn MB et al. Medical management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. Diabetologia, 2009;52:17-30.*

prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA - v roce 1981 absolvoval Lékařskou fakultu UJEP v Brně. Dva roky působil jako sekundář ve Fakultní nemocnici u svaté Anny, poté přešel do FN Motol. Později složil dvě atestace z vnitřního lékařství, v roce 1995 pak atestaci z diabetologie. Od roku 1991 do roku 1999 vedl jednotku intenzivní metabolické péče Interní kliniky 2. lékařské fakulty a FN Motol, od roku 1999 je přednostou této kliniky. Od roku 2002 také předsedá České diabetologické společnosti ČLS JEP, zároveň stojí v čele Diabetické asociace ČR. Je členem Evropské asociace pro studium diabetu. Podílí se na výzkumech v oblasti diabetologie.

MUDr. Cyril Mucha

praktický lékař, odborný asistent ÚVL 1. LF UK Praha

Chřipka

v postmoderní/postpandemické době aneb jak letos s chřipkou

V minulém roce se z chřipky, která bývala opomíjené až přehlížené onemocnění, stal doslova mediální trháč. Nejenže po dlouhou dobu „otevírala“ první stránky mnoha novin a časopisů, ale i hodně politiků si svými „zasvěcenými“ radami a komentáři na ní snažilo vydělat nějaké politické body. Virus chřipky, který provází lidstvo již od nepaměti se laikům, odborníkům i „odborníkům“ mohl jenom usmívat (pokud by to uměl). Žil si svým „životem“ neboť mluvku/politiku, krále i prezidentů již za stovky let své existence zažil bezpočet.

Faktem je, že po tomto mediálním boji se stala chřipka známější, nicméně u mnoha zainteresovaných zanechal boj hořkou pachutí. Pokud ovšem kdokoli bere medicínu opravdu jako vědu, která má své zákonitosti, nesmí se nechat v boji proti jakékoli nemoci odradit.

Shrňme fakta, která bez ohledu na novináře i politiky platí, do desatera:

1. Chřipka je onemocnění s vysokou nakažlivostí, pokud tedy jedinec, který přišel do kontaktu s nemocným chřipkou nemá dostatečnou hladinu protilátek, s vysokou pravděpodobností onemocní.

2. Pro šíření v populaci je nutný dostatečný počet vnímavých jedinců. Vzhledem k tomu, že virus chřipky je intracelulární parazit neschopný nejen replikace, ale ani vegetativního života mimo hostitelskou buňku („přežít“ je schopen pouze několik hodin), nemůže se v populaci šířit, pokud nenalézá dostatek jedinců bez ochranného titru protilátek. Čím méně je v populaci vnímavých jedinců, tím pomaleji se virus šíří a naopak.

3. Chřipkou každoročně onemocní 5 - 10 % populace. Přestože u mnoha nemocných má chřipka „benigní“ průběh, způsobuje takovéto množství nemocných každoročně velké ekonomické škody.

4. Průběh chřipky mohou často zhoršit komplikace. Vyskytují se komplikace primární (tedy způsobené přímo chřipkovým virem) nebo sekundární (způsobené jiným patogenem, který díky chřipkové infekci má snadnější „přístup“ do oslabeného organismu).

5. Každoročně i na „epidemickou“ chřipku zemře v ČR kolem 2 000 lidí. Ačkoli je chřipka považována za banální onemocnění a je jednoduše preventabilní, zahubí 2x více lidí než zahyne za stejné období např. při autonehodách.

6. I „běžná“ epidemická chřipka je v současnosti jediné onemocnění, které dokáže zvednout celkovou úmrtnost v populaci. Zvyšování počtu chřipkových onemocnění (ILI) je následováno zvýšením celkové úmrtnosti (viz graf).

7. Jednou za 10 - 30 let se vyskytne nová tzv. shiftová varianta, která vyvolá pandemii, ta má

pro populaci, ekonomiku i prostý chod společnosti zničující následky. Predikovat, kdy se pandemie objeví je velmi těžké, ale jisté je, že se objeví.

8. Chřipka má svůj charakteristický průběh: rychlý nástup, celková zchvácenost, vysoké febrilie, suchý dráždivý kašel.

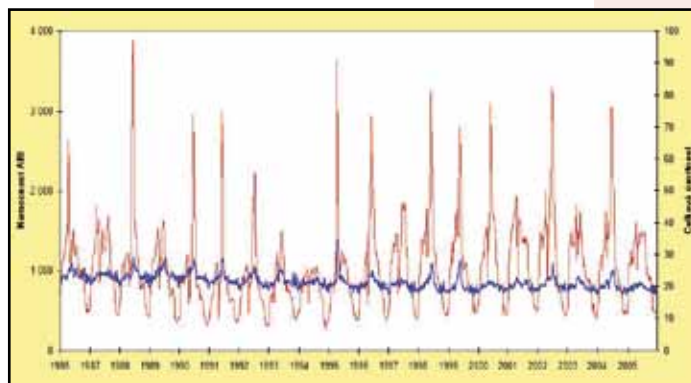
9. Léčí se především symptomaticky, ale má i svou specifickou léčbu. Chřipka se klasicky léčí antipyretiky, antitusiky, resp. mukolytiky, klidem na lůžku a dostatečným příjmem vitamínů a tekutin. V posledních letech jsou na trhu i specifická antivirotika. Jejich účinek je založen na blokování klíčového virového enzymu: neuraminidázy, čímž je znemožněn „výstup“ virové partikule ven z napadené buňky. Vzhledem k vysoké ceně a zejm. riziku vzniku rezistence je užití antivirotik vyhrazeno spíše pro pacienty s těžkým průběhem chřipky, resp. pacienty, kteří nemohou být z různých důvodů očkováni.

10. Nejúčinnější a nejlevnější prevencí je očkování. Statistiky ukazují, že očkování snižuje nemocnost na chřipku a jí podobné infekce (ILI) cca 6x. Každá koruna vložená do očkování se vrátí zhruba 10x. Nevýhodou očkování je, že díky velké variabilitě viru není možné v současnosti vyrobit „univer-



MUDr. Cyril Mucha

prestože je nejúčinnější a nejlevnější prevencí očkování, umírá v ČR na chřipku každý rok kolem 2000 lidí



Graf 1: červeně výskyt chřipkových onemocnění (ILI), modře celková úmrtnost

(Kyncl J et al. A study of excess mortality during influenza epidemics in the Czech Republic, 1982-2000. Eur J Epidemiol. 2005;20(4):365-71)

epidemie je časově omezený, u chřipky většinou sezonní (nejčastěji leden – březen), prudký nárůst onemocnění vázaný na určitou oblast (např. kraj). Za epidemií se považuje výskyt onemocnění více než 2000 případů na 100 000 obyvatel

pandemie je časově i místně neomezený lavinovitý nárůst případů onemocnění – může tedy probíhat v kterémkoli měsíci (měsících) v roce a bez ohledu na regiony se šíří po celém světě. Vyvolat ji dokáže nová (shiftová) varianta viru proti které v populaci nejsou ochranné protilátky

zální“ chřipkovou vakcínu, ale je nutné každoročně připravit nové složení. Světová zdravotnická organizace (WHO) vždy vytipuje pro daný rok nejpravděpodobnější patogeny a ty jsou závažné pro výrobu vakcín. Očkovací látky jsou trivalentní, obsahují tedy tři typy chřipkových virů (dva ze skupiny A a jeden ze skupiny B).

Rozdíl mezi vakcínami je ve formě antigenů ve vakcíně obsažených:

A) **vakcíny štěpené** („splitové“): obsahují kompletní rozbitý virus. V ČR jsou registrované: **Vaxigrip; Fluarix; Begrivac** a **Idflu**.

B) **vakcíny subjednotkové**: obsahují pouze vyčištěné bílkoviny hemaglutininu a neuraminidázy. V ČR jsou k dispozici: **Influvac; Fluad, Inflexal V; Optaflu**

Jak letos očkovat

Po mnoha letech dohadů o způsobu úhrady došlo letos k výrazné změně. Vakcínu je možno díky symbolu „A“ na účet pojišťovny aplikovat pouze tak, že ji lékař předem nakoupí a po aplikaci ji jako ZULP vyúčtuje společně s kódem 02129 (dg Z 251).

ZP tedy zaplatí: 167 bodů + 133 Kč za vakcínu.

Vakcína je hrazena ZP u pacientů:

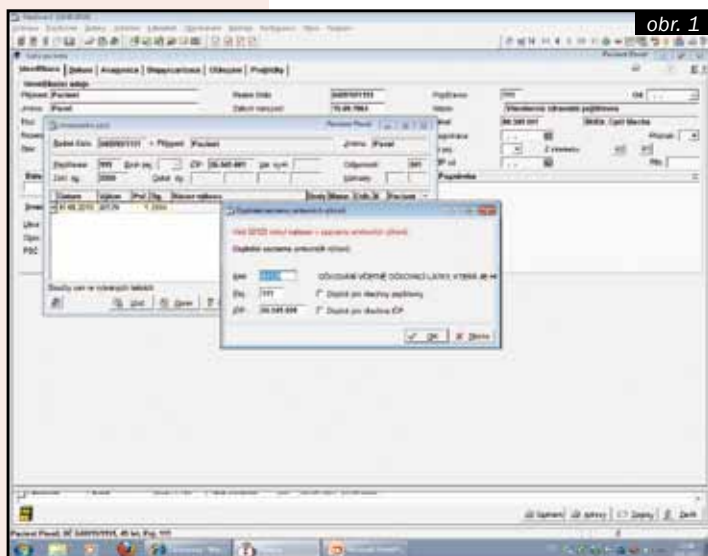
- nad 65 let věku

- po odstranění sleziny
- po transplantaci krvinek
- kteří trpí závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév, nebo dýchacích cest, ledvin a diabetem
- v letošním roce nově též pacientům očkovaným dle Vyhlášky č. 537/2006, tedy fyzickým osobám umístěným v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, domovech důchodců a domovech – penzionech pro důchodce.

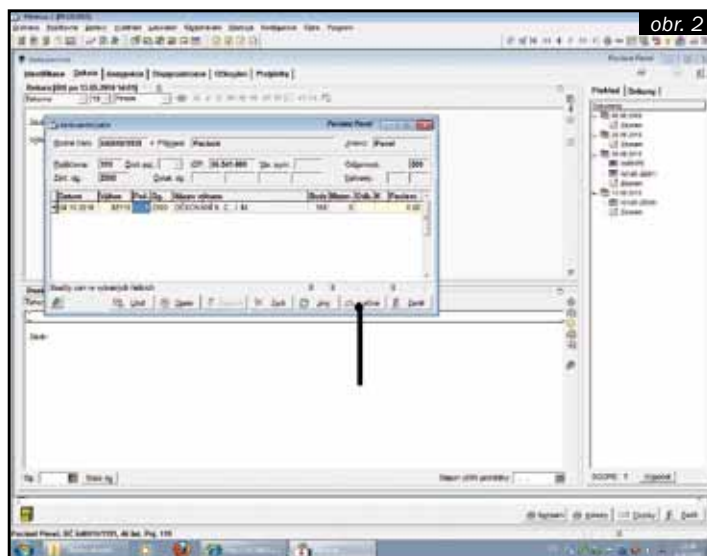
Jak vykazovat např. v programu Medicus (viz fotodokumentace níže):

1. Kliknout na ambulantní výkony a zadat nový výkon očkování **02129** (obr 1, 2).
2. Program nabídne přidání nového výkonu (obr.3).
3. Po jeho přidání je možno zadat i danou vakcínu (pozor zadat pouze balení á 1ks), (obr.4).

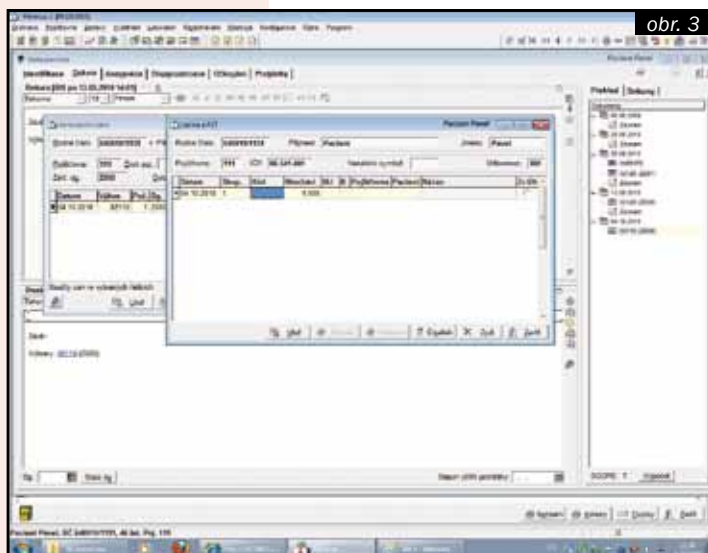
MUDr. Cyril Mucha – praktický lékař, promoce na 2. lékařské fakultě UK v roce 1993. Od r. 1998 soukromá všeobecná praxe v Praze 6. Krajský konzultant SVL ČLS JEP pro Prahu. Odborný asistent Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK, odborný redaktor časopisu Practicus, člen akreditační komise MZ. Odborný zájem: IT technologie, chřipka.



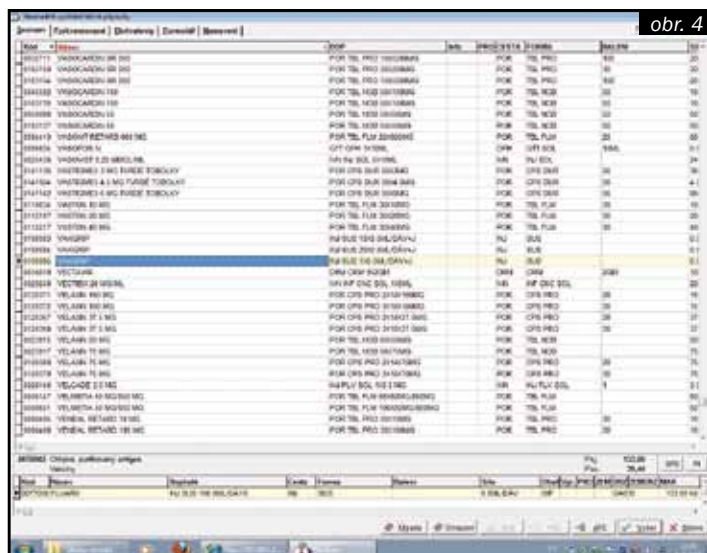
obr. 1



obr. 2



obr. 3



obr. 4

Solvay - Influvac

prim. MUDr. Hana Jarošová

Revmatologický ústav, Praha

Mimokloubní revmatismus

Souhrn: Mimokloubní revmatismus se dělí na lokální (burzitidy, tenosynovitidy, entézopatie, úžinové syndromy), regionální (myofasciální bolestivý syndrom, myofasciální bolestivý dysfunkční syndrom, přenesená bolest, reflexní sympatická dystrofie) a generalizovaný (fibromyalgický syndrom, chronický únavový syndrom, osteomalacie, hypermobilní syndrom). Postihuje struktury kolem kloubů: fascie, svaly, šlachové pochvy, šlachy a jejich úpony, úpony ligament, burzy, kloubní pouzdra, podkožní a tukové vazivo. Diagnostika lokálních syndromů se provádí sonografií, případně MRI vyšetřením, úžinových syndromů elektromyografií. Burzitidy, tenosynovitidy, entézopatie léčíme imobilizací končetiny ortézou, soft laserem v dostatečné dávce, obstrukce, NSA lokálně. Myofasciální bolestivé syndromy léčíme fyzioterapií, fyzikální terapií včetně soft laseru. Správně diagnostikujeme fibromyalgii a chronický únavový syndrom u plošné bolesti dlouhotrvající s poruchami spánku, únavou. Nepodceňujeme hypermobilní syndrom, instruktáží vhodných cviků lze předcházet předčasnému poškození kloubů. Základem prevence vzniku mimokloubního revmatismu je správná postura a ergonomie pracovní i volného času.

Klíčová slova: mimokloubní revmatismus, burzitida, tenosynovitida, entézopatie, úžinový syndrom, fibromyalgie, chronický únavový syndrom, fyzioterapie



prim. MUDr. Hana Jarošová

základem prevence vzniku mimokloubního revmatismu je správná postura a ergonomie pracovní i volného času

Názvem mimokloubní revmatismus (revmatismus měkkých tkání, Soft Tissue Rheumatism - STR) jsou označována muskuloskeletální onemocnění, kde dominuje bolest mimokloubního původu.

STR postihuje tkáně a struktury v okolí kloubů, výsledkem je produkce bolesti, otoku, event. zánětu. Struktury kolem kloubů zahrnují fascie, svaly, šlachové pochvy, šlachy a jejich úpony, úpony ligament, burzy, kloubní pouzdra, nervy, podkožní a tukové vazivo. STR postihuje arey okolí kloubů ramen, hrudníku, loktů, zápěstí, prstů, kyčlí, dolních zad, kolen, hlezne a nohy.

Russel, Raphael v r. 2008 klasifikují STR na lokální, regionální a generalizované bolestivé syndromy měkkých tkání (viz tabulky).

Příčinou STR je jeden nebo více z těchto faktorů:

- Přetěžování nebo úraz kloubní oblasti při sportu, hře nebo při práci.
- Špatný postup při práci nebo odpočinku, či špatná příprava před cvičením nebo sportováním.
- Abnormální nebo špatně umístěné klouby nebo kosti (např. nestejná délka končetin, artritida některých kloubů) stresuje měkké struktury.
- Někdy asociace s jiným nemocem (revmatoidní artritida, dna, osteoartróza nebo endokrinní nemoc).
- Sporadicky mají vliv infekce.
- Často je příčina neznámá.

Je důležité diferencovat STR a bolesti kloubní. Lokalizace bolesti a zánětu a přítomnost bolesti jen při aktivním zvyšování rozsahu pohybu v kloubu pomáhá diferencovat problém. Při diagnostice je doporučeno využívat vyšetření ultrazvukem - sonografie, event. vyšetření magnetickou rezonancí (MRI).

A. Lokalizovaný bolestivý syndrom měkkých tkání

Burzitidy

Je-li burza postižena zánětem dochází k degenerativním změnám její stěny. To může vést k ruptuře burzy, může tak nastat komunikace burzy s dutinou kloubní. Burza je postižena buď primárně např. po traumatu nebo druhotně při zánětu v kloubu nebo v rámci systémového onemocnění. V oblasti kolene může velký výpotek v kolenním kloubu vést ke vzniku tzv. Bakerovy cysty (komunikace popliteální burzy s dutinou kloubní). Časté jsou burzitidy olekranu, které vznikají mechanickým drážděním; mohou být způsobeny synoviálním výpotkem, synoviální hypertrofií až fibrózou, nodulárními depozity, dnovými tofy nebo revmatickými uzlíky. K častým burzitidám patří subdeltoidální a prepatelární burzitida.

Klinický obraz

Burzy jsou bolestivé na pohmat. Při burzitidě olekranu a prepatelární burzitidě je omezení flexe v kloubu a volná extenze. Omezenou flexi i extenzi kolene nacházíme u popliteální burzitidy.

Léčba

Aspirujeme obsah burzy, event. laváž burzy s následnou aplikací kortikosteroidu. Synovektomie je terapií u recidivující popliteální burzitidy. Infekční burzitidy vyprazdňujeme a přeléčujeme antibiotiky dle citlivosti.

Tenosynovitidy

Tenosynovitidy vznikají nejčastěji po opakovaných mikrotraumatech nepřiměřenou zátěží, často doprovází systémová onemocnění. Infekční etiologie bývá vzácnější. Častá bývá tenosynovitida šlachy m. bi-

ceps. De Quervainova tenosynovitida je způsobena stenozující tenosynovitidou dlouhého abduktoru a krátkého extenzoru palce. Vzniká často při repetitivních pohybech – např. při pletení, šití, zahradnických pracech, při častém psaní SMS na mobilu palcem. Nezřídka nacházíme tenosynovitidy flexorů prstů.

Klinický obraz

De Quervainova tenosynovitida se vyznačuje bolestivým zduřením postižené šlachy a bolestivostí radiální části předloktí. Při tenosynovitidě bicepsu nacházíme bolestivou, zduřelou šlachou s typickými drásotami. Tenosynovitida flexorů prstů může vyvolat syndrom karpálního tunelu z komprese n. mediānus.

Diagnostika

V diagnostice využíváme ultrazvukové vyšetření, indikované na základě anamnézy, subjektivních potíží a klinického nálezu. Finkelsteinův test je charakteristický pro De Quervainovu tenosynovitidu – flexe palce v dlaní, prsty ve flexi kolem palce, vyšetřujeme jemně ulnární dukci zápěstí. Akutní bolest podél šlachy diagnostikuje De Quervainovu tenosynovitidu.

Léčba

V akutní fázi imobilizace končetiny ortézou, aplikace soft laseru, ultrazvuku. Nesteroidní antirevmatika (NSA) lokálně, aplikace kortikosteroidy je možná po vyloučení infekční etiologie. Chirurgická intervence je indikovaná v případě selhání konzervativních postupů.

Entézopatie

Entézopatie jsou zánětlivé změny v tendoperiostálním spojení. Entézopatie jsou **primární** např. patní ostruhy nebo **sekundární** v rámci zánětlivých revmatickým onemocnění (velmi často provázejí ankylozující spondylitidu). Tenisový loket (laterální epikondylitida) a golfový loket (mediální epikondylitida) jsou velmi časté na horních končetinách. Na dolních končetinách jsou frekventní entézopatie velkého trochanteru femuru, které mohou být v diagnostice zaměněny za bolesti vycházející z kyčelního kloubu, dále entézopatie Achillovy šlachy a aponeurózy planty.

Etiopatogeneze

Entézopatie mají exogenní a endogenní příčiny. K **exogenním příčinám** patří převážně opakované mechanické přetěžování šlachy. Entézopatie vznikají také druhotně na úponech svalů, které jsou v kontraktuře nebo v hypertonu. Porušení harmonie pohybových řetězců horní končetiny je příčinou jejich vzniku. Porušením extenčně supinačního řetězce vzniká laterální epikondylitida, mediální epikondylitida vzniká porušením flekčně pronačního řetězce. K **endogenním faktorům** vzniku patří porucha vaskularizace, metabolické poruchy, atrofické změny, toxická poškození a psychogenní faktory. V místě úponu nalézáme eroze s následnou fibrózou a novotvorbou kosti.

Klinický obraz

Typická je bolestivost při vyšetření postižené oblasti, ztráta funkce – omezení rozsahu pohybu, může být i zvýšená teplota a zarudnutí. Test laterální epikondylitidy je pozitivní při odporované dorsiflexi zápěstí, pasivní flexe a extenze v lokti je v normě.

Tabulka č. 1: Lokální bolestivé syndromy měkkých tkání

Burzitidy	subakromiální, olekranonu, trochanterická, prepatelární, anserina
Tenosynovitidy	bicepsu, supraspinatu, infrapatelární, Achillovy šlachy
Entézopatie	laterální epikondylitida, mediální epikondylitida
Úžinové syndromy	horní končetiny, dolní končetiny

Tabulka č. 2: Regionální bolestivé syndromy měkkých tkání

Myofasciální bolestivý syndrom (MPS)	zahrnující svaly trupu a končetin
Myofasciální bolestivý dysfunkční syndrom	zahrnující faciální svaly
Přenesená bolest	bolest přenesená z viscerálních a jiných měkkých tkání
Reflexní sympatická dystrofie	
(Komplexní regionální bolestivý syndrom)	typ I a typ II

Tabulka č. 3: Generalizované bolestivé syndromy měkkých tkání

Fibromyalgický syndrom (FMS)	
Chronický únavový syndrom (FMS-like)	pokud se prezentuje plošná bolest těla
Osteomalacie	deficit vitamínu D
Hypermobilní syndrom	laxita měkkých tkání axiálních skeletu a kloubů

Léčba

Předpokladem pro trvalejší výsledky léčby je odstranění nadměrné zátěže a svalové dysbalance. V konzervativní léčbě dominuje klid, soft laser, ultrazvuk, infiltrace bolestivých míst lokálním anestetikem, kortikosteroidy, akupunktura, laseropunktura. Z fyzioterapie užíváme techniky měkkých tkání, posilování oslabených svalů, uvolňování (release) přetížených svalů, tejpování. U postižení epikondylů aplikujeme ortézu formou epikondylární pásky nebo loketní ortézy. U laterální epikondylitidy asi 10 % pacientů přechází do chronicity. Z farmakologie se podávají nesteroidní antirevmatika lokálně i celkově dle stavu pacienta. Po neúspěchu konzervativní léčby je možné operační řešení.

Úžinové syndromy

Úžinové syndromy vznikají při průchodu nervu tuhými, anatomicky definovanými průchody, kdy stěny jsou tvořeny pevnými svalovými, vazivovými nebo kostěnými strukturami, které mohou způsobit útlak nervů. Úžinové syndromy mohou také vznikat při atypickém průběhu nervu, svalových atypiích nebo hypertofiích svalů.

Mezi senzitivní příznaky patří parestézie, dysestézie nebo hypestézie, někdy hyperestézie. Motorické příznaky jsou různé rozvinuty od diskretních poruch jemné motoriky přes parézy po hypotrofie až atrofie svalové.

Diagnostika

Elektrofyzilogické vyšetření prokáže lézi v úžině (1), stanoví stupeň komprese nervu (fokální demyelinizaci nebo axonální lézi), indikuje další léčebný postup (konzervativní nebo operační), důležité je i z hlediska prognózy a posudkového hlediska.

nejčastější primární entézopatie:

- patní ostruha
- tenisový loket
- golfový loket
- e. velkého trochanteru femuru
- e. Achillovy šlachy
- e. aponeurózy planty

kubitální tunel je nejběžnější místo komprese n. ulnaris

kubitální tunel se projevuje paresteziemi 4. a 5. prstu a ulnární hrany dlaně

nemocný, který neprovede „okénko“ mezi palcem a ukazovákem může mít pronátor teres syndrom

projevem syndromu karpálního tunelu je atrofie tenaru

u syndromu komprese n. radialis pacient trpí bolestí předloktí bez motorického deficitu

Thoracic outlet syndrome (TOS)

TOS je úžinový syndrom vymezený anatomicky: m. scalenus anterior, a m. scalenus medius (1. žebro), kostoklavikulárním prostorem (klíček, postero-mediální 1. žebro, margo superior skapuly) a processus coracoideus (šlacha m. pectoralis minor).

Diagnostika

Adsonův manévr: pacient vdechuje zhluboka, extenduje krk a otáčí hlavu na stranu. Test je pozitivní, jestliže se stupňují pacientovy symptomy a dochází ke ztrátě tepu na a. radialis. Dalším testem je pozice, kdy pacient sedí, má flektovaný loket, tlačí rama na dozadu a dolů proti odporu ruky lékaře na distální třetinu předloktí – během testu se snižuje radiální puls a zvyšují se symptomy neurovaskulární komprese mezi klavikulou a 1. žebrem. Kompresi mezi m. pectoralis minor a processus coracoideus testujeme tak, že pacient elevuje horní končetiny nad hlavu s lokty mírně flektovanými a směřujícími laterálně od těla (2).

Léčba

Techniky měkkých tkání, uvolňování a mobilizace pletence ramenního, sternoklavikulárního skloubení, zvyšování síly svalové pletence ramenního.

Kubitální úžinový syndrom (syndrom kubitálního tunelu)

Syndrom je formován mediálním epikondylem, ulnárním kolaterálním ligamentem a m. flexor carpi ulnaris. Kubitální tunel je nejběžnější místo komprese n. ulnaris. Kubitální úžinový syndrom je druhá nejčastější periferní kompresní neuropatie horní končetiny.

Klinický obraz

Projevuje se brněním a/nebo otupěním/znečitlivěním 4. a 5. prstu a ulnárního okraje dlaně. Slabší síla svalová může ale nemusí být vyjádřena (od neohrabanosti až po parézu). Zhoršení obtíží je v noci, záleží na pozici při spaní. Flexe v lokti snižuje tlak v kanálu. V diferenciální diagnostice myslíme na kompresi C obl. C8/Th1, brachiálního plexu, TOS.

Diagnostika

EMG. Diagnostický test dle Novaka, MacKinnona – test kombinovaného tlaku a flexe v lokti.

Léčba

Závisí na stupni postižení dle EMG, buď konzervativní postup (transkutánní elektrická nervová stimulace – TENS, EMG myofeedback, kryoterapie působí protiedematózně, mobilizační techniky, relaxace svalů a kloubů, posturální rady, ergonomická adaptace) nebo operativní řešení.

Pronator teres syndrom

Jedná se o kompresi n. medianus na předloktí, když překračuje m. pronator teres. Větev anterior interosseus medianu je pouze motorická, pro úžinový syndrom nemá senzorický deficit. Projevuje se ztrátou funkce m. flexor pollicis longus a m. flexor digitorum profundus – nemocný neprovede „okénko“ mezi palcem a ukazovákem.

Syndrom karpálního tunelu

Karpální tunel je ohraničen karpálními kostmi, retinakulem flexorů anteriorně. Dochází ke kompresi n. medianus v zápěstí (3).

Klinický obraz

Chronický útlak n. medianus nebo proximálněji vyvolává atrofie tenaru.

Diagnostika

EMG (4). Klinický test Phalenův: pasivní komprese n. medianus. Pacient provádí maximální flexi radio-karpálního (RC) kloubu, lokty má ve flexi, předloktí v pronačním postavení. Výsledek: po 30-60 sekundách se zhoršuje symptomatologie, test je pozitivní, když vyvolá bolest nebo parestezie 1. a 2. prstu a/nebo ostatních prstů.

Tinelovo znamení je provokační test n. medianus. RC kloub má nemocný v extenzi, provedeme jemný poklep proximálně od ligamentum carpi transversum. Test je pozitivní, když se objeví parestezie nebo hyperestezie distálně od RC kloubu (také test dle Loudona, Bella, Johnstona).

Test karpální komprese dle Durkana, Del Pina: nemocný má loket ve flexe 90 stupňů, předloktí položeno na stole v supinaci, ruce vyšetřujícího jsou kolem zápěstí s mírným tlakem 30 sekund na zápěstí, oba palce jsou na retinakulum flexorů. Test je pozitivní, když během 30 sekund se objeví parestezie nebo znečitlivění distálně od RC kloubu.

Flexní a kompresní test zápěstí dle Tetra: pacient má loket v extenzi, předloktí v supinaci, RC kloub v 60 stupních flexe. Vyšetřující působí tlakem minimálním jedním palcem příčně na karpální tunel pod dobu 30 sekund. Test je pozitivní, když během 30 sekund je zaznamenána parestezie nebo znečitlivění v distribuci n. medianus.

Léčba

Konzervativní a operační – stanoví se na základě výsledků EMG vyšetření. Při konzervativním postupu je možná aplikace kortikosteroidu do proximálního rýhy zápěstí ulnárně od šlachy m. palmaris longus. Soft laser, mobilizace karpálních kůstek, auto-mobilizace.

Syndrom radiálního tunelu – syndrom komprese n. radialis

N. radialis je uzavřen strukturami: m. supinatorius, úpon m. extensor carpi radialis brevis.

Klinický obraz

Pacient trpí bolestí předloktí bez motorického deficitu.

Diagnostika

EMG. Klinický test palpací m. supinatorius – nemocný má předloktí opřené o stůl v pronaci, jemně palpujeme bod maximální citlivosti v m. supinatorius asi 4 - 7 cm distálně od laterálního epikondylu na extenzorové straně.

Dalším testem je izometrická resistance extenzoru 3. prstu (Barnum). Nemocný má loket v extenzi, předloktí opřené o stůl, RC kloub je v neutrální poloze, 3. prst v extenzi. Vyšetřující klade odpor 3. prstu do extenze. Test je pozitivní, když vyvolává zhoršení bolesti v bodě maximální citlivosti na dorsální proximální straně předloktí.

Rezistovaná supinace předloktí (Barnum, Völlinger, Partecke). Test je pozitivní při bolestivosti bodu dorsální strany předloktí.

Léčba

Konzervativní a operační – stanoví se na základě výsledků EMG vyšetření. Techniky měkkých tkání, mobilizace RC kloubu a karpálních kůstek, soft laser 6J/cm².

PINS syndrom

(Posterior interosseus nerve syndrome)

Tento syndrom se projevuje muskulární parézou s/ nebo bez bolesti.

Diferenciální diagnostika

Komprese n. ulnaris, TOS, vibrační syndrom ruka-rameno, cervikální kořenové komprese, laterální epikondylitida, chronické bolesti zápěstí, tenosynovitidy, tendinitidu extenzorů.

Syndrom Guyon kanálu – komprese n. ulnaris

Nejedná se o příliš častý syndrom. Útlak nervu je mezi hákem os hamati a os pisiforme

Klinický obraz

Otupělost a parestezie 4. a 5. prstu, zvláště v noci, bolesti v ruce a zápěstí. Může být poškozena motorická funkce hypotenaru nebo vnitřních svalů ruky (m. adductor pollicis, m. l. dorsalis interosseus).

Diferenciální diagnostika

Myslíme na syndrom karpálního tunelu – syndrom lokalizovaný na 4. a 5. prst, ale bez syndromu specifického útlaku n. ulnaris.

Diagnostika

EMG. Klinický test: Kompresní test ulnárního nervu (pasivní strečink), reverzní Phalenův test, test dle Sluitera. Pacient má loket v 90 stupních flexe, předloktí v pronaci, tlak ruky vyšetřujícího směřuje na palmární stranu prstů a zápěstí. Prsty jsou v maximální dorzální flexi, působíme po dobu 60 sekund. Test je pozitivní, když se objeví parestezie v ulnární distribuci ruky/prstů.

Tinelovo znamení – provokace n. ulnaris pro Guyon kanál. Nemocný má předloktí v supinaci, RC kloub v neutrální poloze, vyšetřující provede 4 - 6 x jemný poklep svým 2. a 3. prstem distálně od os pisiforme. Test je pozitivní, když se vybaví parestezie nebo hyperestezie distálně od pozice testu (Loudon, Bell, Johnston).

Léčba

Konzervativní a operační – postup se stanoví na základě výsledků EMG vyšetření. Soft laser 6J/cm2, mobilizace RC kloubu a karpálních kůstek.

De Quervain úžinový syndrom

Častý výskyt – jedná se o stenózující tenosynovitidu nebo tendovaginitidu prvního dorzálního kompartmentu zápěstí (m. abductor pollicis longus, m. extensor pollicis brevis). Projevuje se bolestí na palcové straně zápěstí. V diferenciální diagnostice myslíme na osteoartrózu RC kloubu nebo prvního carpometacarpálního kloubu, na zvýšené napětí ligament zápěstí, dále na kompresi n. radialis superficialis nebo n. interosseus distalis posterior.

Diagnostika

Klinický test izometrické resistance m. extensor pollicis brevis (Starkey, Ryan) – nemocný má předloktí opřené o stůl v neutrální poloze RC kloubu v malé dorzální flexi. Palec vyšetřujícího je umístěn proti dorzální straně palce pacienta proximálně od interfalangeálního kloubu 1 a síla je proti palmární straně ruky. Test je pozitivní, když je vyvolána bolest proximálně od zápěstí po radiální straně.

Izometrický test rezistované abdukce palce (Starkey, Ryan) – nemocný má předloktí opřené o stůl v neutrální poloze, RC kloub v malé dorzální flexi. Palec vyšetřujícího je umístěn na vrchol palce pacienta pro-

ximálně od interfalangeálního kloubu 1 a síla směřuje proti stolu. Test je pozitivní, když je vyvolána bolest proximálně od RC kloubu po radiální straně.

Léčba

Klid, ortéza fixační na RC kloub a základní kloub palce, kryoterapie, Priessnitz, nesteroidní analgetika lokálně, soft laser 6J/cm2.

Meralgia parestetica – postižení n. cutaneus femoris lateralis (L2-L3)

Obtíže mívají obézní jedinci s venter pendulus nebo příčina může být i v těsném oblečení.

Klinický obraz

Parestezie až hypestezie na přední a anterolaterální straně stehna mohou být i palčivé, vyzařují někdy až pod koleno. Mírnější obtíže jsou při flexi v kyčelním kloubu, při chůzi je naopak zhoršení potíží.

Diferenciální diagnostika

Radikulární sy, retroperitoneální tumory, kompresivní syndrom z oblasti páteře s následnou radikulární symptomatologií, diabetická neuropatie.

Léčba

Odstranit příčinu (oděv, obezita), kryoterapie, nesteroidní antirevmatika, obstrukce, při selhání konzervativní léčby léčba chirurgická (distálně od úžiny).

Úžinový syndrom n. tibialis (L4-5, S1-S3)

Postižení způsobuje úžinový syndrom v popliteální oblasti při zanoření nervu pod aponeurózu mm. gastrocnemii.

Klinický obraz

Nemocný má bolesti v popliteální jamce, parestezie zadní strany bérce a planty, slabost chůze po špičce. Je palpační bolestivost popliteální jamky, může váznout plantární flexe a inverze nohy.

Diagnostika pomocí EMG.

Syndrom mediálního tarzálního tunelu

Syndrom se vyskytuje velmi řídce, diagnostika je elektrofyziologickým vyšetřením, event. magnetickou rezonancí.

Klinický obraz

Bývá pálivá bolest planty, mohou být přítomny parestezie. Potíže mohou být někdy jen při stožení, běhu, jindy má nemocný maximum potíží v noci. Může být oslabena flexe a dukce prstů. Symptomatologie je provokována plantární flexí v talocrurálním kloubu a dorzální flexí metatarsophalangeálních kloubů (obuv s vysokými podpadky).

Léčba většinou chirurgická.

Syndrom n. plantaris medialis

Nemocný má parestezie a dysestezie planty a paty. Tinel test je pozitivní – palpace mediální planty za os naviculare.

Diagnostika

EMG

Léčba

Změna zátěže, imobilizace, ortéza, obstrukce, soft laser, techniky měkkých tkání. Zřídka chirurgické řešení.

Syndrom Baxterova nervu

Baxterův nerv je 1. větev n. plantaris lateralis. Nemocný má bolesti mediální části paty. Léčba je taping, obstrukce.

častým postižením je úžinový syndrom De Quervain - projevu-je se bolestí radiální strany zápěstí

meralgia parestetica může působit palčivé bolesti na anterolaterální straně stehna

Mortonova metatarsalgie se projeví pálivými bolestmi 3. - 4. prstu nohy

myofasciální bolest je obecná forma bolesti vycházející z hyperiritability části svalu - myofasciálních trigger pointů

95% případů akutní bolesti zad se vyléčí do 3 měsíců

chronická bolest dolních zad je obvykle doprovázena nálezem aktivních myofasciálních TrPs

Mortonova metatarsalgie

Jedná se o lézi plantárního interdigitálního nervu. Nemocný má pálivé bolesti 3. - 4. prstu, nejprve při zátěži, později i při odložení obuvi. Zhoršení potíží při dorsiflexi prstů. Někdy se může vyskytnout i diskrétní porucha citu.

Diagnostika

EMG.

Léčba

Ortopedické vložky, úprava obuvi, obštriky, techniky měkkých tkání, mobilizace. Neuropatickou bolest tlumíme carbamazepinem, gabapentinem. Chirurgická revize v případě selhání konzervativního postupu.

Syndrom peroneálního kanálu

Úžinový syndrom je vzácný, častější je kompresivní. Nemocný má brnění zevní plochy bérce a dorza nohy. Bolesti nebývají přítomny. Vzniká postupný motorický deficit – oslabení dorsiflexe a everze nohy. Ploska se neodvíjí od podložky, nemocný se nepostaví na patu, noha přepadává (flood drop).

Léčba

Ortély.

Syndrom předního tarsálního tunelu

– postižení terminální větve ramus profundus

Komprese vzniká lig. cruciatum šlachy m. extensor hallucis longus. Nemocný má pnutí přední plochy hlezna, dále parestzie s propagací do 1. a 2. prstu. Může dojít ke zbytnění tkání, k parézám a atrofiím svalovým. Zhoršení potíží bývá v noci a v těsné obuvi. Tinel test je pozitivní.

B. Regionální bolestivý syndrom měkkých tkání

1. Myofasciální bolestivý syndrom

– myofascial pain syndrome (MPS)

Zahrnuje bolestivý syndrom trupu a končetin. Myofasciální bolest je obecná forma bolesti vycházející z hyperiritability části svalu, nazývanými myofasciálními trigger pointy (TrPs - trigger points, spouštěvé body). Jedná se o bolest vycházející ze svalu nebo ze související fascie. Aktivní TrP je příčinou spontánní bolesti klidové, která se zvyšuje při kontrakci nebo strečinku svalu. Velmi často je omezení pohybu. Latentní TrPs mohou omezit rozsah pohybu a způsobit slabost svalu.

Všeobecné klinické syndromy myofasciální bolesti:

Bolest zad – back pain (BP):

bolest dolních zad - low back pain (LBP),

bolest horních zad – neck pain

Akutní BP má mnoho příčin, většinou se jedná o tzv. nespecifický BP, ale některé příčiny BP jsou vážné, jako nádorové metastázy, osteomyelitida, masivní herniace disku vyvolávající syndrom cauda equina, fraktury obratlů, nádor pankreatu, aneurysma aorty. 95% případů se vyléčí do 3 měsíců. V případech, kdy se nezlepší potíže, vyvíjí se převážně u LBP chronická bolest dolních zad, která je obvykle doprovázena nálezem aktivních myofasciálních TrPs. Aktivní TrPs v m. quadratus lumborum často vedou k potížím „narovnat se“. TrPs v iliopsoatu jsou často příčinou chronického LBP. TrPs m. gluteus medius jsou

příčinou LBP v sakrální a hýžděové oblasti. Bolest někdy vyzařuje i do krajiny kyčelní.

Podrobnější popis BP, jeho diferenciální diagnostika by byla předmětem samostatného článku.

Bolestivý syndrom krku a ramene

Latentní TrPs nacházíme v oblasti zadní části krku a horních zad. Aktivní TrPs nacházíme v horní porci m. trapezius, v zadních krčních a suboccipitálních svalech. TrPs horního trapézu přenášejí bolest do zadní části krku a ne výjimečně do úhlu mandibuly. TrPs levátoru skapuly mohou být příčinou bolesti úhlu krku a ramene. Hluboko uložené mm. multifidi mohou být příčinou bolesti horního zadního ramene a skapuly.

Diferenciální diagnostika

Důležitá je lokalizace bolesti ramene. Laterální bolest je typická pro postižení rotátorové manžety nebo glenohumerální oblasti. Bolest na vrcholu ramene bývá při postižení akromioklavikulární nebo sternoklavikulární oblasti. Bolest přední části ramene bývá při postižení šlachy bicepsu a časné formy „frozen shoulder“. Bolest zadní části ramene může svědčit o příčině v labrum glenoidale anebo se může jednat o supraskapulární neuropatii.

Syndrom rotátorové manžety

Zánět ve šlaše m. subscapularis, m. supraspinatus, m. infraspinatus a m. teres minor může obsahovat mikrokrystaly (apatit). Typická je bolestivost při vyšetření ramene do abdukce kombinované s rotací. Pasivní rozsah pohybu je typicky normální.

Subakromiální impingement

Rotátorová manžeta může být utlačena mezi akromiem a proximálním humerem. Symptomy jsou závislé na tendinitidě, v některých případech může být bolestivý akromioklavikulární kloub (5). Při impingementu je bolestivá abdukce od 45° do 135° (painful arc). Postižení akromioklavikulárního kloubu je bolestivost abdukce od 135° do 180°.

Frozen shoulder

Zmrzlé rameno se vyskytuje u diabetické fibrózy, u paraneoplastického syndromu a zvláště u sklerodermie. Je charakterizováno synovitidou jako u revmatoidní artritidy. Redukce rozsahu pohybu je z inaktivitu, může vést k retrakci kloubního pouzdra a k limitaci rozsahu pohybu. Omezení rozsahu pohybu je stejnoměrné do všech směrů, protože kloubní pouzdro obkružuje kloub.

Léčba

V akutní a subakutní fázi pendulární cviky ramenního kloubu, později strečink a posilovací cvičení. V pozdějších fázích termoterapie, event. s ultrazvukem zejména před cvičením, protože termoterapie facilituje strečink a provádí analgezii. Farmakologicky nesteroidní antirevmatika. Infiltrace kortikosteroidy je účinná při zánětu rotátorové manžety, v iniciálních fázích frozen shoulder a při akromioklavikulární artróze. Chirurgické řešení přichází po selhání konzervativní terapie.

Bolestivý syndrom pánve

Svaly pánevního dna obsahují četné myofasciální TrPs. V gynekologii a urologii se popisuje, že pro-

statitida, coccyodynie, vulvodynie, endometrióza jsou často doprovázeny aktivními myofasciálními TrPs. TrPs uložené v m. levator ani distribuují bolest do centrální dolní hýždě.

Léčba

Odstranění TrPs technikami měkkých tkání, soft laserem, metodou „suché jehly“, masáž, fyzikální terapie.

Bolestivý syndrom horních končetin

TrPs ve svalectech kolem skapuly (m. subscapularis, m. infraspinatus, m. teres major, m. serratus anterior) jsou příčinou bolesti horní končetiny. Bolest často referuje do zápěstí, ruky a prstů. Flekčně extenční zranění krku často aktivuje TrPs v m. pectoralis minor s radiací bolesti po ulnární straně paže do malíku.

Diferenciální diagnostika

Myofasciální bolestivý syndrom horní končetiny je často špatně diagnostikován jako frozen shoulder, cervikální radikulopatie nebo thoracic outlet syndrome.

Léčba

Techniky měkkých tkání, strečink, PIR (postizometrická relaxace), masáž, odstranění TrPs, obstrukce TrPs, soft laser na spouštěvé body, fyzikální terapie.

Bolestivý syndrom dolních končetin

TrPs v m. tenzor fascie latae a ve svalu iliotibiálního traktu mohou být příčinou bolesti laterálního stehna, laterální strany kolene. Bolest předního kolene může být vyvolána TrPs quadricpsu. Bolest zadního kolene může být vyvolána z ischiocrurálního svalstva a z popliteu. TrPs v m. tibialis anterior a m. peroneus longus mohou být příčinou bolesti přední nohy a laterálního hlezna. Kořenová bolest může být napodobována TrPs v zadní porci m. gluteus minimus.

Bolest v kyčli

Může mít původ ve šlachách, burzách, kloubu, kostních strukturách, a jiných měkkých tkáních. Může také mít původ v radikulopatii nebo periferním postižení nervu nebo může být přenesená bolest od kudkoli.

Diferenciální diagnostika

Přední bolest je v třísele a bývá z postižení kyčelního kloubu. Onemocnění kyčelního kloubu je spojeno s omezením rozsahu pohybu. Další příčiny přední bolesti může být tendinitis iliopsoatu, burzitis iliopsoatu, kapsulární strečink (5).

Laterální bolest – diagnostika může být složitá. Trochanterická burzitida postihuje burzu mezi fascia lata a velkým trochanterem. Může sem vyzařovat bolest z postižení bederní páteře. Neuropatie postihující n. subcostalis, n. iliohypogastricus a n. cutaneus lateralis vyzařují na laterální stranu stehna. Také u tendinitidy šlach upínajících se na velký trochanter jsou šlachy bolestivé a zduřelé. Sonografie a vyšetření MRI efektivně detekují nádory měkkých tkání, trochanterické bursitidy a peritrochanterické tendinitidy.

Zadní bolest je méně častá. Bolest může být zapříčiněna z bederní páteře, sakroiliakálních kloubů, někdy z kyčelního kloubu (většinou bývá spojena s přední bolestí). Bolest způsobená ischiální burzitidou se zhoršuje sezením.

Léčba

Techniky měkkých tkání, strečink, PIR, masáž, odstranění TrPs, obstrukce TrPs, soft laser na spouštěvé body, fyzikální terapie. Trochanterická burzitida vzniká také z nestejně délky končetin – více než 2,5 cm rozdíl. Farmakoterapie: obstrukce kortikosteroidy je efektivní. Nemocný refrakterní na konzervativní léčbu by měl být posouzen ortopedem (5).

Bolest v koleni

Diferenciální diagnostika

Přední bolest může být zapříčiněna patelofemorálním syndromem (chondromalacia patellae), zánětem mediální plíky, která skáče pod vyšetřujícím prstem v mediální parapatelární lokalizaci během flexe a extenze v kloubu. Prepatelární burzitida je měkká citlivá oteklá tkáň před patelou. Nemoc Osgood-Schlatter má projev v těžce zbytnělé a bolestivé tuberositas tibiae.

Mediální bolest bývá z postižení menisku u mladších pacientů, nad 50 let myslíme na postižení mediálního kompartmentu osteoartrózou. Burzitida pes anserina je bolestivá 3 - 5 cm distálně od kloubní štěrbinu. Burzitida kolaterálního mediálního ligamenta, která přesahuje kloubní štěrbinu se zhoršuje při tlaku při flexi, kdy burza je odkrytá než při extenzi, kdy je kryta mediálním kolaterálním ligamentem.

Laterální bolest může být způsobena syndromem iliotibiálního pruhu, příčinou je excesivní tření iliotibiálního pruhu o laterální femorální kondyl. Bolest bývá popisována při běhu, chůzi do schodů nebo ze schodů a při cyklistice. Vyšetřujeme v semiflexi kolene, nacházíme bolestivý bod na laterálním kondylu femuru, bolestivost se snižuje nebo se rozplyne, když koleno emendujeme. Bolest může být způsobena také afekcí menisku, také tenosynovitidou m. biceps femoris, kdy maximální citlivost je v postero-laterálním rohu kloubu.

Zadní bolest může být způsobena Bakerovou cystou, lézemi popliteální artérie, venózní trombózou, hematomy, nádory měkkých tkání (sarkomy...). Foucherův manévr pomůže rozlišit popliteální cystu od jiných lézí. Pokud je koleno flektováno 30 - 40 stupňů, Bakerova cysta se stává měkčí nebo nedehtovatelnou (pozitivní Foucherův manévr), zatímco ostatní tkáňové masy se nemění. Sonografie s Dopplerem je velmi užitečná při diagnostice zadní bolesti kolene (5).

Léčba

Izometrická cvičení kvadricepsu, lokální nebo celkové podání nesteroidních antirevmatik. Termoterapie pozitivní i negativní. Infiltrace kortikosteroidy se užívá při burzitidě pes anserina, burzitidě mediálního kolaterálního ligamenta a při syndromu iliotibiálního pruhu. Artroskopická chirurgie řeší lézi menisků, syndrom mediální plíky. Bakerova cysta je evakuována, drénována s následnou instilací kortikosteroidů.

Posteriorní bolest paty

Zvětšení superficiální burzy Achillovy šlachy je dobře identifikovatelná při napětí šlachy. Ztlustění a bolestivost je pociťována na úponu nebo i mimo úpon šlachy. Přítomnost uzlíků (při absenci revmatoidní artritidy a dnových tofů) mimo šlachový úpon naznačuje parciální rupturu a je varovným znamením pro

myofasciální bolestivý syndrom horní končetiny je často chybně diagnostikován jako frozen shoulder cervikální radikulopatie nebo thoracic outlet syndrome

trochanterická burzitida také vzniká z nestejně délky končetin – rozdíl více než 2,5 cm

nemocný refrakterní na konzervativní léčbu by měl být posouzen ortopedem

přítomnost uzlíků v Achillově šlase naznačuje parciální rupturu a je varovným znamením hrozící totální ruptury

**Achillova šlacha
nesmí být infiltrována
kortikosteroidy -
riziko ruptury**

totální rupturu šlachy. Rozsah postižení šlachy zjistíme vyšetřením sonografií nebo MRI. Klinicky diagnostikovaná je tendinitis úponu šlachy. Laterální RTG projekce může ukázat intraburzální efúzi charakteristickou pro retrokalkaneální burzitidu.

Léčba

Lepší obuv, nesteroidní antirevmatika. V těžších případech ortoped indikuje debridement šlachy. Tendinitida úponu při spondylartropatiích je léčena při základním onemocnění. Infiltrace kortikosteroidů do retrokalkaneální burzy je velmi efektivní léčba, ale nesmí být infiltrována šlacha, protože by to mohlo vést k její ruptuře. Z fyzioterapie jemné provádění strečinku, trakce Achillovy šlachy. Doporučována je i noční nebo denní speciální dlaha (5).

Plantární bolest paty

Bolestivost bývá největší, když pacient ráno vstane a snižuje se při chůzi. Příčinou může být patní ostruha. Plantární fasciitida je u běžců s intersticiální fasciální rupturou, u pacientů s nohou v pronaci a s kolabovanou podélnou klenbou. Pacienti se spondylartropatií mívají také plantární fasciitidu a entezitidu kalkaneálního úponu. Tarzální tunel se manifestuje plantární bolestí a paresteziemi. Stresová fraktura kalkaneu a kalkaneální cysty také mohou být příčinou plantární bolesti paty (5).

Bolestivý syndrom hrudníku a břicha

Výrazná bolest přední části hrudníku je často příčinou akutního příjmu v nemocnici, ale u mnoha pacientů nejsou nalezeny známky poškození srdce. Někdy může být bolest způsobena TrPs ve svalstvu přední stěny hrudníku.

Diferenciální diagnostika

TrPs pectoralis major může zapříčínovat ipsilaterální bolest hrudníku s radiací dolů po ulnární straně paže a tak napodobuje kardiální ischemickou bolest. TrPs sternálních svalů jsou typickou příčinou hluboké substernální bolesti. TrPs horního a dolního úponu m. rectus abdominis může napodobovat dyskomfort žlučníku a močového infekce.

Prognóza

Nekomplikovaný myofasciální bolestivý syndrom se obvykle vyléčí po korekci predisponujících faktorů a myofasciální léčbou. V některých případech může vést k FMS (fibromyalgický syndrom).

Terapie

Korekce predisponujících faktorů. Z manuální medicíny - techniky měkkých tkání, obstrukce TrP metodou „suché jehly“, soft laser, akupunktura. Z metod fyzioterapie strečink, uvolnění tlaku TrP (pressure release), postizometrická relaxace, reciproční inhibice, hluboká masáž, technika sprej a streč, pomalé, postupné posilování oslabených svalů. Obstrukce TrP lokálními anestetiky, botulotoxinem.

Ve vážných případech myofasciálního bolestivého syndromu, kdy není odpověď na léčbu, přichází anxieta a deprese. Je vhodná kognitivní behaviorální terapie a další meditačně relaxační techniky s psychologické terapie.

Farmakologické ovlivnění NSA, analgetika, tricyklická antidepresiva v případech spánkového deficitu.

**2. Myofasciální bolestivý
dysfunkční syndrom**

Bolest hlavy a čelisti

Temporomandibulární (TM) bolestivý syndrom – temporomandibular joint syndrom je častý bolestivý syndrom hlavy a čelisti. Jedná se o akutní nebo chronickou bolestivost žvýkacího svalstva spojenou s palpační bolestivostí jednoho nebo více svalů, přítomností typických TrPs, omezením pohybu čelistí a krepitem v oblasti temporomandibulárního kloubu bez známé příčiny. TrPs vyvolávající bolestivý syndrom čelisti jsou v maseteru, pterygoideu, horní části trapeziu a horní části sternokleidomastoideu. Výskyt je 6 % z populace, maximum mezi 38. a 40. rokem s prevalencí ženy : muži 2 : 1.

Klinický obraz

Chronická bolest tupého charakteru, s dysfuncí nemožností otevření úst nad 35 mm. Průběh závisí na vyvolávající příčině (trauma, osteoartróza, revmatoidní artritida). Při progresi revmatoidní artritidy může nemoc destruovat chrupavku a erodovat kost, deformovat kloub. Z TrPs sternokleidomastoideu vyzařuje bolest do přední části obličeje a do supraorbitální oblasti. TrPs horní části trapeziu přenášejí bolest do vertexu čela a do skrání. TrPs hlubokých krčních svalů mohou být příčinou bolesti postoccipitální a retroorbitální.

Léčba

Techniky měkkých tkání, odstranění spouštěvých bodů. U postižení TM kloubu zánětlivým výpotkem je doporučena punkce, event. laváž kloubní dutiny s možností instilace kortikosteroidu. Dále aplikace nočních ortéz do úst.

Reflexní sympatická dystrofie (RSD)

- komplexní regionální bolestivý syndrom

RSD je soubor klinických příznaků, v nichž dominuje chronická bolest končetiny. Bolest je doprovázena vazomotorickými a kožními změnami. Etiologie není známa, příčinou mohou být opakovaná traumata, někdy imobilita nebo přetížení končetiny. Maximálním výskyt je u mužů ve věkové kategorii 40 - 60 let.

RSD I. typu – definice: lokální bolestivý stav následující po poranění, který má za následek poruchu motorické funkce zhoršující se v čase.

RSD II. typu – je to typ lišící se od RSD I jen tím, že periferní poškození nervu vzniklo před vznikem příznaků RSD.

Klinický obraz

Steinbrockerovo schéma dělí RSD na tři stádia:

- Stádium hypertrofické: nemocný má stálou pálivou bolest, hyperalgie, nacházíme lokalizovaný edém a sníženou pohyblivost končetiny. Kůže v postižené oblasti je rudá, suchá a horká. Na scintigrafickém vyšetření je zvýšené vychytávání radiofarmaka.

- Stádium dystrofické: po 2-6 měsících trvání stádia jedna se může stávat chladnou, má cyanotické zbarvení, je vlhká, nacházíme poruchu růstu nehtů, pacient stále trpí bolestí. Na RTG snímku je obraz skvrnitě osteoporózy.

- Stádium atrofické: po 6-12 měsících od počátku potíží jsou kožní a skeletální změny ireverzibilní. Kůže je hladká, chladná, nacházíme svalové atrofie a zhoršení hybnosti končetiny. Rentgenologicky trvá obraz skvrnitě osteoporózy.

Diferenciální diagnostika

Musíme vyloučit infekční artritidu, dnu, chondrokalcinózu a další revmatologická onemocnění.

Léčba

K léčbě užíváme prednison 20 - 40 mg/den, dále kalcitonin pro jeho analgetický a antiresorpční účinek na kost – zvláště v akutní fázi. Bisfosfonáty mají prokázanou analgetickou účinnost a antiresorpční vlastnosti. Dále je možno použít gabapentin. Perorální blokáda sympatiku a vazodilatace se používá v časných stádiích onemocnění. Farmakoterapie pomáhá s postgangliovou segmentální bloádou (guanethidin). U pacientů s refrakterním RSD se může použít metoda neuroaugmentace (stimulace míchy pomocí elektrických impulzů). Při výrazném postižení funkce celé končetiny je na místě korektivní chirurgie (pozdní atrofické fáze). Mobilizace končetiny a techniky měkkých tkání jsou užívány z fyzioterapie, z fyzikální terapie vlnná vířivka a magnetoterapie s programem na tento syndrom.

C. Generalizovaný bolestivý syndrom měkkých tkání

Fibromyalgický syndrom (FMS)

Fibromyalgie je chronický generalizovaný nezářetlivý myofasciální syndrom projevující se plošnou bolestivostí s ranní a večerní ztuhlostí a body se zvýšenou citlivostí na tlak. Studie prokázaly abnormality cerebrálního toku krve v talamu a v nucleus caudatus. Etiologie a patogeneze je neznámá. Prevalence fibromyalgie je 2 % v populaci. Poměr ženy : muži je 8 : 1. Fibromyalgie je nejčastější v 5. deceniu žen, postihuje 7 % žen mezi 60 a 79 lety.

Klinický obraz

Kritéria pro splnění diagnózy jsou: plošná bolest trávající minimálně 3 měsíce, bolest je v pravé a levé polovině těla a bolest nad pasem a pod pasem. Dále musí být přítomna axiální bolest: šíje, přední plocha hrudníku, oblast hrudních nebo bederních segmentů páteře. Při vyšetření musí být citlivé body specifických lokalit minimálně 11 z 18 definovaných (6). Kontrolní body nám dávají informaci o generalizované hyperestezii. Chronická plošná svalová bolest může být asociována s dalšími charakteristickými symptomy: poruchy spánku – nemocný se ráno probudí, ale není odpočinut, chronická únava u 80 % nemocných, ranní a večerní ztuhlost (od 30 minut do několika hodin), cefalea, syndrom iritovaného měchýře (12 %), iritované stolice 40 %, psychologický distress, deprese a anxieta je zjištěna u 40 % pacientů.

Diferenciální diagnostika

Simulace, chronický únavový syndrom, mononukleóza.

Léčba

Farmakologická a nefarmakologická léčba musí být individualizovaná pro každého pacienta. Tricyklická antidepresiva působí sedací a ulevují chronické bolesti – Amitriptyline. Sertraline, trazodon lze užít (7). Další preparáty jako duloxetine, pregabalin, milnacipran byly ověřovány studiemi, jsou registrovány v USA FDA pro fibromyalgii, ale nejsou povoleny EMEA pro použití v Evropě pro fibromyalgii. Z fyzioterapie je doporučen strečink, relaxační techniky (techniky měkkých tkání, postizometrická relaxace),

jednoduché cviky (8), kardiovaskulární fitness. Užitčné je obnovení svalové balance. Aerobní cvičení snižuje symptomatologii FMS, ale při nízké úrovni cvičení (příliš mnoho cvičení zhoršuje symptomatologii). Doporučeno je aerobní cvičení v teplém bazénu (9), laseropunktura, akupunktura (10). Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS) je symptomatickou léčbou, lokální pozitivní a negativní termoterapie. Dále psychoterapie, hypnoterapie, kognitivní behaviorální terapie, psychiatrická intervence.

Chronický únavový syndrom (FMS-like) – chronic fatigue syndrome/myalgická encefalomyelitida (CFS/ME)

CFS je multisystémové onemocnění, jeho patogeneze ani etiologie není známa. Postihuje 4x více ženy než muže a výzkum ukazuje, že nejvíce případů je ve 4. dekádě života. Při studii genové exprese bylo zjištěno 7 subtypů s výraznými rozdíly v klinických fenotypech a průběhu choroby. Onemocnění často předchází horečnaté zánětlivé onemocnění respiračního ústrojí s následnými protrahovanými bolestmi v krku. Poškozující vlivy jsou současné působení fyzického či psychického stresu, lymfoneurotropní virové infekce, které manifestují dříve skrytou genetickou poruchu. V pozdější době dochází ke změně funkce imunitního systému i ke změně reaktivity nervové soustavy.

Klinický obraz

Obraz choroby je určen odpovědí imunologicky kompetentních buněk na různé podněty. Primární chronický únavový syndrom je diagnózou klinickou. Sekundární únavový syndrom doprovází chronická onemocnění např. srdeční a mozková onemocnění, degenerativní onemocnění, endokrinní choroby. Únava je provázána poruchami spánku, paměti, neschopností koncentrace, myoskeletální bolestí (včetně bolestí různých kloubů bez otoku a zarudnutí). Dále se projevuje bolestí v hrdle, citlivými lymfatickými uzlinami, cefalea (11).

Diagnostika

Pro splnění diagnostických kritérií musíme najít tzv. velká kritéria: únava s trváním déle než šest měsíců, která snižuje normální aktivitu o více než 50 % a negativní nálezy jiných příčin chronické únavy. Dále tzv. malá kritéria trávající rovněž 6 měsíců: teplota v ústech 37,6 – 38,6 st. C, bolestivost hrdla, pocit povšechné svalové slabosti, myalgie nebo svalový dyskomfort, bolestivost uzlin před nebo za kývači nebo v axilách, protrahovaná celková únava s trváním 24 hodin a déle po cvičení, denní cefalea, migrující artralgie bez otoku kloubů, poruchy spánku, neuropsychické poruchy (deprese, podrážděnost, poruchy paměti a soustředění). Další kritéria jsou fyzikální nálezy zjištěné lékařem: doložená zvýšená teplota v ústech trávající déle než měsíc, neexsudativní faryngitida a pohmatová a tlaková bolestivost uzlin před nebo za kývačem nebo v axilách (velikost uzlin do 2 cm).

K diagnostice pacient musí splnit velká kritéria a 8 malých kritérií nebo 6 malých kritérií a 2 fyzikální nálezy lékařem.

Bývá zvýšená hodnota některých imunologických testů a protilátek proti lymfoneurotropním virům, jsou sniženy hodnoty CD4+ a CD8+ T lymfocytů v periferní krvi, přičemž tzv. imunoregulační index je

Fibromyalgie je chronický generalizovaný nezářetlivý myofasciální syndrom projevující se plošnou bolestivostí s ranní a večerní ztuhlostí a přítomností bodů se zvýšenou citlivostí na tlak

CFS je multisystémové onemocnění. Postihuje 4x více ženy než muže, nejčastěji ve 4. dekádě života. Často mu předchází horečnaté zánětlivé onemocnění respiračního ústrojí s následnými protrahovanými bolestmi v krku.

velká kritéria CFS: únava déle než šest měsíců, která snižuje normální aktivitu o více než 50 %

malá kritéria CFS: (déle než 6 měsíců)
- teplota v ústech 37,6 – 38,6 st. C
- bolestivost hrdla
- pocit povšechné svalové slabosti
- myalgie nebo svalový dyskomfort
- bolestivost uzlin
- protrahovaná celková únava s trváním min. 24 hodin po cvičení
- denní cefalea
- migrující artralgie
- poruchy spánku, neuropsychické poruchy

**hypermobilní syndrom
mívá familiární zátěž
a postihuje více ženy**

kritéria hypermobility:
- opozice palce proti
uln. hraně předloktí
- pasivní extenze
prstů II - V
větší než 90°
- aktivní hyperextenze
loktů větší než 10°
- aktivní hyperextenze
kolenních kloubů
větší než 10°
- předklon těla
s dotykem dlaně
na podlaze při
extendovaných
kolenních kloubech.

**generalizovaná
kloubní hypermobilita**

**benigní kloubní
hypermobilní syndrom**

obrácený, tedy CD4+/CD8+ je nižší než 1.

Diferenciální diagnostika

Mononukleóza, Lymeská nemoc, onemocnění štítné žlázy, diabetes mellitus, roztroušená skleróza, nádorová onemocnění, deprese a bipolární psychóza.

Léčba

Není známa kauzální léčba, ale kombinace farmak a nefarmakologické léčby je doporučována ke zlepšení kvality života, zmenšení symptomů. Doporučena je změna životního stylu zahrnující prevence přepínání sil fyzických i duševních, redukci stresu, dietní opatření, jemný strečink a nutriční doplňky. Je doporučováno cvičení jako prevence deondice (12). Do léčby farmakologické patří imunoterapie, kortikosteroidy, antidepresiva. Psychoterapie, psychiatrická intervence.

Syndrom mnohočetných burzitid a tendinitid – multiple bursitis-tendonitis syndrome

Mnohočetně se vyskytující burzitidy a tendinitidy se prezentují v anatomicky lokalizovaných okřscích bolestí a dysfunkcí. Nejsou zjištěny objektivní známky zánětu. Bolest je plošná, ale specifické bolestivé body vyšetřované při fibromyalgii chybí. Odpověď na lokální léčbu je lepší než u fibromyalgie.

Benigní kloubní hypermobilní syndrom (BJHS) – hypermobilní syndrom (HMS)

Příčinou mohou být nesouosé klouby, defekt pojivové tkáně nebo abnormální kloubní propriocepce. Hypermobilní syndrom mívá familiární zátěž. Někteří lidé mají hypermobilitu bez ostatních symptomů. Hypermobilita může být však symptomem vážných onemocnění (Ehlers-Danlos syndrom, Marfanův syndrom, revmatoidní artritida, lupus erythematosus, osteogenesis imperfecta, myotonia congenita, cleidocranial dysostosis). Hypermobilní syndrom postihuje více ženy (13).

Klinický obraz

Větší laxita kloubu než je obvyklá. Zvýšená laxita vede k nestabilitě kloubu (zvrtnutí kloubu), tendinitis, burzitis vznikají při aktivitách častěji, častěji vzniká artróza, bolesti kloubů kolenních, bolesti zad, výhřezy disku, spondylolistéza, subluxace kloubů zvláště ramenních, bolesti temporomandibulárního kloubu, zvyšuje se riziko vzniku kompresních syndromů (karpální tunel...).

Rozlišujeme generalizovanou kloubní hypermobilitu – generalized joint hypermobility (GJH) syndrom a benigní kloubní hypermobilní syndrom – benign joint hypermobility syndrome (BJHS).

Diagnostika

Carter a Wilkinsonova kritéria: pozitivita 3 a více z 5 okřsků kloubní laxity: pasivní opozice palců k radiální straně předloktí, pasivní extenze prstů II - V více než 90°, aktivní hyperextenze loktů větší než 10°, aktivní hyperextenze kolenních kloubů větší než 10°, předklon těla s dotykem dlaně na podlaze při extendovaných kolenních kloubech. Beightonova metoda hovoří o 4 a více pozitivních testech z 9.

BJHS je diagnostikováno splněním velkých a malých kritérií – kombinací symptomů a objektivního vyšetření – obsahuje artralgie, bolesti v kříži, spondylózu, spondylolýzu/spondylolistézu, kloubní dislokaci/subluxaci, známky mimokloubního revmatismu,

marfanoidní habitus, abnormální kůži, oční znešení, varikózní vény nebo hernie nebo děložní/rektální prolaps.

Terapie

Správná cvičení proti hypermobilitě a fyzikální terapie nebo hydroterapie redukuje symptomy hypermobility, protože silné svaly udržují lépe stabilitu kloubu. Doporučována jsou i fitness cvičení (14). Také cvičení na posílení hlubokého stabilizačního systému – léčebná tělesná výchova na neurofyzilogickém podkladu. Pilates nebo čínské cvičení TAI CHI lze též doporučit, i když méně ovlivňují hypermobilitu než speciální cvičení nebo kontaktní sporty. Hot packy mohou uvolnit kloubní bolest z hypermobility. Někdy pomáhá i kryoterapie.

Z farmakoterapie převažují analgetika, protizánětlivé léky a tricyklická antidepresiva. Obězním doporučujeme snížit hmotnost – nadváha působí další strese postiženým ligamentům a tím je větší náchylnost ke vzniku úrazu.

Literatura:

1. http://www.eorthopod.com/public/patient_education/10358/news_test_for_nerve_entrapment,
2. <http://127.0.0.1:1818/chaaps/chap67-1htm>,
3. http://www.medicinenet.com/carpal_tunnel_syndrome/article.htm,
4. Christine J. Cheng, MD, MPH et al. Scratch Collapse Test for Evaluation of Carpal and Cubital Tunnel Syndrome. In The Journal of Hand Surgery. November 2008. Vol. 33A. No 9 Pp. 1518-1524,
5. Humeira Badsha: Soft tissue rheumatism and joint injection techniques. Arab Health Magazine/ Summer 2006,
6. <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=101145>,
7. <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=101140>,
8. <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=103749>,
9. <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=101142>,
10. <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=101141>,
11. <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=2730>,
12. http://www.medicinenet.com/chronic_fatigue_syndrome,
13. <http://en.wikipedia.org/wiki/Hypermobility>,
14. http://www.medicinenet.com/hypermobility_syndrome/article.htm

As. MUDr. Hana Jarošová - Profesní vzdělání: Fakulta všeobecného lékařství Univerzity Karlovy Praha, atestace Všeobecné lékařství I, Fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace, Veřejné zdravotnictví. Odborník myoskeletární medicíny, akupunktury. Kurzy manuální medicíny, odborné přednášky akupunktury v Číně. Současné zaměstnání: Revmatologický ústav Praha, Revmatologická klinika 1. lékařské fakulty UK, externí učitel FTVS UK Praha, primář Oddělení léčebné rehabilitace.

MUDr. Otto Herber

Praktický lékař Kralupy nad Vltavou

Domácí měření krevního tlaku

Proč máme měřit krevní tlak také doma?

Prevalence arteriální hypertenze (AH) v dospělé populaci představuje závažný zdravotní problém. Spolu s kouřením, diabetem, dyslipidemií a obezitou jde o jeden z nejzávažnějších rizikových faktorů aterosklerózy. Na souvislost mezi kardiovaskulárními onemocněními (KVO) a hypertenzí poukazuje řada metaanalýz v populačních studiích. Např. v r. 2002 byla prezentovaná Prospective Studies Collaborators, která shrnuje výsledky 61 observačních studií, které sledovaly uvedenou problematiku. Důležité výstupy jsou shrnuty v tab. 1.

Tab. 1:
Snížení sTK o 10 mmHg a dTK o 5 mm Hg znamená:
40% snížení mortality CMP (1)
30% snížení mortality na ICHS (1)
Vysoký TK je příčinou:
27% KV příhod u žen (2)
37% KV příhod u mužů (2)
(1) Interní medicína pro praxi 2009; 11, str. 494
(2) Kannel WB Drugs Angi 2003

Tab. 3: Některé indikace k domácímu měření TK
Identifikace a sledování hypertenze bílého pláště
Identifikace fenoménu bílého pláště
Identifikace maskované hypertenze
Hodnocení antihypertenzivní terapie
Rezistence hypertenze k léčbě
Epizody hypotenze
AB De Cardiologia, volume 85, 2005
DP diagnostika a léčba AH SVL 2008



MUDr. Otto Herber

Další přesvědčivá data o měření domácího TK jako ukazateli KV rizika nalezneme v tab. 2.

Domácím monitoringem TK lze dosáhnout cílových hodnot dříve, než ambulantními kontrolami (graf 1).

Uvedený přehled z klinického hlediska dává odpověď na otázku v záhlaví „Proč máme měřit krevní tlak také doma?“.

Další argumenty jsou ekonomické (graf 2).

Dle Statistické ročenky ÚZIS ČR 2008 byly náklady na léčivé přípravky v naší republice v roce 2008 ve skupině KVO téměř 12 mld. Kč!

Obvykle se sledování hyperteniků opírá o měření krevního tlaku v ordinaci lékaře. Jde o tzv. příležitostný, neboli kazuální TK. Avšak měření při jediné příležitosti nemůže dostatečně charakterizovat natolik proměnnou veličinu, jakou krevní tlak je. Navíc hodnoty krevního tlaku se mohou v průběhu dne od výsledků měření v ordinaci lékaře významně odlišovat, viz obr. č. 1.

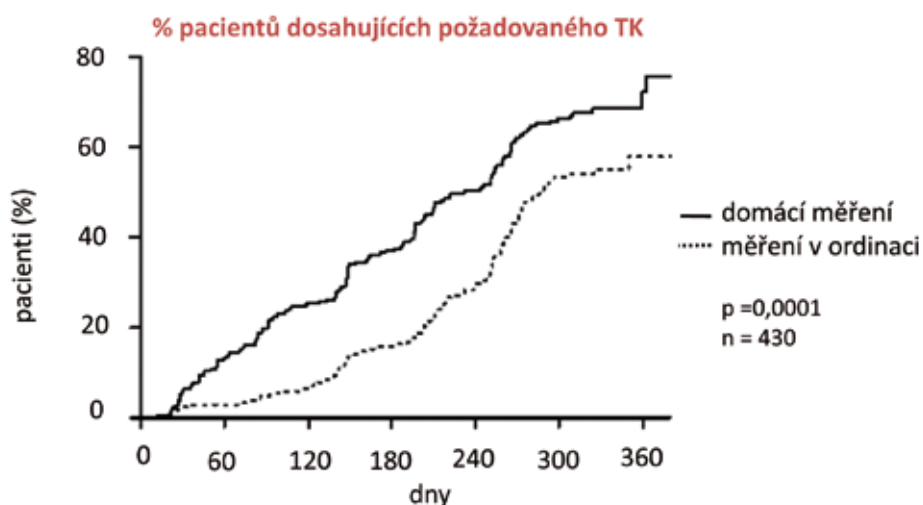
V případě, že při měření v ordinaci nacházíme vyšší hodnoty než při domácím měření, hovoříme o hypertenzi bílého pláště. V opačném případě, kdy u lékaře zjišťujeme normální hodnoty, zatímco při domácím měření hodnoty zvýšené, hovoříme o maskované hypertenzi. Z uvedeně-

sledování hodnot krevního tlaku se nemůže opírat výlučně o kontroly v ordinaci

ke zlepšení prevence kardiovaskulárních komplikací významně přispívá rozšiřující se metodika domácího měření krevního tlaku

Tab. 2: Přesvědčivá data o měření domácího TK jako ukazateli KV rizika Prospektivní studie			
Study	Population Studies	No. of Subjects	Outcome
Ohasama ⁸¹	Population	1789	Strokes and mortality predicted better by HBPM
SHEAF ⁹⁹	Treated hypertensive patients	4939	CV morbidity and mortality predicted better by HBPM
PAMELA ⁸²	Population	2051	CV and total mortality predicted better by HBPM
Belgian ¹⁰⁰	Referred	391	Combined CV events predicted better by HBPM
Didima ⁹⁸	Population	662	CV events predicted by both HBPM and office BP
Parati G ESC guidelines J Hypertens 2008			

Graf 1: Při dlouhodobém sledování vykazuje domácí měření zlepšenou kontrolu tlaku

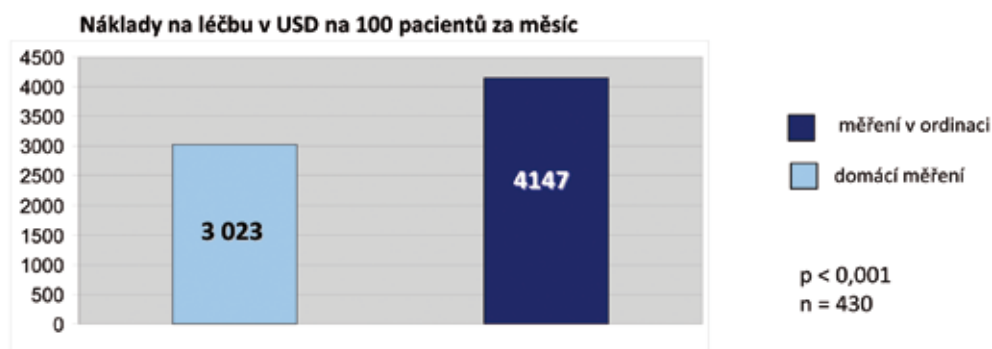


při ambulantním měření byli pacienti měření 10 x
při domácím měření 8 x

Verberk W. J. Hypertension 2007

Graf 2: Další prokázané výhody domácího měření tlaku

• **Snížení nákladů - medikace**



při měření v ordinaci byli pacienti měření 10 x za rok
při domácím měření 8 x za rok

Verberk W. J. Hypertension 2007

validace tlakoměrů
podle protokolů BHS
a AAMI

více info na:
www.dablededucational.org

recertifikace
podle Zákona
345/2002, kapitola
Stanovená měřidla

ho vyplývá, že sledování hodnot krevního tlaku se nemůže opírat výlučně o kontroly v ordinaci.

Některé indikace k domácímu měření TK pacientem jsou uvedeny v tab. 3.

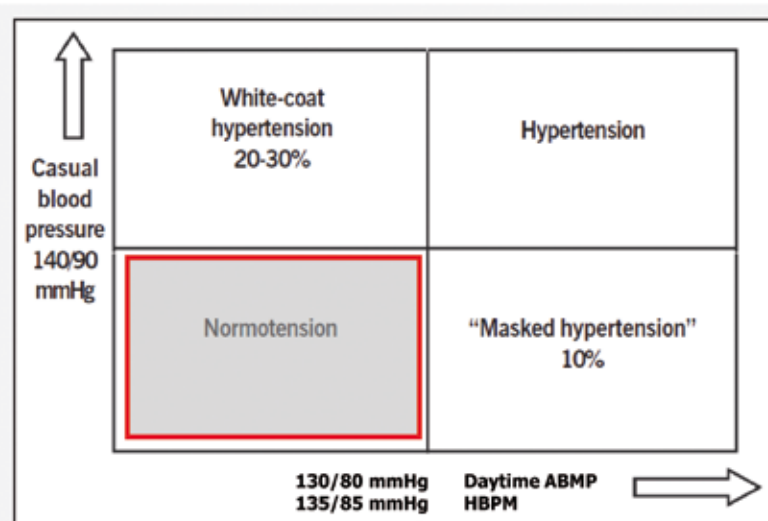
V souhrnu lze říci, že ke zlepšení prevence komplikací kardiovaskulárních komplikací významně přispívá rozšiřující se metodika domácího měření krevního tlaku. Předností domácího měření krevního tlaku je snadná dostupnost naměřených hodnot. Při tom však nesmíme opomínat výběr měřicího přístroje. Volba by se měla

řídít výsledkem validizace podle standardních protokolů (BHS a AAMI). Validizaci jednotlivých tonometrů pro domácí měření lze zjistit na www.dablededucational.org (Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze, SVL Praha 2008, Karen I., Widimský J. jr.) Správnost měřicího systému by měla být pravidelně ověřována 1x za 2 roky v souladu s Vyhláškou č. 345/2002 Sb. Ověřování je prováděno Českým metrologickým institutem (ČMI) nebo autorizovanými metrologickými středisky (AMS), stejně jako u lékařských tonometrů. Domácí měření TK významně přispívá ke zvýše-

ní compliance nemocných. Při měření krevního tlaku v domácích podmínkách je však třeba vzít v úvahu faktory, které mohou ovlivnit získané výsledky, jako je například fyzická aktivita nemocného, emoční stav, výskyt stresujících vlivů okolního prostředí a užívaná léčba. Proto je výsledek měření vždy nutné interpretovat ve vztahu k podmínkám, za kterých je měření prováděno, jinak se zvyšuje riziko chybné diagnostiky a nesprávné léčby. Součástí komplexního přístupu je bezpodmínečně nutná individuální edukace pacienta nebo členů jeho rodiny včetně praktické instruktáže měření TK. Cílem by mělo být sdělit základní fakta sledované choroby a principů měření s odkazem na pacientův klinický profit a rentabilitu léčebného procesu.

MUDr. Otto Herber - je praktický lékař, v současné době vykonává funkci místopředsedy SVL ČLS JEP a mj. je odborným asistentem v Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze. Své profesní zaměření orientuje také na prevenci civilizačních chorob. Právě téma Domácího monitoringu krevního tlaku bylo obsahem posteru na světovém kongresu WONCA 2010 v Mexiku. Dále je hlavním řešitelem projektu KAPR, který se zaměřuje na intenzivní kardiiovaskulární prevenci ve všeobecné praxi.

Obr. 1: Normotenze



- Kazuální < TK 140/90
- 24 hodinový monitoring ≤ 130/80 (ABPM)
- Domácí měření krevního tlaku ≤ 135/85 (HBPM)

AB De Cardiologia, volume 85, 2005

Tonometr na paži

OMRON M6 Comfort

s jednou manžetou pro normální i silnou paži



Jedna manžeta pro normální i silnou paži (obvod 22–42 cm)

Jednotlačítkové ovládání

Největší displej na trhu s ikonami pro spolehlivé hodnoty

Zachycení a indikace arytmií (nepravdivého pulsu)

Intellisense technologie inteligentního nafukování manžety

KLINICKY VALIDOVÁNO*

Nežádánější tonometr v ČR 2009

(zdroj AMAR)

S technologií **Intelli sense** si inteligentně volí nafouknutí manžety podle aktuálního krevního tlaku.

Výhody:

- příjemné měření s nebolestivým stlačením paže
- jednoduchá obsluha
- vysoká přesnost (IP a BHS protokoly)
- vynikající odolnost proti arytmiím
- extra krátká doba měření

doporučená cena

1 952 Kč

V lékárnách a zdravotnických potřebách

Obchodní zastoupení pro ČR: CELIMED s. r. o., tel.: 417 639 530, www.krevnitlak.cz

* International protokol, BHS protokol – splňuje doporučení České společnosti pro hypertenzi



Česká společnost pro hypertenzi doporučuje pravidelné měření krevního tlaku

POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

Steroidní opichy mají u bolestí ramene jen krátkodobý účinek

Klinická otázka:

Sníží opichy s kortikosteroidy, které jsou podávány jako doplněk fyzioterapie u pacientů s bolestmi ramene, bolest a pracovní neschopnost?

Závěr:

Tato velká studie zjistila, že opich kortikosteroidem jako doplněk k manuální léčbě a cvičení zlepšil funkci ramene a snížil bolest rychleji než samotná manuální léčba a cvičení, ale výsledky po 3 a 6 měsících po léčbě byly v obou skupinách srovnatelné, většina pacientů u obou léčebných modalit hlásila zlepšení. V podobné studii srovnávající fyzioterapii s předstíranou léčbou ultrazvukem, fyzioterapie nepřinesla žádný užitek ve srovnání s placebem, téměř polovina pacientů s chronickým syndromem manžety rotátoru v obou skupinách shodně hlásila, že se cítí „mnohem lépe“ (BMJ 2010;340:c2756). (LOE = 1b)

Reference:

Crawshaw DP, Helliwell PS, Hensor EM, et al. Exercise therapy after corticosteroid injection for moderate to severe shoulder pain: large pragmatic randomised trial. BMJ 2010;340:c3037.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená).

Financování:

Nadace.

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (primární péče).

Rozdělení:

Tajné.

Synopse:

Tito Britští autoři zapojili do studie 232 dospělých pacientů ve věku 40 let a starších, se středně těžkou až těžkou unilaterální bolestí ramene buď při aktivním nebo pasivním pohybu.

Zařazení pacienti museli mít pozitivní Neerovo nebo Hawkinsonovo znamení pro impingement a nemohli mít více než 25% ztrátu schopnosti laterální rotace. Pacienti s kapsulárním typem restrikce nebyli do studie zapojeni. Pacienti byli zařazení na základě tajného rozdělení do skupin s manuální léčbou a cvičením a to buď s a nebo bez aplikace subakromiální kortikosteroidní injekce. Manuální léčba, mobilizační techniky a cvičení byly vybrány ošetřujícím fyzioterapeutem, s vynecháním odporového cvičení v prvních 2 týdnech ve „steroidní“ skupině. Léčba pokračovala tak dlouho, jak posoudil fyzioterapeut za nezbytné. Pacienti ve „steroidní“ sku-

pině dostali na začátku léčby injekci s triamcinolonem (triamcinoloni acetonidum 20 mg) a lido-kainem, která byla opakována po 6 týdnech podle potřeby u pacientů s pokračující středně těžkou až těžkou bolestí (pouze 3,4 % pacientů dostalo druhou injekci).

Šlo o pragmatickou studii, která zahrnovala pacienty s různými příčinami bolestí ramene (kromě adhesivní kapsulitidy) a ponechala výběr specifické léčby v oblasti možností manuální léčby a cvičení na klinickovi. Při použití analýzy se zaměřem léčit nebyl zjištěn žádný rozdíl mezi oběma skupinami v bolesti a hybnosti při použití indexu pro bolest ramene a invalidity a to jak po 3 tak po 6 měsících po začátku studie. Většina pacientů (přibližně 85.% v každé skupině) hlásilo kompletní vyléčení nebo zlepšení s přetrváváním určitých problémů. Ve skupině léčené steroidní injekcí byly výsledky lepší po jednom týdnu (což bylo před tím, než byl započat cvičební program) a po 6 týdnech, ačkoliv tyto rozdíly nebyly klinicky relevantní.

Spirometrie á 3 měsíce nezlepší zdravotní výsledky u pacientů s astmatem a/nebo CHOPN

Klinická otázka:

Zlepší periodické vyšetřování spirometrie a pravidelná lékařská kontrola zdravotní výsledky u dospělých pacientů s astmatem a/nebo chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN)?

Závěr:

Pravidelné tříměsíční provádění spirometrie a lékařská kontrola prováděná lékařem primární péče nepřinesla lepší výsledky než samotná běžná péče o dospělé pacienty s astmatem a/nebo CHOPN. (LOE = 2b)

Reference:

Abramson MJ, Schattner RL, Sulaiman ND, et al. Do spirometry and regular follow-up improve health outcomes in general practice patients with asthma or COPD? A cluster randomized controlled trial. Med J Aust 2010;193(2):104-109.

Typ studie:

Randomizovaná kontrolovaná studie (nezaslepená).

Financování:

Vláda.

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (primární péče).

Rozdělení:

Tajné.

Synopse:

Autoři vyhledali 31 všeobecných praxí v Melbourne v Austrálii, které souhlasili s vyhledáním

manuální léčba a cvičení je z dlouhodobého hlediska účinnější než opichy steroidy, a nejspíše i než fyzikální léčba

rutinní spirometrické a klinické sledování u pacientů s astmatem a/nebo CHOPN nepřináší žádný zvláštní užitek

50 vhodných pacientů ve věku od 18 do 70 let, s chronickými respiračními problémy včetně astma bronchiale, CHOPN, plicní fibrózy, bronchiektázií a blíže neurčeného kašle. Praxe byly blokově randomizovány (tajné rozdělení) do 3 skupin: (1) provádění pravidelné spirometrie každé 3 měsíce s popisem k okamžité dispozici kliniko- vi pro lékařskou kontrolu, (2) spirometrie provedená na začátku a po 12 měsících, ale popis ne- byl až do ukončení sledování dán klinikovi k dis- pozici a (3) obvyklá lékařská péče bez pravidel- něho provádění spirometrie. Spirometrie byly prováděny v ordinacích kliniků vyškolenými tech- niky podle standardních mezinárodních dopo- ručení. Podle dříve schválených dotazníků byla hodnocena kvalita života, počet astmatických záchvatů, počet dnů, kdy nebylo možno prová- dět běžnou aktivitu, četnost návštěv na poho- tovnosti a četnost hospitalizací. Úplné sledování po dobu 12 měsíců dokončilo 83 % účastníků, což bylo celkem 253 pacientů (79 ve skupině 1, 104 ve skupině 2 a 70 ve skupině 3). Většina pa- cientů měla samotné astma (68 %), 13 % mělo samotnou CHOPN a 14 % mělo astma i CHOPN. **Mezi všemi třemi skupinami nebyl zjištěn vý- znamný rozdíl v žádném z měřených výsledků.**

Vitamin D ochraňuje před pády seniorů

Klinická otázka:

Zabraňuje vitamin D pádům u seniorů?

Závěr:

Suplementace vitaminu D (200 IU - 1000 IU denně) snižuje výskyt pádů u dospělých star- ších 60 let. Je potřeba léčit pouze 15 pacien- tů, aby bylo zabráněno pádům u jednoho paci- enta. (LOE = 1a).

Reference:

Kalyani RR, Stein B, Valiyil R, Manno R, May- nard JW, Crews DC. Vitamin D treatment for the prevention of falls in older adults: systema- tic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc

2010;58(7):1299-1310.

Typ studie:

Metaanalýza (randomizované kontrolované stu- die)

Financování:

Vláda

Prováděcí prostředí studie:

Různé (metaanalýza)

Synopse:

Autoři prohledali četné databáze s cílem identi- fikovat randomizované studie zkoumající vliv vi- taminu D u dospělých starších 60 let v preven- ci pádů. Dva výzkumníci nezávisle vybrali studie, které splňovaly kritéria pro zařazení, extrahova- li data a hodnotili metodologickou kvalitu zařa- zených studií. Nesouhlas řešili konsenzem. V zá- věru bylo zařazeno deset studií s téměř 3 000 účastníky. Studie měly obecně dobrou kvalitu. Studie se lišily v délce od 1 měsíce do 36 mě- síců. Studie posuzovaly široké rozmezí dávek vi- taminu D (200 IU – 1000 IU). Souhrnem pouze 41 % pacientů užívajících vitamin D mělo pády ve srovnání se 48 % kontrolních pacientů (počet potřebný léčit = 15; 95% CI, 10 – 32)*. Auto- ři nebyli schopni vypátrat signifikantní lineární vztah mezi dávkou vitaminu D nebo délkou jeho užívání a rizikem pádů. Nicméně v analýze hlav- ní podskupiny byly denní dávky přesahující 880 IU spojeny s významnou ochranou, zatímco niž- ší dávky ne. Autoři nenašli žádný důkaz svědčící pro možnou publikační předpojatost. V jiném ne- dávném systematickém přehledu, kde byly zkou- mány i jiné intervence pro prevenci pádů (Stro- ke 2010;41(8):1715-22.), byl účinný pouze vita- min D.

* Autoři neposkytli dostatek informací, aby bylo možno určit časový rámec pro počet pacientů, které by bylo potřeba léčit.

**denní dávky
vitaminu D
přesahující 880 IU
byly spojeny
s významnou
ochranou před pády,
nižší dávky ne**

Copyright © 2010 by Wiley Subscription
Services, Inc. All rights reserved.
Z angličtiny přeložila J. Laňková

POZOR, BUĎTE V KONTAKTU!

kontakty.svl@cls.cz



Vážené kolegyně a kolegové,

pro zlepšení komunikace s lékaři se výbor SVL rozhodl zřídit databázi e-mailových adres praktických lékařů.

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

Prosíme, pokud chcete být v databázi, zašlete ZE SVÉ E-MAILOVÉ ADRESY zprávu s údaji:
JMÉNO A PŘÍJMENÍ, ADRESU BYDLIŠTĚ, ADRESU PRACOVÍŠTĚ na adresu kontakty.svl@cls.cz

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

Děkujeme. Výbor SVL



Dotazy a odpovědi

Jak je to se screeningovým vyšetřením PSA u zdravých mužů?

**konečné rozhodnutí
zda PSA nabrat
nebo nenabrat
by měl mít řádně
poučený pacient**

**cca 25% mužů s Ca
prostaty má nízkou
nebo normální
hladinu PSA
(pod 4 ng/ml)**

**cca 25% mužů s PSA
v rozmezí 4-10 ng/
ml a 65% mužů
s hodnotou nad 10
ng/ml má karcinom
prostaty**

DOTAZ:

**Vážení kolegové,
dovoluji si obrátit se na Vás s následujícím do-
tazem, který mne v ordinaci velmi trápí, na-
víc když jsem ho konzultovala s několika kole-
gy PL, zjistila jsem, že mají podobný problém
a že v této otázce není vůbec jasno: Jak je to
se screeningovým vyšetřováním PSA u zdra-
vých mužů? Je nebo není povinnost od určité-
ho věku nabírat tento maker? Dle mého názo-
ru není. Navíc mám vždy obavu ho bezpřízna-
kovým mužům nabírat, nejen z důvodů ekono-
mických, ale zejména etických. Zažila jsem
několik případů asymptomatických mužů,
kterým byl PSA nabrán a poté, co byl trochu
vyšší (např. kolem 8), byli tito doslova zdeci-
mováni zdravotnickou mašínérií: získali punc
nemocných, začali běhat po urologiích, UZ,
biopsiích apod. a přestože se "nic nenašlo",
již nikdy se nedostali do formy ve které byli
před mojí screeningovou intervencí. Na dru-
hou stranu se samozřejmě bojím i nenabírat.
Co když mne někdo z pacientů bude žalovat,
když se u něj zanedbaný Ca prostaty objeví,
a i kdyby nešlo o forenzní problém - jak si ten-
to případ obhájím sama před sebou?**

ŠS, Jižní Morava

ODPOVĚĎ:

Situaci kterou svým dotazem otevíráte je sku-
tečně jedním z nejdiskutovanějších oblastí uro-
logické problematiky nejen v rámci prevence
v praxi všeobecného praktického lékaře (VPL),
ale i mezi urology.

Ve své podstatě bude mít vždy konečné slovo
samotný pacient. Jde tedy o to, abychom mu po-
skytli dostatek informací před stanovením pro-
statického specifického antigenu (PSA) a na-
bídli mu formu jakéhosi informovaného souhla-
su. (Do konce letošního roku se opět schází me-
zioborová komise, aby obnovila diskuzi nad tím-
to tématem, ze které by vyšlo konsenzuální do-
poručení pro VPL).

V ČR je karcinom prostaty třetí nejčastější on-
kologická příčina úmrtí mužů. Toto onemocnění
dlouho nepůsobí výrazné obtíže. Standardní
digitální vyšetření prostaty konečníkem obvykle
odhalí spíše až pokročilé stádium onemocnění.
Na přítomnost uvedeného onemocnění může
upozornit hladina PSA v krvi. Jde o ukazatel
specifický pro prostatickou žlázu, nikoliv pro ra-
kovinu prostaty. V praxi to znamená, že když je

hladina zvýšená, je nutno v první řadě pomýšlet
na rakovinu, ale naopak normální hladina (cca
4 ng/ml) přítomnost karcinomu úplně nevyluču-
je! Odhaduje se, že asi čtvrtina mužů, kteří kar-
cinom prostaty mají, má nízkou nebo normální
hladinu PSA, tedy pod 4 ng/ml. Asi 25 % mužů
s PSA v rozmezí 4 - 10 ng/ml a 65 % mužů
s hodnotou nad 10 ng/ml má karcinom prosta-
ty. Přihlédnutím k věku pacienta, k výskytu ra-
koviny v rodině, nález hodnoty PSA nad normu
se bude rozhodovat o dalších vyšetřeních. Pů-
jde zejména o odeslání k urologovi, kde s nej-
větší pravděpodobností bude dalším krokem
k ověření diagnózy biopsie. Víme, že se jedná
o nebolešivé vyšetření, které ale může být pro-
vázeno přechodným zvýšením teploty nebo kr-
vácením do moči či do konečníku apod. Biopsií
lze prokázat onemocnění v časně fázi, tj. v ob-
dobí, kdy nepůsobí žádné obtíže, ale prospek-
tivně pacienta v řádu několika let může ohrozit
na životě. Je prokázáno, že nejsme schopni
s dostatečnou jistotou posoudit, jak agresivně
se bude zachycený karcinom skutečně chovat.
Stejně tak platí, že příliš radikálním postupem
nemusíme pacientovi prospět zejména u stavů,
kdy zachycený proces vykazuje nevelké známky
agresivity. Je také známo, že ne vždy se biopsií
podaří nádor prokázat. Pak musíme při pode-
zření na zhoubné onemocnění prostaty odběr
vzorků opakovat někdy i několikrát.

Při prokázané rakovině existují různé možnosti
léčby, z nichž nejčastější bude prostatektomie
nebo ozáření. Obě formy mohou být provázeny
nežádoucími komplikacemi v urologické nebo
sexuální oblasti a dalších. Pokročilé onemoc-
nění bude léčeno zpravidla hormonálně. Sice
v malé míře, ale jistě se nevyhneme situaci, kdy
se zjištěný nádor nebude šířit vůbec.

V době, kdy nemáme jinou přesnější možnost,
jak včas a jednoznačně spolehlivě a bez kom-
plikací zjistit karcinom prostaty a spolehlivě od-
hadnout jeho agresivitu, musí každý pacient
sám uvážit, zda využije možnost včasného roz-
poznání nemoci cestou odběru PSA a další léč-
by s vědomím, že v některých případech mo-
hou nastat komplikace nebo může být zjištěn
a léčen nádor, který by pacientovi de facto ni-
jak nesnižoval kvalitu života nebo ho na živo-
tě neohrozil.

MUDr. Otto Herber
spoluautor Doporučených postupů
Urologie pro všeobecné praktické lékaře



12. říjen a MUDr. Karel Janík

12. říjen je pro našeho milého kolegu MUDr. Karla Janíka, praktického lékaře z Horní Bečvy dnem tzv. významného životního jubilea. To je však přídomek v jeho případě, při jeho fyzické a psychické svěžesti, zcela nepatřičný!

Karel pracovně plně vytížený, s mnoha koníčky a zájmy, vše s přehledem a bez problémů stíhající, je prostě hoch stále mladý!

Pochází ze Zlína (narodil se tam před neuvěřitelnými 70 lety) a kdo ho zná, říká si jistě stejně jako já, že udal do svého curricula datum narození nesprávně - přidal si nejméně dvě desítky let!

Lékařskou fakultu absolvoval v roce 1964 na Univerzitě Palackého v Olomouci a nastoupil jako sekundář na interní oddělení Krajské nemocnice s poliklinikou v Ostravě, kde v roce 1968 úspěšně atestoval z vnitřního lékařství. Nadšen internou (a to stále), zasvěcoval se do kardiologie, které by se byl rád věnoval a už po atestaci se zapojoval do vědecké a výzkumné činnosti - že s úspěchem jistě netřeba opakovat. Přesto však v roce 1969 zvítězila praktická medicína, právě pro svou šíři, pro nutnost znalostí všech lékařských oborů a to samozřejmě teorie i praktických dovedností. A tak od uvedeného roku (doposud!) pracuje v horské oblasti v Horní Bečvě, s obvodem rozsáhlým nejen co do počtu pacientů, ale i geograficky v nejkrásnějších oblastech Beskyd.



Byl jedním z prvních našich kolegů, který s úspěchem složil atestaci II. stupně v oboru VL. Své vzdělání stále aktualizuje (což je u Karla samozřejmostí) a je třeba se zmínit o jeho sebevzdělávání právě v kontextu všech dalších činností: v letech 1983 – 1990 je to funkce krajského odborníka VL, od roku 1992 doposud soudního znalce v oboru VL a pak zejména funkce školitele našich kolegů před atestací. Karel se podílí také na organizaci celostátních konferencí - do ustavení krajských konzultantů celé roky nejen organizoval, ale i modeloval pravidelné krajské a oblastní semináře VL a na uvedených akcích přednášel a ještě přednáší. Velmi důležitou roli sehrává jako školitel. Jeho "rukama prošlo" na 40 lékařů před atestací, a ti všichni se rádi vracejí ke konzultaci a pro radu. Není divu – takové znalosti, zkušenosti a kolegiálníta mluví za vše!!!

Od roku 1990 je členem výboru SVL ČLS JEP a jistě bude dále pokračovat v dalším volebním období. Spolupracuje na doporučených diagnostických a léčebných postupech i jejich novelizaci. Účastní se různých studií.

Ale nejen prací živ je člověk!

Karel miluje hory, vysokohorskou turistiku, běžky a plavání (kanál La Manche by zdolal hravě!).

Láska k lesu, k myslivosti se zase zračí v jeho zajímavých historkách z lesů, historkách o lesních zvířatech, posláních myslivosti, činnosti myslivce – zdaleka nejen o lovu, ale také o kuchyňském umění! Tedy od myslivecké kazajky, flintičky, krmení zvěře... až po zástěru a vynikající guláš z divočiny.

A že ke Karlovi patří samozřejmě kultura - divadlo, hudba, knihy a výtvarné umění netřeba jistě zdůrazňovat. Koncertní sály s klasickou hudbou, galerie a toulky po knihkupectvích – mnohých jsem byla svědkem.

A to nejmilejší, co Kája kolem sebe má, není jen milovaná medicína, ale stejně a samozřejmě ještě více milovaná rodina. Báječná paní Jarmilka, dvě velmi schopné dcery, z nichž jedna jde v jeho šlépějích, druhá zase práva a ekonomie - obě působí radost nejen pracovními úspěchy, ale především každá dvěma dětmi a tak zrovna – vlastně více než Karel lékař, učitel, myslivec, sportovec, báječný kolega, je nyní na prvním místě báječný Kája dědeček.

Milý Karle, přijmi od nás všech ta nejsrdečnější blahopřání k letošnímu 12. říjnu, s upřímným přáním především hodně pevného zdraví, úspěchů pracovních a osobních, hodně radosti a veselí ve dnech všedních i nevšedních, dostatek sil k pracovním zátěžím, hodně uspokojení z Tebou vychovaných dalších mladých lékařů. Potěšení, uspokojení z úspěchů rodin dcer Kateřiny a Veroniky, a pokud možno jen samé radostné chvíle se všemi členy rodiny. Tedy pohodu a co nejméně starostí nejen pro Tebe, ale i pro Tvoji milou choť a hodně veselí a smíchu s vnoučátky Jonáškem, Johankou, Šimonkem a Eliškou...

Za všechny kolegy co nejsrdečněji a upřímně z celého srdce

Tvoje Marcela Bradáčová



Viry nejen v pacientech

Jaké zásady dodržovat, když jsem s počítačem připojen na Internetu? Nenakazím se na Internetu? Co mám mít na PC, abych měl jistotu, že se nenakazím virem?



Ing. Patrik Šolc

aby nedošlo k napadení počítače virem, je nutné dodržovat základní bezpečnostní pravidla

antivirové programy mohou být za úhradu i bezplatné, nejvýhodnější je kombinace alespoň dvou programů

Podobné otázky vás určitě napadají, když posloucháte večerní zprávy a tam zmiňují, jak počítačové viry nakazili stovky zařízení. Poslední příkladem je zpráva, že v minulých dnech na web unikly soukromé informace o 100 miliónech z celkového počtu půlmiliardy uživatelů Facebooku. Sociální sítě se stále častěji stávají terčem útoku. Dost často četné Facebook aplikace obsahují škodlivý kód. Některé z nich jsou lokalizované i do češtiny nebo slovenštiny.

Reakce Facebooku, že 'neunikla žádná soukromá data' je bohužel pravdivá. Jednalo se totiž o veřejně dostupné informace z profilů, které uživatelé dostatečně nezabezpečili, přičemž Facebook umožňuje nastavit různé stupně soukromí. Rozsáhlé bylo například šíření podvodných aplikací jako „Pravda o Coca Cole“ či „Video: Učitel skoro zabil žáka“. Šlo o aplikace v anglickém jazyce, ale už byla zaznamenána i české variace například v případě „Nejtrapnější gól na MS světa 2010“ anebo „Nejzákeřnější důchodce“.

Každý počítač připojený na internet může být nakažen nejruznějšími druhy virových infiltrací. A to během okamžiku. Přitom si většinou uživatel ničeho nevšimne. Data jakéhokoli charakteru jsou dnes cenným artiklem a vyplatí se investovat několik sto korun do kvalitní antivirové ochrany. Protože nejenom biologický virus se zjeví znenadání a dokáže napáchat velké škody.

Nákaza počítače virem, trojským koněm nebo červem sice nijak nebolí, ale může odstartovat začátek ztráty online identity nebo cenných dat. Používáte Facebook? Určitě by se vám nelíbilo, kdyby neznámý útočník odhalil přístupové údaje, nahrál neslušné fotky a vašim jménem začal urážet přátele. Nebo co třeba platby na internetu? Jste si jisti, že jste nezadali číslo své platební karty a někdo vás u toho nepozoroval? Že to nejde? Ale ano, stačí, aby byl váš počítač napaden virovou infiltrací, a pak se například mohou veškeré napsané údaje, tedy stisknuté klávesy, automaticky přenášet online k útočníkovi. Ten tak během chvíle dostane čísla platebních ka-



ret, hesla k vaší e-mailové schránce, internetovému bankovníctví nebo citlivým datům. Dříve uživatel PC stačilo, aby na PC měl nainstalovaný antivirový program. Vývoj v oblasti bezpečnosti PC šel však kupředu. Nyní samotná antivirová ochrana Vám nestačí. Nutno mít i zabezpečený přístup na Internet (IT odborníci používají pojmy, jako firewall, antispam, antispyware programy apod.), pro nás laiky však to zjednodušují a nabízejí nám tzv. „komplexní balíky pro bezpečnost na Internetu“. Na trhu je v současné době několik výrobců, kteří mají velmi kvalitní balíky bezpečné ochrany PC. Například firma Eset nebo Symantec nebo i Microsoft. A co takový komplexní balík umí? Kontroluje „škodlivost“ internetových stránek, zda stránky neobsahují „skryté viry“, které se vám na pozadí nainstalují do PC, kontroluje příchozí poštu apod. Příklady těchto komplexních balíčků jsou ESET Smart Security nebo Symantec Norton Internet Security. Taktéž i Microsoft vyvíjí produkty, které pomáhají v bezpečné práci na Internetu (viz samotný text níže).



Je dobré při práci s počítačem na Internetu dodržovat několik zásad.

7 tipů pro bezpečný počítač

1) Používejte proaktivní antivirovou ochranu.

Technologie ESET ThreatSense® dokáže rozpoznat čerstvou hrozbu již v momentě, kdy spatří světlo světa, a zabránit tak budoucí epidemii. V boji s viry hrajete o čas.

2) Záplatujte operační systém! Každý den vznikají škodlivé kódy využívající bezpečnostní díry výrobců softwaru. Používejte proto nejaktuálnější a legální verzi operačního systému a všech svých programů.

3) Důvěřujte, ale prověřujte. Nevěřte e-mailům, které vypadají podezřele. Neberte přitom ohled na adresu odesílatele. Útočníci umí velmi lehce zamaskovat počítačovou hrozbu. Veškeré žádosti ze své banky o zaslání čísla kreditní karty či PIN kódu ihned smažte. Jedná se o tzv. phishing.

4) Buďte obezřetní. Pravidelně zálohujte svá data na různá datová média (pevný disk, CD, DVD...). Pokud se připojíte přes veřejně dostupnou wi-fi síť, tak v žádném případě nepracujte s internetovým bankovníctvím nebo citlivými údaji. Nepovolujte sdílení ve veřejných sítích.

5) Chraňte se. Používejte antivirový program v kombinaci s firewallem nebo jednoduše nainstalujte komplexní bezpečnostní řešení od jednoho výrobce.

6) Nestahujte nelegální obsah. Kradené filmy, hudba či programy jsou často umístěny na stránkách, které obsahují škodlivé kódy. Nevědomky tak do počítače kromě nelegálního obsahu stáhnete i nejrůznější škodlivou „počítačovou havěť“.



7) Pravidelně kontrolujte svůj počítač. Nemáte nebo nechcete používat antivirový program, ale myslíte si, že váš počítač mohl být napaden? Zkontrolujte ho bezplatným nástrojem ESET Online Scanner (www.eset.cz/eset-online-skener). Nenahrazuje plnohodnotné klasické bezpečnostní řešení, ale spolehlivě odhalí hrozby skryté ve vašem počítači.

K dispozici je i řada aplikací zdarma. U aplikací zdarma je však řada omezení. Je potřeba mít i na paměti, že co je zdarma, tak není úplně garantováno. Navíc placené verze programů mají v ceně zahrnutou i technickou podporu a pomoc při řešení problémů.

Mezi známé programy „zdarma“ pro kontrolu proti škodlivým kódům jsou: Ad-Aware, Spybot - Search & Destroy. Microsoft uvedl bezpečnostní program Microsoft Security Essentials, který je navíc zdarma (ke stažení na stránkách <http://www.microsoft.cz/zdarma>).

Doporučujeme tedy dodržování zásad bezpečné práce na internetu (viz 7 tipů) a zároveň užití kombinace 2 produktů antivirových programů, z toho jeden zdarma a druhý placený.

Ing. Patrik Šolc



Bezpečnost dat se slevou 50 %

Cenově výhodná nabídka bezpečnostních řešení ESET na IT DNES

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

lekari.itdnes.cz

Informace na telefonu 596 152 999 nebo e-mailu itdnes@autocont.cz

Portál provozuje divize Centrální prodej holdingu AutoCont.

itdnes

AutoCont

Platinum Partner 

Informace opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami - 2. část



MUDr. Jozef Čupka

obec v samostatné působnosti může obecně závaznou vyhláškou omezit nebo zakázat prodej, podávání a konzumaci alkoholických nápojů

osobám pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek se zakazuje vstupovat do – viz. § 15

Vážené kolegyně a kolegové,
v následujícím textu přinášíme pokračování informací 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
a potrženy jsou věci důležité.

OMEZENÍ DOSTUPNOSTI ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ

§ 10

Podmínky prodeje a podávání alkoholických nápojů

- (1) Alkoholické nápoje lze prodávat pouze
- a) ve specializovaných prodejnách alkoholických nápojů,
 - b) ve specializovaných odděleních velkoplošných prodejen určených k prodeji alkoholických nápojů, v prodejnách potravin a smíšených prodejnách, nebo
 - c) v zařízeních společného stravování provozovaných na základě hostinské činnosti, v ubytovacích zařízeních a kulturních zařízeních s výjimkou zařízení určených pro osoby mladší 18 let.
- (2) Ustanovení odstavce 1 se nevztahuje na příležitostný prodej rozlévaných alkoholických nápojů při slavnostech, tradičních akcích, výročních trzích a jim podobných akcích.

§ 11

Omezení prodeje a dovozu

- (1) Zakazuje se prodej a výroba hraček napodobujících tvar a vzhled alkoholických nápojů.
- (2) Zakazuje se dovoz hraček napodobujících tvar a vzhled alkoholických nápojů.
- (3) Osoba prodávající nebo podávající alkohol musí být starší 18 let, pokud se nejedná o žáka soustavně se připravujícího na budoucí povolání v oborech hotelnictví a turismus, kuchař-číšník a prodavač.
- Zákaz prodeje nebo podávání alkoholických nápojů a povinnosti osob prodávajících alkoholické nápoje

§ 12

- (1) Zakazuje se prodávat nebo podávat alkoholické nápoje
- a) osobám mladším 18 let,
 - b) na všech akcích určených osobám mladším 18 let,
 - c) osobám zjevně ovlivněným alkoholickým nápo-

jem nebo jinou návykovou látkou,

d) ve zdravotnických zařízeních,

e) v prostředcích výlučně určených pro vnitrostátní hromadnou dopravu osob s výjimkou železničních jídelních vozů, palub letadel a určených prostor plavidel veřejné lodní dopravy,

f) na sportovních akcích, s výjimkou výčepního piva s extraktem původní mladiny do 10 hmotnostních procent,

g) ve všech typech škol a školských zařízení

(2) Prodej alkoholických nápojů pomocí prodejních automatů, u nichž nelze vyloučit prodej osobám mladším 18 let věku, se zakazuje. Zásilkový prodej a veškeré další formy prodeje, při kterých není možno ověřit věk kupujícího, jsou zakázány.

(3) Další omezení a zákazy prodeje lihovin stanoví zvláštní právní předpis - § 132 a 133 zákona č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních.

§ 13

Obec v samostatné působnosti může v případě konání kulturní, společenské nebo sportovní akce přístupné veřejnosti s důvodným rizikem nárůstu problémů a negativních společenských jevů způsobených jednáním fyzických osob pod vlivem alkoholu obecně závaznou vyhláškou omezit nebo zakázat v určitých dnech nebo hodinách nebo na určitých místech prodej, podávání a konzumaci alkoholických nápojů.

§ 14

Provozovatel je povinen na místech prodeje alkoholických nápojů umístit pro kupujícího zjevně viditelný text zákazu prodeje osobám mladším 18 let. Text musí být pořízen v českém jazyce černými tiskacími písmeny na bílém podkladě o velikosti písma nejméně 5 cm.

OPATŘENÍ K PŘEDCHÁZENÍ A MÍRNĚNÍ ŠKOD PŮSOBENÝCH TABÁKOVÝMI VÝROBKY, ALKOHOLEM A JINÝMI NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI

§ 15

Zákaz vstupu pro osoby, které jsou zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek

Osobám, které jsou zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek 2) a) jsou ve stavu, v němž bezprostředně ohrožují sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, se zakazuje vstupovat do

a) všech veřejných prostor, kde by mohly způsobit sobě nebo jiné osobě škodu nebo vzbudit veřejné pohoršení,



- b) veškerých prostředků veřejné dopravy,
- c) veřejně přístupných prostor budov souvisejících s veřejnou dopravou,
- d) přístřešků zastávek a nástupišť veřejné silniční a drážní dopravy a městské hromadné dopravy,
- e) prostor, kde probíhají sportovní akce; pořadatel sportovní akce je povinen zajistit zabránění vstupu těmto osobám.

§ 16

Vyšetření přítomnosti alkoholu nebo jiné návykové látky

(1) Osoba, která vykonává činnost, při níž by mohla ohrozit život nebo zdraví svoje nebo dalších osob nebo poškodit majetek, nesmí požívat alkoholické nápoje nebo užívat jiné návykové látky při výkonu této činnosti nebo před jejím vykonáváním.

(2) Orientačnímu vyšetření a odbornému lékařskému vyšetření zjišťujícímu obsah alkoholu je povinna se podrobit osoba, u níž se lze důvodně domnívat, že vykonává činnosti podle odstavce 1 pod vlivem alkoholu, a dále osoba, u které je důvodné podezření, že přivodila jinému újmu na zdraví v souvislosti s požitím alkoholického nápoje. Spočívá-li orientační vyšetření zjišťující obsah alkoholu v dechové zkoušce provedené analyzátozem alkoholu v dechu, splňujícím podmínky stanovené zvláštním právním předpisem - vyhlášky č. 65/2006 Sb., odborné lékařské vyšetření se neprovede. V případě, že osoba tento způsob orientačního vyšetření odmítne, provede se odborné lékařské vyšetření.

(3) Orientačnímu vyšetření a odbornému lékařskému vyšetření zjišťujícímu obsah jiné návykové látky než alkoholu je povinna se podrobit osoba, u níž se lze důvodně domnívat, že vykonává činnosti podle odstavce 1 pod vlivem jiné návykové látky, a dále osoba, u které je důvodné podezření, že přivodila jinému újmu na zdraví v souvislosti s užitím jiné návykové látky.

(4) Vyzvat osobu podle odstavců 1 až 3 ke splnění povinnosti podrobit se vyšetření podle odstavce 2 a 3 je oprávněn příslušník Policie České republiky, příslušník Vojenské policie, příslušník Vězeňské služby České republiky, zaměstnavatel, její ošetřující lékař, strážník obecní policie nebo osoby pověřené kontrolou osob, které vykonávají činnost, při níž by mohly ohrozit život nebo zdraví svoje anebo dalších osob nebo poškodit majetek.

(5) Orientační vyšetření provádí útvar Policie České republiky, útvar Vojenské policie, Vězeňská služba České republiky, osoba pověřená kontrolou osob, které vykonávají činnost, při níž by mohly ohrozit život anebo zdraví svoje nebo dalších osob nebo poškodit majetek, zaměstnavatel, ošetřující lékař nebo obecní policie. Odborné lékařské vyšetření provádí zdravotnické zařízení k tomu odborně a provozně způsobilé. Odmítne-li osoba podle odstavců 1 až 3 vyšetření podle odstavců 2 a 3, hledí se na ni, jako by byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

(6) Zdravotnické zařízení k tomu odborně a pro-

vozně způsobilé je povinno poskytnout subjektům uvedeným v odstavci 4 potřebnou pomoc provedením odběru biologického materiálu.

(7) Zdravotnické zařízení je povinno sdělit výsledky vyšetření subjektům uvedeným v odstavci 4 na základě jejich žádosti. To neplatí, je-li pacient vyšetřován na přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky v organismu pouze v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí pro diferenciální diagnostiku.

(8) Vyšetření biologického materiálu a dopravu do zdravotnického zařízení za účelem provedení odborného lékařského vyšetření hradí v případě, že se prokáže přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky než alkoholu, vyšetřovaná osoba. Neprokáže-li se přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky, náklady podle věty první nese osoba, která podle odstavce 4 k vyšetření vyzvala, s výjimkou případů diferenciální diagnózy hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu - Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

(9) Za dopravu osob do zdravotnického zařízení odpovídá osoba, která k vyšetření podle odstavce 4 vyzvala.

§ 17

Ošetření v protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanici

(1) Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice (dále jen „záchytná stanice“) je zdravotnické zařízení, které zřizuje územně samosprávný celek, který může v samostatné působnosti zajišťovat péči poskytovanou v tomto zařízení též smluvně, a to tak, aby na celém jeho území byla zajištěna záchytná služba.

(2) Pokud zdravotnické zařízení k tomu odborně a provozně způsobilé zjistí, že ošetřovaná osoba není ohrožena na životě selháním základních životních funkcí, ale pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování, a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, nebo je ve stavu vzbuzujícím veřejné pohoršení, je tato osoba povinna se podrobit ošetření a pobytu v záchytné stanici po dobu nezbytně nutnou k odeznění akutní intoxikace.

(3) Za dopravu osob do záchytné stanice odpovídá osoba, která k vyšetření podle § 16 odst. 4 vyzvala.

(4) Dopravu, vyšetření, ošetření a následný pobyt na záchytné stanici hradí v případě, že se prokáže přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky, ošetřená osoba. V případě, že se přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky neprokáže, náklady nese osoba, která podle § 16 odst. 4 k vyšetření vyzvala, s výjimkou případů diferenciální diagnózy hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu.

(5) Ošetření osoby přijaté na záchytnou stanicí oznamuje záchytná stanice jejímu registrujícímu praktickému lékaři. Jde-li o osobu mladší 18 let, oznamuje se tato skutečnost také jejímu

kdo nesmí požívat alkoholické nápoje nebo jiné návykové látky při výkonu činnosti nebo před jejím vykonáváním?

vyzvat osobu k vyšetření zjišťujícímu obsah alkoholu nebo jiné návykové látky je oprávněn i ošetřující lékař

odmítne-li osoba vyšetření, hledí se na ni, jako by byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky

**ošetření osoby
přijaté na záchytnou
stanici oznamuje
záchytná stanice
jejímu registrujícímu
praktickému lékaři**

**povinnost provádět
krátké intervence**

**znáte kontakt
na svého krajského
protidrogového
koordinátora?**

**nově zajišťuje
záchytnou službu kraj**

zákonnému zástupci, popřípadě jiné osobě odpovědné za její výchovu. Při přijetí osoby mladší 18 let se tato skutečnost oznamuje též orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Jde-li o osobu s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo zbavenou způsobilostí k právním úkonům, oznamuje se tato skutečnost opatrovníkovi určenému soudem.

§ 19

Krátká intervence

Zdravotničtí pracovníci jsou při výkonu svého povolání povinni u osob užívajících tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky provést krátkou intervenci spočívající ve včasné diagnostice škodlivého užívání.

§ 20

Typy odborné péče poskytované osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám na těchto látkách závislým

(1) Osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám závislým na těchto látkách se poskytuje odborná péče, jejímž cílem je mírnění škod na zdraví působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tato odborná péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních, zařízeních sociální péče, popřípadě v jiných zařízeních zřízených za tímto účelem.

(2) Typy odborné péče o osoby závislé na tabákových výrobcích, alkoholu nebo jiných návykových látkách jsou:

- akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,
- detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčního syndromu,
- terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- kontaktní a poradenské služby,
- ambulantní léčba závislosti na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 až 14 týdnů,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách,

kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců,

i) programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,

j) substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře; zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, zřízeného na základě zvláštního právního předpisu¹⁴).

(3) Technické, organizační a personální podmínky poskytování typů odborné péče uvedených v odstavci 2 písm. a), b), e), f), g), h), i) a j) stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou a kontroluje jejich dodržování.

ORGANIZACE A PROVÁDĚNÍ PROTIDROGOVÉ POLITIKY

§ 22

Územní samosprávné celky

(1) Kraj v samostatné působnosti

a) koordinuje a podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány obcí a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky,

b) ve spolupráci se státními orgány i s orgány obcí zpracovává krajskou strategii protidrogové politiky,

c) podílí se na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků,

d) zřizuje za účelem koordinace protidrogové politiky na svém území funkci krajského protidrogového koordinátora,

e) zřizuje svůj iniciativní nebo poradní orgán pro oblast protidrogové politiky v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁶),

f) zajišťuje záchytnou službu na svém území dle potřeby; za tímto účelem zřizuje nebo zakládá záchytné stanice, nemůže-li zajistit tuto službu záchytnými stanicemi, provozovanými jinými právníky osobami nebo fyzickými osobami,

g) koordinuje zřizování, zakládání a činnost záchytných stanic zřizovaných či zakládaných obcemi v samostatné působnosti či fyzickými nebo právníky osobami,

h) ročně soustřeďuje a vyhodnocuje údaje o situaci týkající se škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami na svém území.

(2) Obec v samostatné působnosti

a) podílí se na realizaci protidrogové politiky

na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány kraje a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky,

b) v případě potřeby a ve spolupráci s orgány kraje zpracovává a přijímá místní plán protidrogové politiky, který schvaluje zastupitelstvo obce,

c) v případě potřeby se podílí na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků,

d) v případě potřeby zřizuje za účelem koordinace protidrogové politiky na svém území funkci místního protidrogového koordinátora, případně zvláštní iniciativní nebo poradní orgán¹⁷⁾,

e) je oprávněná zřizovat či zakládat záchytné stanice, nebo se podílet na financování takových stanic.

(3) Obce mohou uzavřít smlouvu o společném výkonu některých činností podle odstavce 218).

(4) Obec v přenesené působnosti kontroluje dodržování ustanovení tohoto zákona a dalších předpisů týkajících se ochrany před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, činí opatření k odstranění zjištěných nedostatků a vyvozuje důsledky, zejména ukládá sankce.

KONTROLA, SPRÁVNÍ DELIKTY A SANKCE

§ 24

(1) Kontrolu dodržování povinností stanovených tímto zákonem, s výjimkou povinností podle § 5 a § 11 odst. 1 a 2, vykonává

a) obec v přenesené působnosti,

b) obecní policie,

c) Policie České republiky,

d) v případě stravovacích služeb též orgán ochrany veřejného zdraví.

(2) Kontrolu dodržování povinností podle § 5 odst. 1 a § 11 odst. 1 vykonává Česká obchodní inspekce.

(3) Kontrolu dodržování povinností podle § 5 odst. 2 a § 11 odst. 2 vykonává celní úřad.

(4) Sankce za správní delikty ukládají orgány uvedené v odstavci 1 písm. a) a d) a v odstavcích 2 a 3.

(5) Při provádění kontroly a při ukládání sankcí postupují kontrolní orgány podle zvláštních právních předpisů²⁰

(6) Fyzická nebo právnická osoba se jako provozovatel dopustí správního deliktu tím, že

a) neprovede povinné značení podle tohoto zákona,

b) umožní kouření na místě, na němž je kouření tímto zákonem nebo obecně závaznou vyhláškou obce zakázáno,

c) prodá tabákový výrobek, tabákovou potřebu, elektronickou cigaretu nebo alkoholický nápoj mimo místa tímto zákonem pro prodej stanovená,

d) prodá tabákový výrobek, tabákovou potřebu, elektronickou cigaretu nebo alkoholický nápoj pomocí prodejního automatu, u něhož nelze vyloučit prodej osobě mladší 18 let věku nebo pomocí jiné formy, u které není možno ověřit věk kupujícího,

e) prodá, vyrobí nebo doveze potravinářský výrobek nebo hračku napodobující tvar a vzhled tabákového výrobku nebo tabákové potřeby anebo hračku napodobující tvar a vzhled alkoholického nápoje,

f) nezajistí prodej tabákových výrobků, tabákových potřeb nebo alkoholických nápojů anebo podávání alkoholických nápojů osobou uvedenou v § 7 odst. 2 a v § 11 odst. 3,

g) prodá tabákový výrobek, tabákovou potřebu, elektronickou cigaretu nebo alkoholický nápoj na akci určené pro osoby mladší 18 let anebo podá alkoholický nápoj na akci určené pro osoby mladší 18 let,

h) prodá tabákovou potřebu osobě mladší 18 let,

i) prodá tabákový výrobek, elektronickou cigaretu nebo alkoholický nápoj osobě mladší 18 let anebo podá alkoholický nápoj osobě mladší 18 let.

(7) Zdravotnické zařízení, které poskytuje substituční léčbu, se dopustí správního deliktu tím, že v rozporu s § 20 odst. 2 písm. j) nenahlásí pacienty do Národního registru uživatelů lékářsky indikovaných substitučních látek.

(8) Za správní delikt se uloží pokuta ve výši

a) až 5 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 6 písm. a),

b) 5 000 Kč až 10 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 6 písm. b) a odstavce 7,

c) 10 000 Kč až 50 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 6 písm. c) až h),

d) 50 000 Kč až 500 000 Kč, jde-li o správní delikt podle odstavce 6 písm. i).

(9) Za správní delikt podle odstavce 6 písm. c) až i) a odstavce 7 lze navíc uložit provozovateli zákaz činnosti až na dobu 2 let.

(10) Při stanovení sankce se přihlídnou k délce doby, po kterou porušování povinností trvalo, k okolnostem, za nichž k protiprávnímu jednání došlo a k následkům tohoto jednání.

(11) Řízení o uložení sankce lze zahájit do 1 roku ode dne, kdy se kontrolní orgány o porušení povinnosti dozvěděly, nejpozději však do 3 let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo.

(12) Pokutu nelze uložit, byla-li za totéž jednání uložena pokuta podle jiných právních předpisů.

(13) Na řízení o správních deliktech se vztahuje správní řád.

(14) Orgán, který pokutu uložil, ji vybírá. Pokuta je příjmem státního rozpočtu, s výjimkou pokuty uložené obcí, která je příjmem rozpočtu obce. Při vybírání a vymáhání uložených pokut se postupuje podle zvláštního právního předpisu – Zákon č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků,

(15) Probíhá-li souběžně několik řízení o totéž správní delikt, v řízení pokračuje a dokončí je orgán, který řízení zahájil jako první.

obec v samostatné působnosti přijímá místní plán protidrogové politiky, dále je oprávněna zřizovat i záchytné stanice

obec v přenesené působnosti kontroluje dodržování ustanovení tohoto zákona a ukládá sankce



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 1. 11. 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
8/2010

**Správné
odpovědi
testu
č. 7/2010:**

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

Proč a jak volit fixní kombinace v léčbě hypertenze (viz str. 11)

1. Monoterapií dosáhneme cílových hodnot krevního tlaku:

- a) jen u 20-30% pacientů
- b) asi u 30-50% pacientů
- c) až u 60-70% pacientů

2. Jako rezistentní označujeme hypertenzi nekontrolovanou kombinací:

- a) tří léčiv, z nichž jedno by mělo být diuretikum
- b) čtyř léčiv
- c) pěti léčiv

3. Rezistentní hypertenze se vyskytuje u:

- a) cca 1% hypertoniků
- b) cca 5% hypertoniků
- c) cca 10% hypertoniků

4. Léčbu hypertenze podle posledních evropských a českých doporučení zahajujeme:

- a) vždy monoterapií
- b) můžeme zahájit kombinací

antihypertenziv

- c) vždy kombinací malých dávek antihypertenziv

5. Fixní kombinace snižují počet pacientem užívaných tablet a prokazatelně zvyšují adherenci pacientů k léčbě hypertenze, a to až o:

- a) 10%
- b) 26%
- c) 50%

Jak léčit pacienta s diabetem 2. typu v roce 2010 (viz str. 18)

6. HbA1c odráží kompenzaci diabetu za předcházející:

- a) 2-3 dny
- b) 2-3 týdny
- c) 2-3 měsíce

7. Za vynikající je považována hodnota HbA1c (dle IFCC):

- a) < 4,5 %
- b) < 5 %
- c) < 6 %

8. Za přijatelnou je považována hodnota HbA1c (dle IFCC):

- a) 4,5 - 6 %
- b) 4,5 - 5 %
- c) 5 - 6 %

Mimokloubní revmatismus (viz str. 24)

9. Kubitální úžinový syndrom se projevuje:

- a) brněním a/nebo otupěním/z necitlivěním 1. až 3. prstu a radiálního okraje zápěstí
- b) brněním a/nebo otupěním/z necitlivěním 4. a 5. prstu a ulnárního okraje dlaně
- c) brněním a/nebo otupěním/z necitlivěním 2. až 4. prstu a střední části dlaně

10. Má-li pacient Pronator teres syndrom:

- a) není schopen sevřít pěst
- b) není schopen dorzální flexe ruky
- c) neprovede „okénko“ mezi palcem a ukazovákem

Správné mohou být všechny tři možnosti.

odpovědní lístek - test č. 8/2010

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 |

Konference SVL

Boehringer - Mucosolvan