



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 10/2010

ročník 9

pro
praktické
lékaře
zdarma

XXIX. výroční konference SVL ČLS JEP



Info SVL - Nový výbor SVL ČLS JEP 2010 - 2014 str. 5

Zpráva z výroční konference SVL ČLS JEP 2010 str. 9

- **Všeobecné praktické lékařství - nejlepší profesní volba** str. 10
- **Antibiotická terapie v ordinaci praktického lékaře** str. 12
- **Rozhovor k novému doporučenému postupu ICHDK** str. 16
- **Molekulárně genetická vyšetření u trombofilních stavů** str. 24

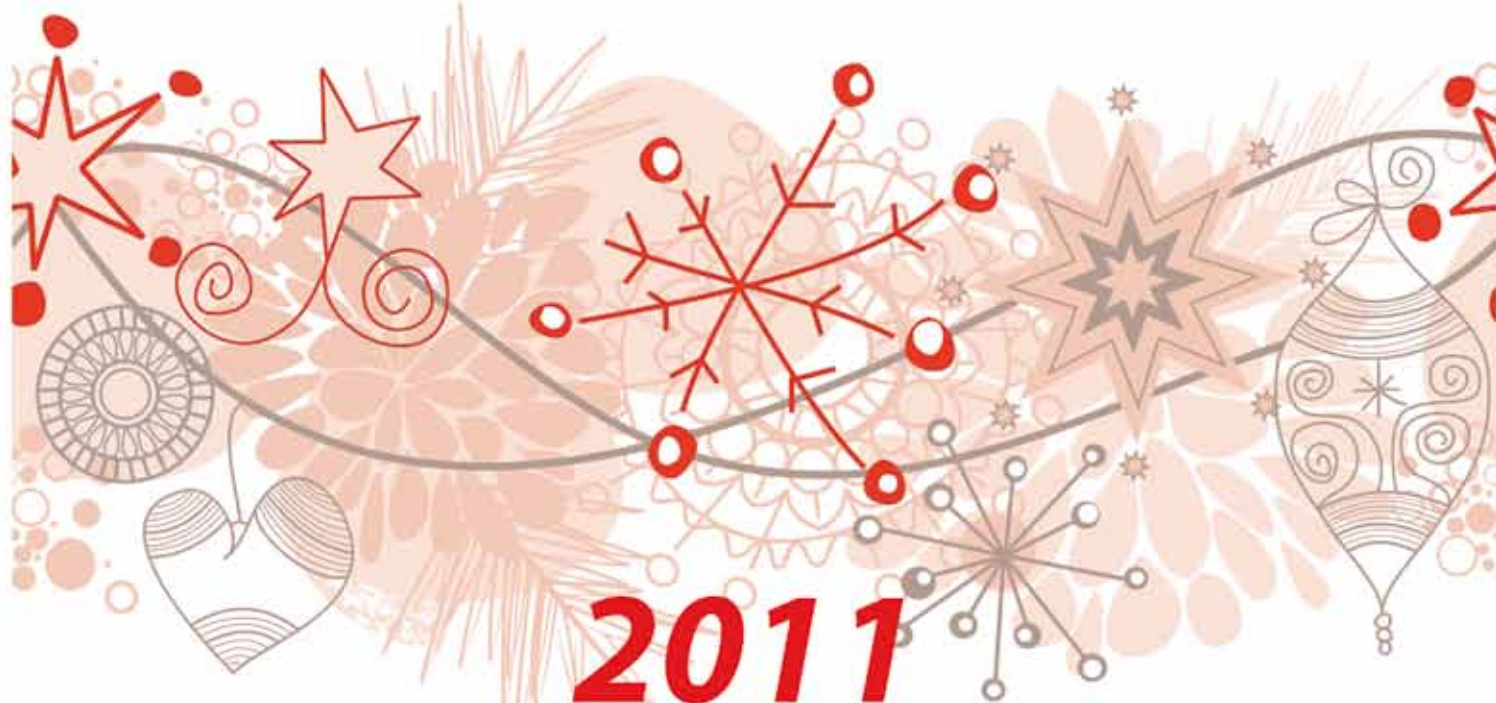
Chronická žilní onemocnění str. 25

Možnosti léčby chronické plicní hypertenze v ČR (2. část) str. 32

Jaké je nejvýhodnější připojení na Internet? str. 42

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu



Leden

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Únor

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

Březen

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Duben

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Květen

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Červen

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Červenec

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

MILÍ KOLEGOVÉ,
PŘEJEME VÁM PŘÍJEMNÉ PROŽITÍ
VÁNOČNÍCH SVÁTKŮ
A MNOHO OSOBNÍCH
I PRACOVNÍCH ÚSPĚCHŮ
V ROCE 2011.

VAŠE REDAKCE

Srpen

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Září

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Říjen

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Listopad

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Prosinec

PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Obsah

SVL informuje	5
Nový výbor SVL ČLS JEP 2010 - 2014	5
LAUDATIO 2010	6
Nesouhlas PL s připravovanými regulacemi	8
XXIX. výroční konference SVL ČLS JEP	9
• Všeobecné praktické lékařství - nejlepší profesní volba	10
• Antibiotická terapie v ordinaci praktického lékaře	12
• Doporučený postup pro diagnostiku a léčbu osteoporosy	15
• Doporučený postup ICHDK	16
• Rozhovor k novému doporučenému postupu ICHDK	16
• 20-ti leté sledování výskytu kolorektálního karcinomu	18
• Blok očkování	21
• Atherogenní index plasmy (AIP) v praxi	22
• Molekulárně genetická vyšetření u trombofilních stavů...	24

Možnosti léčby chronické plicní hypertenze v ČR (2. část)	26
MUDr. Pavel Jansa a kol.	

Kazuistika: akutní perimyokarditida	30
MUDr. Hana Papřoková	

Chronická žilní onemocnění a principy konzervativní léčby	31
doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.	

Kazuistika: Kolaps nebo CMP?	36
MUDr. Martin Pehr	

 ...Ze světa mladých praktiků	38
---	-----------

 ...POEM: Patient oriented evidence that matters	40
--	-----------

 ...Počítač a doktor	42
Jaké je nejvýhodnější připojení na Internet?	

 ...Zdravotnické zařízení a aktuální legislativa	44
Očkování proti infekčním nemocem dle aktuálního znění vyhlášky MZ	

 ...Dotazy a odpovědi	48
---	-----------

Tiskové prohlášení: Jak vyléčit zdravotnictví	49
--	-----------

 ...znalostní test	50
--	-----------

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
10/2010, 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, lan@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 Konšťáček, 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 **7. 12. 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 neprocházejí 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,

nevím, zda-li Vám čas utíká také tak rychle, ale mě se zdá, že jsem snad úvodník do minulého čísla psala včera. Nicméně za poslední měsíc proběhlo nemálo událostí, včetně těch, které se týkají přímo našeho oboru. Pokud nechám stranou politický var, jedná se především o listopadovou výroční konferenci **Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP**, která ve dnech 10. - 13. 11. proběhla v Karlových Varech. Na této konferenci se poprvé setkal **nový výbor**, který vzešel z červnových voleb. Na první schůzi nového výboru byl zvolen předseda a místopředsedové výboru, vědecký sekretář a předseda revizní komise. Výbor v tomto složení bude pracovat v následujících 4 letech. Přejme jeho členům vzájemnou kolegiálnítu, schopnost spolupráce, dobré nápady, neutuchající pracovitost a optimismus. Doba je těhotná reformou, doufejme, že s přičiněním primární péče se podaří porodit zdravé a životaschopné dítě.

Na konferenci byla již tradičně udělována **ocenění osobnostem**, které se významně zasloužily o rozvoj oboru všeobecné praktické lékařství. O složení nového výboru i o vyznamenaných informujeme hned na prvních stránkách zpráv z konference. O kousek dále najdete také opis **dopisu zasláního ministru zdravotnictví**, který byl přijat konferencí a který reaguje na připravované regulace.

Konferenci v Karlových Varech navštívila i významná osobnost mezinárodní primární péče, nedávný prezident evropské větve WONCA (World Organisation of Family Doctors), profesor primární péče na Lublaňské univerzitě a aktivně pracující praktický lékař **dr. Igor Šváb**. Pro své české kolegy si připravil uchvacující řeč o svém pojetí úlohy, významu a filosofie primární péče. Vyřčení zásadních pravd, které všichni v skrytu duše cítíme a uctíváme, si zasloužilo závěrečný dlouhotrvající potlesk publika. Se svolením autora v tomto čísle otiskujeme doslovný překlad jeho řeči a doporučuji všem si jej přečíst (a nechat se povznést). Kdo by v dnešní době, v banánovém systému bez pravidel, drcen mezi mlýnskými kameny požadavků pacientů, regulací pojišťoven, ne kolegiálnítou a stále hrozících kontrol všech druhů, neměl pokleslou mysl? Ne, že by pro získání odpovídajícího postavení našeho oboru stačilo létat na obláčku, poselstvím bylo, že pokud se nezvedneme, nepochopíme pravý smysl své práce a nezačneme se podle toho chovat, zůstaneme v našich nárcích tam kde jsme.

Odborný program konference byl bohatý a ve většině zdařilý. Z nejúspěšnějších a nejzajímavějších prezentací přinášíme v tomto čísle prvních několik zpráv. Další část zpráv plánujeme uveřejnit v následujícím čísle.

Nepřehlédněte nová **konsensuální doporučení odborných společností pro provádění molekulárně genetických vyšetření u trombofilních stavů** spojených s žilním tromboembolismem na str. 24.

Mezi odbornými články časopisu tentokrát najdete článek z pera zkušené angioložky doc. Debory Karetové na téma **chronických žilních onemocnění**, dále druhou část problematiky **léčby plicní hypertenze**, tentokrát s rozбором 3 kazuistik. Vzhledem k omezenému prostoru tohoto čísla jsme doplnili část odborných článků dvěma krátkými, ale velmi **poučnými kazuistikami** zaslány z ordinací našich kolegů.

Mladí praktici, kteří stojí na začátku své kariéry a snaží se získávat co nejvíce zkušeností a znalostí doma i v zahraničí připravili ve své rubrice **zajímavou zprávu z výměnného pobytu v Holandsku**. Jistě si jí se zájmem přečte i mnohý z nás více zkušených. V rubrice POEM věnované nejnovějším poznatkům z EBM (Evidence Based Medicine) se tentokrát dočtete o posledních důkazech o zbytečnosti screeningu PSA u asymptomatických mužů, také se můžete dozvědět odpověď na to, proč bylo z trhu staženo antiobezitikum sibutramin a jaké riziko v sobě nese subklinická hypotyreóza. O tom, jak se co neefektivněji připojit na internet tentokrát pojednává rubrika PC a doktor. V dotazech je doplněk informací o očkování - o tom, zda a jak očkovat neregistrované pacienty. A očkování je i tématem rubriky věnované aktuální legislativě, která přináší informace o změnách ve vyhlášce o očkování proti infekčním nemocem.

V posledním čísle tohoto ročníku Vám všem čtenářům děkujeme za přízeň, kterou našemu periodiku zachováte a přejeme Vám pokojné prožití vánočních svátků.

Za redakci

Vaše Jaroslava Laňková

Nový výbor SVL ČLS JEP 2010 - 2014

Letošní výroční konference SVL ČLS JEP byla zároveň i konferencí volební, při níž po čtyřech letech funkčního období došlo k odstoupení dosavadního výboru a nástupu nového výboru. Současně byli také zvoleni funkcionáři nového výboru - předseda, místopředsedové, vědecký sekretář a pokladník.

Aktivní činnost ve výboru opustili dva dlouholetí členové, kolegyně **Marcela Bradáčová** a kolega **Jiří Appelt**, kterým za jejich mnohaletou poctivou práci pro výbor včetně období, kdy působili také jako předsedové SVL ČLS JEP, bylo na konferenci uděleno zvláštní poděkování a byla jim slavnostně předána **Pamětní medaile České lékařské společnosti JEP**.

Starý výbor dále opustil kolega Miloš Ponížil z Hrušovan nad Jevišovkou a kolegyně Marie Manoušková z Ostravy. Do výboru nově vstoupila kolegyně Jana Vojtíšková z Prahy, kolegyně Alice Havlová z Ostravy, kolega Cyril Mucha z Prahy a kolega Josef Štolfa z Prahy.

Nové složení výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP pro období 2010 - 2014

Předseda

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

Místopředseda

MUDr. Otto Herber

Místopředsedkyně pro vzdělávání

MUDr. Jaroslava Laňková

Místopředseda pro profesní záležitosti

MUDr. Igor Karen

Vědecký sekretář

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Pokladník

MUDr. Pavel Brejník

Členové:

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.

MUDr. Alice Havlová

MUDr. Toman Horáček

MUDr. Karel Janík

MUDr. Igor Karen

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc.

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

MUDr. Dana Moravčíková

MUDr. Cyril Mucha

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

MUDr. Josef Štolfa

Předseda revizní komise

MUDr. Jana Vojtíšková

Členové revizní komise

MUDr. Eva Grzegorzová

MUDr. Petr Herle

Sekretariát výboru: paní Andrea Vrbová, paní Hana Čížková, paní Romana Hlaváčková



Karlovy Vary, 10. 11. 2010

Zleva stojící: Petr Herle, Josef Kořenek, Rudolf Červený, Bohumil Seifert, Cyril Mucha, Otto Herber, Bohumil Skála, Jiří Appelt, Svatopluk Býma, Igor Karen, Josef Štolfa, Toman Horáček, Pavel Brejník, Stanislav Konšťacký, Miloš Ponížil, Andrea Vrbová (asistentka sekretariátu), Hana Čížková (asistentka sekretariátu), Karel Janík

Zleva sedící: Jaroslava Laňková, Marcela Bradáčová, Zuzana Miškovská, Alice Havlová, Jana Vojtíšková, Eva Grzegorzová, Dana Moravčíková

LAUDATIO 2010

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP v roce 2010 udělila 5 vyznamenání

Tradicí výročních konferencí je předávání **zvláštních ocenění** členům SVL ČLS JEP (dále jen SVL) a dalším mimořádným osobnostem, které významným způsobem přispěly k rozvoji oboru Všeobecné praktické lékařství v České republice.

Letos výbor společnosti rozhodl o vyznamenání dvou našich kolegů - členů SVL čestnými medailemi, a dále o udělení tří čestných členství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Slavnostní předávací řeč k vyznamenaným pronesl vědecký sekretář SVL doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Čestné medaile České lékařské společnosti JEP

Čestnou medaili České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně výbor udělil MUDr. Jiřímu Appeltovi, laureátu čestného členství v SVL ČLS JEP z roku 2007 a MUDr. Marcelu Bradáčové, laureátce čestného členství v SVL ČLS JEP od r. 2002.

MUDr. Jiří Appelt se narodil 29. září 1939 v Brně. V Brně studoval na tehdejší Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně (UJEP) a studium v roce 1962 zakončil červeným diplomem. Měl předpoklady stát se vědcem. Během působení na Katedře biochemie UJEP mu byly přiznány tři patenty. Po odchodu do Prahy působil na III. interní klinice Thomayerovy nemocnice, získal interní specializaci a věnoval se převážně gerontologii. Volání praktické medicíny vyslyšel v roce 1969. Pracoval jako závodní lékař na dolech Kladno a byl také aktivním důlním záchranářem. Za svou záchranářskou práci a za zásluhy o české hornictví byl několikrát oceněn. Od roku 1990 provozoval soukromou praxi v Chýni na západ od Prahy. Jiří Appelt pracoval pro výbor společnosti plných 30 let, de facto od založení SVL a zastával také funkce v orgánech České lékařské společnosti JEP.

MUDr. Marcela Bradáčová se narodila ve Zlíně 14. října 1945. Mohla jít k filmu, ale rozhodla se pro studium medicíny. Promovala na dnešní Masarykově univerzitě v Brně v roce 1970 a prv-



Právě ocenění: MUDr. Marcela Bradáčová a MUDr. Jiří Appelt

ní štací pro ni byla nemocnice v Havířově. Atestaci z vnitřního lékařství absolvovala v Ostravě v roce 1973. V roce 1975, již za působení v Brně, získala nejprve první specializaci ve všeobecném lékařství a v roce 1986 pak druhou. To se již věnovala vzdělávání v oboru jako školitelka brněnského postgraduálního institutu i jako učitelka na brněnské fakultě. Členkou SVL se stala hned po jejím vzniku a dále zastávala významné funkce ve výboru společnosti. Od roku 1989 po léta organizovala ve dvouletých intervalech celostátní konference SVL v Brně, které citlivě rámovala duchovně povznášejícími kulturními vložkami. Působila i v orgánech lékařské komory. Je členkou redakčních rad a poradních sborů, pracovala na doporučených postupech.

Čestné členství SVL ČLS JEP

V dubnu letošního roku doc. Bohumil Seifert jménem ČLS JEP předal v Londýně čestné členství **prof. Rogerovi Jonesovi**, u příležitosti jeho odchodu do důchodu. Roger Jones patří mezi nejvýznamnější osobnosti praktického lékařství na světě. Jako profesor primární péče se zasloužil zejména o rozvoj univerzitního vzdělávání a výzkumu v primární péči. Je autorem nebo spoluautorem nejznámějších učebnic primární péče na světě, je atraktivním zvaným řečníkem a uznávaným vědcem, daleko za hranice-

Předání ocenění prof. Jonesovi: zleva doc. Seifert, prof. Jones



mi našeho oboru. Byl vedoucím projektu, v rámci kterého více jak 50 českých praktických lékařů školitelů absolvovalo stáž na jeho pracovišti na Kings College of London a v londýnských praxích. Měl významný podíl na tvorbě první české učebnice praktického lékařství. Byl několikrát v České republice. Měli jste možnost ho osobně poznat při brněnské konferenci v roce 2007.

Dalším laureátem čestného členství se stala významná osobnost českého praktického lékařství **MUDr. Jana Uhrová**. Jana Uhrová promovala v roce 1964 na 1. lékařské fakultě UK v Praze. Lékařskou praxi si prožila v Kolíně; v roce 1968 atesto-

Zleva: Doc. S. Býma, prezident SVL, vyznamenaná MUDr. Jana Uhrová, prof. Jaroslav Blahoš, prezident ČLS JEP.



Předání ocenění Ing. Jiřímu Michalovi



vala z vnitřního lékařství, pracovala také na neurologii a posléze na obvodech na Kolínsku a na kolínské poliklinice. Jako jedna z prvních v celé střední a východní Evropě, podle odkazu z Alma Aty, atestovala z nově vzniklého oboru všeobecné lékařství. Své organizační schopnosti mohla uplatnit až od devadesátých let, kdy působila v manažerských funkcích v nemocnici a na poliklinice v Kolíně, a byla také zvolena do místního zastupitelstva. Působila v představenstvu ČLK a byla ředitelkou odboru zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví. Všechny tyto zkušenosti nebyly důležité jen pro ni, ale byly a jsou důležité zejména pro náš obor, pro který neúnavně a s elánem dlouhá léta pracuje jako místopředsdkyně ve Sdružení praktických lékařů ČR.

Čestné členství ve společnosti je udělováno za mimořádné zásluhy o rozvoj oboru, odbornosti a lékařské vědy. Výbor ČLS JEP se na návrh SVL rozhodl udělit toto ocenění člověku, který je vážnou osobností napříč celou českou společností a jehož význam přesahuje hranice naší republiky. Touto osobností je **Ing. Jiří Michal**. Ing. Michal se narodil a žije dodnes v Praze. Vystudoval ekonomiku a management chemického průmyslu na Vysoké škole chemicko-technologické v Praze. Svůj profesní život zasvětil jedné farmaceutické společnosti - celých 36 let pracoval v Léčivech, později přejmenovaných na Zentivu. Jako její ředitel od roku 1990 měl pak možnost uskutečnit své sny, vize a touhy, z nichž ta nejsilnější byla postavit český farmaceutický průmysl nejméně na úro-

veň srovnatelnou se světem. Zentiva se stala jedním z vedoucích farmaceutických podniků ve střední a východní Evropě, s obrátem blížícím se ke 20ti miliardám korun a hodnota firmy během stejného období vrostla více než desetkrát. V roce 2004 převzal Ing. Michal od prezidenta Klause ocenění pro sto nejúspěšnějších podniků. Počátkem listopadu t. r. převzal Ing. Michal z rukou prezidenta Václava Klause medaili Za zásluhy o stát v oblasti hospodářské. Kromě podnikatelských úspěchů známe Ing. Michala i jako štědrého mecenáše umění. Co ale bylo důvodem pro udělení vyznamenání ze světa medicíny je jeho víra ve význam primární péče a významná podpora tohoto oboru, zejména založením Nadačního Fondu Praktik, čímž zásadně přispěl ke vzdělávání a zvyšování kvality podporou tvorby Doporučených postupů. Z prostředků Nadačního fondu Praktik přišla v roce 2002 také pomoc zatopeným praxím. Ing. Michal projevoval praktickým lékařům, naší odbornosti a jejím reprezentantům vždy úctu, zcela rovnocennou jiným odbornostem a jejich váženým představitelům, se stejnou vážností bral naše projekty a vedl tak i své zaměstnance.

Jeden z nejschopnějších manažerů této země ví, že se vyplatí podporovat primární péči a praktické lékaře. Ti méně schopní, kteří rozhodují o českém zdravotnictví, to ještě neví.

Na základě textů použitých při slavnostním předávání ocenění na konferenci SVL zpracovala Jaroslava Laňková

Zleva: Ing. Jiří Michal, MUDr. Jana Uhrová, MUDr. Marcela Bradáčová a MUDr. Jiří Appelt



Nesouhlas všeobecných praktických lékařů

s připravovanými regulacemi ministerstva zdravotnictví přijatý na XXIX. výroční konferenci SVL ČLS JEP v Karlových Varech

Primární péče všeobecných praktických lékařů (PL) tvoří základ péče o zdraví celé populace v ČR. Jak Světová zdravotnická organizace tak i Wonca Europe vyzývají vlády evropských států, které v současné době tvoří rozpočty, aby z primární péče vytvořily přednostní vstupní bránu do svých zdravotních systémů a upravily své výdaje na zdravotní péči v souladu s tímto cílem. Situace v ČR je ovšem naprosto opačná a připravovaná vyhláška ohrožuje poskytování léčebně preventivní péče pro obyvatelstvo v ČR. Navržený systém „krácení všem segmentům“ je nekoncepční, nereformní a udržuje dosavadní špatný systém v ČR. Dále znemožňuje i racionální reakci na potencionální odchody lékařů do zahraničí.

Návrh úhrad pro rok 2011 uvedený v příloze č. 2 návrhu „Vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011“ jde proti prohlášením představitelů politických stran v ČR o podpoře primární péče, kdy navíc poprvé v historii by mělo dojít i k ponížení úhrad za provádění preventivní péče! Tedy základu včasného odhalování chorob a racionálního léčení. Proto v souladu se Sdružením praktických lékařů ČR (SPL ČR) požadujeme respektovat návrhy zdravotních pojišťoven z dohodovacího řízení na zachování výše úhrad pro PL z roku 2010, neboť neohrožují jejich zdravotně pojistné plány.

Souhlasíme se SPL ČR, že návrh regulací pro rok 2011 je pro PL i pro jejich pacienty naprosto nepřijatelný. Vzhledem k principu výpočtu regulací, který je u PL zcela odlišný od všech ostatních poskytovatelů zdravotní péče, není možné dosadit stejné limitační hodnoty použité např. u ambulantních specialistů. Tvrdé regulační limity ve specializované ambulantní péči nutně povedou ke snaze přesunout preskripci a vyžádanou péči na PL. Ti to ovšem vzhledem k regulacím budou odmítat a někteří pacienti tak nemusí dostat potřebné léky. Navíc překročení nově stanovené hranice 100% celostátního průměru postihne většinu PL, aniž by to mohli sami jakkoliv ovlivnit! Srážka ve výši 40 % z překročení i s 15% limitem ročního objemu úhrad je likvidační, stovky PL dostanou k úhradě cca 270 000 Kč! Postižení budou především PL provádějící kvalitní léčebnou péči ve své ordinaci a dále PL pečující ve větší míře o pacienty důchodového věku. Nelze vyloučit, že uvedená opatření tak povedou ke snížení kvality poskytované péče obyvatelstvu.

Proto nabízíme spolupráci při tvorbě takových podmínek financování primární péče, které budou zohledňovat způsob a efektivitu poskytnuté zdravotní péče, budou postihovat excesivní chování lékařů a nebudou pouze pokutou za správně předepsané léky a indikovaná vyšetření komplementu a vyzýváme ministerstvo zdravotnictví k urychlenému jednání.



Za členy SVL ČLS JEP
a účastníky XXIX. výroční konference SVL ČLS JEP
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP

XXIX. výroční konference SVL ČLS JEP

10. - 13. 11. 2010, Karlovy Vary

Zprávy z konference - I. část



Od první konference SVL ČLS JEP, která se konala rok po založení společnosti v roce 1981 v Hradci Králové, uběhlo již téměř 30 let.

Výroční konference SVL ČLS JEP, největší událost praktických lékařů, byla v tomto roce již 29. v pořadí. Zúčastnilo se jí na 1 200 praktických lékařů, kteří si mohli vybrat z celkem 60 odborných sdělení v celkové délce 24 hodin čistého přednáškového času. Popularita výročních konferencí rok od roku stoupá, což je vidět na vzrůstajícím počtu registrovaných účastníků. Kromě vlastní edukační náplně a prezentace nových doporučených postupů konference přináší i odborné a profesní novinky. Bonusem konferencí jsou večerní společenské programy sloužící k setkávání a relaxaci, tolik v našem povolání potřebné.

Na konferenci byly představeny 3 nové doporučené postupy - Nefrologie, Antibiotická léčba v primární péči a Ischemická choroba dolních končetin a 5 aktualizací doporučených postupů - Očkování, Chronické srdeční selhání, Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích, Náhle příhody břišní a Osteoporóza.

Významná část programu byla dále věnována problematice diabetologie v primární péči, byly představeny první výsledky studie MOET - sledování léčby diabetiků v ordinaci praktických lékařů a diabetologů, čas byl věnován otázkám screeningu diabetu, možnostem ovlivnění kardiovaskulárního rizika u diabetika. Opakovány byly zásady výběru a používání perorálních antidiabetik a v neposlední řadě i možnosti spolupráce praktického lékaře a diabetologa. Náležitý prostor byl věnován kardiovaskulární prevenci, včetně léčby hypertenze a hyperlipidémie. Byl prezentován metodický postup pro domácí měření krevního tlaku, důležitého vyšetřovacího procesu zejména u pacientů se syndromem bílého pláště. Inspirující byla prezentace s výmluvnou otázkou v názvu: „Chceme jen léčit hypertenzi, anebo snižovat celkové kardiovaskulární riziko?“.

Ovšem čas a prostor byl věnován i mnoha dalším tématům vybraným ze široké škály problematiky řešené v každodenní praxi praktického lékaře - jako je rezistence na antibiotika, infekce dolních dýchacích cest, CHOPN, možnosti léčby ICHS, diagnostika a léčba inkontinence, léčba bércevého vředu, plicní hypertenze, screening kolorektálního karcinomu, teorie medicíny založené na důkazech, bolesti zad, možnosti léčby závislosti na tabáku, léčba uroinfekce, vyhledávací postupy u nádorových onemocnění.

Tradicí v závěru konference se stává zařazení problematiky neodkladné péče. Tentokrát byly představeny nové postupy pro resuscitaci 2010.

Významnou událostí konference byla návštěva exprezidenta evropské organizace WONCA a prezidenta mezinárodního poradního výboru konference WONCA v Praze 2013, praktického lékaře a profesora na Lublaňské univerzitě Igora Švába. Setkání s ním byla věnována hodinová moderovaná diskuse pod názvem „Praktický lékař v Evropě - ohrožený druh“. Diskutovány byly otázky: Proč je v Evropě nedostatek praktických lékařů?, Je mezi mladými lékaři malý zájem o tento obor? Proč? Jak je získat? Co pro to mohou dělat katedry všeobecného lékařství na lékařských školách nebo odborné společnosti? Závěr diskuse patřil otázkám přípravy světové konference Wonca 2013 v Praze. Panelovou diskusi vedl doc. Bohumil Seifert a v panelu kromě prof. Švába zasedli doc. Svatopluk Býma, dr. Jaroslava Laňková a dr. Václav Beneš. Kromě této diskuse vystoupil prof. Šváb ještě v hlavním programu se strhující řečí na téma „Všeobecné lékařství - nejlepší profesní volba“, jejíž plný přepis uvádíme v tomto čísle o několik stránek dále.

Dále pokračujeme s výběrem zpráv z konference od jednotlivých přispěvatelů. Vzhledem k rozsahu konference uvádíme ovšem jen první část s pokračováním v příštím čísle.

MUDr. Jaroslava Laňková

Všeobecné praktické lékařství - nejlepší profesní volba



prof. MUDr. Igor Šváb

**protože děláme
naši práci dobře,
práce z nás vytvořila
osobnosti**

**- stali jsme se více
odpovědnými,
tolerantními
a moudřejšími**

**- to jsou
nezbytné vlastnosti,
které nejsou součástí
žádných zkoušek
z praktického
lékařství**

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jako prezident evropské WONCy, jsem měl možnost cestovat do mnoha evropských zemí a potkat mnoho praktických lékařů. Byl jsem fascinován rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Práce rodinných (praktických lékařů) v Holandsku, Španělsku, v Černé Hoře, Gruzii nebo v České republice se liší a tyto odlišnosti nás vedou k zajímavým diskuzím. Rádi porovnáváme naše praxe, povinnosti, problémy a samozřejmě také, kolik vyděláme. Evropa je výborné místo pro debaty o rozdílnostech.

Ale vedle rozdílností je tu něco dalšího, silnějšího a důležitějšího. A to jsou podobnosti a sdílení stejných, univerzálních hodnot našeho oboru. A o těch chci dnes hovořit.

Budu hovořit o hodnotách praktického/rodinné medicíny a jejich významu. Pokusím se vás přesvědčit, abyste se mnou sdíleli moji víru a důvěru ve světlou budoucnost oboru. Nemyslím, že by to byl těžký úkol, avšak složité to bude zvládnout v 15 minutách. Bez Power Pointu. Věřím totiž, že jestliže máte co říct a posluchači vám chtějí naslouchat, pak vám stačí krátká doba a technické vymoženosti nejsou zapotřebí. Když hovořím ke svým pacientům, také nepoužívám Power Point a oni mi přesto věří. Tak proč bych nyní měnil tuto praxi?

Prosím tedy, věnujte mi chvíli ze svého času.

Když jsem dospíval, tak jako mnoho jiných teenagerů, byl jsem spíše zmateným mladým mužem. Měl jsem pouze vágní idealistické představy o tom, co bych chtěl jednou v životě dělat.

Chtěl jsem dělat dobro.

Chtěl jsem dělat něco významného.

Chtěl jsem dělat práci, při které poroste moje osobnost.

Věřil jsem, že najdu-li takovou práci, budu šťastný.

V té době mi ani tak nešlo o to být bohatý, protože jsem byl mladý muž, plný ideálů. Tehdy jsem narazil na knížku o zmateném mladém muži, který řešil stejné otázky. On popisoval svoji představu o ideální práci lepším způsobem. Když se ho zeptali, co by rád dělal ve svém životě, řekl: „Vidím stále ty malé děti, jak hrají nějakou hru v žitném láně. Tisíce malých dětí a nikdo jiný kromě já. Stojím na hraně útesu. Musím chytit každé z dětí, které by jinak spadlo z útesu, protože běží žitem, aniž by se dívali kam. Mohl bych to dělat celý den. Být jenom tím, kdo chytá v žitě. Vím, že je to bláznivé, ale je to právě to, čím bych opravdu chtěl být.“

Je to přesně to, co jsem chtěl.

Jak mnozí z vás poznali, je to úryvek z knihy Kdo chytá v žitě. V době mého mládí to byla velmi populární kniha a věřím, že stále je. Každý rodič, který má doma dospívající děti, by si to měl přečíst. Je to kniha, kde se potkávají mládí a dospělí, jejich postoje a kultura.

Mnoho let uběhlo od doby, kdy vy i já jsme žili v ideálech mládí. Co se od té doby přihodilo? Podařilo se nám naplnit naše ambice?

Vybrali jsme si medicínu s pacienty, bez kouzla a půvabu medicínské technologie. Všichni jsme se připravovali na práci praktického lékaře. Naší prací je pacienty chránit před nemocemi nebo při nemocích snižovat jejich utrpení.

Je to obtížná práce, která vyžaduje nejen klinické znalosti, ale také poskytování sebe sama, své moudrosti a dalších hodnot, na které se často zapomíná a které nejsou doceňovány. Jak ale naše práce naplňuje ideály z mládí?

Poskytujeme dobro.

Poskytujeme lidem péči.

Sdílíme jejich radosti a strasti.

Díky tomu můžeme každý den jít domů s tím, že jsme udělali někomu život o něco lepší. Není to obvykle nic světoborného, ale je to určitě důležité. Není mnoho profesí, kde lidé mohou říci, že udělali něco dobrého každý den. Děláme něco významného a na naší práci záleží.

Jestliže měříme efektivitu praktického lékařství a primární péče tradičními měřítky produktivity, tak jak to má moderní svět rád, můžeme říci:

Jsmo levní / nákladově efektivní.

Svou péčí ovlivňujeme přežití lidí.

Lidé jsou s naší péčí spokojeni.

Ale existují další výstupy naší péče, které jsou obtížně měřitelné, ale přitom neméně důležité. Právě ony jsou důvodem, proč jsme se rozhodli stát se a proč zůstáváme praktickými lékaři. Obtížně se popisují a měří. Zahrnují lidská ocenění, někdy jen úsměv na tváři pacienta na konci konzultace, někdy krátká věta; „Děkuji, doktore“. Pacienti tak vyjadřují, jak jsme pro ně důležití. Konečně, protože děláme naši práci dobře, práce z nás vytvořila osobnosti. Museli jsme vyrůst v osobnosti, abychom zvládli tuto výzvu. Změnili jsme se a stali se více odpovědnými, tolerantními a moudřejšími. To jsou nezbytné vlastnosti, které nejsou součástí žádných zkoušek z praktického lékařství, ale bez nich se naše práce nedá dělat.

Takže bychom měli být šťastní.

Můžeme říci, že jsme naplnili ideály z mládí. Do-

sáhli jsme toho, co jsme chtěli a zůstala nám většina ideálů. Protože právě naší prací získal náš život skutečný význam.

Ale my často nejsme šťastni. Když hovořím s praktickými lékaři, jsou často velmi kritičtí ke své situaci. Cítí se opuštění, nedostatečně ocenění, zanedbávání a osamělí. Krátce řečeno; nikdo nás nemá rád.

To má dvě hlavní příčiny:

Za prvé, naše přesvědčení, přestože se nám zdají samozřejmá, nejsou často podpořena důkazy. Proto hlavní výzvou pro výzkum v praktickém lékařství je přinést důkazy o tom, že náš způsob práce je důležitý a není jednoduše nahraditelný rozvojem technologií nebo superspecializací. Přesvědčení, nepodložená tvrdými důkazy, přestože jsou samozřejmá, ale nestačí v diskuzi s lidmi, kteří mají sílu rozhodování. Oni chtějí fakta, čísla, nikoliv názory a přesvědčení.

Existují tvrdé důkazy o tom, že bez praktického lékařství se medicína neobejde. Stále ale nejsou tak silné a nejsou vždy a všude přijímané. Politici ale pomalu a jistě začínají rozumět významu praktického lékařství a primární péče. **Nedávná rezoluce WHO k posílení primární péče je jasným poselstvím vládám o významu naší práce.**

Ta druhá příčina tkví v hodnotách.

Dělat dobře, dělat něco významného a přitom vyrůstat v osobnost, to jsou hodnoty, které jsme si vybrali jako mladí, když jsme přemýšleli o své budoucí kariéře. Jestliže se teď rozhodneme, že tyto hodnoty nejsou ty pravé, že by bylo lepší pracovat co nejméně za co nejvíce peněz a přitom mít co nejmenší odpovědnost, pak zdaleka nemáme perfektní „job“. Dokonce můžeme být považováni za bláznů nebo přinejmenším za pomýlené.

Praktické lékařství je často v konfliktu s hod-

notami dnešní technologické medicíny. V moderním světě high-tech zázraků a „nechte to na nás“ přístupů, jsme s naší humanistickou orientací na pacienta trochu vedle.

Praktické lékařství není o masové produkci jednotných a standardizovaných služeb; naopak, klade důraz na lidský osobní přístup. Důležitá je naše moudrost, to, že o pacientovi přemýšlíme a že o něj pečujeme.

Tyto hodnoty nejsou jen významné, jsou kriticky důležité a nezbytné pro přežití medicíny takové, jak jí lidé rozumějí. Pokud by se ztratily, pak bude z medicíny jen další služba, s cílem poskytovat standardizovanou péči za přijatelnou cenu.

To o čem mluvím, nezajistí rozvoj technologií, to vyžaduje využití nejsložitějšího stroje na světě: člověka. A lidé jsou tak složití, že nemohou být standardizováni a vždy bude obtížné je měřit.

Tyto hodnoty mají pro nás také osobní význam. Protože ctím své hodnoty, tak každý den, zvláště když jsem frustrovaný a další vyčerpávající pacient opouští moji ordinaci, opakuji si:

Tohle je nejlepší práce na světě!

A to mně pomáhá cítit se lépe a být mladým, protože mi to připomíná mé věčně živé ideály.

Moje závěrečné poselství zní:

Toto je nejlepší práce na světě.

Nikdy to nezapomeňme a nikdy tomu nepřestaňme věřit.

Jinak zestárneme a zhořkneme.

A v Evropě už nebudou žádní mladí praktičtí lékaři.

Pečujte o sebe, protože jste důležití, více důležití, než si myslíte!

prof. MUDr. Igor Šváb

do češtiny přeložil doc. MUDr. Bohumil Seifert, PhD.

hlavní výzvou pro výzkum v praktickém lékařství je přinést důkazy o tom, že náš způsob práce je důležitý a není jednoduše nahraditelný rozvojem technologií nebo superspecializací

důležitá je naše moudrost, to, že o pacientovi přemýšlíme a že o něj pečujeme



Antibiotická terapie v ordinaci praktického lékaře



MUDr. Václava
Adámková

**deeskalační princip
podávání antibiotik**

**epidemiologická
bezpečnost antibiotik**

**i správně indikované
antibiotikum nemusí
být vždy účinné**

**přednostně
nasazovat vysoce
účinná antibiotika
s úzkým spektrem
a nízkým selekčním
potenciálem**

Na předkonferenčním sympoziu věnovaném antibiotické rezistenci, které proběhlo v rámci XXIX. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP v Karlových Varech, se primářka MUDr. Václava Adámková z Oddělení klinické mikrobiologie a Antibiotického centra 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze soustředila především na problematiku léčby infekcí dýchacích cest a močového traktu. K antibiotické rezistenci, která se bezpochyby úzce dotýká primární péče, se budeme na stránkách našeho časopisu i v příštím roce opakovaně vracet. Hned do dalšího čísla pro vás máme připravenou zprávu z druhého, neméně zajímavého sdělení tohoto sympoza, které přednesla vedoucí Národní referenční laboratoře pro antibiotika Státního zdravotnického ústavu, MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.

Specialisté na antibiotickou terapii nevidí rádi tzv. empirickou léčbu, tedy nasazení antibiotika „naslepo“, pouze na základě domněnky a bez pomocného mikrobiologického vyšetření. Lepší je tzv. „iniciální terapie antibiotiky“, byť širšího spektra, která jsou podávána v situacích, kdy nemáme čas čekat na výsledky kultivace. Musíme zkrátka léčit – podáme tedy lék a zároveň provedeme všechny důležité odběry, které odešleme do laboratoře. Optimální je cílená terapie, na základě prokázané citlivosti, ta ale v mnoha případech není v terénu vůbec proveditelná. Může se totiž jednat o život ohrožující stav a rychlé podání léku je naprosto nezbytné. Přechod z iniciální léčby na cílenou vidíme nejraději, říká se tomu **deeskalační princip** podávání antibiotik. Od širokospektrálních léčiv se zde v krátkém čase dostaneme k co nejjednodušším antibiotikům, s úzkým spektrem účinku, která nemají tak vysoký selekční potenciál a jsou přesto dobře účinná,“ vypočítává V. Adámková a dodává, že na začátku léčby každého infekčního onemocnění by si měl terénní lékař položit několik opravdu důležitých otázek (viz rámeček).

Základní principy léčby

Na prvním místě je účinnost – nemá žádný význam nasazovat lék, o kterém je známo, že díky četnému výskytu rezistentních kmenů nemusí být účinný. „To už se dnes, myslím, příliš neděje. Mnohem závažnější je **klinická účinnost** antibiotik, lékaři by měli vědět, které léčivo je pro určitou tkáň či orgán vhodné. Chinolonová antibiotika například pronikají dobře do tkání, v krevním řečišti ale zůstávají jen krátce, na infekce, které jsou primárně v krevním

řečišti, tedy nebudou moc účinná,“ vysvětluje V. Adámková. Dalším faktorem je **klinická bezpečnost** – ta souvisí s vedlejšími toxickými účinky léků. Jedním z nejdůležitějších principů je tzv. epidemiologická bezpečnost antibiotik. Ta ale není bezprostředně viditelná, projevuje se dlouhodobě a měřitelným údajem zde může být výskyt rezistentních kmenů bakterií. Typickým příkladem je správné indikování penicilinu u tonsilofaryngitid. Velmi důležitá je rovněž analýza selhání antibiotické léčby. I správně indikovaný lék totiž nemusí být vždy účinný. Například mikroorganismy, které jsou součástí běžné flóry, mohou lék degradovat dříve, než vlastní patogen, lze tomu ale předejít vysokými dávkami léčiva. Antibiotikum také může být nečekaně rychle eliminováno, to je ale individuální odchylka v reaktibilitě mezi nemocným a účinnou látkou, kterou nelze paušalizovat. V tomto případě nepomohou ani zmiňované vysoké dávky léku. Selhání terapie může rovněž imitovat nasedající superinfekce – zde je rozhodující správné klinické vyšetření – průběh infekce může imitovat i neinfekční, například autoimunitní onemocnění (vaskulitidy).

Co ovlivňuje rezistenci

Výskyt rezistence není statický proces, je naopak velmi dynamický. Důležité jsou vlivy prostředí, skladba antibiotik, individuální vloh a vnímavost nemocného, který může mít například umělé implantáty (endoprotézu, chlopenní náhradu) – v takovém případě je už oslaben. Všechny tyto faktory se navzájem ovlivňují.

„Závažným problémem je nedostatek kvalitních epidemiologických dat a špatná komunikace mezi zdravotnickými zařízeními už na úrovni okresů. Klíčová je nízká úroveň znalostí – nejen v diagnostice a etiologii infekčních onemocnění, ale i v užívání léčiv. Smutná je i nedostatečná compliance nemocných – protože například nechtějí v noci vstávat a užívat léky v kratších intervalech, raději vyžadují, co se týče dávkování, pohodlný, ale zbytečně širokospektrý přípravek. U virových onemocnění by měla být antibiotika úplně eliminována, u banálních bakteriálních infekcí je jejich užívání naprosto zbytečné, pouze ekonomicky zatěžuje systémy zdravotní péče. Neměli bychom také nasazovat léky pouze na základě výsledků kulturačních vyšetření. Neléčíme totiž bakterii, ale infekční onemocnění a především jeho klinické příznaky,“ upozorňuje V. Adámková a doporučuje vždy nasazovat vysoce účinná antibiotika s úzkým spektrem a nízkým selekčním potenciálem.

Klinické vyšetření a diagnóza, odebrání biologického materiálu a získání přesných infor-

Astellas - Duomox

**trendem jsou vyšší
dávky antibiotika
po kratší dobu**

mací o původci onemocnění a jeho citlivosti na antibiotika zabere nejméně 24-48 hodin. Z hlediska primární péče je to samozřejmě neúnosně dlouhé. V. Adámková ale míní, že pokud tak čas od času budeme postupovat, získáme tím důležitá data pro rychlé rozhodování v podobném případě podle konkrétní epidemiologické situace. A jak postupovat u 2 nejčastějších infekčních onemocnění – při postižení respiračního a močového traktu?

**Močové infekce: nemocní
nejsou pokusní králíci**

Komunitní močové infekce jsou, na rozdíl od respiračních, většinou bakteriálního původu, rozhodování terénního lékaře tedy bývá jed-

nodušší. Diagnostikovat močovou infekci lze díky vyšetření moči velmi rychle a levně, a díky tomu pak účinně zasáhnout. Proč je kultivační vyšetření moči nezbytné? „Slouží především jako kontrola účinnosti léčby. Při jejím selhání můžeme díky němu dodatečně změnit předepsaný lék, nemocní přece nejsou pokusní králíci. Je také nutné vyloučit pohlavně přenosné nemoci, jejichž projevy mohou imitovat močové infekce. V jejich případě je léčebný algoritmus výrazně odlišný. Důležitá je rovněž epidemiologická informovanost v konkrétní lokalitě, abychom pro příště věděli, jaká je situace,“ popisuje V. Adámková. Jednoznačným lídrem mezi původci zůstává *E. coli* (70 %), na tuto majoritu se lze v rámci iniciační terapie v zásadě spolehnout. Velkým problémem je v posledních 3 letech prudce narůstající rezistence k chinolonům, naopak u nitrofurantoinu zůstává konstantně nízká, je tedy, díky svému nízkému selekčnímu potenciálu, nadále doporučeným lékem volby.

Respirační infekce: jasná převaha virů

V oblasti respiračních infekcí je situace obtížnější, dominantním původcem (89 %) jsou viry DNA i RNA. Bakteriální spektrum je naopak úzké – u 9 případů z 10 půjde o pneumokoka, hemofila, pyogenního streptokoka či moraxellu. Jak postupovat konkrétně? U zmiňované tonsilofaryngitidy je lékem volby penicilin. Chybou je v tomto případě podání makrolidu či aminopenicilinu. U nevhodně léčených, opakovaných tonsilofaryngitid se mohou objevit závažné komplikace, popisovány jsou dokonce i rozsáhlé retrofaryngeální abscesy (!) Sinusitidy či akutní otitidy by měly být v první linii vždy léčeny čistým amoxicilinem. „Chybou je zde opět nasazení makrolidu v první linii, protože u těchto infekčních onemocnění, díky anatomickým poměrům, je obtížné dosáhnout dostatečně účinné koncentrace antibiotika v místě infekce. Velmi negativním trendem je navyšování jejich preskripce na úkor beta-laktamových léčiv. Makrolidy by měly být určité nasazeny v případě alergie na beta-laktamy, ta se ale vyskytuje asi u 10 % nemocných. Makrolidy bychom měli indikovat jen velmi omezeně, stejně tak je třeba vyhybat se perorálním cefalosporinům, jsou totiž silnými selektory rezistence. Akutní bronchitida je primárně virová (96 %), zde je chybou už samotné nasazení antibiotik,“ vysvětluje V. Adámková. Téměř 80 % antibiotik je nasazováno úplně zbytečně, léky nejsou užívány v dostatečných dávkách kratší dobu, nejsou volena úzká spektra a není monitorována trvalá rezistence. Pokud se budeme těmito základními principy řídit, můžeme být dlouhodobě úspěšní.

Redakce

Několik klíčových otázek

- Na prvním místě je zjištění, zda klinické příznaky vůbec odpovídají diagnóze infekčních onemocnění – například respirační infekce jsou většinou virového původu.
- Lékař by si měl určitě ověřit, která tkáň je napadena – různá antibiotika se v různých orgánech a tkáních kumulují a metabolizují odlišně a určitě neexistuje jedno univerzální antibiotikum pro všechno. Nasazení širokospektrých léčiv v rámci empirické terapie má za následek nejistý výsledek léčby a zbytečné navyšování nákladů.
- Můžeme si pomoci nějakým jednoduchým a levným laboratorním vyšetřením? Pokud ano, tak jej použijme. Zjištění hodnot CRP může být pro další léčbu klíčové. Musí být ale naplněna klinická validita odebraného vzorku – výtěr z nosu není validním vyšetřením pro diagnostiku žádného infekčního onemocnění a výtěr z krku má význam pouze pro průkaz bakteriálního původce tonsilofaryngitidy. Tekutina z paranasálních dutin je u sinusitid sice vysoce signifikantní, v terénu se ale téměř neprovádí. Nález mikroorganismů (i patogenů, například pneumokoků) ve vyšetřovaném vzorku ale ještě nemusí znamenat, že máme jistého původce infekce – může se jednat o kolonizaci pacientů či kontaminaci vzorků. Důležité jsou především symptomy a klinické vyšetření. Skutečně signifikantních patogenů pro konkrétní diagnózu navíc není až tolik.
- Jaká je pravděpodobná etiologie? Nemůžeme se, spolu se starými učebnicemi mikrobiologie domnívat, že za většinou infekčních chorob stojí široké spektrum mikroorganismů. Není žádným tajemstvím, že původcem některých nosologických jednotek je určité úzké spektrum patogenů.
- Kde se nemocný nakazil? Musíme vůbec použít systémová antibiotika? Jakou lékovou skupinu a jakou formu léčiva vybrat? Musíme vědět, zda se tak stalo v komunitě či v nemocnici, a tomu přizpůsobit léčbu. Při předepisování léčiv je vhodné řídit se oficiálními doporučenými postupy, které jsou použitelné v 99 % případů.
- Je nasazení léků neodkladné? V běžné komunitě je takových infekcí opravdu málo.
- Jak dlouho by měl být lék podáván? Trendem jsou vyšší dávky po kratší dobu – dřívější schémata užívání malých dávek například po dobu 3 týdnů jen zhoršovala rezistenci.

Doporučený postup pro diagnostiku a léčbu osteoporosy v ordinaci praktického lékaře

aktualizace DP představená na konferenci

Stálý rozvoj poznatků o patofysiologii osteoporosy a trvalé rozšiřování léčebných postupů nabízí možnost zlepšení péče o nemocné s chorobou, která postihuje 7 - 8 % obyvatel vyspělých zemí. Toto systémové onemocnění skeletu, charakterizované úbytkem kostní hmoty, změnou kvality a mikroarchitektury kostní tkáně, vede v ČR ročně k více než 20 000 **zlomeninám proximálního femuru** (krčku stehenní kosti), současně ale i k mnohonásobně vyššímu počtu **komprezivních zlomenin obratlů, zlomenin distálního předloktí a jiným, často závažným frakturám**. V současné době je life-time riziko fraktury proximálního femuru pro ženy 16 % a riziko fraktury páteřního obratle dokonce 30 %.

Praktický lékař, který samozřejmě nemá možnost měření kostní minerální density na svém pracovišti, je rozhodujícím článkem diagnostického řetězce právě proto, že může velmi snadno a spolehlivě detekovat rizikové faktory vzniku této závažné choroby. Pokud u pacienta objeví přítomnost alespoň jednoho závažného či dvou méně závažných rizikových faktorů, musí pacienta vyšetřit a případně odeslat ke specializovanému vyšetření.

K závažným rizikovým faktorům patří

- **pozitivní rodinná anamnesa** (zlomenina proximálního femuru u rodičů)
- **léčba kortikoidy**, trvající déle než 3 měsíce, zvláště při dávce vyšší než 5 mg Prednisonu
- **hypogonadismus** či **malabsorpční syndrom**
- **zlomenina po 40. roce věku** s neadekvátním úrazovým dějem
- **prokázaná atraumatická fraktura obratle**
- **jasný nálezh na rtg snímku**

K méně závažným rizikovým faktorům jsou řazeny:

- astenický habitus ($BMI < 19 \text{ kg/m}^2$),
- věk > 65 let,
- fyzická inaktivita,
- poruchy funkce štítné žlázy,
- diabetes mellitus,
- revmatoidní artritida,
- stav po transplantaci orgánů
- medikace některými typy léků (antiepileptika, cytostatika, anacida, antikoagulanty).

V poslední době je k dispozici i možnost výpočtu individuálního rizika zlomeniny v příštích deseti letech (www.shef.ac.uk/FRAX/), která má ale několik nevýhod, především tu, že prozatím nejsou k dispozici česká populační data.

Základním diagnostickým a rozhodovacím přístupem tak stále zůstává dvouenergie rtg absorptiometrie (DXA) a pečlivý klinický přístup.

Praktický lékař nemá v současné době preskripční oprávnění pro většinu antiosteoporotických léků, jeho nezastupitelná úloha ale zůstává v poučení pacienta o zdravém způsobu života, významu pohybu pro prevenci a léčbu osteoporosy, dietologických konzultacích s cílem zajistit dostatečný příjem kalcia a vitamínu D stravou a jejich případná medikamentózní suplementace.

Základem péče o pacienty s osteoporosou je týmová spolupráce, v níž sehrává praktický lékař jednu z rozhodujících rolí. Připravovaná inovace Doporučeného postupu tento fakt ještě zvýrazní.

prof. MUDr. Vladimír Palička
Osteocentrum, FN Hradec Králové



prof. MUDr. Vladimír Palička

základním diagnostickým a rozhodovacím přístupem je DXA

možnost výpočtu individuálního rizika zlomeniny v příštích deseti letech (www.shef.ac.uk/FRAX)



Doporučený postup ICHDK

nový DP představený na konferenci



MUDr. Jana
Vojtíšková

Program 29. výroční konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP zahájil dne 11. 11. 2010 v naplněném hlavním sále hotelu Termal úvodní blok doporučených postupů v praxi na téma kardiovaskulární prevence a sice představením nového doporučeného postupu Ischemická choroba dolních končetin.

V krátkém úvodním sdělení informovala **MUDr. Jana Vojtíšková** z ÚVL 1. LF UK Praha o významu detekce tohoto onemocnění v ordinacích primární péče a o výsledcích projektu MOET ICHDK, který proběhl v letech 2008 - 2009 v ordinacích praktických lékařů v celé ČR.

Projekt MOET ICHDK vznikl ve spolupráci České angiologické společnosti ČLS JEP s Ústavem všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze. Cílem projektu byla snaha o zlepšení péče o nemocné s periferní aterosklerózou, protože tito pacienti mají podle řady studií nedostatečnou péči. Hlavním cílem projektu byla edukace základních principů diagnostiky a léčby ICHDK, odhalování časnějších stadií, intenzifikace léčby rizikových faktorů k zábraně progresu aterosklerózy. V souvislosti s pozitivními výsledky projektu MOET ICHDK informovala MUDr. Vojtíšková přítomné o probíhající jednání se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR na přípravě **nového pilotního projektu ABI –PL**, zaměřeného na screening ICHDK v populaci nad 50 let pomocí jednoduchého měření periferních tlaků a stanovení indexu kotník – paže (ABI). Tento projekt by dále podpořil úsilí o posílení kompetencí praktických lékařů v tom smyslu, že vyšetření ABI by se stalo součástí preventivní prohlídky pacientů nad 50 let a jako takové by bylo ohodnoceno VZP částkou 177 Kč. Předpokládaným výsledkem plánované studie je výhledově úhrada kódu praktickým lékařům.

Dalším řečníkem byl **MUDr. Otto Herber**, který představil nový doporučený postup uváděný do kontinu-

álního vzdělávání praktických lékařů – Ischemická choroba dolních končetin. S ohledem na všeobecně známé údaje o kardiovaskulárních chorobách se snaží praktičtí lékaři zlepšovat kardiovaskulární prevenci zejména u rizikových pacientů. S tím souvisí i potřeba diagnostikovat v ordinacích primární péče periferní aterosklerózu včasné i u pacientů zatím asymptomatických. Vzhledem k závažnosti této problematiky vyvstala potřeba vytvořit pro primární péči doporučený postup vyšetřovacího a léčebného algoritmu použitelného pro praktické lékaře. Obsah aktuálně vytvořeného postupu a jeho praktické užití demonstroval MUDr. Herber na zajímavé kazuistice pacienta z každodenní praxe.

Posledním řečníkem byla **docentka MUDr. Debra Karetová** z II. interní kliniky VFN Praha, která se dlouhodobě problematikou ICHDK zabývá. I ona konstatovala, že uvedená choroba je často nediodagnostikovaná a výrazně hůře léčená ve srovnání s ostatními lokalizacemi aterosklerózy jako je ICHS nebo cerebrovaskulární onemocnění. Ve svém sdělení vložila obsah uvedeného doporučeného postupu. Krátce zmínila epidemiologii, rizikové faktory aterosklerózy, souvislost s dalšími kardiovaskulárními chorobami. Stručně objasnila klasifikaci stadií a možný vývoj, chronickou a akutní ischemii. Popsala běžné diagnostické metody včetně fyzikálního vyšetření a doporučených laboratorních vyšetření, zabývala se interpretací hodnot a konkrétním popisem prováděného vyšetření kotníkového indexu (ABI) v ordinaci. Dále probírala optimální léčbu, možnosti praktických lékařů v léčbě symptomatické a současné možnosti a doporučení farmakoterapeutická. Závěrem zdůraznila významnou roli praktického lékaře ve včasné zachytu kardiovaskulárního onemocnění a zahájení preventivních léčebných postupů.

MUDr. Jana Vojtíšková

Rozhovor k novému doporučenému postupu ICHDK

PR článek



MUDr. Otto Herber

Po skončení přednáškového bloku věnovaného problematice nového doporučeného postupu zaměřeného ischemickou chorobu dolních končetin (ICHDK), jsme oslovili spoluautora návrhu doporučených postupů MUDr. Otto Herbera a požádali ho o krátký rozhovor.

Právě byly prezentovány nové doporučené postupy (DP) pro léčbu ischemické choroby dolních končetin (ICHDK) v ordinaci všeobecného praktického lékaře (VPL). Věříte, že s pomocí těchto doporučení dojde ke změně přístupu praktických lékařů a zvýšení zachytu této diagnózy?

ICHDK je nedílnou patofyziologickou jednotkou

v rámci aterosklerózy spolu s ICHS a CMP. Jako taková je u nás poměrně málo identifikovaná. Takže si myslím, že ano. Doporučené postupy (DP) by měly vést k „přímějšimu tahu na branku“ při diagnostice.

Čím to je, proč se na diagnózu ICHDK tolik nemýslí“?

Obecně lze říci, že ICHDK je zaléčena spolu s centrálními příznaky aterosklerózy (AS). Ale přesto existuje asymptomatický výskyt ICHDK v preklinickém stadiu u rizikových pacientů, a to je mj. významná cílová skupina při včasné zachytu v našich praxích.

Kromě konvenčních přístupů k diagnostice, otevírá se nějaká jiná forma nebo způsob zjištění této

choroby v ordinacích praktiků?

Praktik se musí především opírat o znalost rizikových faktorů a o svůj anamnestický úsudek a obvyklé klinické vyšetření pacienta. Zlatým standardem pro dg. je jistě dopplerovské vyšetření tepenného řečiště. Tento způsob však není mezi VPL příliš rozšířen. V našich podmínkách je doménou spíše specialistů - angiologů a internistů. Ale novou možnost nabízí využití oscilometrického měření TK na všech čtyřech končetinách najednou. Přístroj automaticky změří krevní tlak, vypočte Ankle-Brachial Index (ABI) a poskytne praktikovi přesnou informaci o diagnóze.

Je takový přístroj u nás na trhu?

Ano je, jedná se o výrobek ABI-systém 100 německé společnosti Boso.

Máte s ním nějaké osobní zkušenosti?

Ano mám. Ve své praxi ho využívám při diagnostice a také v rámci preventivních vyšetření u rizikových pacientů.

Je to náročné vyšetření na obsluhu přístroje a je náročné pro pacienta?

Je to velmi elegantní a efektivní vyšetření. Pacientovi jsou vleže naloženy klasické manžety na nadloktí a bérce. Pouhým stisknutím jednoho ovladače je zahájeno měření, které probíhá automaticky a během cca pěti minut je výsledek. Vyšetření provádí sestra a pacienti ho akceptují a hodnotí jako velmi šetrné.

Má tento přístroj nějaké vyšetřovací limity?

Samozřejmě, vždy musíme celkový stav vyhodnoco-

vat komplexně. I zde může dojít k problému např. u pokročilého atheroprosesu, kdy se mění kompresní možnosti tepenné stěny v rámci tzv. mediokalcinózy.

Hovoří DP o této metodě?

Ano, protože v cizině jde o schválený přístup, došlo k mezioborovému konsenzu i u nás a metodu oscilometrické objektivizace hodnot ABI jsme zařadili i do českého DP pro léčbu ICHDK. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že v případě pozitivního nálezu je nutno odeslat pacienta ke specialistovi. Jistě můžeme zahájit symptomatickou terapii, ale vždy by mělo následovat konziliární vyšetření k upřesnění diagnózy.

Hradí toto vyšetření ZP?

Nehradí ho ani VPL ani specialistovi. Jedná se o v cizině uznávanou metodiku, ale u nás zatím ne.

Hodláte prosazovat zavedení tohoto kódu?

Samozřejmě. Toto vyšetření by zvýšilo naše kompetence a obohatilo by spektrum našich výkonů. Beze sporu by z této možnosti včasné diagnózy profitoval pacient. Takže ano, budeme se snažit. Musíme však získat potřebné zkušenosti a prověřit i možnosti finanční náročnosti resp. také úspor, které by využití oscilometrie při vyšetření ABI přinesla.

(com)



COMPEK
MEDICAL SERVICES
DODAVATEL KOMPLETNÍ ORDINACE

boso
BOSCH + SOHN
GERMANY

Systém pro včasnou diagnostiku ICHDK Jednoduché, přesné, časově nenáročné

Existují časové prognózy, kterým je možné věřit...

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

boso ABI-systém 100



www.boso-abi.cz

~~54.900,- Kč~~

49.990,- Kč

Cena bez 10% DPH
Akční nabídka je časově omezena.

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

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

20-ti leté sledování výskytu kolorektálního karcinomu v ordinaci VPL



MUDr. Petr Herle

**každý VPL se setká
každý rok s jedním až
dvěma případy KRC**

**průměrný věk
nemocných v době dg.
KRC byl 68,5, z toho
ženy měly průměr 66
let a muži 70,6 let**

Úvod

Ve své práci podávám přehled o výskytu kolorektálního karcinomu (dále KRC) v mé ordinaci za posledních 20 let včetně výskytu polypů tlustého střeva a výsledky prováděného skríningu.

Metodika

Sledoval jsem celkový výskyt KCR v mé praxi v letech 1989 – 2010. V té době jsem měl průměrně kolem 1 800 registrovaných pacientů, takže šlo o běžnou ordinaci VPL. Současně jsem prováděl screening u bezpříznakových pacientů starších 50 let. Používal jsem testy na okultní krvácení ve stolici (TOKS) s guajakovou pryskyřicí.

Výsledky

Za uvedené období jsem ve své praxi měl celkem 33 nemocných s dg. C18 - C21 (dle MKN). Za stejné období byly u 54 pacientů diagnostikovány polypy tlustého střeva (tj. 2,6 výskytů/rok), z nichž některé již byly značně pokročilé. Většina z nich byla zjištěna při kolonoskopii, která byla indikována z jiného důvodu než pozitivita stolice na okultní krvácení. Nejvíce polypů bylo zjištěno v posledních letech, např. v posledních 2 letech to bylo 15 polypů (tj. 28 %). Průměrný věk nemocných v době dg. KRC byl 68,5 let, z toho u žen byl průměrný věk 66 let a u mužů 70,6 let. Zajímavým údajem je dožití nemocných pacientů. To bylo u zemřelých 78,3 let, bez rozdílu u mužů a žen. Žijící mají průměrný věk 73,5 let, z toho muži 78 let a ženy 66 let. V klinickém obraze nemocných dominovaly bolesti břicha (28 %) a subfebrilie až febrilie (20 %). Všechny ostatní příznaky včetně abnormalit stolice byly v nepoměrně menšině.

Pozitivní rodinnou anamnézu (RA) jakéhokoliv karcinomu mělo 40 % nemocných s KRC, pozitivní RA KRC mělo 28 % a pozitivní osobní anamnézu jakéhokoliv karcinomu 12 %. Podíl obézních mezi nemocnými byl 47 %, zácpu udávalo 37 % nemocných, cholecystolithiasa se vyskytla u 42 % nemocných.

V rámci screeningů na okultní krvácení jsem za uplynulých 10 let vyšetřil celkem 467. Pozitivních vyšetření bylo 11 tj. 2,4 % a z toho byly 2 KRC tj. 18 % z pozitivních.

Diskuse

Za 20 let sledování se v mé praxi objevilo celkem 33 nemocných s dg. C18 - C21 (dle MKN), což činí incidenci 1,6 nemocných/rok, což přepočteno odpovídá 84,9/100 000 a je mírně

nad celostátním průměrem, který činí 76,2/100 000. Přepočteme-li výskyt KRC dle pohlaví, vychází u mužů průměr odpovídající celostátnímu průměru tj. cca 92/100 000. U žen mi vyšel výskyt vyšší o 16 % nad celostátním průměrem, ale to může být způsobeno chybou malých čísel.

Dále jsem hodnotil rizikové faktory u nemocných. Zde jsem prokázal velmi významný vztah dědičnosti. Dle literatury se udává, že 15-20 % KRC je dědičných. V mém souboru mělo pozitivní RA jakéhokoliv karcinomu 40 % nemocných, pozitivní RA KRC mělo 28 % nemocných. Kromě toho měli 3 nemocní pozitivní osobní anamnézu tj. 12 %. Obecným rizikovým faktorem karcinomů je kouření. V mém souboru byl výskyt kouření obdobný jako je celostátní průměr a neprokázal jsem závislost kouření na onemocnění KRC. Obezita by mohla být rizikovým faktorem, neboť obézní pacienti přijímají větší množství tuků. Tuky se ve střevě mění na lipoperoxidy, které způsobují metaplasie stěny střeva a mohou vést k vývoji karcinomů. V uvedeném souboru činil podíl obézních 47 %, zatímco v běžné populaci je uváděna obezita kolem 26 %. Z toho vyplývá, že obezita by mohla být závažným rizikovým faktorem.

Zácpa je také obviňovaná, že může způsobovat dlouhým kontaktem se stěnou střevní její iritaci a vést ke vzniku KRC. V mém souboru ji udávalo 37 % nemocných což je 7 % nad celosvětovým průměrem. Z toho lze usuzovat, že zácpa je rizikovým faktorem KRC.

Cholecystolithiasa není uváděna jako rizikový faktor, ale také jsem ji sledoval u souboru nemocných. V literatuře je uváděna jako rizikový faktor zvýšená exkrece žlučových kyselin a následně vznik fekapentenů ve střevě. I když zvýšené vylučování žlučových kyselin není v přímé souvislosti se vznikem cholelithiasy, pátral jsem po možném vztahu. Cholecystolithiasa se vyskytla ve sledovaném souboru ve 42 % nemocných a v běžné české populaci je mezi 30-40 %. Tento rozdíl však není významný, proto mohu říci, že cholecystolithiasa nemá ke KRC žádný vztah.

Podle výsledků vlastního screeningů mohu odvodit, že je třeba vydat cca 50 testů (TOKS), aby se vrátil 1 pozitivní (2,4 %) a 250 testů, abychom diagnostikovali 1 KRC (18 % z pozitivních).

Medipos

**výskyt KCR v mé praxi
odpovídal celostátní
statistice**

Závěr

Při sledování KRC ve své ordinaci jsem zjistil několik zajímavých souvislostí. Výskyt KCR v mé praxi odpovídal celostátní statistice. Průměrný věk v době dg. byl 68,5 roku, z toho ženy onemocněly v časnějším věku. Průměrný věk v době smrti byl 78,3 let, bez rozdílu mezi pohlavími. Z rizikových faktorů jsem prokázal významnou souvislost výskytu KRC s pozitivní RA tumorů, a dále s výskytem obezity a zácpy. Nejistil jsem souvislost s kouřením a cholecystolithiasou.

Z těchto čísel vyplývá, že **každý VPL se setká každý rok s jedním až dvěma případy KRC**. Pokud VPL nedagnostikuje minimálně jeden pří-

pad KRC za rok, měl by se zamyslet, kde má rezervy v diagnostice.

V budoucnu můžeme očekávat pokles výskytu pokročilých onemocnění KRC ze 2 důvodů.

1. Používání TOKSů se rozšiřuje, nyní již i na gynekology a používají se citlivější testy (imunochemické).

2. Stále více nemocných je kolonoskopováno preventivně i pro jiná běžná onemocnění např. hemoroidy, anémie, bolesti břicha. Dochází k častějšímu a časnějšímu zjišťování polypů.

MUDr. Petr Herle

Výběr snímků z prezentace:

Výskyt KRC v letech 1989-2010

- Počet registrovaných 1850
- Celkový počet nemocných dg.: C18-C21 = 33 z toho 15 žen a 18 mužů, tj. **incidence 1,6 nem./rok**, tj. 84,9/100 000, ženy: 76,8/100 000 muži: 92,6/100 000
- Celostátní statistika UZIS: dg.: C18-C21 = 76,2/100 000, ženy 60,4/100 000, muži: 91,9/100 000

Výskyt polypů dle období

- 1989 – 199913 polypů
- 2000 – 201041 polypů
- 20098 polypů
- 20107 polypů

Anamnéza II – rizikové faktory Kouření

- 4/30 = 13%
- včetně exkuřáků 12/30 = 40%
- všichni exkuřáci byli muži
- Ze 4 kuřáků v době dg. byly 3 ženy
- Celostátní statistika:** kouří cca 32% populace, s věkem kouření klesá, v 60 letech již pouze cca 15%

KRC - příznaky

- | | | |
|-------------------------------|----|-------|
| • Bolest břicha, křeče: | 8x | (28%) |
| • Febrilie: | 6x | (20%) |
| • Enteroragie | 4x | (14%) |
| • Zácpa | 4x | (14%) |
| • Zvýšení FW | 4x | (14%) |
| • Hubnutí | 4x | (14%) |
| • Anémie event.+dušnost | 4x | (14%) |
| • Průjem | 3x | (10%) |
| • Únavnost | 2x | (6%) |
| • Střídání zácpy a průjmu | 1x | (6%) |
| • NPB | 1x | (6%) |
| • Meléna | 1x | (6%) |
| • Inkontinence moče a stolice | 1x | (6%) |

Věk - dožití

- Zemřelí: 20/33 = 61%, prům. 78,3 let muži a ženy měli stejný věkový průměr
- Žijící: 13/33 = 39%, prům. 73,5 let muži 77,9 let a ženy 66,4 let

Skríning – vyšetření OK

- 200154 vyš.pozit. 0
- 200235 1
- 200344 1
- 200444 2
- 200539 1
- 200652 1
- 200739 1
- 200842 0
- 200952 2
- 201066 1
- 10 let46711 = 2,4%

**významná souvislost
výskytu KRC
s pozitivní RA tumorů**

**nejistil jsem
souvislost s kouřením**

Blok očkování

Ve čtvrtek v dopolední i odpolední sekci proběhly bloky věnované očkování v ordinaci praktického lékaře. V dopoledním programu hovořil **doc. Chlíbek** o očkovacím kalendáři pro dospělé. Nejedná se však o papírovou knížku, kterou známe u dětí, ale spíše o pomůcku pro lékaře, která by měla pomoci orientovat se v očkování dospělých.

Sekce v odpoledním bloku byla věnována novým trendům v očkování. **MUDr. Stanislav Konšťák** hovořil v přednášce „Význam edukace a očkování“ o složení, účincích a vývoji očkovacích látek. Upozornil též na nové možnosti přeočkovávání proti tetanu kombinovanými vakcínami Boostrix a Adacel proti difterii, tetanu a pertusi, které jsou vhodné zejména pro skupinu „nových rodičů a prarodičů“ jako ochrana (nejen) novorozenců proti pertusi (tzv. cocooning strategie).

V posledním sdělení upozorňoval **MUDr. Cyril**



Mucha na zásadní roli praktického lékaře v očkování dospělé populace. Smutná je především situace v očkování proti chřipce, kde je ČR na jednom z posledních míst v nejen v Evropě, ale i na světě. Pomoci v proočkování by mohla velká paleta očkovacích látek, která se stále rozšiřuje a je možno v ní vybrat „tu“ nejvhodnější pro každého pacienta: Inlucel s velmi tenkou jehlou a minimem reakcí, dlouhodobě vyzkoušený Vaxigrip, IDFlu vhodný např. pro warfarinizované pacienty a Preflucel s minimem přídavných látek pro rizikové pacienty. Probírány byly též kontraindikace k očkování. Bylo konstatováno, že jsou KI obecně přeceňovány a někteří lékaři spíše z neznalosti neočkují s alibistickým argumentem „raději ne“. Bylo konstatováno, že očkování přispívá též v boji proti zvyšování rezistence k antibiotikům.

Pro rizikové pacienty. Probírány byly též kontraindikace k očkování. Bylo konstatováno, že jsou KI obecně přeceňovány a někteří lékaři spíše z neznalosti neočkují s alibistickým argumentem „raději ne“. Bylo konstatováno, že očkování přispívá též v boji proti zvyšování rezistence k antibiotikům.

MUDr. Cyril Mucha



MUDr. Cyril Mucha



Ochrana proti pertusi napříč generacemi



**Nová posilující vakcína proti
TETANU, ZÁŠKRTU A ČERNÉMU KAŠLI**





Sanofi pasteur, odd. vakcín sanofi aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, info@sanofipasteur.cz

ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU: **Název přípravku:** ADACEL[®], injekční suspenze. Vakcína proti difterii, tetanu a pertusi (acelulární), (adsorbovaná se sníženým obsahem antigenů). **Léčivá látka:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum Minimálně 2 IU* (2 LF); Tetani anatoxinum – Minimálně 20 IU* (5 LF); Pertusové antigeny: Pertussis anatoxinum – 2,5 mikrogramu; Haemagglutinin filamentosum – 5 mikrogramů; Pertactinum – 3 mikrogramy; Fimbriae, typi 2 et 3 – 5 mikrogramů; Adsorbovaná na fosforečnan hliníku 1,5 mg (0,33 mg hliníku). **Terapeutické indikace:** Vakcína ADACEL[®] je indikována k aktivní imunizaci proti tetanu, difterii a pertusi u osob od 4 let věku jako posilovací dávka (booster) po základním očkování. **Dávkování a způsob podání:** Jedna dávka 0,5 ml je doporučena pro všechny indikované věkové skupiny. ADACEL[®] se má podávat intramuskulárně, přednostně do deltového svalu. Při podání vakcíny je třeba zvážit indikace a dávkovací intervaly podle oficiálních doporučení pro všechny antigeny obsažené ve vakcíně. **Kontraindikace:** ADACEL[®] nemá být podán osobám se známou přecitlivělostí na vakcínu proti difterii, tetanu nebo pertusi; na kteroukoli další složku této vakcíny; na jakoukoli residuální látku pocházející z výrobního procesu (formaldehyd, glutaraldehyd), která může být přítomná ve stopovém množství. ADACEL[®] se nesmí podávat osobám, u nichž se vyskytla encefalopatie neznámého původu do 7 dnů po předchozí imunizaci vakcínou obsahující pertusovou složku. Očkování vakcínou ADACEL[®] má být odloženo u osob s akutním závažným horečnatým onemocněním. **Upozornění:** ADACEL[®] se nesmí používat k základnímu očkování. Pro případ, že se po podání vakcíny vyvine vzácná anafylaktická reakce, má být dostupná odpovídající lékařská péče a dohled. Podání vakcíny ADACEL[®] musí být pečlivě zváženo u osob, u nichž se v minulosti vyskytly komplikace po předchozí injekci vakcíny obsahující podobné komponenty. Pokud po předchozí aplikaci vakcíny obsahující tetanový toxoid došlo ke vzniku syndromu Guillain-Barré nebo brachiální neuritidy, má být rozhodnutí o dalším podání jakékoli vakcíny s obsahem tetanového toxoidu založeno na pečlivém posouzení potenciálních přínosů a možných rizik. ADACEL[®] nemá být podáván osobám s progresivní neurologickou poruchou, epilepsií, která není dostatečně kontrolována léčbou nebo pacientům s progresivní encefalopatií dokud není stanoven léčebný režim a není dosaženo stabilizace onemocnění. Imunogenita vakcíny by mohla být snížena imunosupresivní léčbou nebo imunodeficitem. Doporučuje se odložit vakcinaci na dobu po ukončení takového onemocnění nebo léčby. Avšak vakcinace osob infikovaných HIV nebo osob s chronickým imunodeficitem, jako je AIDS, se doporučuje, i přestože jejich protilátková odpověď může být omezená. Intramuskulární injekce má být podávána se zvýšenou opatrností u pacientů na antikoagulační terapii a u pacientů postižených poruchami krevní srážlivosti vzhledem k riziku krvácení. U těchto pacientů lze zvážit podání vakcíny ADACEL[®] hlubokou subkutánní injekcí. **Interakce s jinými léčivými přípravky nebo jiné formy interakce:** ADACEL[®] může být podán současně s vakcínou proti chřipce, vakcínou proti hepatitidě B a inaktivovanou nebo perorální vakcínou proti poliomyelitidě v souladu s místními doporučeními. ADACEL[®] lze podat souběžně s jinými vakcínami nebo imunoglobuliny do odlišného místa vpichu. **Těhotenství a kojení:** Lze podat pouze v nezbytných případech a to na základě pečlivého posouzení potenciálního přínosu a možných rizik. **Nežádoucí účinky:** Během klinických studií byly často nebo velmi často zjištěny následující nežádoucí účinky: anorexie (snížená chuť k jídlu), bolest hlavy, průjem, nauzea, zvracení, vyrážka, generalizovaná bolest nebo svalová slabost, artralgie nebo otok kloubu, únava, pyrexie, zimnice, axilární adenopatie, reakce v místě aplikace: bolest, erytém, otok. Nežádoucí účinky hlášené po uvedení přípravku na trh jsou hlášeny dobrovolně z populace o neurčité velikosti, není možné spolehlivě vyhodnotit jejich četnost a stanovit kauzální vztah k podání vakcíny: hypersenzitivní (anafylaktické) reakce (angioedém, edém, vyrážka, hypotenze), parestézie, hypoestézie, syndrom Guillain-Barré, brachiální neuritida, obrna obličejových svalů, křeče, synkopa, myelitida, myokarditida, svědění, kopřivka, myositida, modřina anebo sterilní absces v místě vpichu. Mohou vzniknout rozsáhlé reakce v místě vpichu (> 50 mm), včetně rozsáhlého otoku končetiny. Tyto reakce zpravidla nastupují do 24-72 hodin po vakcinaci, mohou být spojeny s erytémem, zvýšenou teplotou daného místa, prnutím nebo bolestí v místě injekce a spontánně vymizí během 3 až 5 dnů. **Podrobně viz SPC.** **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C až 8 °C). Chraňte před mrazem a světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SANOFI PASTEUR SA, 2, Avenue Pont Pasteur, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** 59/158/10-C. **Datum revize textu:** 10. 2. 2010. Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

CZ-SPADANINGPS.10.11.08

Aterogenní index plasmy (AIP) v praxi všeobecného praktického lékaře (VPL) v ČR

Prezentace na XXIX. Konferenci všeobecného lékařství SVL ČLSJEP 11-13.11.2010



MUDr. Otto Herber

Prevence a léčba kardiovaskulárních onemocnění (KVO) je jedním z nejdůležitějších problémů současné medicíny. Podle statistických údajů je zřejmé, že kardiovaskulární onemocnění jsou nejen v České republice nejčastější příčinou úmrtí.

Pomůckou pro stanovení „globálního rizika“ jsou skóre odvozená z vícerozměrných statistických modelů jako je Framinghamské skóre, PROCAM skóre nebo SCORE Evropské kardiologické společnosti. Program SCORE (1), který rozlišuje 3 kategorie vysokého rizika kardiovaskulárního úmrtí v 10leté perspektivě. Nepokrývá však odhad rizika pro věkově mladší kategorie. Chybí v něm kvantitativní parametry rizikových triglyceridů (TG) a protektivního HDL-cholesterolu a hlavně neukazuje aktuální stav KV rizika, k jehož změně může dojít v důsledku léčby. Až dosud se kvantifikuje aktuální KV riziko výškou hladiny celkového a LDL cholesterolu (v případech statinových studií), méně často se hodnocení rizika opírá o hladiny HDL-cholesterolu a triglyceridů a prakticky vůbec nelze hodnotit v praxi vliv rozložení subpopulací jednotlivých lipoproteinů např. malých denzních LDL částic nebo velkých HDL. Při tom je dlouho známo, že právě tyto částice mají vyšší predikční hodnotu pro KV riziko než jednotlivé lipidy včetně TC a LDL-C. Extrémně vysoký LDL-C nebo TC jsou vždy ukazatelem vysokého KV rizika, ale většina pacientů s kardiovaskulárním onemocněním má tyto hodnoty zvýšené jen mírně, nebo v mezích normálu. Proto je žádoucí, aby KV riziko bylo hodnoceno také markerem, který charakterizuje lipoproteinové spektrum.

V této souvislosti má význam logaritmicke transformovaný poměr triglyceridů a HDL-cholesterolu v plazmě neboli Aterogenní index plasmy (AIP) (2) tzn. $AIP = \log(TG/HDL-C)$.

nost rizika: nejnižší riziko představují hodnoty pod 0,10, střední riziko hodnoty mezi 0,11 a 0,21 a nejvyšší riziko hodnoty nad 0,21. Význam aplikace AIP do praxe spočívá v tom, že je možné monitorovat nejen KV riziko, ale také účinky léčby na lipoproteinový profil. Lze shrnout, že stanovení individuálního rizika má velký význam jak pro prognózu tak pro prevenci a léčebnou strategii.

AIP v praxi všeobecného praktického lékaře v ČR na souboru 987 pacientů v letech 2006-2010

V poslední době roste v zahraničí zájem o tento biomarker (AIP), o čemž svědčí časté citování původního článku (83x). A. Onata a spol.(5) potvrdili české závěry a nálezy o asociaci AIP s obezitou, diabetem II typu, kardiovaskulárními příhodami u mužů a žen a dále našli asociaci AIP s prozánětlivým statusem CRP. Podobně ukázala V. Bittnerová a spol. (6), že poměr TG/HDL-C predikuje mortalitu u žen se suspektním ischemickým syndromem myokardu. Tan a spol. (7) sledovali pomocí AIP účinnost různých terapií při léčbě diabetu.

A jaká je situace v ordinacích u našich všeobecných praktických lékařů?

Provedli jsme proto analýzu kardiovaskulárního rizika z dat pacientů v mé ordinaci VPL pomocí algoritmu AIP z lipidogramů v letech 2006-2010. Zaměřili jsme se na to, zda může být AIP ukazatelem rizika v primární prevenci a na vývoj AIP v závislosti na věku, zejména v nižší věkové kategorii, kterou algoritmus SCORE nepokrývá.

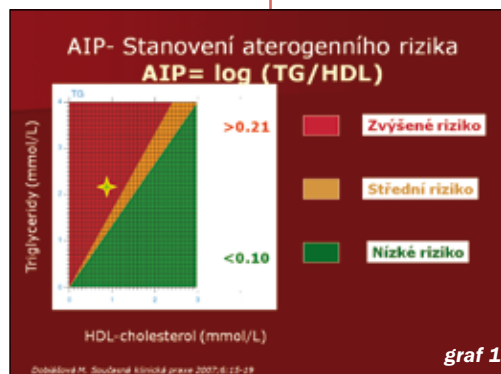
S ohledem na výše uvedenou teorii nás zajímalo, jaké spektrum pacientů vlastně je v mé praxi. Sledovali jsme několik základních otázek:

- Jaký je AIP vyšetřených pacientů
- Jaká je hodnota AIP u mužů a žen
- Jaké je věkové rozložení AIP resp. kolik pacientů je ve věkové skupině do 40 let

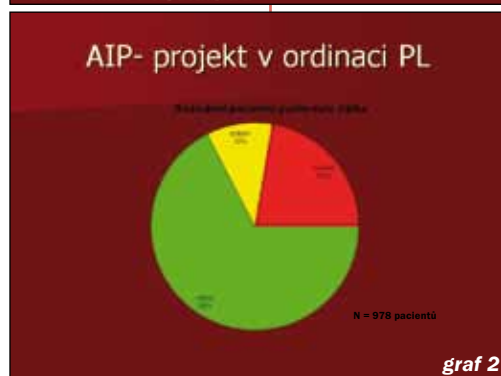
• Za tím účelem jsme analyzovali 978 (487 žen, 491 mužů) lipidogramů u pacientů, kteří měli z jakéhokoliv důvodu provedený odběr v letech 2006-2010. Výsledky byly zpracovány statistikem- analytikem. Z grafu č. 4. je patrné, že více než jedna pětina (22%) vyšetřených pacientů se pohybuje ve vysokém pásmu rizika a 10% je v pásmu středního rizika podle AIP.

Při další analýze dle pohlaví vyplynulo, že se jedná o 12 % žen a 33 % mužů z uvedeného souboru, kteří se pohybují v pásmu s vysokým rizikem. Výsledky odpovídají očekávané realitě, že muži jsou obecně rizikovější v rámci KVO, viz. graf.č. 3.

Další analýza ukázala, že ve věkové skupině do 20 let je více než čtvrtina (27%, n15) mužů ve vysokém riziku. Ve skupině od 21 do 30 let jich je 23% (n66). Vysoké rizikový AIP má 41%, z 75 mužů ve věku od 31 do 40 roků! Ženy jsou na tom s ohledem na rizikovitost vzniku KVO obvykle lépe. Obdobně vypo-



graf 1



graf 2



graf 3

Kalkulaci této rovnice můžeme provést na adrese: www.biomed.cas.cz/fgu/aip, www.athero.cz pouhým dosazením laboratorních hodnot TG a HDL. Zjištěnou hodnotu pak velmi snadno přiřadíme do grafického algoritmu graf. č. 1, který nám vymezi rizikovitost pacienta.

Tento grafický algoritmus vznikl na základě dat z dílčích studií a umožňuje rozlišovat závaž-

vídá AIP. Ve sledovaném souboru nebyla žádná žena ve vysokém riziku v kategorii do 20 let. V další dekádě tj. od 21-30 let jich byla 3%, n67 a konečně ve věku od 31 do 40 let mělo riziko pro vznik KVO 7%, n87 (graf 4 a 5).

Souhrn

přestože se jedná o nehomogenní soubor z hlediska důvodů pro odběr lipidogramu a výpočtu AIP, je patrná rizikovitost zejména ve skupině do 40 let. Jde o analýzu a prezentaci v absolutních číslech resp. procentech. Jistě bude zájmem pracovní skupiny, aby tyto zkreslující momenty odstranila. Avšak již nyní je patrné, že máme ve své ordinaci vysoce rizikovou skupinu pacientů zejména mužů, která při běžné praxi může uniknout pozornosti. Celkový počet pacientů mužů do 40 let (10,4%, n50) a žen do 40 let (1,6% n8) je skupina, která se podle AIP pohybuje v pásmu $>0,21$ tj. ve vysokém riziku pro vznik KVO. Lze předpokládat, že při použití běžného stratifikačního systému např. SCORE by jim nebyla věnována pozornost neboť toto zohledňuje pacienty až od 40 let. Z tohoto pohledu se využití AIP jeví jako perspektivní pro objektivizaci např. preaterosklerotického období našich pacientů.

Závěr

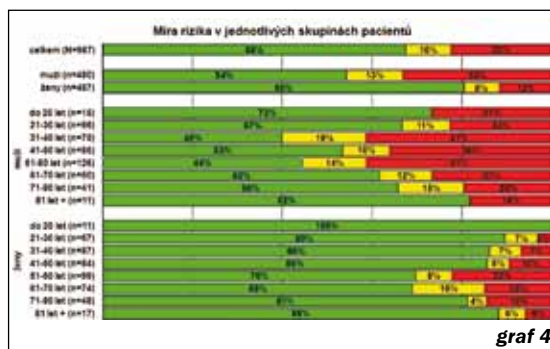
AIP označuje zvýšenými hodnotami subjekty se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, které se nemusí aktuálně manifestovat extrémními hodnotami lipidů. Má jednoznačně vztah ke klinickým stavům, které jsou rizikové pro vznik KVO i k již existujícím KVO.

Pokud by se AIP dostal do každodenní praxe, lze předpokládat, že:

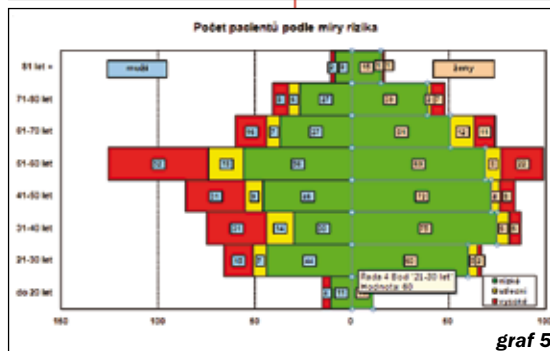
- informuje o kvalitě lipoproteinového profilu, který se dosud rutinně nepoužívá,
- odpoví na aktuální účinnost nastavené hypolipidemické a dietologické terapie,
- přesněji stratifikuje atherogenní riziko zejm. u osob v nižším věku,
- lze ho využít pro záchyt AS v preklinickém stadiu.
- obohatí screeningové a diagnostické nástroje PL,

Projekt AIP v ordinaci VPL byl zpracován za částečné podpory společnosti EGIS spol. s r. o.

Seznam použité literatury je u autorů.



graf 4



graf 5

MUDr. Otto Herber

praktický lékař Kralupy nad Vltavou

RNDr. Milada Dobiášová, DrSc.

Fyziologický ústav AV ČR

Správná hladina cholesterolu? Investujte do prevence.



CardioChek® P-A

**Rychlý, přenosný a spolehlivý POCT
přístroj pro přesné měření lipidových
parametrů a glukózy z plné krve.**

Lipidový panel obsahuje:
chol, HDL-chol, LDL-chol, TAG, rizikový index

Tato vyšetření získáte z jedné kapky krve.

Srdce a cévy pod kontrolou!



ORION
DIAGNOSTICA

Orion Diagnostica Oy, Finland



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

Molekulárně genetická vyšetření u trombofilních stavů spojených s žilním tromboembolismem a jeho komplikacemi

Konsensus České společnosti pro trombózu a hemostázu ČLS JEP, Společnosti pro lékařskou genetiku ČLS JEP a České hematologické společnosti ČLS JEP

1. Tromboembolická nemoc (žilní trombóza a plicní embolie, dále TEN) je multifaktoriální onemocnění a proto nelze při hodnocení rizika trombofilie v současné době vycházet jen z určení molekulárně genetických znaků.

2. Z molekulárně genetických vyšetření má při pátrání po trombofilním stavu spojeného s TEN za dnešního stavu vědomostí zásadní klinický význam pouze určení:

mutace FV Leiden (1691 G>A) a mutace genu pro protrombin (20210G >A) (1).

3. Provádění těchto 2 genetických vyšetření doporučujeme zdravotnickým zařízením indikovat **pouze selektivně:**

- a) před zahájením kombinované perorální hormonální kontracepce a/nebo hormonální substituční léčby estrogeny (HRT) **u žen s pozitivní osobní anamnézou prodělané TEN, nebo s pozitivní rodinnou anamnézou výskytu TEN**, u příbuzných prvního stupně (matky, otce, vlastních sourozenců a dětí probanda),
- b) u osob se **stavem po prodělané idiopatické TEN**, při pátrání po vyvolávající příčině a kvůli rozhodování o délce antikoagulační léčby (viz doporučení 8. Konsensu ACCP 2),
- c) u žen **po opakovaných 3 potratech v 1. trimestru gravidity, nebo u každé ztráty plodu po tomto období gravidity,**
- d) **u těhotných žen s pozitivní osobní nebo rodinnou anamnézou prodělané TEN** (viz bod 3 a), nebo s následujícími komplikacemi v graviditě - těžké formy preeklampsie, retardace plodu a abrupce placenty,
- e) **z jiných indikací po vyšetření v trombotickém centru**

Poznámka: Při pozitivním záchytu uvedených mutací je vhodné provést tato vyšetření i u příbuzných prvního stupně, pokud se

u nich vyskytují další rizika spojená s trombofilii. U dětí ale až po 12 letech jejich věku, pokud k tomu nejsou jiné důvody.

4. mimo vyšetření FV Leiden (1691 G>A a mutace genu pro protrombin (20210G >A) jsou **vyšetření jiných polymorfismů, spojených s TEN indikována ve vybraných případech pouze trombotickými centry, nebo Ústavem hematologie a krevní transfúze v Praze.**

5. Molekulárně genetická vyšetření spojená s TEN provádějí pouze laboratoře s ověřenou, 1 x ročně prováděnou, externí kontrolou kvality provedenou Referenční laboratoří ÚHKT, nebo jinou mezinárodně uznávanou referenční laboratoří, například INSTAND, UKNEQUAS aj. Dalším předpokladem je dokumentovaná pravidelná vnitřní kontrola kvality u každé série vyšetření.

Zpracoval za Českou společnost pro trombózu a hemostázu po došlých připomínkách.

Literatura:

- 1) Wu O, Robertson L, Twaddle S et al.: Screening for thrombophilia in high-risk situations: systematic review and cost-effectiveness analysis. *The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS). Health Technol Assess*, 2006; 10 (11): 1-110.
- 2) Antithrombotic and thrombolytic therapy, 8th Ed: ACCP Guidelines. *Chest* 2008; 133: Suppl.67S- 968 S.

prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.

Předseda České společnosti pro trombózu a hemostázu ČLS JEP

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v lednu 2011

Hlavní téma: Racionální ATB terapie v primární péči

Čtvrtek	6.1.2011	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Pondělí	10.1.2011	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Úterý	11.1.2011	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel EURO, Jiráskova 2781
Středa	12.1.2011	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek	13.1.2011	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Sobota	15.1.2011	9:00 - 12:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota	15.1.2011	9:00 - 13:00	Karlovy Vary - Březová, Hotel Starý mlýn, Staromlýnská 26/8
Sobota	15.1.2011	9:00 - 13:00	Píseň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Sobota	15.1.2011	16:00 - 20:00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
Čtvrtek	20.1.2011	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Čtvrtek	20.1.2011	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Čtvrtek	20.1.2011	9:00 - 13:00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31
Sobota	22.1.2011	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8
Středa	26.1.2011	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Středa	26.1.2011	16:00 - 20:00	Praha, Lék.dům, Sokolská 31

Unilever - Flora

Pavel Jansa¹, Pavel Poláček¹, Regína Votavová¹, Samuel Heller¹, Michael Aschermann¹, Jaroslav Lindner², Aleš Linhart¹

1 II. interní klinika kardiologie a angiologie, Centrum pro plicní hypertenzi, Všeobecná fakultní nemocnice

a 1. lékařská fakulta UK, Praha, ČR

2 II. chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty UK, Praha, ČR

Možnosti léčby chronické plicní hypertenze v ČR

2. část - navazuje na článek z minulého čísla

Souhrn: Onemocnění spojená s chronickou plicní hypertenzí byla ještě v době před 20 lety považována za terapeuticky prakticky neovlivnitelná. Velký zájem o tuto problematiku v posledních dvou desetiletích je dán právě pokroky v oblasti terapie. U plicní arteriální hypertenze (PAH) jsme svědky mohutného rozvoje farmakoterapie, která v řadě případů zlepšuje symptomy a prognózu nemocných. Hemodynamické parametry však ovlivňuje pouze částečně. Proto je tak důležitá časná a správná diagnóza onemocnění v méně pokročilém stadiu, kdy je PAH snáze terapeuticky ovlivnitelná. U pacientů s chronickou tromboembolickou plicní hypertenzí (CTEPH) je metodou volby chirurgická endarterektomie plicnice. U pacientů s chirurgicky dostupnou lokalizací trombotické obstrukce vede tento výkon k normalizaci tlaku v plicnici. Způsob léčby je u tohoto onemocnění zásadně odlišný od léčby PAH. Pečlivá diferenciální diagnostika je tedy nezbytná. Autoři popisují tři klinické případy nemocných s PAH a CTEPH úspěšně léčených moderními metodami dostupnými v ČR.



MUDr. Pavel Jansa

Úvod

Vývoj léčebných postupů chronické plicní hypertenze byl značně pomalý. Významnějšího rozvoje doznal až v posledních dvou desetiletích, a to zejména u plicní arteriální hypertenze (PAH) a chronické tromboembolické plicní hypertenze (CTEPH). V léčbě PAH byla úspěšně testována a posléze do praxe zavedena řada farmak, které prostřednictvím zásahu do klíčových patofyziologických mechanismů v rozvoji onemocnění ovlivní příznivě nejen kvalitu života a funkční zdatnost nemocných, ale především jejich prognózu. Propracování chirurgické léčby CTEPH učinilo z této klinické jednotky onemocnění, které lze na rozdíl od PAH nejen účinně léčit, ale v řadě případů také úspěšně vyléčit. Naopak bez významnějšího pokroku zůstává zatím ovlivnění závažnější plicní hypertenze u srdečních a respi-

račních onemocnění.

Kazuistika 1

35letá žena byla v září 2008 vyšetřena v krajské nemocnici pro dušnost. Patientka uváděla v předchorobí vertebrogenní algický syndrom bederní páteře a refluxní ezofagitidu. V r. 2006 byla přeléčena antibiotiky pro lymeskou borreliosisu. Dlouhodobě neužívala žádné léky, pouze přechodně antidepresiva pro reaktivní depresivní syndrom. Od jara r. 2008 vnímala postupně progredující námahovou dušnost s velkou únavností (v době vyšetřování NYHA III), v posledních 3 měsících měla 3 synkopy, vždy při námaze. Echokardiograficky byly zjištěny známky těžké plicní hypertenze s dysfunkcí a dilatací pravostranných oddílů a nemocná byla vzhledem k anamnéze opakovaných synkop přeložena ještě též den k dovyšetření do centra plicní hypertenze. Klinicky nápadná byla pouze akcentace II. ozvy nad plicnicí. Nebyly přítomny známky pravostranného srdečního selhávání. Pomocná vyšetření vyloučila sekundární etiologii plicní hypertenze – nemocná neměla významnější ventilační poruchu, negativní ventilační a perfúzní scintigrafie vyloučila CTEPH, nebylo přítomno onemocnění myokardu nebo chlopní levého srdce. Kompletní laboratorní vyšetření nesvědčilo pro systémové onemocnění jako možnou příčinu plicní hypertenze. Katetrizační vyšetření ozřejmilo, že se jedná o těžkou prekapilární plicní hypertenzi (střední tlak

Tab. 1: Dynamika hemodynamických a funkčních parametrů u nemocné s PAH se zachovalou vazoreaktivitou léčené blokátory kalciových kanálů

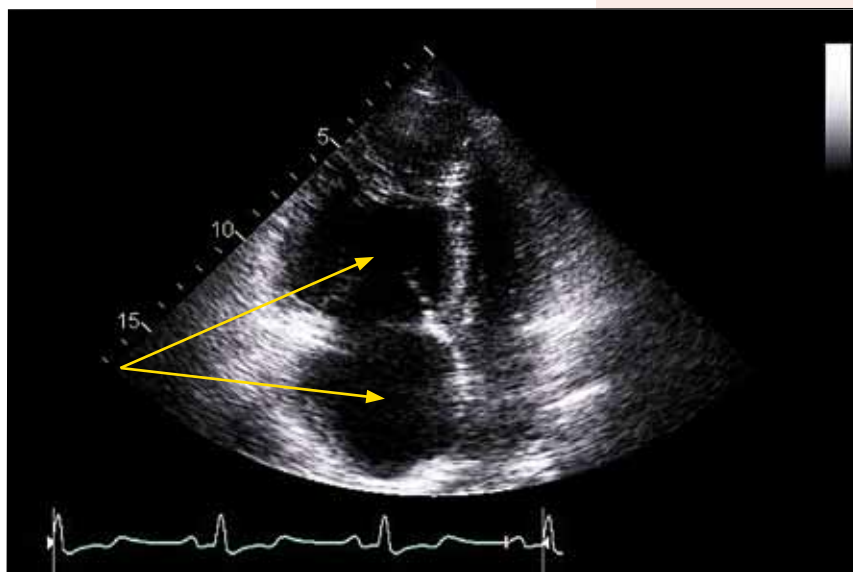
	při diagnóze	kontrola po 6 měsících
PAMP (mmHg)	50	32
PVR (WU)	13,1	4
6MWT (m)	256	483
NYHA	III	II

PAMP = střední tlak v plicnici, PVR = plicní cévní rezistence, WU = Woodovy jednotky, 6MWT = test šestiminutovou chůzí

v plicnici 50 mmHg, tlak v zaklínění 11 mmHg) se zachovalou vazoreaktivitou - při testu akutní plicní vazodilatace došlo k významnému poklesu středního tlaku v plicnici na 33 mmHg, stoupl srdeční výdej a významně poklesla rezistence v plicním řečišti z 13,1 WU (Woodovy jednotky) na 3,08 WU. Diagnosticky bylo onemocnění uzavřeno jako PAH se zachovalou vazoreaktivitou. Byla zahájena terapie vysokými dávkami kalciových blokátorů, pacientka byla propuštěna s dobře tolerovanou dávkou 2 x denně 60 mg retardovaného nifedipinu. V dalších měsících byla dávka retardovaného nifedipinu zvýšena celkově na 160 mg denně. Současně užívala warfarin. Při kontrolním hemodynamickém vyšetření s odstupem šesti měsíců, tj. v březnu 2009, se výrazně zlepšily hemodynamické parametry, systolický tlak v plicnici klesl na 32 mmHg a zásadním způsobem klesla i plicní cévní rezistence - na 4 WU. Zlepšila se dušnost nemocné o jeden stupeň ve funkční klasifikaci - tj. na NYHA II a vzdálenost při testu šestiminutovou chůzí se prodloužila z 256 m v době stanovení diagnózy na 483 m (Tab. 1).

Kazuistika 2

Žena narozená v roce 1977 měla ve svých 22 letech stanovenou diagnózu systémové sklerodermie. Ačkoli byla z hlediska dušnosti oligosymptomatická, měla v květnu 2001 provedeno echokardiografické vyšetření, na němž byly popsány známky plicní hypertenze. Tento nálezný byl ověřen také katetrizačně. Střední tlak v plicnici byl 42 mmHg, tlak v zaklínění byl normální a plicní cévní rezistence činila 7,95 WU. Vazodilatační test byl pozitivní. Při vyšetření plicních funkcí nebyla shledána významná patologie. Scintigraficky byla vyloučena CTEPH. Konečná diagnóza zněla PAH asociovaná se systémovou sklerodermií se zachovalou vazoreaktivitou. U nemocné byla zahájena léčba blokátory kalciových kanálů. Při terapii se zlepšila vzdálenost při šestiminutové chůzi z původních 400 m



Obr. 1:
Echokardiografický
obraz výrazně
dilatovaných
pravostranných
srdečních oddílů
u nemocného s těžkou
CTEPH

na 510 m. Zlepšení však přetrvávalo jen krátce a zhruba po půlroce léčby začala vzdálenost při šestiminutové chůzi klesat.

Rok od zahájení léčby blokátory vápníkových kanálů byla znovu provedena pravostranná srdeční katetrizace. Střední tlak v plicnici nyní činil 56 mmHg, tlak v zaklínění byl normální a plicní cévní rezistence vzrostla na 10,8 WU. Stav byl hodnocen jako selhání léčby blokátory kalciových kanálů. Pacientka byla proto indikována ke specifické farmakoterapii bosentanem (duální antagonist endotelinových receptorů). Léčba bosentanem vedla k postupnému zlepšení stavu nemocné. Šestiminutová chůze se zlepšila a hodnoty vzdálenosti ušlé během testu se dlouhodobě v letech 2003-2007 pohybovaly mezi 550-600 m.

V roce 2008 pro zhoršení dušnosti do stadia NYHA III a zkrácení vzdálenosti při šestiminutové chůzi byl do léčby přidán sildenafil. Kombinační léčba vedla opět ke zlepšení symptomů do stadia NYHA I až II a k prodloužení vzdálenosti při testu šesti-

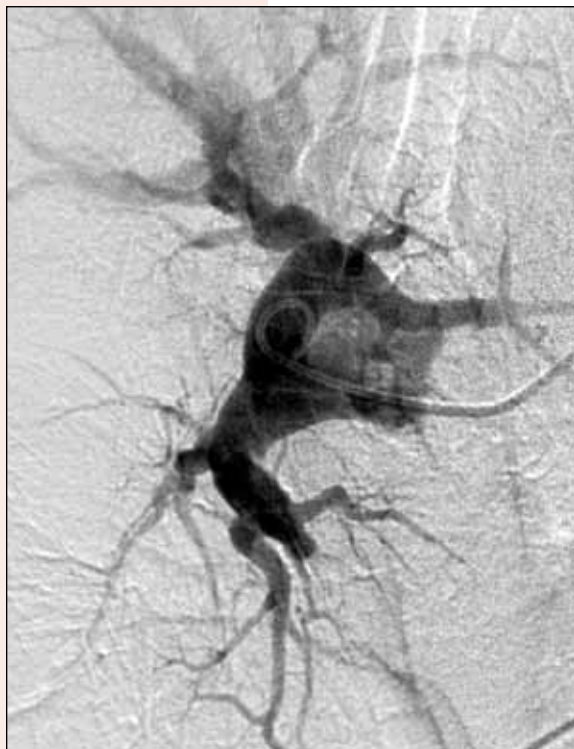
*Veselé Vánoce a šťastný nový rok 2011
Vám přeje společnost
Actelion.*

*Váš partner v diagnostice
a léčbě plicní arteriální hypertenze.*

Actelion Pharmaceuticals CZ, s.r.o., Londýnská 506/41, 120 00 Praha 2



ACT-24-11-10-001



nutovou chůzí na hodnoty kolem 550 m.

Kazuistika 3

66letý pacient byl doporučen k vyšetření v ambulanci plicní hypertenze pro námažovou dušnost NYHA III, trvající zhruba 1 rok. Šlo o letitého kuřáka (kouřil až 15 cigaret denně po dobu 50 let), s anamnézou opakovaných plicních embolií, který byl od poslední embolické příhody v roce 1994 trvale antikoagulován. Jinak byla anamnéza nevýznamná. Pacient byl léčen kromě warfarinu ještě theofylliny a inhalačními bronchodilatačními. Při fyzikálním vyšetření byla nápadná zvýše-

ná náplň žil krku (vsedě až ke kývači), akcentace II. ozvy nad plicnicí, systolický šelest nad trikuspidální chlopní a známky chronické venózní insuficience. Echokardiograficky byla zjištěna velmi těžká plicní hypertenze, pravostranné oddíly byly výrazně dilatovány, odhad systolického tlaku v plicnici činil 145 mm Hg, byl přítomen tvar D levé komory (Obr. 1). Funkční vyšetření plic prokázalo obstrukční ventilační poruchu, hodnota jednosekundového usilovného objemu (FEV 1s) odpovídala u kazuupouze 49 % náležitých hodnot. Pro anamnézu opakovaných plicních embolií byla provedena ventilačně-perfúzní scintigrafie plic, jejíž výsledek s vysokou pravděpodobností svědčil pro stav po oboustranné plicní embolii. V testu šestiminutovou chůzí dosáhl pouze 301 m, což zhruba odpovídá funkční klasifikaci NYHA III. Selhávání pravé komory bylo potvrzeno i elevací BNP na 510 ng/ml.

Plicní hypertenze byla potvrzena srdeční katetrizací: systolický resp. střední tlak v plicnici byl 108 resp. 71 mm Hg při normálním tlaku v zaklínění 11 mm Hg. Jednalo se tedy o těžkou, čistě prekapilární plicní hypertenzi. Pacient měl nízký srdeční index (2.2 l/min./m²) a vysokou plicní cévní rezistenci 14 WU. Konvenční angiografie plicnice (tedy provedená nástřikem kontrastní látky prostřednictvím katétru přímo do plicnice) potvrdila CTEPH proximálního typu (obstrukce byla již na úrovni lóbových větví) (Obr. 2). Nález byl z anatomického hlediska dobře operabilní. Pacient byl po vyšetření kardiochirurgem dne 29.10.2009 indikován k endarterektomii plicnice. Riziko operace však významně zvyšovala středně těžká bronchiální obstrukce. Proto bylo nemocnému doporučeno, aby přestal kouřit, což se mu po třech měsících podařilo. Po dalším měsíci došlo ke zlepšení hodnot FEV 1s na 58 % náležitých hodnot. Termín operace byl stanoven na počátek dubna 2010, ale byl opakova-

ně odkládán jednak na přání nemocného, jednak pro recidivující respirační a močové infekty. V mezidobí došlo k vzestupu BNP na více než dvojnásobné hodnoty proti vstupnímu vyšetření (v květnu 2010 1225 ng/ml). Proto jsme pacientovi nasadili sildenafil (který je jinak běžně užíván při léčbě pacientů s PAH) v dávce 10 mg 3x denně. Od léčby sildenafilem jsme očekávali hemodynamické zlepšení, které mělo snížit operační riziko. V červnu 2010 byl pacient pro opakované respirační infekty hospitalizován, infekci dýchacích cest se podařilo eradikovat a byla maximalizována bronchodilatační terapie. I přes subjektivní zlepšení při léčbě sildenafilem dosáhl v srpnu 2010 v testu šestiminutovou chůzí pouze 300 m, tedy stejně jako při prvním vyšetření před 9 měsíci, systolický tlak v plicnici byl v téže době odhadnut na zhruba 120 mmHg. Endarterektomie plicnice byla provedena 1. 9. 2010. Pooperační průběh byl celkem nekomplikovaný. Šestnáctý den po operaci byla při echokardiografii dokumentována normální systolická funkce již nedilatované pravé komory, odhadovaný systolický tlak v plicnici poklesl na 55 mm Hg, tedy zhruba na poloviční hodnoty proti stavu před operací. Při poslední ambulantní kontrole 5. 11. 2010 udával pacient podstatné zmírnění dušnosti odpovídající funkční třídě NYHA I, nejvýše II. Přestal definitivně kouřit. Nadále užívá léčbu chronické obstrukční nemoci. Antikoagulace warfarinem bude doživotní s cílem udržovat INR v rozmezí 2.0- 3.0.

Diskuse

Prognóza neléčené chronické plicní hypertenze je značně nepříznivá, zejména jsou-li nemocní v pokročilém stadiu onemocnění (NYHA III a IV), mají-li známky pravostranného srdečního selhávání nebo vyšší hodnoty tzv. biomarkerů (kyselina močová, troponin, BNP nebo NT-proBNP) (1). Tato léta známá skutečnost vede ke snaze stanovit diagnózu plicní hypertenze dříve, v méně pokročilém stadiu onemocnění, a tak zlepšit prognózu nemocných. Pravděpodobně jediným způsobem, jak dosáhnout diagnózy v časnějším stadiu onemocnění, je screening v populacích, které jsou ve vysokém riziku vzniku plicní hypertenze. Klíčovým vyšetřením v detekci plicní hypertenze je echokardiografie (2). Systolický tlak v plicnici lze odhadnout z vrcholového gradientu trikuspidální regurgitace po přičtení tlaku v pravé síni. Za hranici klidové normotenze v plicnici jsou u mladších jedinců považovány hodnoty 35 mmHg, u starších osob 40 mmHg. Echokardiografický screening plicní hypertenze je indikován u nemocných se systémovou sklerodermií každý rok, u ostatních systémových onemocnění pojiiva a HIV infekce v případě manifestace symptomů podezřelých z plicní hypertenze (3). U prvostupňových příbuzných nemocných s PAH má být ECHO vyšetření prováděno v intervalu 3-5 let, u nemocných s jatrním onemocněním vždy před plánovanou transplantací jater. Stejně tak mají být echokardiograficky vyšetřeni nemocní propouštění z nemocnice po akutní plicní embolii nebo nemocní s anamnézou plicní embolie a s manifestací dušnosti (1).

Obr. 2: Typický angiografický obraz u nemocného s proximální formou CTEPH: absence perfúze v oblasti středního laloku pravé plíce, redukce perfúze v dolním, ale i horním laloku vpravo

V České republice vznikla již před několika lety síť řady erudovaných echokardiografických laboratoří, které se podílejí na diagnostice plicní hypertenze (obr. 3). Do těchto laboratoří by měli být směřováni nemocní s podezřením na plicní hypertenzi a na základě tam provedených echokardiografických vyšetření by měli být nemocní případně odesíláni do specializovaných center.

Do specializovaného centra, které se zabývá chronickou plicní hypertenzí, by měli být odesláni pacienti, u nichž je odhadovaný systolický tlak v plicnici vyšší jak 40 mmHg a zejména jsou-li přítomny další echokardiografické známky plicní hypertenze jako zkrácení akceleračního času na plicnici, dilatace pravostranných srdečních oddílů, hypertrofie volné stěny pravé komory, D tvar levé komory, pokud není plicní hypertenze vysvětlitelná onemocněním levého srdce nebo respiračním onemocněním. Péče o pacienty s PAH je v České republice soustředěna do center na II. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK v Praze a na Klinice kardiologie IKEM v Praze.

Péče o pacienty s CTEPH je v České republice soustředěna v Kardiocentru Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK v Praze.

V případě dobře a včas stanovené diagnózy PAH lze zachytit nemocné ještě ve stadiu zachovalé vazoreaktivity (kazuistika 1). Léčba blokátory kalciových kanálů pak může vést k výraznému snížení tlaku v plicnici. Prognóza těchto nemocných je excelentní (4).

Také včas stanovená diagnóza PAH u systémových onemocnění pojiva, mnohdy v rámci screeningových programů, dovoluje zahájit léčbu ještě ve stadiu méně pokročilého onemocnění. Ačkoli obecně prognóza nemocných s PAH asociovanou se systémovými onemocněními pojiva je ve srovnání s idiopatickou PAH výrazně horší, pak při zahájení terapie méně pokročilého onemocnění se lze dočkat dlouhodobého přežití nemocných s minimem symptomů a s vysokou kvalitou života i při přetrvávající plicní hypertenzi (kazuistika 2).

Nemocné po plicní embolii, u kterých při dimisi přetrvává plicní hypertenze nebo mají známky selhávání pravé komory, by měl sledovat kardiolog. Při pátrání po příčinách plicní hypertenze patří ventilačně perfúzní scan plic mezi základní vyšetření. Je třeba varovat před používáním CT angiografie plicnice s cílem vyloučit CTEPH. Zhruba polovina případů CTEPH totiž zůstává při vyšetření CT angiografií nepoznána (5)! CTEPH je jedinou potenciálně vyléčitelnou formou chronické plicní hypertenze, jak ukazuje třetí kazuistika. Maximálního efektu chirurgické léčby je nutno vyčkat asi do půl roku od operace, kdy tlak v plicnici dále klesá. Na možnost CTEPH je nutno myslet i u pacientů s plicní hypertenzí, u kterých se nabízí jiná etiologie plicní hypertenze (např. plicní hypertenze u respiračních onemocnění viz tato kazuistika, nebo plicní hypertenze u nemocí levého srdce). CTEPH může v těchto případech koincidovat.

Závěr

Díky specifické léčbě PAH nemocní s tímto onemocněním žijí v posledních dvou desetiletích jistě kvalitněji a také déle. Přesto však PAH zůstává nevyléčitelnou chorobou a řada nemocných je symptomatických i při nejmodernější specifické léčbě. Naopak CTEPH, dříve smrtící chronická komplikace plicní embolie, představuje dnes u řady nemocných vyléčitelné onemocnění. Klíčem k terapeutickému úspěchu zůstává u PAH i CTEPH správně a včas stanovená diagnóza a následná léčba na pracovišti s dostatečnou zkušeností a bohatým multidisciplinárním zázemím.

Literatura:

- Galie N, Hoeper MM, Humbert M et al: Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. The task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS), endorsed by the International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *Eur Heart J* 2009, 30(20), s 2493-537.
- Daniels LB, Krummen DE, Blanchard DG. Echocardiography in pulmonary vascular disease. *Cardiol Clin* 2004, 22: 383-399.
- Mukerjee D, St George D, Coleiro B et al. Prevalence and outcome in systemic sclerosis associated pulmonary arterial hypertension: application of a registry approach. *Ann Rheum Dis* 2003, 62: 1088-1093.
- Sitbon O, Humbert M, Jais X et al. Long-term response to calcium channel blockers in idiopathic pulmonary arterial hypertension. *Circulation* 2005, 111: 3105-11.
- Tunariu N, Gibbs SJR, Win Z et al: Ventilation-perfusion scintigraphy is more sensitive than multidetector CTPA in detecting chronic thromboembolic pulmonary disease as a treatable cause of pulmonary hypertension. *J Nucl Med* 2007, 48: 680-684.

MUDr. Pavel Jansa - narozen 30. 11. 1971 v Bruntále, kde také v roce 1990 maturoval na gymnáziu. V roce 1996 absolvoval 1. lékařskou fakultu UK v Praze. V letech 1996-1999 pracoval na 1. plicní klinice VFN a 1. LF UK v Praze. Od roku 1999 působí na II. interní klinice VFN a 1. LF UK v Praze, od roku 2005 jako odborný asistent. Atestoval z vnitřního lékařství a z kardiologie. Soustřeďuje se zejména na problematiku plicní cirkulace. V roce 1999 inicioval vznik Centra pro plicní hypertenzi na II. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, které se tak stalo prvním pracovištěm v ČR, jež se věnuje systematicky a komplexně léčbě chronické plicní hypertenze. Navrhl systém celorepublikové sítě echokardiografických laboratoří pro detekci plicní hypertenze. Podílel se na iniciaci, přípravě a realizaci programu plicních endarterektomií v ČR. Metodicky se podílel na tvorbě koncepce péče o nemocné s plicní hypertenzí ve Slovenské republice. V letech 2005-2008 byl předsedou nově konstituované Pracovní skupiny Plicní cirkulace České kardiologické společnosti. Je hlavním autorem Doporučení České kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu plicní arteriální hypertenze v ČR a autorem řady dalších publikací o problematice plicní hypertenze.

na diagnostice plicní hypertenze se podílí síť řady erudovaných echokardiografických laboratoří

- jejich kompletní seznam viz všíta příloha do tohoto čísla

odhadovaný systolický tlak v plicnici > 40 mmHg = indikace k odeslání do specializovaného centra:

- pacienti s CTEPH do Kardiocentra Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK v Praze

- pacienti s PAH do center na II. Interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK v Praze a na Klinice kardiologie IKEM v Praze

MUDr. Hana Papřoková

Praktická lékařka, Frýdek-Místek

Kazuistika: akutní perimyokarditida



MUDr. Hana Papřoková

Úvod

Myokarditida je ložiskové nebo difúzní zánětlivé postižení myokardu. Jako vyvolávající agens může být infekce virová, bakteriální, spirochétová (lymeská borelióza), mykoplazmová, mykotická, rickettsiální, protozoární, parazitární. V klinické praxi je nejčastěji zapříčiněna virovou infekcí a to coxsackie viry. K poškození myokardu dochází třemi způsoby- přímou invazí viru do buněk, účinkem toxinů a/nebo imunitně zprostředkovanou reakcí. Proč ve většině případů nedochází k srdečnímu poškození, není zatím jednoznačně objasněno. Klinický obraz je velmi rozmanitý – od asymptomatického průběhu až po fatální srdeční selhání. Diagnostika patří k jedné z nejobtížnějších. Pokud je přidružena i perikarditida je klinický obraz lépe vymezen. Akutní perikarditida je zánět perikardu provázený bolestí na hrudi (zhoršující se v nádechu, při kašli, úlevu přináší předklon), bývá přítomen perikardiální třecí šelest, vývoj EKG změn, pozitivita laboratorních známek zánětu. Až v 90% bývá etiologie virová nebo idiopatická.

Vlastní kazuistika

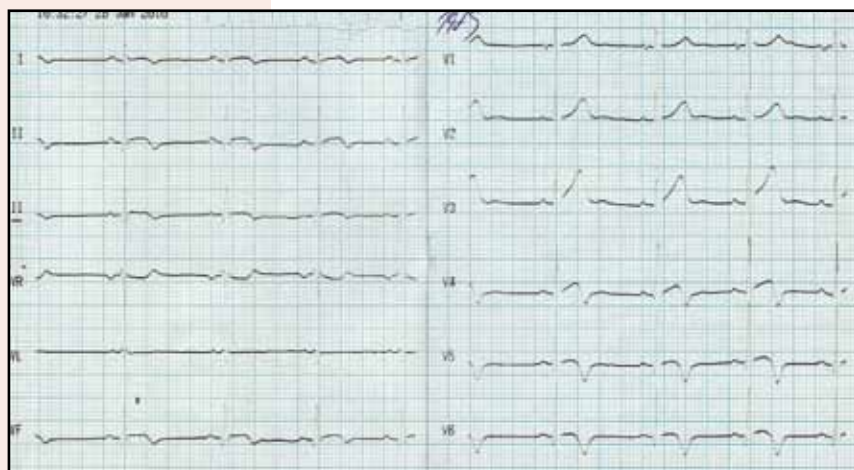
Z osobní anamnézy:

Pacient byl doposud zdravý. Před 2 lety v rámci vstupní zdravotní prohlídky do naší ambulance jsem zjistila poslechový nálezn na srdci – systolický šelest 1-2/6 na hrotu. Dle ECHO popsána hemodynamicky nevýznamná mitrální regurgitace nevyžadující žádná opatření. Před rokem žádal pacient vyšetření pro nízkou hmotnost – BMI 18,9. Provedená vyšetření negativní.

Z rodinné anamnézy:

Babička měla karcinom tlustého střeva, dědeček diabetes mellitus. Rodiče jsou zdraví.

Obr. 1



Průběh:

21letý pacient se dostavil do ambulance s 3 dny trvající bolestí na hrudi, v epigastriu a občas v jugulu. Do ambulance přišel po schodech a po chůzi opět pociťoval tlaky v prekorдию. Na EKG křivce (viz obr. 1) přítomny **negativní T vlny ve svodech I, II, III, aVF, elevace ST s následnou negativitou vlny T ve V4-6**, rytmus byl sinusový s frekvencí 74/min, QRS štíhlé, osa 60, přechodová zóna ve V3, převodové časy v normě, QTc 0,42. **Troponin T – pozitivní**. Pacient v ordinaci byl již bez bolestí, zajistila jsem mu žilní vstup a předala RZP, která ho převzala do kardiocentra. Zde byla provedena CT koronární angiografie, která koronární nemoc neprokázala. Echokardiografické vyšetření bylo v normě. Postupně došlo k poklesu kardiocíckých markerů. Pacient byl dále klinicky bez potíží. Stav byl hodnocen jako **akutní perimyokarditida**. Byla odebrána virologie (herpes viry, respirační viry, borelie, chlamydie, toxoplazmóza) - vše negativní. Nasazena malá dávka ACEi, doporučen 6 týdnů klidový režim.

Závěr:

V mé kazuistice byly obě nozologické jednotky (myokarditida, pro kterou svědčila pozitivita T-troponinu a perikarditida - typický klinický obraz a EKG změny) podle závěrečného hodnocení spojeny. Pro obě bývá společné, že v předchozí je uváděna proběhlá viróza, ale právě tento údaj nebyl pacientem potvrzen. Stran EKG změn u akutní perikarditidy bývá uváděn vývoj ve 4 fázích: 1. elevace ST úseků kromě aVR a V1, jsou konkávní, vlna T je pozitivní, 2. úseky ST a vlny T se oplošťují, 3. dochází k inverzi vln T – zde můžeme připomenout udávané rozdíly s EKG změnami při IM – nejsou kmity Q, nemění se voltáž kmity R a u IM bývají elevace úseku ST provázeny „zrcadlovou depresí“ v jiných svodech, 4. normalizace změn. EKG změny nejsou vždy tak jednoznačné a pokud by se nejednalo, jako v našem případě, o velmi mladého pacienta, jistě by byla, již vzhledem ke snadné dostupnosti, koronarografie provedena. Zde byla volena CT koronární angiografie, jelikož předpoklad ICHS byl nepravděpodobný.

MUDr. Hana Papřoková - promovala na lékařské fakultě UP Olomouci v r. 1994, poté nastoupila na int. odd. v nemocnici ve Frýdku-Místku, v r. 1997 atestovala z interního lékařství a v r. 2001 ze všeobecného lékařství. V r. 2005 převzala ambulanci praktického lékaře, kde pracuje dosud.

doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.

II. interní klinika kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN, Praha

Chronická žilní onemocnění a principy konzervativní léčby

Souhrn: Chronická žilní onemocnění jsou přítomna až u dvou třetin populace, zejména ve vyšším věku. Naštěstí vzácnější jsou projevy žilní insuficience, která je charakteristická přítomností žilní hypertenze. Vyskytují se ve velké škále klinických stavů, od varixů po bérčové vředy. Základem léčby je odstranění patologicky změněných žil a přítomného refluxu, přičemž toto je možné pouze intervenční léčbou (chirurgicky, endovaskulárně nebo sklerotizací). Součástí konzervativní léčby žilních chorob, o kterou je nutno se snažit u všech, jsou kromě úpravy životosprávy a elementární kompresivní léčby také venotonika. Tyto předepíšeme, pokud nemocným uleví a vedou k regresi příznaků nemoci.

Úvod

Chronická žilní onemocnění jsou jedněmi z nejčastějších chorob, se kterými se praktický lékař setkává. U většiny nemocných sice nedojde k vážnému zdravotnímu poškození, nicméně pestrá škála jejich projevů často nemocné obtěžuje. Ve svých pokročilých fázích jsou traumatizující, zejména chronicitou průběhu, a venózní vředy zhoršují zásadně kvalitu života.

Významnost žilních onemocnění je dána jak množstvím postižených v populaci, tak socioekonomickými důsledky chronicity stavu.

Kolika nemocných se problémem žilního postižení týká

O prevalenci žilních chorob nemáme jednotná data, protože definice postižení se v jednotlivých studiích liší, stejně tak je situace odlišná v různých geografických lokalitách.

Důkladná studie, včetně ultrasonografického posouzení funkčních změn žil, byla provedena například v oblasti San Diega (1). Vyšetřeno bylo 4 422 končetin u 2 211 účastníků, přičemž soubor tvořilo 65 % žen a 35 % mužů, průměrného věku 60 let. Při důkladném zkoumání žilních abnormit jen 19 % končetin byla shledána zcela zdravými. Teleangiektasie a pavoučkové větvy byly nalezeny u 51,6 %, varikózní větvy pak u 23,3 %. Ačkoliv většina končetin měla tedy viditelné změny, sonograficky normálních bylo 72,1 %. Reflux v povrchových žilách byl zjištěn u 19 % a reflux v hlubokých u 9 %. Téměř třetina z jasnou varikositou postižených končetin neměla ultrasonografické známky funkčního postižení (refluxu). Obdobné výsledky dala relativně nedávno publikovaná čísla z National Venous Screening Program (2).

Z těchto a obdobných studií lze uzavřít, že vážnější abnormitou žilní je postiženo cca 25 % populace. Konvenčně se uvádí, že nejtěžší formou nemoci – vředem žilní etiologie – trpí 1 % popu-

lace, přičemž opět více žen. K vředům je nutno uvést i to, že cca 50 % se zhojí během 4 měsíců, ale 20 % je přítomno i po 2 letech. A navíc u 2/3 postižených recidivují (3).

Rizikové faktory žilních onemocnění

Byla zkoumána řada potenciálních rizik a jejich vliv na výskyt žilních chorob.

Za rizikové faktory vzniku žilní insuficience jsou považovány jednoznačně věk, ženské pohlaví (ve většině studií), pozitivní rodinná anamnéza – dědičnost, obezita, počet těhotenství, vyšší tělesná výška, a řada vlivů prostředí – stání při výkonu povolání, sedavý způsob života (časté cvičení je do jisté míry naopak protektivním faktorem). Jasným rizikem vzniku varixů je také předchozí nedostatečně rekanalizovaná žilní trombóza, tedy potrombotický syndrom.

Většinu rizik, kromě sedavého způsobu života a s ním často spojené obesity, nelze zásadně ovlivnit.

Co přivádí nemocné nejčastěji do ordinace lékaře?

Nemocného přivádí k lékaři buď potíže nebo obava z progresu dosud asymptomatických, nicméně viditelných žil, u části jde o ryze kosmetický problém.

Nemocní s žilním postižením typicky referují o nespecifických potížích typu: tíhy (méně často bolesti) v končetinách, pocitu pálení nebo svědění kůže, pocit napětí až otoku.

Vzhledem k tomu, že určitý dyskomfort v končetině uvádí 10 % mužů a až 20 % žen bez viditelných změn žil, je nutné posoudit podle lokalizace potíží, charakteristiky nebo vyvolávajících faktorů, zda skutečně se jedná o vazbu žilního onemocnění a z toho plynoucích potíží.

Mezi základní charakteristiky žilních obtíží patří:

- neurčitost bolesti spíše než její silná intenzita



doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.

vážnější abnormitou žilní je postiženo cca 25 % populace

vředem žilní etiologie trpí 1 % populace

Tab. 1: CEAP klasifikace žilních onemocnění

CLINICAL	C0 – normální nález, C1 – teleangiektázie, C2 – varixy, C3 – edém
	C4 – hyperpigmentace nebo edém, C5 – zhojený vřed
	C6 – aktivní vřed
	S = symptomatický / A = asymptomatický
ETHIOLOGY	C – kongenitální
	P – primární (neznámá etiologie)
	S – sekundární
ANATOMICAL	S – superficiální systém
	D – hluboký systém
	P – perforátory
PATHOLOGY	R – reflux
	O – obstrukce
	R+O – kombinace

Tab. 2 - Hlavní léčebné cíle chronické žilní insuficience a způsoby řešení

cíl eliminace	léčba konzervativní	léčba intervenční - chirurgická
reflux hypertenze záněť	režimová opatření kompresivní terapie skleroterapie farmakoterapie (venotonika) léčba vředu: - mech. vyčištění - debridement - vlhké prostředí - léčba infekce	stripping v. saphena krosectomie (+ flebektomie) flebektomie („day surgery“) endovaskulární techniky – (radiofrekvenční termoablace, laser) PTA ilické žíly/stent přerušování inkompetentních perforátorů

u stadií C1 a C2, pokud nemocní nemají potíže, léčbu obvykle nezavádíme

- lokalizace v oblasti distálního bérce, kolem kotníku.
 - rozložení potíží během dne: dyskomfort menší v začátku dne a stoupající k večeru.
 - sezónní variace (období tepla)
 - zhoršení potíží dlouhodobým stáním či sezením
 - nedostatečná reakce na běžná nesteroidní analgetika
 - pozitivní vliv horizontální polohy: napětí (nebo otok) se zmenšují v závislosti na délce spánku (lehu)
- Mezi obtíže spíše bez vazby na žilní postižení patří parestesie, noční křeče nebo pocit neklidných nohou. Tyto obtíže je nutno primárně chápat jako neurologické.
- Z objektivních příznaků je hlavním příznakem žilní patologie asymetrický edém a kožní změny.

Klasifikace chronických žilních chorob - CEAP (Clinics Etiology Anatomy Pathology)

C - Klinika: na základě prostého vyšetření končetiny ve stoji je možno zařadit nemocného dle rozsahu viditelných změn do jedné z kategorií „C“ (viz tab. č. 1). Bohužel při posuzování tíže onemocnění není jasná vazba mezi symptomy a stupněm postižení. Tedy prakticky všechny formy nemoci (C1-C6) mohou být symptomatické,

na druhou stranu i některé těžší stupně postižení (C2-C4) subjektivně asymptomatické. Pro tuto diskrepanci tedy obvykle nezavádíme léčbu u stadií C1 a C2, pokud nemocní nemají potíže. Naopak počínáme stadiem C3 (edémy, zpočátku intermitentní) přes C4 (počínající kožní změny - pigmentace, ekzémy) považujeme končetiny, bez ohledu na míru potíží, za indikované k podrobnějšímu vyšetření a zahájení léčby.

E - Etiologie: v rámci dalšího, specializovanějšího vyšetření pak je možno určit, zda etiologie žilních změn je primární (Ep), jak je tomu u většiny nemocných. Pouze u malé části jde o sekundární změny (Es) – obvykle v rámci potrombotického stavu, řidčeji při žilní kompresi nebo arterio-venosním zkratu apod. Raritně jde o kongenitální anomálie (Ec).

A - Anatomie: i zde až na základě provedení ultrasonografického vyšetření je možno definitivně určit, zda jde o izolované postižení povrchového žilního systému (As) nebo hlubokého (Ad), případně jde o problém perforátorů (Ap).

P - Patofyziologie: nyní prakticky výlučně detekujeme podstatu problému ultrasonograficky – zda je přítomen reflux (Pr), obstrukce žíly (Po) nebo kombinace těchto dějů (Pr+o), případně nebyla shledána žádná patofyziologická odchylka (Pn). (4)

Pro lékaře nespecializujícího se v angiologii je dostatečné znát princip klasifikace, aby mohl event. porozumět zprávě specialisty. Nutno však podotknout, že ani pro angiology, flebology či dermatology není uvádění plné klasifikace do zpráv běžnou rutinou. V rámci klasifikace „C“ – tedy klinického rozsahu postižení – je pro lékaře prvního kontaktu vodítkem, že od stupně C2 (jistě od C3) možno předpokládat přítomnost chronické žilní insuficience a tyto stavy již většinou léčbu vyžadují.

Jaký je rozdíl mezi chronickým onemocněním žil a chronickou žilní insuficiencí?

Nutno zdůraznit, že chronické žilní onemocnění nerovná se chronické žilní insuficienci (i když u řady nemocných je přítomna). Chronická žilní insuficience může být definována jako spektrum symptomů a znaků vznikajících na podkladě děletrvajících žilní hypertenze při insuficienci žilního návratu.

Hlavní charakteristikou chronické žilní insuficience (CHŽI, dle anglické terminologie také CVI) je tedy žilní hypertenze. Její příčinou je u většiny nemocných reflux v důsledku nedomykavosti žilních chlopní v povrchovém či hlubokém systému, obstrukce řečiště s omezením žilního návratu – tak je tomu zejména po proběhlých flebotrombózách či při mechanických obstrukcích, nebo kombinace refluxu s obstrukcí, případně také selhání svalové pumpy, jak to vidíme u nemocných imobilních (např. paraparetiků), převážně sedících ve vyšším věku, případně morbidně obézních.

Diagnostika chronické žilní insuficience

Opírá se o anamnézu, fyzikální vyšetření (ve stoji) a dominující neinvazivní vyšetření - duplexní ultrasonografii (DUS). Provedení turniketového a dalších testů se v éře duplexní ultrasonografie již prakticky neprovádí.

Fyzikální vyšetření zahrnuje popis typu varixů (teleangiektasie = metličky, retikulární varixy, kmenové varixy a ev. postižení větví - velké či malé safeny), včetně specifikace jejich uložení. Fyzikální vyšetření dále musí obsahovat údaj o rozsahu otoku a popis kožních změn (hyperpigmentace - indurace podkoží - ekzematizace - okrsky bílé atrofie - corona phlebectatica paraplantaris - jizvy po zhojených vředech ap.).

Hlavní role duplexní sonografie spočívá v určení průchodnosti žilního řečiště, zpřesnění anatomických poměrů a určení lokalizace a velikosti refluxu. Čím mohutnější a delší je reflux, tím těžší je nemoc. Pro posouzení hemodynamiky mohou být v cévní laboratoři zpřesňujícím vyšetřením různé varianty pletyzmografie (fotopletyzmografie, strain gauge pletyzmografie, air-pletymografie).

Léčba chronické žilní insuficience

Přístup k CHŽI závisí vždy na stadiu choroby a potížích nemocného. Volíme mezi postupem konzervativním (režimová opatření, kompresivní léčba a farmakoterapie) nebo radikálním (eliminace varixů a refluxu).

Smyslem léčby je prevence vzniku a fixace žilní hypertenze. Kauzální léčbou je odstranění refluxu na úrovni žilních chlopní či obstrukce v oblasti žilního systému. Řešení refluxu je možno docílit v dlouhodobé perspektivě pouze chirurgicky, příp. novějšími endovaskulárními technikami. Nicméně u většiny nemocných nepřistupujeme k problému takto radikálně a zůstáváme u konzervativní léčby. Ta sestává z opatření změny životního stylu a kompresivní léčby. U symptomatických pacientů je další možností farmakoterapie.

Od fáze intermitentního nebo již stálého edému (C3), rozhodně však od stadia vyvinutých kožních změn (C4), by měl být nemocný jednak pokud možno evidován u specialisty, jednak by měla být maximalizována terapie (režimová opatření, kompresivní léčba, péče o kůži, venotonika). Specialista při nedostatečném efektu konzervativní léčby by měl pak rozhodnout, zda a kdy nemocného indikovat k radikální léčbě.

Konzervativní léčba

Vztáhneme-li léčebné postupy ke klinické klasifikaci, pak základními opatřeními při zjištění přítomnosti varixů (C2) je redukce hmotnosti u obézních, vyloučení nadměrného zvyšování nitrobršního tlaku (léčba zácpy, vynechání nevhodných aktivit a sportů - posilovny apod.), doporučení častých elevací končetin (pokud možno i přes den). Pilířem konzervativní léčby je kromě úpravy životosprávy kompresivní terapie - elastická bandáž nebo aplikace kompresivních punčoch. Po-

kud vhodnou kompresi pacient odmítá, je otázkou, jak smysluplné jsou v nižších stádiích nemoci další léčebné postupy.

Kompresivní léčba

Smyslem tohoto postupu je bránit hydrostatickým silám při žilní hypertenzi. Nejjednodušším prostředkem je užití elastických punčoch (s tlakem 20 - 50 mm Hg, tj. II. ev. III. kompresní třídy u těžkých nemocných, zejména s potrombotickým syndromem). Podstatné je přesvědčit nemocného o zásadním pozitivním vlivu této terapie, zamyslet se nad správným rozsahem komprese (zda podkolenky, ke kterým adhezuje nejvíce nemocných - či stehenní punčochy - nebo punčochové kalhoty) a posoudit, zda nemocný je schopen jejich návlaku; případně doporučit pomůcky, které naložení usnadňují. Často není správné trvat na neoptimálnější variantě z medicinského pohledu, ale slevit v třídě komprese za cenu, že tuto nemocný opravdu nosí. Toto vše ale vyžaduje, aby lékař nebo jeho sestra navštívili specialistu ve zdravotnických potřebách a sami se se škálou možností komprese a přídatných pomůcek seznámili. Současně musí být přesvědčeni o jejích účincích.

Kompresivní terapie je důležitá i v dalších indikacích - v prevenci tromboembolické nemoci nebo v akutní fázi léčby již vzniklé flebotrombózy ke snížení rizika vzniku potrombotického syndromu. Je nutnou součástí i terapie povrchové flebitidy.

Pasivní komprese (podpora) je založena na neelastické bandáži, která působí jako protibariéra vzestupu svalového objemu při kontrakci, v klidu se tedy neuplatňuje. Po naložení je dobře tolerována po několik dnů. Užívá se vzácně.

Aktivní komprese nepůsobí pouze při zapojení svalstva, ale uplatňuje se i v klidu. U těžších forem ischemické choroby končetin je kontraindikována. Aktivní komprese zaujímá význačnější místo a je především používána.

Hlavní prostředky, které používáme, jsou kompresivní obinadla - bandáže nebo kompresivní punčochy. Bližší dělení je v tabulce č. 3.

Punčochy jsou nemocnými většinou lépe tolerovány než obinadla a pacienti jsou schopni je sami přikládat. Jsou vhodné k dlouhodobé léčbě po zvládnutí akutního stavu (vyléčení bérčového vředu, po akutní fázi hluboké žilní trombózy). Dělí se jednak podle výše svého působení (podkolenky, polostehenní a stehenní varianta, případně punčochové kalhoty), dále podle výše tlaku působícího v oblasti kotníku. Dalšími parametry jsou velikost a typ materiálu, ze kterého jsou zhotoveny. Kompresivní elastické pomůcky jsou zhotoveny z mikrovlákn, polyamidu, elastanu, některé mají antiseptické přísady (stříbro, acetát) a liší se obsahem bavlny. (5)

Dělení punčoch dle míry tlaku a příslušné indikace jsou obsaženy v tabulce 4.

Před preskripcí (resp. odběrem) příslušné pomůcky je důležité znát přesně požadovanou velikost

smyslem léčby je prevence vzniku a fixace žilní hypertenze

pomůcka k snazšímu navlékání kompresivních punčoch (kód VZP 45630)

čím více vrstev použijeme, tím většího tlaku dosáhneme

- pokud např. pacient není schopen navléknout punčochu kompresivní třídy II, může zkusit nosit dvě punčochy kompres. třídy I na sobě

princip graduované komprese

Tab. 3: Hlavní prostředky komprese

bandáže – kompresivní obinadla	kompresivní punčochy
neelastické nebo krátkotažné bandáže (obinadla: tažnost 70-80%) – méně užívané	elastické punčochy, podkolenky nebo punčocháče
délhotažná obinadla (tažnost 150 – 170%) - běžnější	punčochy k profylaxi tromboembolické nemoci
bandáž z více vrstev	speciální punčochy k léčbě ulcerace
jiné typy bandáže	podpůrné punčochy (těhotenství apod.)

Tab. 4: Dělení punčoch dle kompresních tříd a jejich indikace

kompresní třída	působící tlak	indikace
I. kompresní třída	15 – 21 mm Hg	počínající, malé varixy, gravidita, prevence TEN v rizikových situacích u disponovaných
II. kompresní třída	23 – 32 mm Hg	nejběžněji užívaný typ v léčbě chronických žilních onemocnění (po operaci varixů, kmenové varixy, povrchní flebitis, stav po flebotrombóze)
III. kompresní třída	34 – 46 mm Hg	pokročilé formy chronické žilní insuficience (výrazné edémy, kožní změny, stavy po recidivujících ulceracích apod.), lymfedémy
IV. kompresní třída	> 49 mm Hg	lymfedémy

Tab. 5 – Přehled venotonik užívaných v ČR (skupina C05)

účinná látka	obchodní název
rutin a rutosidy	Venoruton
Venoruton forte	
Cilkanol	
escin	Aescin, Reparil, Yellon
rutosid + digydroergocristin + esculin	Anavenol
diosmin + hesperidin	Detralex
hesperidin + ruscus + kys. askorbová	Cyclo 3 Fort
troxerutin + heptaminol + ginkgo bil.	Ginkor Fort
calcium dobessilat	Danium, Dobica, Doxium
tribenosid	Glyvenol

Jakákoliv komprese, kterou nemocný toleruje (nebo je schopen si přikládat) je lepší než žádná

zjištěnou ráno před zvětšením otoku nebo jeho objevením se. Součástí receptu na kompresivní punčochu může být u hendikepovaného jedince i předepsání (nebo doporučení koupě) pomůcky k snazšímu navlékání (kód VZP 45630) nebo ergonomická lžice k usnadnění svlékání punčochy. Existuje několik základních pravidel, kterými se musíme řídit:

- správný efekt obinadel závisí na cviku a zkušenosti toho, kdo bandáž přikládá
- u nejtěžších případů lze říci, že čím více vrstev použijeme, tím větší tlak dosáhneme
- princip graduované komprese spočívá v tom, že v oblasti nohy a zejména u kotníku navinujeme pevněji, postupně výše klesáme s intenzitou
- jakákoliv komprese, kterou nemocný toleruje (nebo je schopen si přikládat) je lepší než žádná, tzn. netrváme na optimální výši a kompresní třídě za každou cenu
- obinadlo přikládáme v horizontální poloze, při

dorzální flexi nohy, od metatarsofalangeálního skloubení výše, s překrytím nártu i paty

- punčochy je ideální navléci časně ráno, již na lůžku nebo nejpozději po ranní celkové toaletě
- nemožnost navléci vyšší kompresní třídu u starších pacientů může vyřešit nošení dvou punčoch na sobě (např. kompresní třídy I)
- punčochy (ani obinadla) nedrží elasticitu po roky, proto je nutná preskripce 2-3 párů ročně

Péče o kůži

Kvalita pokožky je u žilní nedostatečnosti méněcenná, proto je nutno dbát na její hydrataci a bránit tak poruše celistvosti. Dermatitida ze stázy vyžaduje někdy i odbornou léčbu dermatologem. Nejsložitější je lokální léčba ulcerací, kde jde o mechanické čištění, kontrolu infekce, s preferencí užívání hydrokoloidů, v případě infekce pak přikládáme stříbrem napuštěné obklady. Kvalita kůže a její odolnost mohou být dále negativně ovlivněny koincidencí ischemické choroby končetin, takže v případě, že nejsou dobře hmatné periferní tepenné pulsace, odesíláme k verifikaci na cévní ambulanci.

Farmakologická léčba

Užívání venotonik (nebo též venoprotektiv či venofarmak) má u nás dlouhou tradici.

Mechanismus účinku venotonik je komplexní a zdaleka není u všech léků plně objasněn. Hlavním mechanismem účinku je zlepšení žilního tonu a úprava patologicky zvýšené kapilární permeability, potlačení aktivace leukocytů, případně zvýšení fibrinolýzy, snížení hladiny plazminogenu, a zvýšení lymfatické drenáže. Venotonika jsou přírodní nebo semipřírodní látky nebo jde o chemické substance. Některé kombinují v jedné tabletě více složek. Venofarmaka lze dělit na přírodní či syntetická. K nejdůležitějším venofarmakům přírodního původu patří (bio)flavonoidy a glykosidy, existuje pak řada dalších výtažků z rostlin a ovoce (Ginkgo biloba, výtažky z hroznů, borůvek, grapefruitů). Ze semen pakaštanu koňského je odvozen escin. K novějším flavonoidům patří mikronizovaný diosmin s dobře doloženým protizánětlivým a antiedematózním účinkem, který v kombinaci s hesperidinem je základem přípravku Detralex. Tento v současnosti ve světě nejúčinnější lék má nejvíce dokladů, potvrzujících jeho účinek nejen na symptomy, ale i na hojení vředů (6). Na trhu je řada dalších substancí zavedených v 60.-80. letech minulého století, přičemž i z historických důvodů ne všechny mají přesvědčivé doklady o svém působení. Tab. 5

Intervenční (radikální) léčba

Je rozvíjející se oblastí léčby žilní insuficience, přesahující rámec tohoto článku. Do intervenční léčby zahrnujeme skleroterapii, endovaskulární léčbu – radiofrekvenční laserovou ablací, ošetření žilních stenóz angioplastikou. Mezi chirurgic-

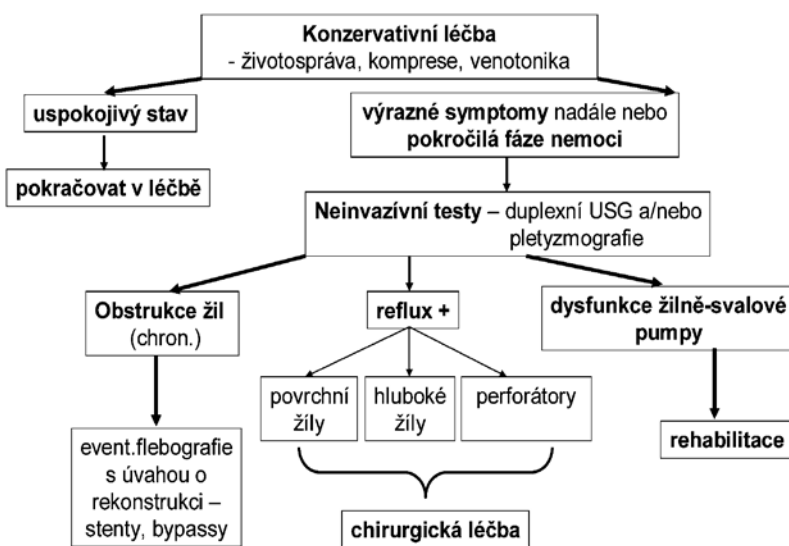
ké metody patří ligace a stripping (safen), flebektomie, subfasciální endoskopické ošetření perforátorů a dosud raritní chirurgická metoda - rekonstrukce chlopní.

Závěr

Chronická žilní onemocnění jsou častým problémem v populaci. Existuje velká škála manifestací žilního postižení a nejobtížnější je určit, zda uváděné obtíže mohou být projevem chronické žilní nemoci a v které fázi odeslat nemocného ke specialistovi. Kromě fyzikálního vyšetření je v dnešní době metodou volby k posouzení funkce žil a anatomických poměrů duplexní ultrasonografie. Léčba zejména chronické žilní insuficience závisí na míře příznaků a rozsahu objektivního nálezu, základem jsou kompresivní prostředky, případně užíváme venotonika. Průkaz účinku v nejširší míře podala zejména mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce diosminu s hesperidinem. Endovaskulární nebo tradiční chirurgické metody jsou indikovány v případě nedostatečné léčebné odpovědi na konzervativní léčbu a při rychle se rozvíjejících projevech žilní insuficience (viz algoritmus).

doc. MUDr. Debora Karetová, CSc. - promovala v r. 1983, poté nastoupila na II. interní kliniku dnešní 1. LF UK, kde pracuje dodnes. Od 90.

Algoritmus – Přehled základních diagnostických a léčebných postupů chronické žilní insuficience



let se věnuje angiólogii. V r. 2005 byla habilitována prací Kardiovaskulární projevy Fabryho nemoci u žen. Kromě toho je trvalým předmětem jejího zájmu farmakoterapie trombózy, ischemické choroby dolních končetin a srdce.



Saphenamed® ucv

Systém, který skutečně pomáhá

Saphenamed je jedinečný kompresivní systém vyvinutý pro léčbu ulcus cruris venosum. Jde o systém dvou k sobě ideálně Inoucíh punčoch. Obě punčochy společně vyvíjí konstantní klidový tlak 40 mmHg, který je doporučován pro léčbu ucv. Jako jediný je indikován přes materiály vlhkého krytí a sekundární fixaci, které dobře fixují na ránu.



Stálý tlak – po dobu nošení je zajištěn klidový tlak 40 mmHg a pracovní tlak 55 mmHg.

Vysoký komfort při nošení – kůže revitalizující SeaCell technologie.

Lehké oblékání – díky skládanému systému dvou punčoch.

Více informací najdete na
www.hartmann.cz
www.lecbarany.cz
 nebo na zákaznické lince
 800 100 333



MUDr. Martin Pehr

NZZ DP hlavního města Prahy, interní ambulance

Kazuistika: kolaps nebo CMP?

Úvod: Definice cévní mozkové příhody dle WHO: CMP jsou rychle se rozvíjející ložiskové nebo celkové poruchy mozkové funkce. Z hlediska epidemiologického je CMP velmi častá, je na druhém místě úmrtnosti a patří mezi nejčastější příčiny invalidizace lidí středního a vyššího věku.



MUDr. Martin Pehr

Etiopatogeneze

1. Ischemie.
2. Hemoragie
3. Krvácení do subarachnoidálního prostoru.
4. Embolie při fibrilaci síní a/nebo septické emboly při infekční endokarditidě.
5. Intrakraniální tromboflebitidy a trombózy splavu.

Příčiny

- A. Lokální - způsobují ischemii v povodí cévy a dochází k teritoriálnímu infarktu. Zde se mohou uplatnit změny vaskulární - ateroskleróza tepen, hematologické - zejména poruchy koagulace, kardiologické - fibrilace síní a onemocnění chlopní, méně významné jsou imunokomplexové vaskulitidy, herpes zoster, bakteriální meningitidy.
- B. Celkové - projevují se v hraničních oblastech povodí cév a dochází ke vzniku interteritoriálního infarktu. Patří sem - celková mozková hypoxie hypoxická (například při CHOPN), dále stagnační hypoxie při závažném srdečním onemocnění nebo těžké hypotenzi. Další příčiny mohou být anémie nebo poškození tvaru a funkce erytrocytů (reologické příčiny).

Klinika

Klinický průběh se liší dle lokalizace uzávěru postižené tepny: /2/

- 1) uzávěr v a. carotis se projevuje jako hemiparéza s hemihyestézií a parézou dolní větve n. facialis
- 2) uzávěr v a. cerebri media se nejčastěji projevuje parézou na horní končetině
- 3) při uzávěru v a. cerebri anterior je postižena dolní končetina a většinou jsou i poruchy funkce svěračů
- 4) uzávěr v a. cerebri posterior se projevuje homonymní hemianopií
- 5) uzávěr ve vertebrobasilární oblasti se projevuje závratí, nauzeou, diplopií, dysfagií, dysartrií, ztrátou citu a parézou dolních končetin
- 6) trombóza venózního sinu způsobí intrakraniální hypertenzi a případně příznaky ložiskové, které nejsou lokalizovány dle cévního zásobení.

Dále se může CMP manifestovat vznikem lakunárního infarktu nejčastěji následkem hypertenzní nemoci a projevuje se slabou hemiparézou, ataxií a dysartrií. /2/

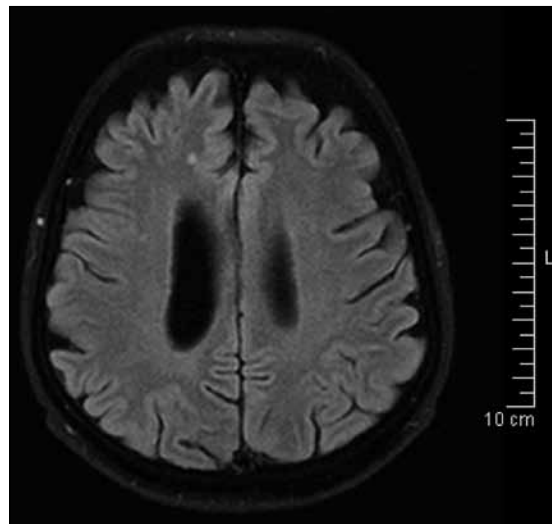
Léčba

Musí být zahájena co nejdříve, nejlépe na JIPu.

- 1) Neuroprotektivní léčba - pomáhá stabilizovat metabolicky nepříznivou situaci v ischemické mozkové tkáni. Používáme nootropika, pentoxifylin, vitamin C a E.
- 2) Trombolytická léčba - k rozpuštění již vzniklého trombu a následnou rekanalizaci tepny se používá systémová trombolýza.
- 3) Hemoreologická léčba - zlepšuje tokové vlastnosti krve a mozkovou mikrocirkulaci - nejčastěji dáváme pentoxifylin.
- 4) Antiedematózní léčba - brání rozvoji mozkového edému. Základem léčby je drenážní poloha těla, sedace, osmoterapie, mandatorní hyperventilace.
- 5) Symptomatická léčba.

Vlastní kazuistika

60-letá pacientka se dostavila do naší ordinace



Obrázek 1: Tečkovitá ložiska gliózy supratentoriálně v bílé hmotě lokalizovaná subkortikálně s maximem frontoparietálně vpravo v sekvenci FSET 2.

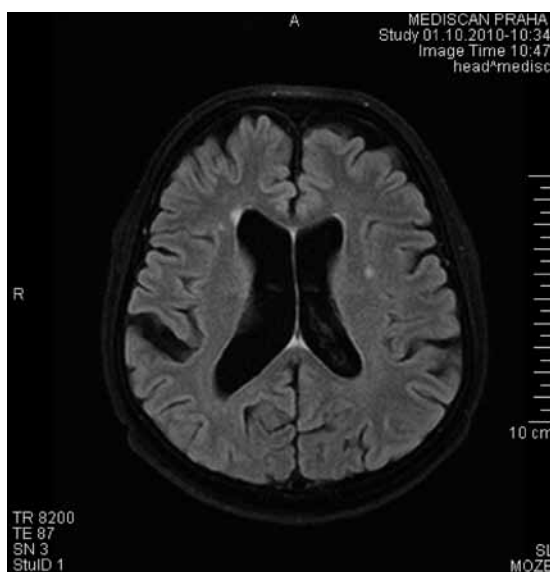
pro **náhle vzniklé bezvědomí a zvracení, obtíže trvaly 30 minut a spontánně odezněly.**

Z anamnézy: v RA bez závažností, OA: nikdy nebyla vážněji nemocná, vyjma opakovaných „kolapsových stavů“, kdy poslední byl před 5 lety.

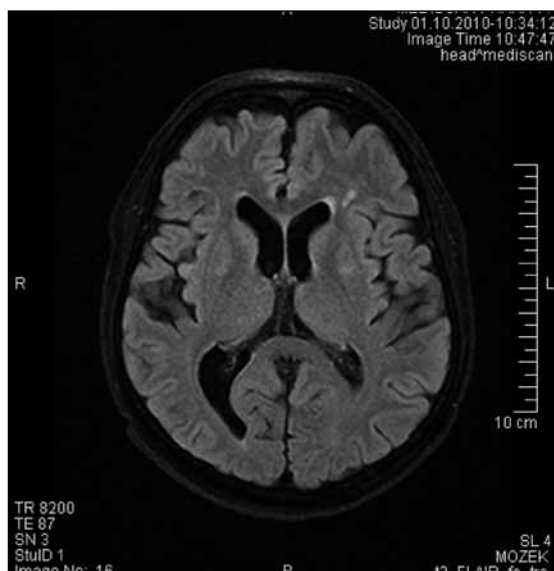
V laboratoři: Na, K, Cl, jaterní testy, glykémie v normě, cholesterol 6,0, TRIG 1,1, HDL cholesterol 1,8, LDL cholesterol 3,7. Na EKG sinusový rytmus, bez ischemických změn. Objektivně byla normotenzní, kardiopulmonálně kompenzovaná, orientačně neurologicky bez poruch hybnosti, bez lateralizace, ameningeální. Byla zevrubně neurologicky vyšetřena na odborném pracovišti a **stav bezvědomí a zvracení byl hodnocen jako ortostatický kolaps.** Dále pak již byla zcela bez obtíží. Pro naléhavé podezření, že se nejednalo o prostý kolaps, jsem pacientku odeslal na CT mozku, kde zjištěna výraznější mozková atrofie, asymetrie SA prostor vpravo - nález by mohl souviset s postischemickými změnami v této lokalizaci. Dále bylo nalezeno **hypodenzní ložisko na periférii zadního raménka capsula interna vpravo.** Při magnetické rezonanci mozku včetně angiografie byla zjištěna tečkovitá ložiska gliózy supratentoriálně v bílé hmotě, lokalizovaná subkortikálně s maximem frontoparietálně vpravo, dále **stav po kortikálním infarktu temporoparietálně vpravo.** Na holterovském monitoringu EKG nebyly zaznamenány poruchy rytmu. Na echokardiografii byl nález bez patologie. Sonografie karotid bez též bez patologie.

Závěr

Jednalo se o **tranzitorní ischemickou ataku v oblasti arteria karotis interna vpravo**, která se v klinické obrazu projevila poruchou vědomí a následným zvracením. Klinický nález se velmi rychle upravil. Přestože byla pacientka podrobně neurologicky vyšetřena, byl nález bez topic- kých neurologických příznaků a byl hodnocen jako prostý kolaps. Přesto jsem se rozhodl poslat pacientku na CT a MR mozku včetně angiografie. Snímky z MR jsou přiloženy (Viz obr. 1-3). K těmto vyšetřením jsem se rozhodl poté, co jsem zjistil při zevrubném anamnestickém vyšetření, že náhle vzniklá bezvědomí se u pacientky vyskytovala i v minulosti před 5ti lety. Etiologie ischémie může být na podkladě sklerózy aorty s aortogenními emboliemi - toto se u pacientky neprokázalo, dále na podkladě stenózy krkavice s arterio-arteriálními emboliemi - rovněž se neprokázalo (USG karotid bez průkazu hemodynamicky významných stenóz). Další příčina může být na podkladě poruch srdečního rytmu, případně fibrilace síní, chlopenních vad - rovněž se neprokázalo (holterovský monitoring EKG bez poruch rytmu a echokardiografie bez poruch kinetiky levé komory a s morfolo- gicky normálními chlopněmi). Jako nejpravděpo-



Obrázek 2: Stav po kortikálním infarktu temporoparietálně vpravo v sekenci FSET2



Obrázek 3: Tečkovitá ložiska gliózy supratentoriálně subkortikálně v bílé hmotě mozkové v sekenci FLAIR, na obrázku zachycen i stav po infarktu temporoparietálně vpravo v sekenci FLAIR.

dobnější příčina se jeví ateroskleróza intrakraniálních cév. **K zabránění dalších atak a dalšímu progresivnímu zhoršování mozkové funkce je nutná léčba aterosklerózy** - jedná se o léčbu režimovou tj. strava s omezením živočišných tuků, dostatek pohybu, pravidelné kontroly krevního tlaku a dále medikamentózní - léčba atorvastatinem a antiagregační léčba anopyrinem.

MUDr. Martin Pehr - promoval v roce 1993, v r. 1998 atestoval z vnitřního lékařství a v r. 2003 ze všeobecného lékařství. Od roku 2002 pracuje v NZZ DP hl. města Prahy jako internista. Je členem Sdružení PL ČR a členem internistické společnosti JEP.



Výměnný pobyt v Holandsku

Zpráva z pobytu a z konference pro praktické lékaře v přípravě



MUDr. Jan Kovář



MUDr. Kristýna
Kožoušková

Vážené kolegyně, vážení kolegové, rádi bychom se s Vámi na těchto řádcích podělili o naše zkušenosti a poznatky z výměnného pobytu a účasti na kongresu pro praktické lékaře v přípravě (GP trainee), který se konal na konci května v nizozemském Haagu. Holandská organizace GP trainee LOVAH a její komise pro zahraniční styky WES připravili dokonale propracovaný a velmi nabitý program, jehož součástí byly i různé společenské akce. Jelikož zde mají lékaři značnou podporu státu, byla tato akce z větší části hrazena holandskou stranou a mohlo se jí zúčastnit na 33 mladých praktiků v přípravě z 19 různých evropských zemí. Letos jsme, my dva níže podepsaní, měli čest reprezentovat naši zemi. První dny programu jsme poznávali taje holandských ordinací. Jeden z nás se vydal do Hoornu, druhý do Haagu. Následující čas jsme již trávili společně, navštívili jsme lékařskou universitu a školící středisko pro praktické lékaře se sídlem v Leidenu a poté jsme se účastnili mezinárodního kongresu pro PL v přípravě - LOVAH, který se konal v Haagu.

Hoorn: Ve středisku, které si čtyři praktici společně vybudovali v bývalé hasičské zbrojnici, mne přivítal školitel, trainee a 2 sekretářky/sestřičky, které tvořily páteř systému. Ty měly za úkol do slova „triage“ - třídění pacientů. Kdo se chtěl dostat k lékaři, musel je přesvědčit, že je to skutečně nutné. Neexistovalo žádné „já jdu za panem doktorem.“ Dále bylo nutné se dopředu objednat. Měl-li pacient štěstí, mohl se „vejít“ ještě do téhož dne. Jiné cesty nebylo. Školenec a školitel měli oddělené ordinace. Denně každý vyšetřil průměrně 20-25 pacientů. Chronickou medikaci píše při stabilním stavu „sekretářka“, dispenzarizaci diabetiků, CHOPN pacientů a odvykajících kuřáků mají na starosti specializované sestry. Mezi jejich kompetence patří i vyhodnocování spirometrie, laboratoře, fyzikálního nálezu, až teprve odchylky od normy vidí lékař. Neschopenky zde řeší zaměstnanečtí doktoři, které má k dispozici každá firma. Nezvyklé je však pro nás spektrum pacientů a výkonů. Praktik, tak jako v Anglii, pracuje zároveň jako PLDD (s výjimkou vakcinace a periodických prohlídek - na to mají preventivistu) a ambulantní gynekolog (těhotné ženy sleduje porodní asistentka a asi 40% porodů probíhá doma). Vzhledem ke spektru péče nemají prakticky omezenou preskripci. Pouze nesmí nasazovat onkologickou terapii. Jinak jim pojišťovna věří, že vědí co dělají. A sami lékaři jsou vcelku opatrní (můj školitel např. nepředepisoval glitazony a inkretiny - „málo důkazů, vysoká rizika...máme k dispozici lepší, tak proč riskovat...“). Další odlišností je přísný „gatekeeping“ systém, ke specialistovi jedi-

ně s doporučením od praktika. Vedle toho provádí holandští kolegové celou škálu výkonů malé chirurgie, např. kožní incize a biopsie, punkce kloubů, odstranění hordeola, podkožních lipomů, vasktomie či zavádění nitroděložního tělíska. Se zájmem jsem se těšil na diskuzi porovnávající fungování preventivních prohlídek. Žel, v Holandsku je ale nemají, takže diskuze byla krátká. Proč provádíme tak často komplexní prohlídky, pochopili až při zmínce, že jsou vyjmuty z kapitační platby. Péči alespoň z části připomínající preventivní prohlídky vykonávají de facto náhodně anebo až při symptomech onemocnění. Co se týče jejich kapítace, tak dostávají zhruba čtvrtletně 14 - 24 Euro, indexováno dle věku, + 9 Euro za návštěvu ordinace (nad 20 minut 18 Euro), 13,5 Euro za návštěvu u pacienta (nad 20 min 22,5 Euro) a 68 Euro za chirurgický výkon. Veškeré peníze dostávají od pojišťovny, regulační poplatky zde nemají. Pojišťovna vybírá od pacientů základní pojistné, které kryje většinu péče, lze si však i přikoupit nadstandard - např. na úhradu fyzioterapie, zubare apod. Dále si mohou praktici přivydělat pohotovostními službami. Atestovaní lékaři musí odsloužit 5 nočních služeb ročně v instituci zvané „central GP“, aby nepřišli o licenci. Službu nelze prodat či delegovat na kolegu.

Den Haag: Vzhledem k brzkému přiletu jsem se dostavila do cíle dříve, než jsem očekávala nejen já, ale i má hostitelka Annemarie. Proto jsem mohla díky získanému času navíc, strávit skoro celé dva dny v její ordinaci. Byla to velmi příjemná, mladá paní doktorka v přípravě. Pracovala v lékařském centru de Rubenshoek, kde se nacházela i praxe jejího školitele, který jí byl v případě potřeby kdykoliv k dispozici. Jelikož se jednalo o centrum s více lékaři, neměli zde praktici až na pár výjimek stálé pacienty. Někdo by mohl namítnout, jak tedy zvládají v deseti minutách, které mají pro každého pacienta vyhrazeny, nejen anamnézu, ale i vyšetření? Velice jednoduše, v počítačích mají nainstalovány programy, které obsahovaly nejen jejich základní anamnézu, ale i všechna předchozí vyšetření, laboratorní hodnoty, včetně zpráv z hospitalizace a všech externích vyšetření. Neexistuje zde klasická papírová zdravotní karta. Pokud byl pacient odeslán na nějaké odborné pracoviště, zobrazovací metodu či odběr krve, byl výsledek ve velmi krátké době k dispozici v programovém komplementu. Toto centrum bylo počítačově propojeno s místní nemocnicí. Velmi se mi zamlouval jejich systém psaní receptů, stačilo pouze datum narození a podpis lékaře. Pokud pacient uvedl lékárnu, ve které si daný lék vyzvedne, byl do dané lékárny recept elektronicky ode-



slán. Jak už kolega uvedl ve svém příspěvku, spektrum výkonů zde bylo úplně stejné a "triage" přes asistentky lékařů zde fungovala taktéž. Denně zde každý lékař ošetřil okolo 30 pacientů. Jelikož se toto centrum nacházelo v okrajové části Haagu, ve které žila spousta národnostních menšin, zejména muslimů, byli často lidé neovládající holandštinu či angličtinu doprovázeni svými partnery, případně i jinými osobami, které byly požádány po cestě k lékaři o překlad. Taktéž jsem ocenila přátelský přístup mezi pacientem a lékařem, dokonce bych řekla, že si zde pacienti lékařů váží více než u nás. Za velmi pěkné gesto jsem považovala podání ruky při příchodu i odchodu z ordinace, což v některých českých ordinacích chybí. Co se mi moc nezamlouvalo, bylo vyšetřování v běžném denním oděvu, přišlo mi to trochu nehygienické, ale asi jde jenom o zvyk. Ale kdybych měla celkově zhodnotit jejich systém – je naprosto jednoduchý a funguje úžasně.

Leiden: Na půdě university, jejíž součástí bylo i školící středisko pro praktické lékaře v přípravě, jsme společně simulovali tzv. training day. Vzdělávací program PL v Holandsku trvá taktéž tři roky jako u nás, ale skládá se z jiných částí - dva roky stráví trainee v ordinaci PL, 6 měsíců na emergency a po 3 měsících na geriatrici a psychiatrii, každou stáž ukončí zkouškou. Součástí přípravy je tzv. training day, který mají školenci 1x týdně na půdě své university, která je taktéž garantem jejich postgraduální přípravy. V tento den si mohou holandští trainee vyměňovat své zkušenosti z ordinací, případně se poradit o dalším postupu u komplikovaného pacienta. Dalším programem tohoto dne je předem určené odborné téma a zdokonalování se v komunikaci s pacientem. Dopoledne bylo věnováno výměně našich poznatků z holandských ordinací a jejich srovnávání s našimi domácími. Při mezinárodním srovnávání jsme narazili na některé zajímavosti. S chorvatskými, polskými a ukrajinskými kolegy jsme si notovali, jak jsme na tom v porovnání s ostatními špatně, jak jsou naši pacienti zvyklí dostat všechno a hned a jak s tím těžko bojujeme. Ale opak byl pravdou, např. i v Itálii to bylo podobné. Chorvati mají nezáviděníhodnou pozici v systému, jejich specialisté pouze doporučují danou terapii a medikaci, a praktický lékař to vše předepisuje, nese kůži na trh, nemluvě o tom, že zde existuje pouze jedna zdravotní pojišťovna. A co teprve Turci, ti teprve zakládají obor, takže místo seznamování jsme pro ně vyplňovali dotazníky o národních vzdělávacích programech pro PL, aby měli na čem stavět. Na úvod je snad může těšit to, že jejich mladý obor má velkou oblibu u pacientů a denně jich ošetří asi kolem stovky. Vesměs mají všichni v Evropě 3-letou přípravu, ale ve většině zemí se uvažuje o jejím prodloužení, někde na čtyři, jinde na pět let. Nečekaný byl také počet mladých PL, kteří se věnují vědecké činnosti např. ve Švédsku se zabývají vlivem počítače v ordinaci na vztah lékaře a pacienta. Zjistili, že po zavedení počítačů do ordinací, se čas věnovaný pacientovi asi o čtvrtinu zkrátí. Součástí "training day" je i zdokonalování se v místní posedlosti - komunikace s pacientem tzv. „communication skills.“ Průběh návštěvy pacienta je nahráván na video a poté jsou dle přísného třiceti stránkového manuálu komisi, jejíž součástí je i psycholog, hodnoceny jednotlivé části jako např. žádost o pomoc (typu: Co vás přivádí? Jak Vám můžu pomoci?), vysvětlení dalšího postupu, diagnózy, vyšetřovacího postupu (Teď Vám budu vyšetřovat břicho, budu na něj mačkat), projev emocí a empatie, shrnutí informací a dále. Pokud z úst lékaře nezazní některá „povinná“ sousloví, je daná část ohodnocena nula body. Každý trainee toto musí podstoupit dvakrát do roka, je to velmi obávaná část přípravy. Jelikož chtějí dosáhnout nejlepšího ohodnocení, naučili se lékaři postupovat pod-

le existujícího manuálu, přesně větu za větou a skutečně, čím více otázek bylo položeno z dané předlohy, tím více získali bodů, a nedej bože, kdyby dané pořadí otázek nedodržel. Komunikace pak působila místy sterilně až neosobně. Pokud lékař nedosáhl v této části přípravy dostatečného počtu bodů, nemohla mu být udělena licence. Odpolední program byl věnován prezentacím na různá, pokud možno národní, zdravotní témata. My jsme si zvolili téma „Role PL ve screeningu kolorektálního karcinomu.“ Kolegové z některých zemí byli velmi překvapeni, z diskuze jen pro příklad skoro vydešený dotaz jednoho z nich: „Vy vyšetřujete zdravé lidi?“, někteří dokonce slovo koloskopie neuměli ani vyslovit a shodli se, že by tuto metodu pro „bolestivost“ výkonu nepodstoupili. Také se podívovali, jestli nemáme tak vysokou morbiditu právě proto, že tak intenzivně nemocné hledáme. Během pětiminutové diskuze se ale víc bohužel nestihlo probrat. Zatím takto propracovaný screeningový program nikdo z kolegů neznal. Večer bylo pro nás připravené v jedné z plážových restaurací báječné barbeque. Byl to velmi příjemně strávený den.

LOVAH – kongres pro praktické lékaře v přípravě, kterého se účastnilo několik stovek holandských trainee a asi kolem čtyřiceti účastníků z jiných zemí. Pro nás, holandštinu neovládající, byly připraveny, ve většině případů interaktivní, anglicky mluvené workshopy, např. Proč bych chtěl pracovat ve Vaší zemi?, Virus H1N1 a role PL, Péče o umírající, a další. Přednášky v hlavním sále, prezentované mezinárodními hosty, byly na témata pro lékařský kongres velmi neobvyklá, např. „Social movements“ - o historii boje proti otroctví a jak malá skupina přesvědčených a odhodlaných lidí dokázala změnit svět, nebo o terapii smíchem s praktickým nácvikem. Když nás zajímalo, zda pořádají i klasické vzdělávací kongresy, odkázali nás kolegové na své doporučené postupy, ze kterých se sami vzdělávají a které jsou pravidelně aktualizované. O přestávkách jsme se mohli občerstvit a zároveň si prohlédnout stánky zdejších farmaceutických firem. Po nabitém celodenním programu bylo pro všechny účastníky kongresu připraveno v místním společenském sále večerní pohoštění a taneční parket s živou hudbou. Všichni si to moc užili, vše bylo dokonale připravené, prostě úžasné. Rádi bychom touto cestou poděkovali nejen holandské straně, ale i nedávno vzniklé organizaci Mladí praktici za příležitost zúčastnit se tak zajímavé akce. Pevně doufáme, že Vás naše postřehy inspirují a pomohou nám všem poskytovat kvalitní péči na mezinárodní úrovni.

MUDr. Jan Kovář - absolvoval 2. LF v roce 2007, t.č. rezident v oboru VPL v ordinaci ve Volyni. Člen organizace Mladí praktici, SVL, SPL.

MUDr. Kristýna Kožoušková - absolventka LF UP Olomouc 2009, lékařka v predatestační přípravě v oboru Všeobecné praktické lékařství.

Účastníci výměnného pobytu v Holandsku



POEM: Patient oriented evidence that matters

Vědecké důkazy aplikovatelné v každodenní péči o pacienta

vzorek 351 531 mužů:

diagnóza Ca prostaty byla o 50% častější u skrínovaných mužů, ale žádný vliv na celkovou mortalitu ani samotnou mortalitu na karcinom prostaty

sibutramin zvyšuje pravděpodobnost nefatálního infarktu myokardu a nefatální mozkové příhody

PSA skrínung nesnižuje mortalitu

Klinická otázka:

Snižuje skrínung karcinomu prostaty celkovou mortalitu nebo mortalitu na karcinom prostaty?

Závěr:

V posledních 4 letech výsledky ze 4 randomizovaných studií zahrnujících více než 350 000 mužů potvrdily předchozí výzkum: Skrínung karcinomu prostaty pomocí PSA (prostate-specific antigen) u asymptomatických mužů nesnižil celkovou mortalitu ani mortalitu na karcinom prostaty. (LOE = 1a)

Reference:

Djulgovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2010;341:c4543 doi:10.1136/bmj.c4543.

Typ studie:

Meta-analýza (randomizované kontrolované studie)

Financování:

Samofinancováno nebo nefinancováno

Prováděcí prostředí studie:

Různé (meta-analýza)

Synopse:

Tato analýza aktualizuje systematický přehled dvou studií publikovaných v r. 2006 v Cochrane Library. Od doby tohoto přehledu, byly dokončeny další 4 studie, které zapojily celkový počet 351531 pacientů. Autoři této meta-analýzy identifikovali všech 6 randomizovaných studií srovnávajících skrínung se stavem bez skrínungu u asymptomatických mužů při použití několika databází, včetně Cochrane Registry of Controlled Trials, s tím, že 2 výzkumníci nezávisle prováděli vyhledávání a abstrakci dat. Autoři také prohledávali abstrakta relevantních konferencí. Jedna studie poskytla celých 46% z celkového počtu pacientů. Kvalita studií byla pouze střední u většiny ze studií. Čtyři studie hodnotily účinek skrínungu na mortalitu ze všech příčin, přičemž nenalezly žádný užitek skrínungu na celkovou mortalitu, nenalezly žádný benefit skrínungu ani v případě, když pacienti byli sledováni 9-14 let. Úmrtí na karcinom prostaty také nebylo sníženo skrínungem, ačkoliv mezi studiemi byla jistá heterogenita. Překvapením nebylo, že diagnóza karcinomu prostaty byla téměř o 50% pravděpodobnější u skrínovaných mužů.

Sibutramin zvyšuje riziko KV příhod a není efektivní pro snížení váhy

Klinická otázka:

Snižuje sibutramin pravděpodobnost kardiovaskulárních (KV) příhod u obézních pacientů?

Závěr:

Sibutramin (Meridia) lehce zvyšuje riziko kardiovaskulární a cerebrovaskulární příhody (počet potřebný léčit, aby bylo způsobeno poškození [NNTH] = 71). Průměrné snížení váhy bylo přibližně o 2,5 kg vyšší než u placeba. Při ceně, riziku a nedostatku účinnosti na snížení váhy je těžké si představit situaci, ve které by kdokoliv předepsal tento lék (poznámka editora: Zjevně s tím souhlasí FDA, která vyjmula sibutramin z trhu při ukončování této studie). (LOE = 1b)

Reference:

James WP, Caterson ID, Coutinho W, et al, for the SCOUT Investigators. Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes in overweight and obese subjects. N Engl J Med 2010;363(10):905-917.

Typ studie:

Randomizovaná studie (dvojitě zaslepená)

Financování:

Průmysl

Prováděcí prostředí studie:

Ambulantní (jakékoliv)

Rozdělení:

Tajné rozdělení

Synopse:

Sibutramin je široce používaný pro snížení váhy; jde o inhibitor zpětného vychytávání norepinefrinu a serotoninu. Do této velké studie autoři zahrnuli dospělé středního a vyššího věku s body mass indexem 27-45, nebo i 25-45 v případě, že měli obvod pasu 102 cm a více u mužů nebo 88 cm a více u žen. Všichni účastníci měli buď známé kardiovaskulární onemocnění, diabetes nebo obojí nebo alespoň 1 rizikový faktor. Pro několik protikladných výsledků bylo po 15 měsících přistoupeno k omezení zařazování pacientů, kteří měli současně kardiovaskulární onemocnění a diabetes. Do studie bylo zařazeno 10744 pacientů, z nichž 9804 nakonec postoupilo do finální studie. Skupiny byly na začátku studie vyrovnané a analýza byla prováděna s úmyslem léčit. Ze studie byli vyřazeni pacienti, kteří měli po 6 týdnech sledování zrychlenou srdeční činnost nebo hypertenzi. To ale způsobilo jisté zkreslení selekce, protože většina pacientů skutečného světa neměla zpočátku studie tak těsné monitorování. Pacienti byli randomizováni do skupiny, která dostávala 10 mg si-

butraminu a do skupiny s placebem. Dávka léku byla zvýšena na 15 mg, pokud pacient dostatečně nesnížil váhu. Pacienti se pohybovali ve věku od 51 let do 88 let (průměrně 63 let) a byli sledováni po průměrnou dobu 3,4 let. Během této doby přibližně 40% sledovaných v každé skupině předčasně ukončilo užívání „studijního“ léku. I když to je vysoký odpad, chybějící rozdíl mezi skupinami je svým způsobem ujišťující. Primárním výsledkem studie byl složený výskyt nefatálního infarktu myokardu, nefatální mozkové příhody, nefatální srdeční zástavy a kardiovaskulárního úmrtí. Primární výsledek byl častější ve skupině léčené sibutraminem (11,4% vs 10,0%; $P = 0,02$; NNTH = 71). Výsledek byl přednostně ovlivněn zvýšenou pravděpodobností nefatálního infarktu myokardu (4,1% vs 3,2%) a nefatální mozkové příhody (2,6% vs 1,9%). Nebyl zjištěn žádný signifikantní rozdíl v mortalitě ze všech příčin (10,1% vs 9,7%).

Subklinická hypotyreóza je spojená se zvýšeným rizikem koronární srdeční nemoci

Klinická otázka:

Mají dospělí se subklinickou hypotyreózou zvýšené riziko koronární srdeční nemoci?

Závěr:

Subklinická hypotyreóza je signifikantně asociována se zvýšeným rizikem koronární srdeční nemoci a s ní spojenou mortalitou pouze u dospělých s hladinou TSH (tyreoideu stimulační hormon) 10-19,9 mIU/l. Celková mortalita u subklinické hypotyreózy, bez ohledu na hladinu TSH, zvýšená není. Dříve publikované systematické přehledy (Surks MI, et al. JAMA 2004;291:228-38) neshledaly žádné důkazy pro užitečnost skríníngu nebo léčby subklinické hypotyreózy. ((LOE = 1a)

Reference:

Rodondi N, den Elzen WP, Bauer DC, et al, for the Thyroid Studies Collaboration. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. JAMA 2010;304(12):1365-1374.

Typ studie:

Systematický přehled

Financování:

Vláda

Prováděcí prostředí studie:

Různé (meta-analýza)

Synopse:

S cílem vyjasnit kardiovaskulární riziko u subklinické hypotyreózy tuto výzkumníci prohledali MEDLINE a EMBASE databáze na prospektivní kohortové studie dospělých, kteří měli vyšetřenu základní funkci štítné žlázy a byli dále sledováni pro následnou morbiditu a mortalitu na koronární srdeční onemocnění. Při výběru nebyly použity žádné jazykové restrikce. Dvě osoby nezávisle na sobě zhodnotily studie s ohledem na zařazovací a metodologickou kvalitu při použití standardních kritérií. Nesouhlas byl řešen diskusí se třetím výzkumníkem. Subklinická hypotyreóza byla definována jako sérové hladiny TSH mezi 4,5 mIU/l až maximálně 20 mIU/l, s normální hladinou T4. Analýzy byly přizpůsobeny podle věku, pohlaví a tradičních kardiovaskulárních rizikových faktorů. Dvanáct studií dosáhlo kritérií způsobilosti pro zařazení a 11 mezinárodních prospektivních kohort poskytlo datečná data. Z celkového počtu 55287 dospělých, 3450 (6,2%) splnilo laboratorní kritéria pro subklinickou hypotyreózu. Všechny studie měly maximálně 5% ztráty při sledování (od 2,5 let až o 20 let). Celkově nebyly zjištěny signifikantní rozdíly ve výskytu koronárních příhod, koronární mortality a celkové mortality mezi pacienty se subklinickou hypotyreózou a pacientů s eutyreózou. Riziko koronárních příhod a koronární mortality bylo nicméně zvýšené ve skupině účastníků s hladinou TSH mezi 10 mIU/l a 19,9 mIU/l. Celková mortalita nebyla u subklinické hypotyreózy zvýšena, bez ohledu na hladinu TSH.

subklinická hypotyreóza je signifikantně asociována se zvýšeným rizikem koronární srdeční nemoci a s ní spojenou mortalitou pouze u dospělých s hladinou TSH 10-19,9 mIU/l.

Copyright © 2010 by Wiley

Subscription Services, Inc. All rights reserved.

Z angličtiny přeložila J. Laňková

KOMPLEXNÍ PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ PRO ORDINACE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

BTL-08 Win

- ♦ dvanáctikanálové počítačové EKG

~~43.000 Kč~~
35.500 Kč



BTL-4610 PROFESSIONAL

- ♦ jednokanálový elektroléčebný přístroj

~~42.000 Kč~~
24.900 Kč



Primedic HeartSave AED-PAD

- ♦ automatizovaný externí defibrilátor

~~49.000 Kč~~
36.350 Kč



**POSLEDNÍ ŠANCE PRO VÁS!
NÁKUP PŘÍSTROJŮ SE SLEVOU
JEN DO KONCE ROKU!**

BTL-1300 BASIC

- ♦ základní dvojdišné motorové polohovatelné lehátko

~~24.900 Kč~~ 19.500 Kč



**VOLEJTE A PIŠTE O DALŠÍ
AKČNÍ NABÍDKY!**



BTL zdravotnická technika, a.s.

Šantrochova 16, 162 00 Praha 6

TEL 270 002 411

FAX 235 361 392

GSM 777 920 273 (kardiologie)

777 920 282 (rehabilitace)

E-MAIL obchod@btl.cz

www.btl.cz

**VYŽÁDEJTE SI PODROBNÉ
INFORMACE A NÁVŠTĚVU
PRODUKTOVÉHO SPECIALISTY!**

Ceny uvedeny bez DPH



Jaké je nejvýhodnější připojení na Internet?



MUDr. Cyril Mucha



Ing. Patrik Šolc

**nejlepší poměr
cena / výkon je
u kabelového
připojení**

**pro získání lepší ceny
musíte mít uzavřenou
smlouvu alespoň
na 1 rok**

Nikdo z nás asi nepochybuje, že připojení ordinace k internetu je novou a dnes již téměř nezbytnou dimenzí ordinace. Má samozřejmě i své ekonomické dopady. Na „mínusové“ straně je platba za připojení, resp. zařízení, která k připojení potřebujeme, na straně druhé, tedy „plusové“, jsou různé výhody nebo dokonce finanční benefity na které bychom bez internetu „nedosáhli“. Jen namátkou: odesílání dávek pojišťovnám, program Akord VZP, „Karta života“, možnost ověřování r.č. pacientů přímo v registrech pojištěn, internetové bankovníctví, vyhledávání v registrech, kontroverzní IZIP, vzdálená správa počítačů a mnoho dalších. Pokud právě uvažujete o novém připojení nebo změně již stávajícího, mělo by Vám toto pokračování našeho cyklu pomoci.

Zvažujete, zda je lepší připojení na Internet přes telefon, ADSL? Nevíte, jaké výhody má připojení přes mobilní telefon?

Před několika lety jste se mohli připojit na internet pomocí modemu a rychlost byla deseti až stonásobně pomalejší než je nyní. V poslední době dochází v případě připojení na Internet k velkým změnám.

Jaké jsou možnosti připojení na Internet?

Nejdostupnější je připojení pomocí ADSL (98 % domácností v České republice). Je to připojení pomocí speciální telefonní linky. Pokud splňuje vedení telefonního operátora některé podmínky, stačí doma mít jen telefonní zásuvku. Dalším nejrozšířenějším připojením je kabelové připojení, dostupné většinou ve větších městech a některých domech. Bývá u něj poměr cena/rychlost nejvýhodnější. Velmi oblíbení na českém trhu jsou i lokální WiFi poskytovatelé. Jsou to většinou menší místní poskytovatelé, které přivedou internet např. do příslušné obce a poté pomocí antén signál předávají jednotlivým uživatelům. Cena bývá příznivá, je ale u nich riziko menší stability.

Jak rychlý internet opravdu využijete?

Pokud uvažujeme o novém připojení, měli bychom si položit nejdříve otázku, jakou rychlost skutečně využijeme. Většinou platí „čím rychlejší, tím dražší“. Běžný uživatel, používající internet pro vyřizování e-mailů, prohlížení videí, hledání různých informací, čtení aktuálních zpráv, či pro práci z domova, si vystačí s připojením do 4 Mb/s. Pokud odesíláme nebo stahujeme větší množství dat, je vhodné připojení kolem 10 Mb/s. Pokud máme v ordinaci více počítačů v síti, je možné připojení i rychlejší.

Existují následující způsoby připojení na Internet:

- Kabelový Internet (např. přes kabelovou televizi UPC)
- ADSL připojení od Telefonica O2 nebo T-mobile
- Bezdrátové připojení na Internet (Wi-Fi)
- Bezdrátový mobilní Internet (TO2, T-mobile)
- Internet v mobilu (TO2)

Klady a zápory jednotlivých typů:

Kabelový Internet

Výhody

- největší rychlost (maximální rychlost je u stahování až 100Mb, rychlost odesílání je 10 Mb).
- nepotřebujete mít pevnou telefonní linku

Nevýhody

- kabelové připojení je dostupné pouze ve vybraných městech, kde je kabelová televize

ADSL připojení

Výhody

- je použita přípojka běžné telefonní sítě, a proto není potřeba žádná složitá instalace
- lze současně telefonovat a používat internet

Nevýhody

- mít zavedenou pevnou telefonní linku
- datové limity tzv. FUP, tedy omezení množství dat za časovou jednotku (např. měsíc) – v poslední době jsou však datové limity rušeny
- pro získání lepší ceny musíte mít uzavřenou smlouvu na 1 rok resp. 2 roky

Bezdrátové připojení na Internet (Wi-Fi)

Můžete se také setkat se zkratkou WiFi (Wireless Fidelity). Dříve bylo toto připojení využíváno pro bezdrátové připojení do lokální sítě firmy. Později se toto řešení rozšířilo pro připojení na Internet (tzv. hotspoty).

Výhody

- flexibilita v pohybu, nemusíte mít připojen notebook kabelem

Nevýhody

- pomalejší odezva,
- riziko vzájemného rušení jednotlivých Wi-Fi sítí ve velkých městech

Bezdrátový mobilní Internet

Rychlost připojení závisí na technologii, kterou jste připojeni k síti. Připojení je umožněno pomocí tzv. modemu (může být přímo v počítači, nebo se připojí do počítače dodatečně). Modem sám rozpozná, jaká technologie je v dané lokalitě nejlepší pro připojení. V tuto chvíli jsou k dispozici následující technologie: 3G, Edge, GPRS. Modem nebo mobilní telefon po připojení ukáží formou ikonky nebo popisu, kterou z technolo-



gii právě využívají. V nejrychlejší síti 3G dosahuje rychlost stahování až 3,6 Mbit/s, s pokrytím EDGE pak 236 kbit/s, na zbytku území s pokrytím GPRS rychlosti 48 kbit/s.

Výhody

- flexibilita v pohybu, můžete být připojeni na internet kdekoli (v autě, doma, na kongresu, v hotelu...)

- lze současně telefonovat a používat internet

Nevýhody

- datové limity (FUP) – v poslední době jsou však datové limity rušeny

- někteří mobilní operátoři nemají pokrytí signálem pro datový přenos (nejlepší je nyní Telefonica O2, která má vysokorychlostní připojení 3G ve všech velkých městech a mimo města funguje rychlý Internet (Edge, GPRS))

- pro získání lepší ceny musíte mít uzavřenou smlouvu na 1 rok resp. 2 nebo 3 roky

Bezdrátový mobilní Internet – denní balíčky

Pokud nejste připojeni na Internet celý měsíc (30 dnů v měsíci), tak se vyplatí využít nabídky od Telefonica O2 (TO2) na mobilní Internet formou denních balíčků. Navíc TO2 dodává kompletní sadu, která obsahuje moderní 3G USB modem Huawei E1750 se SIM kartou a pět týdnů internetu zdarma. Toto zařízení stačí připojit do USB portu a notebook se rázem stává živým zařízením, nabízejícím zcela nové možnosti. Žádné složité instalace, nastavování nebo vyčkávaní na spojení. Uživatel se jednoduše připojí a ihned je v kontaktu s celým světem.

S příchodem integrovaných 3G modemů v notebookech nabízejí přímou cestu ke spolehlivé datové síti zabudované SIM karty. Na český trh jsou v tomto praktickém balení se zabudovanou SIM kartou pro mobilní připojení dodávány například počítače ASUS, Lenovo, či SONY Vaio řady S a Z. Dalším příjemným bonusem k této nabídce jsou pak 3 měsíce internetu zdarma.

Výhody:

- pro využití internetu v případě potřeby (na bázi předplaceného kreditu – cena za službu se ihned odečítá)

- bez nutnosti vázat se podpisem smlouvy

Internet v mobilu

Podmínky rychlosti připojení jsou stejné jako u bezdrátového mobilního Internetu. Jediné omezení je, že toto připojení se využívá jen pro případ, že na Internet se připojujete pouze přes mobilní telefon (a nemáte připojen notebook). Většina mobilních telefonů umožňuje zobrazit internetové stránky. Proto pokud chcete pouze z mobilu přistupovat na Internet pouze nebo odesílat poštu, tak je vhodné využít tento levný způsob připojení na Internet.

Výhody

- flexibilita v pohybu, můžete být připojeni na Internet kdekoli (v autě, doma, v hotelu...)

- lze současně telefonovat a používat internet

Nevýhody

- datové limity (FUP) – v poslední době jsou však datové limity rušeny

Co je FUP?

U některých připojení dochází i k nastavení datových limitů (tzv. FUP - Fair User Policy)

- FUP je služba, která chrání běžné uživatele před omezeními vzniklými nadměrným zatěžováním prostředků sítě jinými uživateli. Zajišťuje tak lepší dostupnost a kvalitu služby pro většinu uživatelů

- FUP (Fair User Policy) je běžné opatření poskytovatelů internetových služeb používaných ve světě i v České republice

- Principem je postupné snižování přenosové rychlosti u těch uživatelů, kteří zatěžují prostředky sítě nadměrným způsobem, zejména používáním programů pro automatické a dlouhodobé stahování velkého objemu dat.

- Objemem přenesených dat se rozumí součet přenesených dat za download i upload za určité období.

- Běžných uživatelů, kteří používají připojení zejména pro www a e-mail, se toto snižování rychlosti nedotkne.

Jaká je Vaše rychlost připojení?

Doporučujeme si ověřit, zda deklarovaná rychlost odpovídá rychlosti v dané oblasti. Např. poskytovatel definuje maximální rychlosti pro stahování dat a pro odesílání dat.

Rychlost si můžete změřit např. na stránkách:

<http://www.dsl.cz/mereni-rychlosti>

<http://www.lupa.cz/nastroje/speedmeter/>

<http://www.upc.cz/internet/test-rychlosti/>

FUP je „služba“, která sleduje množství stažených dat, pokud je překročen nasmlouvaný limit, je postupně snižována rychlost připojení

Orientační ceny připojení 11/10

Typ připojení (rychlost stahování dat/ rychlost odesílání dat)	Cena (měsíčně)
UPC 10 Mb/1Mb	494 Kč
UPC 100 MB/10 Mb	999 Kč
ADSL Telefonica O2 8 Mb/512kb	400 Kč (akční cena pro 1. rok)
ADSL Telefonica O2 16 Mb/512kb	400 Kč (akční cena pro 1. rok)
ADSL T-mobile 8 Mb/512kb	699 Kč
ADSL T-mobile 16 Mb/768kb	849 Kč
Bezdrátový Internet (Wi-Fi) 6Mb/1Mb	cca 420,- Kč*
Mobilní Internet (TO2) 3,6Mb/1,5Mb	od 300,- Kč (v kombinaci s ADSL cena pouze 200 Kč)
Mobilní Internet (T-mobile) 3Mb/512kb	od 499 Kč
Mobilní Internet (TO2) – denní balíčky 3,6Mb/1,5Mb	od 35 Kč/den (tzv. denní balíčky). Pro vybrané notebooky 3 měsíce zdarma!
Internet v mobilu (TO2) 3,6Mb/1,5Mb	150 Kč

*závisí od podmínek místního poskytovatele bezdrátového Internetu

Očkování proti infekčním nemocem dle aktuálního znění vyhlášky MZ



MUDr. Jozef Čupka

**ZMĚNY V OČKOVÁNÍ
PROTI TUBERKULÓZE**
– bude očkován jen
někdo

Vážené kolegyně a kolegové,
v následujícím textu přinášíme aktuální informace o legislativních změnách ve vyhlášce MZ ČR č. 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem dle aktuálního znění vyhlášky MZ č. 299/2010 Sb. **BAREVNĚ JSOU NOVINKY PLATNÉ OD 1.11.2010**, kde se mění § 2, § 3, § 4, § 6, § 9 odst. 1, § 13 odst. 1, § 16; ruší § 8 a § 12; vkládá nové přílohy č. 2 a 3

§ 1

Předmět úpravy

Tato vyhláška upravuje

- členění očkování, podmínky provedení očkování a pasivní imunizace, způsoby vyšetřování imunity, pracoviště s vyšším rizikem vzniku infekčního onemocnění a podmínky, za kterých mohou být v souvislosti se zvláštním očkováním fyzické osoby zařazeny na tato pracoviště,
- případy, kdy je před provedením pravidelného a zvláštního očkování fyzická osoba povinna podrobit se vyšetření stavu imunity a kdy je povinna podrobit se stanovenému druhu očkování, a
- rozsah zápisu o provedeném očkování do očkovacího průkazu nebo zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého a do zdravotnické dokumentace očkovaného.

§ 2

Členění očkování

- Očkování proti infekčním nemocem se člení na
 - pravidelné očkování proti tuberkulóze, proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem *Haemophilus influenzae b*, přenosné dětské obrně a virové hepatitidě B, proti spalničkám, zářenkám a příušnicím, proti pneumokokovým nákazám a proti virové hepatitidě B,
 - zvláštní očkování proti virové hepatitidě A a virové hepatitidě B a proti vzteklině,
 - mimořádné očkování, kterým se rozumí očkování fyzických osob k prevenci infekcí v mimořádných situacích,
 - očkování při úrazech, poraněních, nehojících se ranách a před některými léčebnými výkony, a to proti tetanu a proti vzteklině, a
 - očkování, provedené na žádost fyzické osoby, která si přeje být očkováním chráněna proti infekcím, proti kterým je k dispozici očkovací látka.
- V případech stanovených touto vyhláškou se pravidelné očkování provádí jako:

- základní očkování, při kterém se podává jedna nebo více dávek očkovací látky potřebných k dosažení specifické odolnosti proti dané infekci, a
- přeočkování, při kterém se podává obvykle jedna dávka očkovací látky, která opětovně navodí požadovaný stav odolnosti proti dané infekci.

§ 3

Pravidelné očkování proti tuberkulóze

(1) Očkování se provede u dětí s indikacemi uvedenými v příloze č. 3 k této vyhlášce. Indikaci k očkování podle přílohy č. 3 k této vyhlášce posoudí lékař novorozeneckého oddělení zejména na základě zákonným zástupcem dítěte vyplněné I. části dotazníku k definici rizika tuberkulózy, uvedeného v příloze č. 2 k této vyhlášce. Lékař novorozeneckého oddělení vyplní II. část dotazníku a vyplněný dotazník, jako součást propouštěcí zprávy, předá registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost. V případě, že dítě má indikaci k očkování podle přílohy č. 3 k této vyhlášce, současně informuje pracoviště kalmetizace. Registrující praktický lékař pro děti a dorost, zpravidla do jednoho měsíce po převzetí do své péče, odesílá dítě, které splňuje indikace podle přílohy č. 3 k této vyhlášce, a které nebylo proti tuberkulóze dosud očkováno, na pracoviště kalmetizace.

(2) U dětí, u kterých nemůže splnění indikací podle přílohy č. 3 k této vyhlášce posoudit lékař novorozeneckého oddělení, zjišťuje tyto indikace při prvním kontaktu se zákonným zástupcem dítěte registrující praktický lékař pro děti a dorost. Pro další postup se odstavec 1 věta poslední použije obdobně.

§ 4

Pravidelné očkování proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem *Haemophilus influenzae b*, přenosné dětské obrně a virové hepatitidě B

(1) Základní očkování se provede v době od začátku devátého týdne po narození dítěte třemi dávkami hexavalentní očkovací látky proti záškrtu, tetanu, pertusi s acelulární složkou, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem *Haemophilus influenzae b*, virové hepatitidě B a inaktivovanou očkovací látkou proti přenosné dětské obrně (dále jen „hexavalentní očkovací látka“) v průběhu prvního roku života dítěte, podanými v intervalech nejméně jednoho měsíce mezi dávkami, a čtvrtou dávkou podanou nej-

méně šest měsíců po podání třetí dávky. Čtvrtá dávka hexavalentní očkovací látky se podá nejpozději před dovršením osmnáctého měsíce věku dítěte. U dětí očkovaných proti tuberkulóze se základní očkování hexavalentní očkovací látkou provede od započatého třináctého týdne po narození dítěte, vždy však po zhojení postvakcinační reakce po očkování proti tuberkulóze.

(2) Přeočkování proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli se provede očkovací látkou proti těmto infekcím s acelulární pertusovou složkou v době od dovršení pátého do dovršení šestého roku věku dítěte.

(3) Přeočkování proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli s acelulární pertusovou složkou spolu s aplikací páté dávky inaktivované očkovací látky proti přenosné dětské obrně se provede od dovršení desátého do dovršení jedenáctého roku věku dítěte. Za úplné očkování proti přenosné dětské obrně se považuje aplikace pěti dávek očkovací látky.

(4) U osob očkovaných podle § 4 odst. 3 se přeočkování proti tetanu provede od dovršení dvacetipěti let do dovršení dvacetišesti let věku.

(5) Přeočkování proti tetanu se provede u dětí očkovaných proti tetanu podle dosavadního právního předpisu v době od dovršení čtrnáctého do dovršení patnáctého roku věku dítěte.

(6) Další přeočkování proti tetanu se provede u fyzických osob, které byly očkovány podle odstavců 1, 2 a 4 vždy po každých 10 až 15 letech.

(7) Základní očkování proti tetanu u zletilých fyzických osob se provede třemi dávkami podanými v těchto intervalech: druhá dávka za 6 týdnů po první dávce a třetí dávka za 6 měsíců po druhé dávce.

(8) Základní očkování novorozenců HBsAg pozitivních matek se provede jednou dávkou očkovací látky proti virové hepatitidě B nejpozději do 24 hodin po narození dítěte. V očkování těchto dětí se dále pokračuje od šestého týdne po narození dítěte podle souhrnu údajů o přípravku¹⁾ hexavalentní očkovací látky.

(9) V případě dětí, které proti virové hepatitidě B nebyly očkovány podle odstavce 1, se provede toto očkování v době od dovršení dvanáctého do dovršení třináctého roku věku dítěte.

(10) V případě kontraindikace podání některé ze složek hexavalentní očkovací látky se provede očkování alternativní očkovací látkou.

§ 5

Pravidelné očkování proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím

(1) Základní očkování se provede živou očkovací látkou, a to nejdříve první den patnáctého měsíce po narození dítěte.

(2) Přeočkování se provede za 6 až 10 měsíců po provedeném základním očkování, v odůvodněných případech i později s tím, že horní věko-

vá hranice pro podání očkovací látky není omezena.

§ 6

Pravidelné očkování proti pneumokokovým nákazám

(1) Očkování proti pneumokokovým nákazám polysacharidovou očkovací látkou se provede u fyzických osob umístěných v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v domovech pro seniory. Dále se očkování proti pneumokokovým nákazám provede u fyzických osob umístěných v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem, pokud tyto fyzické osoby trpí chronickým nespecifickým onemocněním dýchacích cest, chronickým onemocněním srdce, cév nebo ledvin nebo diabetem léčeným inzulínem. V dalším očkování proti pneumokokovým nákazám se postupuje podle souhrnu údajů o přípravku¹⁾.

(2) U dětí, které mají zdravotní indikace uvedené v příloze č. 1 k této vyhlášce, se do dovršení pěti let jejich věku provede očkování konjugovanou pneumokokovou vakcínou v intervalech podle souhrnu údajů o přípravku¹⁾. Od dovršeného druhého roku věku dítěte lze v těchto případech alternativně podat polysacharidovou očkovací látku proti pneumokokové nákaze.

§ 7

Pravidelné očkování proti virové hepatitidě B

(1) Očkování se provede aplikací tří dávek očkovací látky u fyzických osob

- a) při rizikové expozici biologickému materiálu,
- b) které mají být zařazeny do pravidelných dialyzačních programů, nebo
- c) nově přijatých do domovů pro osoby se zdravotním postižením nebo do domovů se zvláštním režimem.

(2) Očkování podle odstavce 1 se neprovede, pokud fyzická osoba byla očkována v rozsahu podle § 4, 9 nebo 10 nebo pokud hladina antiHBs protilátek bude po ověření stavu imunity vyšší než 10 IU/litr.

§ 8

(zrušen vyhl. č. 299/2010 Sb. k 1.11.2010)

§ 9

Zvláštní očkování proti virové hepatitidě B

(1) Očkování se provede u fyzických osob pracujících na pracovištích uvedených v § 16 odst. 1, pokud jsou činné při vyšetřování a ošetřování fyzických osob, o něž mají pečovat, při manipulaci se specifickým odpadem ze zdravotnických zařízení a u osob činných v nízkoprahových programech pro uživatele drog. Dále se provede u studujících lékařských fakult a zdravotnických škol, u studentů připravovaných na jiných vysokých školách, než jsou lékařské fakulty, pro činnost ve zdravotnických zařízeních při vyšetřování a ošetřování nemocných, u studujících na střed-

První přeočkování proti tetanu se provede mezi 25 a 26 lety věku, dále pak á 10-15 let

Očkování proti pneumokokovi – v domovech pro seniory a při chron. nemocech, dále i LDN

Rozšíření indikací k očkování VHB

pokud není provedeno podání různých očkovacích látek současně do jiných částí těla, dodržuje se po podání živých očkovacích látek interval 1 měsíce a po podání neživých očkovacích látek interval 14 dní

ních a vyšších odborných sociálních školách připravovaných pro činnosti v zařízeních sociálních služeb při vyšetřování a ošetřování fyzických osob přijatých do těchto zařízení, u fyzických osob poskytujících terénní nebo ambulantní sociální služby a u nově přijímaných příslušníků vězeňské a justiční stráže **a dále u osob zařazených do rekvalifikačních kurzů, zajišťujících péči a ošetřování osob v zařízeních sociálních služeb nebo manipulujících v zařízeních sociálních služeb s nebezpečným odpadem, a ve zdravotnických zařízeních.**

(2) Očkování podle odstavce 1 se neprovede u fyzické osoby s prokazatelně prožitým onemocněním virovou hepatitidou B a u fyzické osoby s titrem protilátek proti HBsAg přesahujícím 10 IU/litr.

§ 10

Zvláštní očkování proti virové hepatitidě A a virové hepatitidě B

Očkování se provede u zaměstnanců a příslušníků základních složek integrovaného záchraného systému stanovených zákonem o integrovaném záchranném systému²⁾ nově přijímaných do pracovního nebo služebního poměru.

§ 11

Zvláštní očkování proti vzteklině

Očkování se provede u fyzických osob pracujících na pracovištích uvedených v § 16 odst. 2.

§ 12

(zrušen vyhl. č. 299/2010 Sb. k 1.11.2010)

§ 13

Očkování proti vzteklině nebo proti tetanu při úrazech, poraněních, nehojících se ranách a před některými léčebnými výkony

(1) Očkování proti tetanu se provede při úrazech, poraněních nebo nehojících se ranách, u nichž je nebezpečí onemocnění tetanem, a dále v indikovaných případech v předoperační přípravě, zejména před operacemi na konečniku nebo tlustém střevě. **Očkování se provede očkovací látkou určenou k aktivní imunizaci podle souhrnu údajů o přípravku této očkovací látky.**

(2) Očkování proti vzteklině se provede v případě pokousání nebo poranění zvířetem podezřelým z nákazy vzteklinou.

§ 14

Provádění očkování

(1) Parenterální aplikace očkovací látky se provádí vždy u každé fyzické osoby za aseptických podmínek, samostatnou sterilní injekční stříkačkou a samostatnou sterilní injekční jehlou, popřípadě samostatným předplněným kompletem sterilní stříkačky se sterilní injekční jehlou. (2) Současně lze očkovat na různá místa těla živé i neživé očkovací látky. Pokud není prove-

děno podání různých očkovacích látek současně, dodržuje se po podání živých očkovacích látek interval 1 měsíce a po podání neživých očkovacích látek interval 14 dní; po očkování proti tuberkulóze lze očkovat nejdříve za 2 měsíce, avšak vždy až po zhojení prvotní reakce. Ve výjimečných případech, jestliže to vyžaduje zdravotní stav fyzické osoby nebo potřeba navození požadovaného stavu odolnosti, lze uvedené intervaly zkrátit.

§ 15

Podmínky provedení pasivní imunizace

(1) U osob očkovaných podle § 13 odst. 1 se v případech, kdy to doporučuje souhrn údajů k očkovací látce proti tetanu, podá také hyperimunní antitetanický globulin.

(2) U fyzických osob očkovaných podle § 13 odst. 2 se v případech, kdy to doporučuje souhrn údajů o přípravku¹⁾ k očkovací látce proti vzteklině, podá také hyperimunní antirabický globulin.

(3) U novorozenců matek HBsAg pozitivních očkovaných podle § 4 odst. 8 se podá též hyperimunní globulin proti virové hepatitidě B.

§ 16

Pracoviště s vyšším rizikem vzniku infekčních onemocnění

(1) Pracoviště s vyšším rizikem vzniku virové hepatitidy B jsou pracoviště chirurgických oborů, oddělení hemodialyzační a infekční, lůžková interní oddělení včetně léčeben dlouhodobě nemocných a interní pracoviště provádějící invazivní výkony, oddělení anesteziologicko-resuscitační, jednotky intenzivní péče, laboratoře pracující s lidským biologickým materiálem, zařízení transfuzní služby, pracoviště stomatologická, patologicko-anatomická, soudního lékařství, psychiatrická a pracoviště zdravotnické záchranné služby a dále domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a azylové domy.

(2) Pracoviště s vyšším rizikem vzniku vztekliny jsou laboratoře, kde se pracuje s virulentními kmeny vztekliny.

§ 17

Podmínky, za kterých smějí být fyzické osoby zařazeny na pracoviště s vyšším rizikem vzniku infekčního onemocnění

Na pracoviště uvedená v § 16 odst. 1 a 2 mohou být fyzické osoby nově zařazeny nejdříve po podání druhé dávky očkovací látky za předpokladu, že další očkování bude ukončeno v předepsaném termínu.

§ 18

Rozsah zápisu o provedeném očkování

Do očkovacího průkazu nebo zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého se o pro-

očkování proti tetanu v indikovaných případech v předoperační přípravě, zejména před operacemi na konečniku nebo tlustém střevě



Dotazy a odpovědi

Ještě jednou k očkování...

očkovat proti chřipce je možné i neregistrovaného pacienta

ZULP ani očkování se do regulací nezapočítávají

Dotaz:

Dobrý den, mám poměrně zásadní otázku ještě k očkování proti chřipce. Několik kolegů v mém okolí z různých důvodů očkovat odmítá a jejich pacienti se dožadují očkování v mé ordinaci. Mám k tomuto problému tyto dotazy:

1. Mohu očkovat pacienty neregistrované v mé ordinaci? Pokud ano, dostanu zaplacený výkon i ZULP?

2. Druhý dotaz se týká očkování celkově – nejen v „nepravidelné péči“. Pokud někteří kolegové neočkují a já ano, pokud já dokonce očkuji jejich pacienty, narůstají mi celkové náklady. Obávám se, že sice dostanu výkony zaplacené, ale poté mě pojišťovna zreguluje, takže zaplatím za své aktivity naopak já, takže za svou aktivitu budu nakonec po zásluze potrestán. Je to tak?

R. F. Praha

Odpověď:

ad 1. Výkon i ZULP při očkování není vázán na registraci pacienta. Je vázán na indikaci, resp. diagnózu (u očkování věk nad 65 let, chronická onemocnění). Pokud tedy takový pacient požaduje očkování v ordinaci lékaře, který má smlouvu s jeho pojišťovnou, může lékař vykazat tento výkon v „nepravidelné péči“, připojit od příslušné očkovací látky (ZULP) a pojišťovna mu obojí proplatí.

ad 2. Regulací se u očkování hrazených zdravotními pojišťovnami (nejen očkování chřipky) bát nemusíte – ani kód (O2129) ani ZULP se do sledovaných nákladů nezapočítává. (Z léčiv se započítávají pouze léky předepsané na recepty, nikoli ZULP).

MUDr. Svatava Filová, VZP Praha

Recenze

Kompletní posudková problematika v ordinaci praktického lékaře

Editoři: MUDr. Jan Boháč, vědecký sekretář České společnosti posudkového lékařství ČLS JEP, MUDr. Otto Herber, místopředseda společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, MUDr. Jan Lukeš, místopředseda České společnosti posudkového lékařství ČLS JEP

Autoři: PhDr. Anna Arnoldová, Česká správa sociálního zabezpečení Praha, MUDr. Jan Boháč, Česká správa sociálního zabezpečení Praha, MUDr. Dušan Gajdošík, Česká správa sociálního zabezpečení Praha, MUDr. Jan Lukeš, Předseda PK MPSV, Hradec Králové, MUDr. Květa Šváblová, CSc., Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

V září 2010 vyšlo první vydání praktické příručky nazvané **Komplexní posudková problematika v ordinaci praktického lékaře**. Projekt vznikl z podnětu samotných všeobecných praktických lékařů, na jejichž zakázku byla problematika zpracována týmem zkušených odborníků v posudkové praxi. Velkým plusem příručky je přehledné uspořádání, s obsahem, rejstříkem, abecedním členěním kapitol, oddělených rozřazovacími listy. Příručka je kroužkově vázána, což umožňuje elegantní aktualizace přidáváním, výměnou nebo odebráním jednotlivých listů. Základní publikace je rozdělena na šest odborných kapitol: A – Nemocenské pojištění, B – Důchodové pojištění, C – úrazové pojištění, D – posuzování v systému státní sociální podpory, sociální péče a zaměstnanosti, E – Posuzování v systému státní sociální podpory, Posuzování některých společensky důležitých činností, F – vzory a formuláře. Uspořádání kapitol je věcné a jednoduchým způsobem poskytuje důležité informace takřka na první pohled - vhodné zejména pro vysoce zaneprázdněného lékaře v praxi.

První vydání této publikace v žádném případě není komplexním dílem pokrývajícím celou posudkovou problematiku, věnuje se přednostně těm nejžhavějším posudkovým problémům v praxi. Ale má potenciál rozvoje s postupným doplňováním dalších témat (jako např. v publikaci dosud chybí metodika pro posuzování držení střelné zbraně a jiné) a také pravidelnou aktualizací informací podle změn v legislativě.

Věřím, že příručka je a do budoucna ještě více bude velmi užitečnou pomůckou v ordinaci praktického lékaře. Málokdo z nás dokáže vyšetřit dostatek času na pravidelné studium legislativních změn, zejména v době neustálé se měnící politické situace a silícího tlaku pacientů na získávání finanční kompenzace v nemoci, sociálních dávek, apod.

Je třeba počítat s tím, že při zakoupení základního díla se odběratel současně zavazuje k odběru 4 placených aktualizací doplňků. Poté, v případě nezájmu o další aktualizace, je nutno jejich zaslání ukončit písemným oznámením. Publikaci je také možno, v případě, že nesplní očekávání, vrátit do 14 dnů od zaslání (tj. před ukončením doby splatnosti faktury). Doporučuji dobře si přečíst podmínky zakoupení publikace. Více se dovíte na www.raabe.cz.

MUDr. Jaroslava Laňková, praktická lékařka Kamenice nad Lipou

Brno, Varnsdorf 15. listopadu 2010

Jak vyléčit zdravotnictví

Všichni lékaři vědí, že čím se pacient více blíží ke svému konci, tím je jeho léčba dražší. Podobné to začíná být s českým zdravotnictvím a stejně tak to bude s cenou reformy. Od premiéra současné vlády jsem slyšel nedávno jednu velmi rozumnou větu: „Bez hluboké reformy zdravotnictví lékařům ani sestrám přidat nemůžeme“. Doposud jsme totiž spíše slýchávali, že je třeba současný systém jen lehce poopravit a vše bude dobré. Opak je pravdou a ekonomická realita to jasně ukazuje.

Jak by tedy ta opravdová hluboká reforma měla vypadat? Jak by měl vypadat systém zdravotnictví, který nebude kvalitní lékaře vyháňet z ekonomických důvodů, ale naopak občanům zajistí zdravotní péči od kvalitních lékařů a sester.

České zdravotnictví potřebuje více finančních zdrojů, jinak nikdy nedokáže poskytovat to, co občané od zdravotnictví očekávají, zároveň musí na občany přesunout významnou část zodpovědnosti, v podobě výběru dobrého a ekonomického pojištění, starosti o vlastní zdraví a také limitované účasti na nákladech.

Zde je náš návod vycházející z holandsko-švýcarského vzoru.

1. Definuje se základní (nepodkročitelný) rozsah standardní péče, na který bude mít každý občan nárok.
2. Konkurencí si zdravotní pojišťovny budou muset zajistit celý objem této standardní péči pro své pojištěnce za tržní ceny - péči budou nakupovat u zdravotnických zařízení. Skončí diktát státu - viz současná nesmyslná úhradová vyhláška, které v době, kdy lékaři odcházejí do zahraničí, snižuje úhrady.
3. Zdravotnická zařízení budou poskytovat pojištěncům zdravotní péči v objemu, nasmlouvaném s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Skončí doba nevolnictví - za omezené prostředky poskytněte neomezenou péči. Za ekonomickou efektivitu musí odpovídat pojišťovna.
4. Je třeba vytvořit podmínky pro snazší vstup dalších zdravotních pojišťoven na trh - samozřejmě v nových legislativních podmínkách a za přísného dozoru.
5. Zdravotní pojišťovny budou nabízet občanům různé typy pojistek, které si občané budou kupovat (tak jako si kupují pojistku na cokoliv jiného - cena pojistky - tzv. nominální pojistné, však bude přibližně 20 - 30 % celkové ceny pojistného, zbytek pokryjí stávající odvody na veřejné zdravotní pojištění). Nominální pojistné musí být vyměřováno bez ohledu na riziko toho kterého pojištěnce, v úhrnu ale musí odpovídat skutečným nákladům na potřebnou zdravotní péči! Nominální pojistné tak přinese do systému tolik potřebné další zdroje - přímo od občanů.
6. Nezávislý úřad pro dohled nad činností ZP bude kontrolovat činnost ZP, aby občané nebyli kráceni v rozsahu péče, kterou čerpají.
7. Stát by měl zajišťovat právní rámec celého systému, pomáhat organizovat i financovat extrémně drahou péči a v sociální oblasti zajišťovat zdroje pro sociálně slabé občany. Neměl by zasahovat do konkurence zdravotních pojišťoven ani konkurence zdravotnických zařízení jakýmkoliv nesystémovými dotacemi nebo úlevami.

Toto je opravdová hluboká reforma, která se dotkne všech subjektů.

- Pacienti si začnou kupovat u opravdových pojišťoven pojistky dle svých potřeb a ponesou plnou zodpovědnost za její výběr. Nákup nebude činit pod tlakem akutních zdravotních potíží, ale v době, kdy je zdravý (tj. rozdíl od přímých plateb ve ZZ). Všichni (i lékařské organizace) si musí uvědomit, že standardní rozsah péče budou pacienti čerpat v systémech řízené péče. Představa, že si pacient obejde několik specialistů a nemocnic a ZP vše zaplatí je naprosto scestná a bude to moci dělat pouze ten, který si koupí podstatně dražší pojistku.
- Zdravotní pojišťovny budou muset zajistit péči v potřebném objemu (podle pojištěnci zvoleného typu pojistky) nákupem u zdravotnických zařízení za tržní ceny. Zdroje na to budou mít, protože vyšší nominálního pojistného si určí samy, ale v podmínkách konkurenčního boje s ostatními pojišťovnami. Skončí nesmyslné úhradové vyhlášky.
- Zdravotnická zařízení budou nabízet zdravotním pojišťovnám cenu vlastní práce v závislosti na tržních cenách vstupů, mezd i přiměřeného zisku.
- Stát ani kraje se nebudou do financování zdravotní péče plést (kromě krizových situací a extrémně drahé péče) a budou pouze zajišťovat právní rámec celého systému.

Samozřejmě, že se vyskytne spousta problematických bodů, jako jsou:

- dumpingové ceny některých zdravotnických zařízení a řetězců
- lokální monopoly zdravotnických zařízení
- monopol jedné zdravotní pojišťovny
- nutnost najít sofistikovanější systém přerozdělení, aby nedocházelo ke skryté selekci pojišťovaných osob za účelem snížení rizika
- redukce akutních lůžek
- přesun péče k efektivnějším poskytovatelům, zejména z nejdražšího článku celého systému a tím jsou fakultní nemocnice
- možná redukce počtu ambulantních specialistů v určitých lokalitách
- zajištění dostatečného počtu kvalitních praktických lékařů, zvýšení jejich pravomocí, ale i zodpovědnosti
- a asi nejtěžší úkol - přesvědčit všechny, že toto je správná cesta ke kvalitnímu a efektivnímu zdravotnictví se spokojenými lékaři a spokojenými pacienty.

Tyto problémy je ale třeba správně pojmenovat a vyřešit a ne kvůli nim odmítnout celou reformu. Čím déle budeme čekat, tím více to bude stát.

Za LPR, o.s.

MUDr. Roman Flašar

Předseda o. s. Lékaři pro reformu



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 odpovědí v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz a to nejpozději do 3. 1. 2011. 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
10/2010

**Správné
odpovědi
testu
č. 9/2010:**

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

**Antibiotická terapie
v ordinaci praktického
lékaře**

**1. Deeskalací princip podávání
antibiotik je:**

- a) přechod z iniciální antibiotické léčby na cílenou
- b) přechod od širokospektrálního antibiotika k antibiotiku s užším spektrem
- c) podání antibiotika s úzkým spektrem účinku jako první volbu dle empirie

**2. Mikroorganismy, které jsou
součástí běžné flóry, mohou
cíleně podané antibiotikum
degradovat dříve, než vlastní
patogen. Selhání antibiotické
léčby lze v tomto případě
předjít:**

- a) potenciací daného antibiotika klavulanátem
- b) zvýšením dávky daného antibiotika – použití vysoké dávky antibiotika
- c) přidáním enzymoterapie k běžné dávce daného antibiotika

**3. Jednoznačným lídrem mezi
původci močových infekcí je:**

- a) E. coli (70 %)
- b) Chlamydia trachomatis (75 %)
- c) virová infekce (80%)

**4. Dominantní příčinou
komunitních respiračních
infekcí je:**

- a) Streptococcus pneumoniae (70%)
- b) Haemophilus influenzae (75%)
- c) virová infekce (89%)

**5. První volnou na léčbu akutní
sinusitidy nebo akutní otitidy je:**

- a) amoxicillin
- b) makrolid
- c) penicilin

**6. Alergie na betalaktamy se
vyskytuje u asi:**

- a) 2 % nemocných
- b) 10 % nemocných
- c) 25 % nemocných

**Doporučený postup pro
diagnostiku a léčbu
osteoporózy**

**7. Základním diagnostickým
a rozhodovacím přístupem
u osteoporózy je:**

- a) scintigrafie skeletu
- b) dvouenergie rtg absorptiometrie (DXA)
- c) RTG vyšetření

**Chronická žilní
onemocnění
a principy konzervativní
léčby**

**8. U kompresivní léčby chronické
žilní insuficience platí následující
tvrzení:**

- a) pasivní komprese se neuplatňuje v klidu.
- b) aktivní komprese je kontraindikována u těžších forem ischemické choroby dolních končetin.
- c) aktivní komprese je užívána méně často než pasivní komprese.

**9. Fáze intermitentního nebo již
stálého edému dolních končetin
je v klasifikaci CEAP označována
jako stadium:**

- a) C2
- b) C3
- c) C4

**Možnosti léčby chronické
plicní hypertenze v ČR**

**10. Do specializovaného centra,
které se zabývá chronickou plicní
hypertenzí, by měli být odesláni
pacienti, u nichž je odhadovaný
systolický tlak v plicnici:**

- a) Vyšší jak 20 mmHg
- b) Vyšší jak 40 mmHg
- c) Vyšší jak 100 mmHg

**Správné mohou být
všechny tři možnosti.**

odpovědní lístek – test č. 10/2010

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 |

Medicom - Unidrox

Zentiva - Zenaro