



Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

practicus

tip tohoto čísla

č. 6/2011

ročník 10

pro
praktické
lékaře
zdarma

Vkladem tohoto čísla

příloha pro
sestry

informace
pro pacienty

Vydává
Společnost
všeobecného
lékařství ČLS JEP

www.practicus.eu

Syndrom neklidných nohou



Z OBSAHU

INFO SVL

Nový vzdělávací program pro přípravu všeobecných praktických lékařů

Aktualizace informací k nasmlouvání kódů na péči o diabetika

Obtíže při přeregistraci pacientů od PLDD k VPL ve věku 19 let ??

V. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP - 2. část zpráv

Pityriasis (tinea) versicolor

Syndrom neklidných nohou

Periferní obrna lícního nervu

Povrchové mykózy na Benešovsku – kdo je plesnivý?

Evidenční úrazů, hlášení a zasílání záznamu o úrazu

Administrace návrhů na lázeňskou péči

Jak porozumět kvalitě v primární péči

Počítačová síť



Komplexní řešení pro ordinace

KLINICKY
OVĚŘENO



Boso ABI-systém 100

Přístroj BOSO ABI-systém 100 přináší zcela novou metodu měření indexu kotník-paže (ABI Index). Jednoduchá a rychlá obsluha umožňuje široké použití této vyšetřovací metody. Tím je možné včas rozpoznat příznaky ICHDK u asymptomatických pacientů. Přístroj BOSO ABI-systém 100 nyní otevírá dveře k řešení onemocnění ve velmi časném stádiu. Přístroj BOSO ABI-systém 100 změří ABI index rychle, přesně a spolehlivě, což je **klinicky ověřeno**.

www.boso-abi.cz



Medset PADS Y FLASHLIGHT

PC-EKG jednotka FLASHLIGHT USB byla vyvinuta pro každodenní použití v nemocnicích a privátních ambulancích. Systém pro 12-svodové klidové EKG **PADS Y FLASHLIGHT** poskytuje uživateli intuitivní a jednoduchý náběh EKG křivky.

- délka EKG záznamu až 180 s
- porovnání dvou EKG křivek pacienta
- rozměření a interpretace EKG křivky dle HES

www.compek.cz



Medset PADS Y SCANLIGHT

Systém **PADS Y SCANLIGHT** se vyznačuje velmi jednoduchou obsluhou, přehledností, rychlým vyhodnocením a kompletním výtiskem závěrečné zprávy na jednu stranu A4.

- velmi tichý provoz
- přesnost měření dle standardů **BHS A/A, AAMI**
- komunikace přes USB nebo Bluetooth™

www.compek.cz



SpO₂ Pulsní oxymetry

V současné době je již pulsni oxymetr prakticky nepostradatelný pomocník pro každodenní lékařskou praxi.

- široký sortiment - pro kliniky, ordinace, domácnosti
- různá provedení - prstové, zápěstové, stolní provedení

OXYMETR
SATURACE POD KONTROLOU

www.oxymetr.cz



Tonometry

V České a Slovenské republice zastupujeme tradičního německého výrobce měřičů krevního tlaku firmu BOSCH+SOHN u. Co. KG. (BOSO). Tento výrobce s dlouholetou tradicí ve výrobě kvalitních profesionálních bezrtuťových a aneroidních tonometrů představuje německou kvalitu. V nabídce je i ucelená řada elektronických měřičů krevního tlaku pro domácí použití.

TONOMETR
NEJEN PRO PROFESIONÁLY

www.tonometr.cz



Lékařské váhy

Nabízíme kvalitní lékařské váhy japonské společnosti TANITA a německé společnosti SECA. Ucelenou nabídkou od domácích mechanických přes kojenecké až po digitální tělesné analyzátoři jsme schopni uspokojit i ty nejnáročnější požadavky zákazníků.

**LÉKAŘSKÉ
VÁHY A METRY**

www.lekarske-vahy.cz

PCDOKTOR®
FUJITSU



Ambulantní programy, výpočetní technika

Ambulantní program PC DOKTOR® je určen pro ambulance praktických i odborných lékařů, specializovaná zařízení, polikliniky, ale i kliniky s lůžky. Uživatelé ocení všestrannost a zpracovanost, bohatou nabídku funkcí programu a provozní spolehlivost.

Dodávka značkové výpočetní techniky od třetí největší IT firmy světa + kvalitní a rychlý servis = BEZPROBLÉMOVÝ PROVOZ ORDINACE.

www.compek.cz

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

Vázní 899, 500 03 Hradec Králové
mobil: +420 603 172 425
tel./fax: +420 495 514 105
e-mail: hradec@compek.cz

pobočka Plzeň:
Masarykova 1132/62, 312 00 Plzeň
mobil: +420 736 773 551
tel./fax: +420 373 724 213
e-mail: plzen@compek.cz

COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.
Štrážna 11, 831 01 Bratislava
mobil: +421 908 758 793
fax: +421 2 3301 6145
e-mail: info@compek.sk
www.compek.sk

COMPEK
MEDICALSERVICES
DODAVATEL KOMPLETNÍ ORDINACE

Obsah

Info SVL	5
Nový vzdělávací program pro přípravu VPL	5
Aktualizace informací k nasmlouvání kódů na péči o diabetika v ordinaci VPL	7
Tiskové prohlášení Ministerstva zdravotnictví ČR	8
Společné stanovisko	9
Obtíže při přeregistraci pacientů od PLDD k VPL ve věku 19 let ??	11
V. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP	13
Vybrané zprávy - II. část	13
Pityriasis (tinea) versicolor	17
MUDr. Eduard Hrnčíř	
Syndrom neklidných nohou	22
MUDr. Jindra Svátová	
Periferní obrna lícního nervu	24
Prim. MUDr. Martin Koutný	
Povrchové mykózy na Benešovsku – kdo je plesnivý?	28
Prim. MUDr. Marián Glasnák	
Možnosti léčby chronické bolesti	31
Interview s MUDr. Alexandrom Murgašom	
 ...zdravotnické zařízení a aktuální legislativa	33
Evidence úrazů, hlášení a zasílání záznamu o úrazu	
 ...Dotazy a odpovědi	40
Administrace návrhů na lázeňskou péči	
 ...Ze světa mladých praktiků	42
Zahraniční aktivity mladých praktiků v roce 2011	
Jak porozumět kvalitě v primární péči	
 ...Počítač a doktor	44
Počítačová síť	
 ...znalostní test	46

practicus

odborný časopis SVL ČLS JEP
6/2011, ročník 10

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství
ČLS JEP

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 064

fax: 267 184 041

e-mail: practicus.svl@cls.cz

www.practicus.eu

Redakce:

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

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

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

Manažerka časopisu: Hana Čížková
Spolupracovnice časopisu: Andrea Vrbová, Romana Hlaváčková

Náklad 6 000 ks. ••• Vychází 10× ročně. ••• **Pro praktické lékaře v ČR zdarma.** ••• Roční předplatné pro ostatní zájemce **610 Kč.** ••• Příhlášky přijímá redakce. ••• Toto číslo bylo dáno do tisku **10.6.2011.** 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, 2011



MUDr. Jaroslava Laňková

K tomuto číslu

Vážení, kolegyně a kolegové,

předkládáme Vám číslo bohaté na události. Mladé kolegy v přípravě do oboru a jejich školitele budou jistě zajímat informace o **novém vzdělávacím programu**, který je platný od dubna 2011. O tom, jak postupovat, se dočtete hned v úvodním článku rubriky SVL informuje.

Dalším "horkým" tématem jsou **aktualizované informace o možnostech nasmlouvání kódů na péči o diabetika** v primární péči. VZP sice v současné době odmítá jakékoliv nové kódy nasmlouvat, ale doufejme, že tato kontraproduktivní bariéra bude rychle vysvětlena a odstraněna.

Dále zveřejňujeme **tiskové prohlášení, které nedávno vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR** na adresu českých lékařů. Bohužel nejde o zrovna šťastně napsaný text, jeho autor bohužel ani nerozlišuje rozdíl mezi primární péčí a sítí

ambulantních specialistů. Je pochopitelné, že síť ambulantních specialistů, která v našich podmínkách přebujela do rozměrů nenasytitelného otesánka, je potřeba redukovat. Bohužel ale hrozí, že tímto způsobem se s vaničkou vylije i dítě, tj. primární péče, kterou je naopak pro ozdravení funkčnosti a ekonomičnosti celého systému potřeba rozvíjet. Za první takovouto neprofesionální chybu ministerstva už platíme - VZP v celém ambulantním systému zastavila jakékoliv nové smlouvy! Rozvoj primární péče bohužel není podporován, ale stále a dále udusáván, vzdor všem vzneseným politickým předsevzetím.

V tom všem reformním shonu navíc nějaká pracovní skupina, asi z nedostatku jiné činnosti, zjistila, že **mladiství údajně mají problém najít praktického lékaře** a osvěceně navrhuje, aby mladiství do 26 let věku zůstávali v pokračující registraci u pediatri - blíže se dočtete v dopise MZ předsedům SVL ČLS JEP a OSPDL ČLS JEP. (Možná by tito pacienti měli být také do 26 let věku hospitalizováni na dětském oddělení, kde by mohli mít i svou dětskou porodnici a jesle pro děti?). Lze si jen těžko představit jakéhokoliv kolegu praktika, který by nepřijal raději 50 zdravých mladíků než jednu nemocnou sedmdesátnici. SVL navíc zdůrazňuje, že právě v tomto věku je potřeba pacienty podchytit v preventivním programu dospělé medicíny a ty ukázněné také náležitě bonifikovat.

Druhou částí zpráv se ještě vrátíme k Jarní interaktivní konferenci - a to zprávou z **přednášky prof. Widimského - Strategie léčby arteriální hypertenze**, a **přednášky prof. Linharta - Variabilita krevního tlaku**.

V čísle dále najdete 2 edukační články na téma kožních mykóz - článek věnovaný samostatnému onemocnění **Pityriasis versicolor** a dále článek informující o **výskytu povrchových mykóz na Benešovsku**. Další dva články jsou z oblasti neurologie - jeden věnován problematice **diagnostiky a léčby neklidných nohou** a druhý problematice **periferní obrny lícního nervu**.

V legislativní rubrice se dočtete o nových **pravidlech v evidenci úrazů, platných od 1.1. 2011**. V rubrice Dotazy a odpovědi jsme tentokrát postoupili otázky týkající se **administrace návrhů na lázeňskou péči** přímo vedoucímu referátu lázní VZP ČR - MUDr. Jan Hoch nám poskytl některé velmi zajímavé informace, včetně možností podávání návrhů cestou portálu.

Mladí praktici ve své rubrice informují o svých zahraničních aktivitách a získaných poznatcích, tentokrát hlavně z dubnové konference EQuip v Kodani.

Toto číslo má několik příloh - kromě **suplementa pro sestry** (téma nové standardy péče a j.) a **informací pro pacienty** (téma letní alergie) prosím nepřehlédněte **samostatné vklady s očkovacím kalendářem** - jde celkem o 4 vklady formátu A4, na kterých jsou jednotlivě vytištěny očkovací tabulky č. 1 - 3:

Tabulka č. 1: Očkovací kalendář pro dospělé - podle věku

Tabulka č. 2: Očkovací kalendář pro dospělé - osoby v riziku

Tabulka č. 3: Očkovací kalendář pro dospělé - osoby s chronickým onemocněním

Tabulka č. 1 je přiložena **2x** a to z důvodu využití jedné kopie v ordinaci a druhé kopie k vyvěšení do čekárny.

Doufáme, že pro vás bude toto číslo přínosné a jeho čtení příjemné. Omlouváme se za případné drobné nedostatky, které se čas od času vloudí. Jsme rádi, že jsme za omezené prostředky schopni vydávat a rozvíjet náš časopis i v současné době hospodářské recese. Děkujeme za Vaše připomínky, které pomáhají tento časopis zkvalitňovat.

S přáním hezkého léta a šťastných návratů z dovolených

za redakci

Jaroslava Laňková
šéfredaktorka

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., LF UK v Hradci Králové

MUDr. Josef Štolfa, IPVZ Praha

Nový vzdělávací program pro přípravu všeobecných praktických lékařů

Souhrn: Článek seznamuje s novou specializační přípravou v oboru všeobecné praktické lékařství platnou od dubna 2011. Pro všechny lékaře zapsané do oboru VPL po 1. 1. 2011 se vztahuje již nová verze Vzdělávacího programu. Ostatní lékaři mohou postupovat tak, jak si sami zvolí, (pokračovat ve starém nebo zvolit nové), ale vždy je nezbytné informovat Katedru všeobecného lékařství IPVZ. V případě, že je lékař zároveň příjemcem dotace z Rezidenčního místa, pak informuje i MZ ČR prostřednictvím administrátora projektu (GHS), a to na formuláři Žádost o schválení změny, podle platné metodiky. (K Žádosti je třeba přiložit nový vzdělávací plán, eventuálně i nový finanční plán.)

Lékaři zařazení do specializačního oboru podle dřívějších předpisů, tj. do 30. 6. 2009 mohou dokončit specializační vzdělávání i podle dřívějších vzdělávacích programů, musí však v přihlášce uvést podle kterého vzdělávacího programu k atestaci přistupují a doložit splnění všech požadavků daného Vzdělávacího programu.

Úvod

Od roku 2004, kdy byly v souvislosti s novou legislativou (zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta) provedeny zásadní změny ve specializační přípravě lékařů v ČR tato prošla nejen v našem oboru řadou změn. Nejzávažnější byla v roce 2009 v souvislosti s novelou zákona č. 95/2004 Sb. v pozdějších právních úpravách zákona č. 189/2008 Sb. a novelizací vyhlášky o specializačních oborech ve znění vyhlášky č. 185/2009 Sb., kdy došlo k tomu, že specializační obor Praktické lékařství pro dospělé, jehož délka vzdělávacího programu byla v roce 2007 zkrácena na 4 roky, byl přejmenován na obor Všeobecné praktické lékařství a jeho délka se v roce 2009 zkrátila na 3 roky. Hlavním důvodem byla nezbytnost zabezpečení finančního krytí celé specializační přípravy, kdy se vycházelo z minimální délky specializační přípravy v EU, která je stanovena na 3 roky. Bylo rovněž nezbytné upravit název oboru tak, aby odpovídal názvu naší specializace v EU.

Uvedená změna umožnila zahájení realizace financování specializační přípravy v našem oboru systémem rezidenčních míst (RM) kdy v současné době obor všeobecné praktické lékařství má přiděleno 420 rezidenčních míst s dotací 1 010 000 Kč na jedno místo. Dále tato novela umožnila zvýhodnění lékařů s dřívější specializací v oboru interní lékařství a lékařů se získanou specializací (atestací) v oboru urgentní medicína, kde podstatně zkrátila potřebnou dobu rekvalifikace. V průběhu doby se při praktické realizaci vyskytla řada problémů, které se zástupci oboru snažili odstranit. Jejich úsilí bylo završeno v letošním roce vydáním nového kurikula pro obor všeobecné praktické lékařství.

Za hlavní problém dříve platného systému byla považována jeho náročnost na administrativní stránku specializační přípravy a nutnost absolvovat všechny předepsané stáže zvlášť na akreditovaných pracovištích, i když by se logicky daly řešit v rámci základního pracoviště, vysláním na stáž k příslušnému specialistovi tak, jak se to v praxi běžně děje. Také se ukázalo, že centrálně prosazovaný systém teoretických kurzů značně omezuje průchodnost celým systémem.

Specializační vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství – 36 měsíců - verze 2009

Povinný základní kmen v oboru všeobecné praktické lékařství - v délce min. 24 měsíců

Akreditované pracoviště		Počet měsíců
všeobecné praktické lékařství - ordinace ^{1), 2)}		10
z toho	dermatovenerologie ^{3), 4)} , oftalmologie ^{5), 6)} , otorinolaryngologie ^{7), 8)} , hygiena obecná a komunální ⁹⁾ , hygiena a epidemiologie ^{10), 11)}	2
	psychiatrie ^{12), 13)}	1
	neurologie ^{14), 15)}	1
vnitřní lékařství - lůžkové interní oddělení nemocnice s neselektovaným příjmem pacientů ^{16), 17)}		8
z toho	anesteziologie a intenzivní medicína (lůžková oddělení) ^{18), 19)} a činnost lékaře v systému zdravotnické záchranné služby (rychlé lékařské pomoci) ^{20), 21)}	1
dětské lékařství ^{22), 23)}		1
gynekologie a porodnictví ^{24), 25)}		1
chirurgie ^{26), 27)}		4
z toho	urologie ^{28), 29)} , ortopedie ^{30), 31)} , rehabilitační a fyzikální medicína ^{32), 33)} včetně poučovací rehabilitace	1

Poté následovala vlastní specializační příprava v délce 12 měsíců.

Účast na vzdělávacích aktivitách - povinná

Kurzy, semináře	Počet dní
kurz Lékařská první pomoc ³⁶⁾	3
seminář Základy lékařské etiky, komunikace, managementu a legislativy v praxi všeobecného praktického lékaře ³⁷⁾	2
kurz Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí ³⁸⁾	1
kurz Radiační ochrana ³⁹⁾	1
kurz Paliativní péče ⁴⁰⁾	2
kurz Hygiena a epidemiologie ⁴¹⁾	2
kurz Psychoterapie ⁴²⁾	3
kurz Novinky ze všeobecného praktického lékařství ⁴³⁾	3 x 1

Účast na vzdělávacích aktivitách - doporučená

Kurzy, semináře	Počet dní
Kurz Vybrané kapitoly ze všeobecného praktického lékařství	2 x 5
Kurz Základní přístupy k akutnímu pacientovi v terénu	2
Kurz Diabetologie pro praktické lékaře	5
Kurz Diferenciální diagnostika z pohledu praktického lékaře	2
Kurz EKG	2

Z uvedených důvodů zástupci Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP spolu se zástupci Sdružení praktických lékařů ČR prosazovali podstatné zjednodušení celého systému tak, aby vyhovoval praxi při zachování vlastního kmene. V květnu roku 2011 Ministerstvo zdravotnictví uveřejnilo vzdělávací programy specializačního vzdělávání lékařů, jejichž plné znění nahrazuje původní znění vydané ve Věstnicích MZ ČR v roce 2009-2010, a to Věstníky MZ ČR vydanými v roce 2011. Náš program byl novelizován částkou 4/věstníku 2011.

Podmínkou pro získání specializované způsobilosti v oboru všeobecné praktické lékařství je zařazení do oboru, absolvování základního kmene všeobecné praktické lékařství (24 měsíců) nebo základního interního kmene (24 měsíců), specializovaného výcviku (Pro absolventy kmene všeobecné praktické lékařství a lékaře se specializací I. nebo II. st. v oboru vnitřní lékařství nebo specializovanou způsobilostí v oboru vnitřní lékařství v délce 12 měsíců. Pro absolventy základního interního kmene se 6 měsíční stáží v oboru všeobecné praktické lékařství v délce 14 měsíců nebo v délce 20 měsíců bez této stáže. Pro lékaře s diplomem o specializaci v oboru urgentní medicína v délce 18 měsíců a úspěšné složení atestační zkoušky). Celková doba specializačního vzdělávání je minimálně 3 roky.

Specializační vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství – 36 měsíců - nová verze 2011

Povinný základní kmen v oboru všeobecné praktické lékařství - v délce min. 24 měsíců

Akreditované pracoviště	Počet měsíců
všeobecné praktické lékařství - ordinace ^{1), 2)}	8
anesteziologie a intenzivní medicína ^{1), 3)} nebo JIP ^{1), 4)} nebo ZZS/ZOS ^{1), 5)}	2
vnitřní lékařství ^{1), 6)} - lůžkové interní oddělení nemocnice s neselektovaným příjmem pacientů	8
dětské lékařství ^{1), 7)}	1
gynekologie a porodnictví ^{1), 8)}	1
chirurgie ^{1), 9)}	4

Poté následuje vlastní specializační příprava v délce 12 měsíců

Účast na vzdělávacích aktivitách – povinná pro všechny základní obory

Kurzy, semináře	Počet dní
kurz Radiační ochrana ¹¹⁾	1
kurz Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí ¹⁰⁾	1

Účast na vzdělávacích aktivitách – povinná pro obor všeobecné praktické lékařství

Kurzy, semináře	Počet dní
kurz Paliativní péče ³⁹⁾	2

kurz Hygiena a epidemiologie ⁴⁰⁾	2
kurz Psychoterapie ⁴¹⁾	2
kurz Novinky ze všeobecného praktického lékařství ⁴²⁾	1x ročně

Účast na vzdělávacích aktivitách - doporučená

Kurzy, semináře	Počet dní
Kurz Vybrané kapitoly ze všeobecného praktického lékařství	2 x 5
Kurz Diabetologie pro praktické lékaře	5
Kurz EKG pro praktické lékaře	2
Kurz Lékařská první pomoc	3
Kurz Základy lékařské etiky, komunikace, managementu a legislativy	2
Kurz Pracovní lékařství	2

Při porovnání je zřejmé, že došlo ke značné redukci požadavků na akreditovaná pracoviště, kde trvá uvedený požadavek jen u základních oborů, a to: všeobecného praktického lékařství, anesteziologie a intenzivní medicíny nebo JIP nebo ZZS/ZOS, vnitřního lékařství, chirurgie, dětského lékařství, gynekologie a porodnictví. V rámci dvouměsíčního bloku ARO, JIP, ZZS se doporučuje rovnoměrné rozložení těchto předepsaných praxí tak, aby lékař ve specializační přípravě do oboru VPL absolvoval jak nemocniční, tak terénní praxi.

U všech kurzů se předpokládá, že do konce roku 2012 budou k dispozici plně nebo v kombinované formě také v e-learningové podobě. Kurzy Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí a Radiační ochrana čekají na schválení MZ ČR. Z povinných kurzů pro náš obor je připraven kurz Hygiena a epidemiologie a intenzivní medicíny a Psychoterapie. U doporučených kurzů jsou hotové kurzy EKG pro praktické lékaře a v rámci Vybraných kapitol z VPL si lékaři mohou vybrat vždy 5 témat z nabídky e-learningového vzdělávání EUNI dle vlastního výběru. Dále je připraven kombinovaný kurz Lékařská první pomoc 2 dny e-learning - 1 den praxe na ZZS a pracuje se na kurzech Diabetologie pro praktické lékaře, Základy lékařské etiky, komunikace managementu a legislativy a Pracovní lékařství.

Závěr

Závěrem pokládáme za důležité zdůraznit, že na všechny lékaře zapsané do oboru VPL po 1. 1. 2011 se vztahuje již nová verze Vzdělávacího programu. Ostatní lékaři mohou postupovat tak, jak si sami zvolí, (pokračovat ve starém nebo zvolit nové), ale vždy je nezbytné informovat Katedru všeobecného lékařství IPVZ. V případě, že je lékař zároveň příjemcem dotace z Rezidenčního místa, pak informuje i MZ ČR prostřednictvím administrátora projektu (GHS), a to na formuláři Žádost o schválení změny, podle platné metodiky. (K Žádosti je třeba přiložit nový vzdělávací plán, eventuálně i nový finanční plán.)

Lékaři zařazení do specializačního oboru podle dřívějších předpisů, tj. do 30. 6. 2009 mohou dokončit specializační vzdělávání i podle dřívějších vzdělávacích programů, musí však v přihlášce uvést podle kterého vzdělávacího programu k atestaci přistupují a doložit splnění všech požadavků daného Vzdělávacího programu.

Nový specializační program má podle našeho názoru všechny předpoklady pro to, aby na úrovni min. požadavků EU umožnil přípravu budoucích všeobecných praktických lékařů v ČR tak, aby mohli pracovat nejen v ČR, ale i ve všech státech EU.

Literatura:

www.ipvz.cz
www.mzcr.cz

Bohumil Seifert, et al. "Všeobecné praktické lékařství" Galén, Praha, 2005

Aktualizace informací k nasmlouvání kódů na péči o diabetika v ordinaci VPL

Dovolte mi, abych Vás, kolegyně a kolegové, informoval o aktuálním dění ohledně nasmlouvání nových kódů v ambulancích VPL v rámci péče o pacienty s DM 2. typu.

Vzhledem k tomu, že máme z celé ČR negativní ohlasy v rámci smluvních ujednání s VZP stran nasmlouvání níže uvedených kódů, tak jsem inicioval za naši SVL ČLS JEP a ve spolupráci se SPL ČR schůzku na půdě MZ ČR se zástupci VZP a ostatními zástupci ZPP, které by se mělo konat ve druhé polovině června 2011. O výsledku jednání budete neprodleně informováni všemi možnými cestami jak prostřednictvím SVL, tak i SPL. Pro úplnost uvádím, že nasmlouvání níže uvedených kódů je bez větších problémů u všech ostatních Zdravotních pojišťoven a problémy se dějí jen ze strany VZP.

1. V ordinacích VPL je možné od 1. 1. 2010 léčit pacienty s nekomplikovaným DM. Je nutné v tomto případě si nasmlouvat **kód 01201: PÉČE O STABILIZOVANÉHO NEKOMPLIKOVANÉHO DIABETIKA 2. TYPU VŠEOBECNÝM PRAKTICKÝM LÉKAŘEM**, který není v pravidelné péči diabetologa a je dispenzarizován u PL.

- Frekvenčně je výkon omezen á 3 měsíce
- Čas výkonu 30 minut
- Bodové ohodnocení 233 bodů (bod 1,10 Kč)

Finančně vychází tento kód na cca 320 Kč za jedno vyšetření. Dále je nutné současně vykázat i kód dispenzarizovaného pacienta 09532, který je ohodnocen 10 body.

Při každé kontrole pacienta s DM nepodkročitelně musí být vyšetřeny následující parametry:

Hmotnost, výška, BMI, TK, puls, glykémie na lačno či postprandiální a v neposlední řadě aspekce DK, poté vše zapsat do dokumentace pacienta. K tomu je žádoucí zapsat medikaci ohledně diabetu a všechny další parametry do průkazky diabetika, včetně další plánované kontroly. Nediinnou součástí je léčba všech přidružených onemocnění, včetně preskripce pro tyto dg.

2. 1.1.2011 byl vyhláškou MZ ČR vydán **kód 01445: STANOVENÍ GLYKOVANÉHO HEMOGLOBINU HbA1c V AMBULANCI LÉKAŘEM**, který dispenzarizuje pacienta s DM.

- Frekvenčně je výkon omezen á 3 měsíce do kompenzace hodnot glyk. Hb, dále již 1x za 6 měsíců dle DP
- Čas výkonu 2 minuty a bodové ohodnocení 122 bodů.

CAVE při „velkých odběrech u dispenzarizovaného pacienta s DM“ je nutné poslat i glyk. Hb do spádové laboratoře k vyšetření.

K tomuto vyšetření je nutné podotknout že je nutné k nasmlouvání tohoto výkonu doložení přístrojového vybavení k analýze glykovaného Hb (buď zakoupení, či pronájem přístroje), dále certifikát o zaškolení obsluhujícího personálu tohoto přístroje... (provede a proškolí firma při zakoupení tohoto přístroje) a dále nutný je certifikát o absolvování školení ohledně klinické interpretace výsledků glyk. Hb V tomto bodu jsme se s VZP a Diabetologickou společností shodli na několika možnostech provedení jak formou kurzů v IPVZ, SPL seminářů, víkendových

vých seminářů SVL, seminářích LF, či e-learningových kurzů, které budou připraveny ve spolupráci SVL, SPL, Biochemickou a Diabetologickou společností.

E-learningové kurzy jsou nyní ve fázi přípravy. Obecně obsluha všech ambulantních přístrojů pro vyšetření glykovaného Hb je velmi jednoduchá a pro vykázání tohoto vyšetření je nutné dodržet obecný postup.

Provedení: Výkon zahajujeme odběrem žilní či kapilární krve. Pomocí mikropipety se vloží vyšetřovaný vzorek do automatizovaného přístroje, který ve velmi krátké době vyhodnotí glykovaný hemoglobin. Výsledek glykovaného Hb se zobrazí na display přístroje. Výkon končí vyhodnocením výsledku tohoto vyšetření a následně zápisem do zdravotnické dokumentace pacienta. Vyhodnocení tohoto parametru, glykovaného hemoglobinu (HbA1c) ukazuje kvalitu péče a kompenzaci pacienta s diagnózou DM.

Další povolené odbornosti 101 - interna, 103 - diabetologie, 104 - endokrinologie.

3. Od 1. 1. 2011 byl vyhláškou MZ ČR vydán **kód 01441: STANOVENÍ GLUKÓZY GLUKOMETREM, JAK NA LAČNO, TAK I POSTPRANDIÁLNĚ V AMBULANCI LÉKAŘEM**, který dispenzarizuje pacienta s DM.

- Frekvenčně je výkon ZÁVISLÝ na kompenzaci DM a tudíž lze jej vykazovat do KOMPENZACE DM, dále již jen při suspekci na dekompenzaci či subkompenzaci DM.
- Čas výkonu 2 minuty a bodové ohodnocení 25 bodů.

CAVE při „velkých odběrech u dispenzarizovaného pacienta s DM“ je nutné poslat i glykémii do spádové laboratoře k vyšetření.

Aktuální sdělení pro všechny, kdo vykazují kód dispenzarizace: 09532.

Po konzultacích s MZ ČR **tento kód (09532) je možné vykazovat u všech pacientů, které dispenzarizujeme ve své ordinaci, čili nejen u pacientů s DM, ale i u pacientů například s arteriální hypertenzí či léčenou a námi dispenzarizovanou dyslipidémií.**

POZOR také na vykazování kódu 01441, což znamená: STANOVENÍ GLUKÓZY GLUKOMETREM, JAK NA LAČNO, TAK I POSTPRANDIÁLNĚ V AMBULANCI LÉKAŘEM, který dispenzarizuje pacienta s DM. Frekvenčně je výkon ZÁVISLÝ na kompenzaci DM a tudíž lze jej vykazovat do KOMPENZACE DM. Nelze jej vykazovat standardně při dispenzarizaci, ale jen a pouze při podezření na subkompenzaci či dekompenzaci této dg. Jestliže jej ovšem vykážeme, tak nelze vykázat kód dispenzarizace 09532.

Doporučoval bych při vykázání kódu 01201 současně 09532, ale v případě suspekce na sub či dekompenzaci DM vykázat 01441, ale tím pádem nelze vykázat 09532.

MUDr. Igor Karen
Místopředseda pro profesní záležitosti SVL ČLS JEP
Odborný garant pro diabetologii

V Praze dne 26. 5. 2011

Tiskové prohlášení Ministerstva zdravotnictví ČR: "Lékaři brání pouze své zájmy nikoliv zájmy pacientů"

Zatímco česká ekonomika se potácí a vypořádává s dozvuky světové ekonomické krize a pomalu znovunalézá křehkou rovnováhu, oblasti zdravotnictví a lékařů se propad finančních prostředků a nejistota pracovního trhu vyhýbá. Vláda bojuje s obrovským deficitem veřejných financí a šetří prostředky, kde se dá. Mnozí občané stále nemohou najít práci a mzdy ve veřejném i státním sektoru stagnují, mnohdy jsou dokonce pod úrovní z doby před krizí.

Naopak lékaři se nezaměstnanosti bát nemusí, mají svá místa jistá. Zároveň si v nátlakové akci v době, kdy se všichni ostatní musí uskomnit, vymohli výrazné navýšení platů.

Aby jejich lepší platové podmínky mohl stát dlouhodobě zajistit, dohodl se s lékaři na podpoře reformy zdravotnictví. Ti ovšem, jakmile dostali své peníze, náhle se o spolupráci přestali zajímat a opět se staví do opozice proti připravovaným zdravotnickým zákonům.

V materiálu „Sebeobrana lékařů“ se vyhraňují proti podstatné části reformního úsilí Ministerstva zdravotnictví ČR. Jejich „obavy“ ovšem převážně pramení z neinformovanosti či zahleděnosti do sebe a snahy získat pro sebe co největší prospěch. Přibližně polovina nesouhlasných bodů se týká kultivace a tvorby sítě zdravotnických zařízení. Lékaři se ohrazují proti možnosti zdravotních pojišťoven vypovědět zařízením smlouvu bez udání důvodu (ambulantním do tří let, lůžkovým do pěti let), nechťejí být pojišťovnami pokutováni za porušování smluv a odmítají soutěžit o poskytování péče pacientům. Tento záměr však není součástí aktuálních legislativních návrhů.

Je třeba si uvědomit, že tyto záměry jsou ve prospěch pacienta. Jsou to právě zdravotní pojišťovny, které mají dokonalý přehled o struktuře pojištěnců v jednotlivých regionech, jak z hlediska věkového rozdělení, tak z hlediska nemocnosti. A právě pojišťovny jsou povinny svým pojištěncům zařídit péči co nej kvalitnější a časově a místně dostupnou. Jak mají toto činit, pokud nedisponují potřebnými nástroji?

Pokud lékař či zařízení poruší smlouvu s pojišťovnou, poškozují tak její klienty, tedy pacienty. Je přeci správné, že pojišťovna se v takové situaci za svého klienta postaví a dá zařízení či lékaři pokutu. Sankce za nedodržení smluvního vztahu je přeci naprosto běžná ve všech oblastech ekonomického života. Copak lékaři nemají být odpovědní za to, co činí?

Struktura obyvatelstva dle věku a nemocí, stejně tak jako medicínské technologie a personálně-přístrojové požadavky na léčbu se v čase a v jednotlivých regionech mění. Právě proto musí pojišťovna disponovat možností vypovědět smlouvu zařízení nebo lékaři, který již v dané oblasti není třeba. Nemůže-li takto pojišťovna učinit, znamená to plýtvání veřejnými zdroji, které budou následně někde chybět nemocným pacientům při jejich léčbě.

Každá koruna, která je ze systému zdravotního pojištění vyplývá, někde následně chybí pacientům. Je proto správné, že jednotlivá zařízení by měla o poskytování péče pro danou oblast veřejně a transparentně soutěžit. Pojišťovna přihlédne jak k odbornému zázemí, tak k ceně za poskytovanou péči a vybere pro své pacienty to nejlepší zařízení. Není žádný důvod, proč by měla ve své síti udržovat zařízení a lékaře nepřizpůsobivé a neefektivní.

Opět by šlo o plýtvání zdroji na úkor pacienta. Tato oblast je nyní pouze návrhem k diskuzi nikoliv součástí navrhovaných legislativních kroků.

Lékaři se dále ohrazují proti některým opatřením, která nemá Ministerstvo zdravotnictví ČR v úmyslu prosazovat. Není tedy zřejmé, vůči čemu se lékaři vlastně vymezují. Jejich tvrzení pravděpodobně vyplývá z jejich nedostatečné informovanosti. Poplatky u lékaře se nemají stát příjmem zdravotních pojišťoven, dále zůstanou příjmem lékařů a zdravotnických zařízení. Stejně tak dvousetkorunový poplatek za návštěvu u specialisty bez doporučení praktického lékaře dnes není na pořadu dne. Stejně tak není na pořadu dne, aby pojišťovny mohly v krajním případě založit nové zdravotnické zařízení.

Hlasitý nesouhlas lékařů vyslovují s chystanou změnou v lékové politice, zejména s generickou preskripcí. Neustále argumentují tím, že někteří pacienti musí dostávat lék konkrétního výrobce a nejde jim ordinovat generickou záměnu. Taková obava je ovšem lichá, jelikož bude-li to medicínsky odůvodnitelné, lékař bude moci pacientovi konkrétní lék předepsat. Tento fakt lékaři ale stále tiše přehlížejí. To budí podezření, že jim vůbec nejde o prospěch pacienta, nýbrž o provize, které od farmaceutických firem pobírají za předepisování jejich obchodních značek. Myšlenka generické preskripce má přinést více peněz do systému na úkor farmaceutických firem, zlevnit léky pro samotné pacienty a zabránit korupci ve zdravotnictví. Lékaři ve svém boji nehájí pacienty, ale své finanční jistoty, nehledě na ekonomický stav zbytku země, svou nedotknutelnost na trhu práce a jistotu práce i v situaci, kdy se ukáže jako nadbytečná. Zastiňují se právy a zájmy pacientů, přitom odmítají nést svůj díl nejistoty a zodpovědnosti a dokonce neváhají brát si pro své zájmy pacienty jako rukojmí.

Pro více informací kontaktujte Ministerstvo zdravotnictví ČR, tel.: 224 972 166
Odbor komunikace s veřejností, e-mail: tis@mzcr.cz

Společné stanovisko

Sdružení praktických lékařů (SPL ČR),
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPL DD),
Sdružení soukromých gynekologů (SSG)
Sdružení ambulantních specialistů (SAS)

k současné situaci ve zdravotnictví
a
návrhy na jeho změny připravované Ministerstvem zdravotnictví.

Přijato dne 30. 5. 2011.

Vyjmenované organizace

A) připomínají, že:

- všechny organizace samy i v rámci Koalice soukromých lékařů (KSL) již cca rok žádají bez úspěchu vedení MZ ČR o možnost podílet se na úpravě Seznamu výkonů v tzv. kultivaci výkonů. MZ ČR jejich účast odmítá, ačkoli mu musí být jasné, že bez účasti poskytovatelů a obou komor nemůže být výsledek „kultivace“ jiný, než velmi špatný, přičemž místo toho nechalo tuto práci dělat firmu, která již jednou – v roce 2009 – v plnění tohoto úkolu selhala.
- od roku 2008 připomínají návrhy zákonů o zdravotních službách, specifických zdravotních službách a zdravotnické záchranné službě, přičemž v posledním roce registrovaly, že nové návrhy obsahují i ustanovení, u kterých již dříve vedení MZ ČR uznalo jejich nesprávnost, nepřesnost, nepoužitelnost nebo i nebezpečnost.
- v rámci KSL od března tohoto roku bez jakékoli odezvy žádají MZ ČR o projednání s následným podpisem společného memoranda, které by pomohlo zaručit stabilní postavení soukromých zdravotnických zařízení v ČR.
- v rámci KSL vydaly 29. 4. 2011 stanovisko k reformním krokům MZ ČR, v němž vládě ČR vytýká, že návrhy na změny ignorují a bagatelizují problematiku ambulantní sféry, vyzvalo MZ ČR k práci na skutečné, pro systém pozitivní, reformě.
- v rámci KSL poslaly 25. 5. 2011 dopis ministru zdravotnictví, ve kterém jej žádají, aby při projednávání legislativních záměrů, postupoval v souladu se zákonem č.20/1966 Sb., kde je povinnost spolupráce MZ ČR s profesními sdruženími přímo uložena.

B) konstatují, že jsou si vědomy, že

- v Poslanecké sněmovně je po prvním čtení projednávána novela zákona 48/97 Sb., která má ambice stanovit pravidla pro účtování úhradového standardu a nadstandardu zdravotní péče v ČR.
- od 13. 5. 2011 je ve vnějším připomínkovém řízení další novela zákona 48/97 Sb., která v rozporu se zákonem 20/1966 Sb. nebyla k připomínkám zaslaná žádné organizaci zastoupené v KSL.
- ve vnějším připomínkovém řízení jsou i návrhy zákonů o zdravotních službách, specifických zdravotních službách a zdravotnické záchranné službě, které se ale soudě dle zpráv z médií neustále mění, takže je velmi obtížné v jakémkoli čase hodnotit v tu chvíli aktuální verze, identifikovat, zda a které připomínky níže podepsaných organizací jsou akceptované či nikoli.
- samo MZ, vláda ČR i tzv. K9 připravují pro poslance vládních stran podklady pro možnost předložit pozměňovací návrhy k návrhu změny zákona 48/97 Sb., který t. č. projednává Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR a to bez toho, že by tyto byly jakkoli projednány s odbornou veřejností. Sám ministr zdravotnictví v posledních měsících odprezentoval řadu myšlenek (a to i takových, které dříve označil za neaktuální a takové, od kterých upustil – např. změna výše regulačních poplatků a generická preskripce), které se, ačkoli nejsou t. č. součástí žádného uceleného textu, mohou ze dne na den stát z poslanecké iniciativy pozměňovacím návrhem, a proto je nelze v komentářích ignorovat. Jedná se např. možnost zdravotních pojišťoven ukončit se zdravotnickým zařízením smluvní vztah bez udání důvodů nebo jim umožnit provozovat vlastní zdravotnická zařízení.

C) vyzývají ministra zdravotnictví a vládu ČR, aby

- přestali mást veřejnost tvrzeními, že akcí Děkujeme-odcházíme dosáhli všichni lékaři finančního prospěchu. Pravda je taková, že plat byl navýšen jen lékařům v lůžkových ZZ. Pokud MZ ČR nenalezne zdroje k tomuto navýšení, např. i mimo systém zdravotnictví, většina zdravotnických zařízení bude ohrožena již letos prodáváním lhůt splatnosti úhrad a reálným snížením příjmů.
- koncepci reformy českého zdravotnictví, pokud taková existuje, otevřeně a v plném rozsahu představili veřejnosti i odborníkům a otevřeli o ní diskusi napříč politickým spektrem. Níže podepsané organizace jediné takový způsob považují za správný a protestují proti tomu, aby byly nadále jednotlivé návrhy změn představovány izolovaně bez vzájemné provázanosti a bez toho, aby bylo jasné, kdy a v jaké podobě je MZ ČR chce prosadit, odmítají i jejich eventuální schvalování formou s odbor-

nou veřejností neprojednaných pozměňovacích návrhů.

- upustili od dehonestace lékařského stavu neustálým poukazováním na to, že právě lékaři jsou u nás (např. v souvislosti s generic-kou preskripcí, tzv. pozitivními seznamy léků) hlavní zkorumpovanou skupinou obyvatel. Aby upustili od záměrů, které ve skutečnosti k žádnému ušetření finančních prostředků nepovedou, jen situaci pacientů zkomplikují nebo je dokonce ohrozí na zdraví či životě nebo mohou být příčinou úniku citlivých patientských dat (např. zavedení Centrálního úložiště receptů). Důvěra pacienta v jeho lékaře je jedním ze základních prvků možného úspěchu v léčbě. Vážme si ji a neničme ji ničím nepodloženými výroky.
- přestali užívat v prosazování změn nepravdivých a veřejnost matoucích argumentů. Takovým je např. ten, že bráníme-li se možnosti bezdůvodného vypovězení smluv ze strany zdravotních pojišťoven, jde nám o ochranu zdravotnických zařízení, která poškozují pacienty. To hlavní, co nám na návrhu vadí, je, že zdravotní pojišťovny by nemusely svůj krok jakkoli zdůvodňovat, přičemž by mohly provozovat vlastní zdravotnická zařízení. Souhra těchto obou návrhů je sama o sobě vysoce prokorupční a je namířena i proti poctivým a zcela lege artis postupujícím zdravotnickým zařízením. Nemění situaci těch, kteří pacientům škodí, neboť s nimi může pojišťovna rozvázat smlouvu již nyní dle dnes platné legislativy. Upozorňujeme, že bráníme-li se tomu, aby zdravotnická zařízení mimo svou kvalitu musela o smlouvu s pojišťovnami soutěžit i cenou, bráníme se hlavně proti možnému dumpingu. V ČR t. č. platí Seznam výkonů, ve kterém jsou jasně stanoveny tzv. nákladové ceny výkonů. To samo o sobě spolu s tím, že ceny jsou pro každý rok upřesňovány úhradovou vyhláškou MZ ČR, brání zdravotnickým zařízením jakkoli svou práci nadhodnocovat, přičemž to ale, na rozdíl od dumpingu, zajišťuje, že práce bude alespoň jakž takž zaplacená.

Níže podepsané organizace označují za neplatné argumenty hájící postup MZ ČR v jeho prohlášení ze dne 26. 5. 2011 nazvané „Lékaři brání pouze své zájmy nikoli zájmy pacientů“.

Níže podepsané organizace vyzývají Ministerstvo zdravotnictví i celou vládu ČR k tomu, aby se vrátily ke spolupráci s odbornou veřejností, aby ve svých krocích spíše podpořily vše, co je v českém zdravotnictví pacientům prospěšné a neničily mnohá pozitiva, která jsme po roce 1989 získali, a to včetně zdravotnictví soukromého.

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR,
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost,
MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů,
MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů

Vzdělávací semináře SVL ČLS JEP v září 2011

Hlavní téma: Srdeční selhání. Očkování proti chřipce.

Čtvrtek	1. 9. 2011	16:00 - 20:00	Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev, Gutenbergova 3
Sobota	3. 9. 2011	9:00 - 13:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Pondělí	5. 9. 2011	16:30 - 20:30	Zlín, Aula SZŠ, Příluky 372
Úterý	13. 9. 2011	16:00 - 20:00	Pardubice, Hotel EURO, Jiráskova 2781
Středa	14. 9. 2011	17:00 - 21:00	Jihlava, presbytář Hotelu Gustav Mahler, Křížová
Čtvrtek	15. 9. 2011	16:00 - 20:00	Ústí nad Labem, Best Western Hotel Vladimír, Masarykova 36
Čtvrtek	15. 9. 2011	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Sobota	17. 9. 2011	9:00 - 13:00	Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Sobota	17. 9. 2011	9:00 - 13:00	Pízeň, Šafránkův pavilon, Alej svobody 31
Sobota	17. 9. 2011	9:00 - 13:00	Karlovy Vary - Březová, Hotel Starý mlýn, Staromlýnská 26/8
Středa	21. 9. 2011	16:00 - 20:00	Praha, Lék. dům, Sokolská 31
Středa	21. 9. 2011	16:00 - 20:00	České Budějovice, budova Medipont s.r.o., Matice Školské 17
Čtvrtek	22. 9. 2011	16:00 - 20:00	Ostrava, Hotel Imperial, Tyršova 6
Čtvrtek	22. 9. 2011	16:00 - 20:00	Hradec Králové, Nové Adalbertinum, Velké náměstí 32
Sobota	24. 9. 2011	9:00 - 13:00	Olomouc, Aula Právnické fakulty UP Olomouc, tř. 17. listopadu 8

Obtíže při přeregistraci pacientů od PLDD k VPL ve věku 19 let ??

Pro informaci všem kolegům zveřejňujeme následující dopis ministerstva zdravotnictví, který byl zaslán předsednictvu SVL ČLS JEP k vyjádření. Uvádíme i společnou odpověď všech 4 společností sdružujících PLDD a VPL.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Leoš HEGER
ministr

V Praze dne 23. května 2011
Č.j.: 67647/2010

Vážená paní předsedkyně, vážený pane předsedo,

Pracovní podskupina „Pro zdraví“ při Úřadu vlády upozornila na problémy mladistvých s jejich registrací u praktických lékařů pro dospělé po ukončení registrace u praktických lékařů pro děti a dorost. Tím dochází k omezení dostupnosti primární zdravotní péče pro mladistvé, a to včetně preventivních, popř. dispenzárních prohlídek. Tyto informace potvrdily údaje, které byly vyžádány od Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

V souladu s návrhem Pracovní podskupiny „Pro zdraví“ při Úřadu vlády a Komise Ministerstva zdravotnictví pro péči o děti a dorost doporučuji zvážit zavedení možnosti proaktivní (pokračující) registrace mladistvých 19-26 let u praktických dětských lékařů v návaznosti na přípravu k povolání.

Z důvodu výše uvedeného se na Vás obracím se žádostí o společné řešení dané problematiky a zpětnou informaci o Vašich závěrech a navrhovaných opatřeních, které budou předmětem jednání se zdravotními pojišťovnami.

S poděkováním a pozdravem

Příloha

Vážená paní
MUDr. Hana Cabrnachová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP
Libušská 183/49
142 00 Praha 4

Vážený pan
Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP
LF HK
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové

Vážený pán
 Doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.
 Ministr zdravotnictví ČR
 Ministerstvo zdravotnictví
 Palackého nám. 4
 128 01 Praha 2

V Praze dne 1.6.2011

Věc: odpověď na Vaše č.j. 67647/2010 ze dne 23.5.2011 – údajné obtíže při přeregistraci pacientů od PLDD k VPL ve věku 19 let

Vážený pane ministře,

reagujeme na Váš dopis ze dne 23.5.2011. Za příčinu neregistrování se některých 19 letých a starších lze ze systémového pohledu považovat:

- Malou informovanost pac. ve věku cca 19 let o registraci u VPL ze strany zdravotních pojišťoven. Takto zdravotní pojišťovny šetří svoje náklady (neplatí kapítaci, ale jen nepravidelnou péčí). ZP tedy nemají zájem aktivně informovat své klienty.
- Neexistenci bonusů a malusů pro pacienty v pojištění na základě registrace a účasti na preventivních prohlídkách.
- V ČR platí, že pacient se není povinen registrovat a může svoji LPP čerpat jako nepravidelnou. Je určitá část pacientů, která to chápe jako své svobodné rozhodnutí na které má plné právo.
- Předávání pacientů mezi PLDD a VPL v místě je prováděno v tradičních vazbách lékařů s respektem ke svobodné volbě lékaře. Určitý problém může vznikat, mění-li mladý pacient registraci a zároveň se stěhuje např. do velkého města. Tento aspekt však s věkovou hranicí registrace nesouvisí.

Nebude-li při využití těchto nástrojů uvedený systém péče fungovat, jsme připraveni se tímto tématem znovu zabývat.

SVL ČLS JEP Doc. MUDr. S. Býma, CSc.

OS PDL ČLS JEP MUDr. H. Čabrnáková

SPL ČR MUDr. V. Šmatlák

SPLDD

MUDr. P. Neugebauer

V. jarní interaktivní konference SVL ČLS JEP

Slovanský dům Praha, 8.–10. 4. 2011

Vybrané zprávy - II. část

NOVINKY V LÉČBĚ HYPERTENZE

Velký zájem projeví účastníci konference o blok přednášek věnovaný novým poznatkům v léčbě hypertenze a není divu - arteriální hypertenze patří mezi nejčastější diagnózy v ordinaci praktického lékaře. Vzdělání praktičtí lékaři si dobře uvědomují závažnost hypertenze jako rizikového faktoru, vždyť je známo, že s každým zvýšením krevního tlaku o 20/10 mm Hg dochází ke zdvojnásobení rizika kardiovaskulární mortality a morbidity.

Strategie léčby arteriální hypertenze - aktuální poznatky

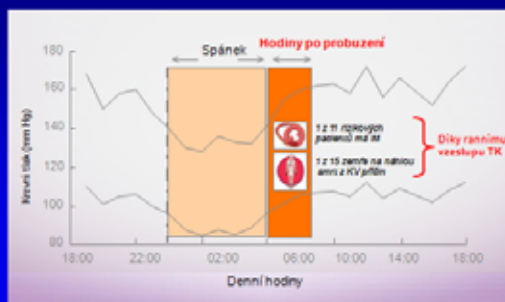
V první přednášce **prof. Jiří Widimský jr. (Centrum pro hypertenzi, III. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha)** seznámil přítomné s novými strategiemi volby antihypertenzivní léčby. Připomenul, že bychom se při výběru antihypertenziv měli řídit především dostatečně podloženou antihypertenzní účinností, ale důležité je pamatovat i na další kritéria účinnosti léku jako je ovlivnění aortální rigidity, subklinických orgánových postižení, snížení centrálního TK a variability TK. Přednost bychom bezesporu měli dát lékům, které mají dostatek důkazů, že příznivě ovlivňují kardiovaskulární prognózu pacientů a v neposlední řadě je podstatná dobrá tolerance léku. Přehodnocení **doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze vydané v loňském roce jasně podporuje kombinační léčbu** jako nejúčinnější strategii pro kontrolu TK. Dle výsledků metaanalýzy 42 studií léčby hypertenze dosáhneme kombinací antihypertenziv z různých tříd 5x účinnějšího snížení krevního tlaku než lze dosáhnout zvýšením dávky jednoho léku. Zvláště výhodné je v této souvislosti podání **fixní kombinace léků**, protože takový léčebný přístup vede ke zlepšení compliance nemocného. Zároveň bychom měli vždy dávat přednost lékům, které mají dlouhodobou účinnost a potvrzenou schopnost efektivně snížit TK v průběhu minimálně 24 h po podání léku 1x denně. **Zjednodušení léčby prokazatelně zvyšuje compliance**, zatímco účinná 24 hodinová kontrola TK je důležitá pro prognózu pacienta. Kombinační léčba může snížit TK mnohem dříve a ve větším rozsahu, což může souviset s nižším rizikem výskytu kardiovaskulárních příhod.

Jednou z preferovaných kombinací antihypertenziv je **současné podání inhibitoru angiotensin konvertujícího enzymu (ACEI) a blokátoru kalciového kanálu (BKK)**. Tato kombinace byla úspěšně hodnocena například ve studii ASCOT, kde byli nemocní léčeni amlodipinem v kombinaci s perindopilem. Do studie bylo zařazeno více než 19 000

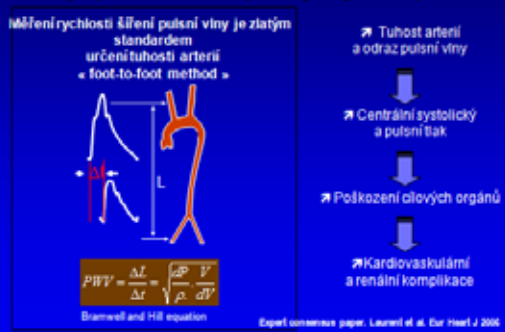
Antihypertenziva s dlouhodobým účinkem zajistí prevenci rizikového ranního vzestupu TK



Profil krevního tlaku v průběhu dne: rizikový „morning surge“



Tuhost arterií je marker stárnutí cév a je prediktorem pro výskyt KV příhod



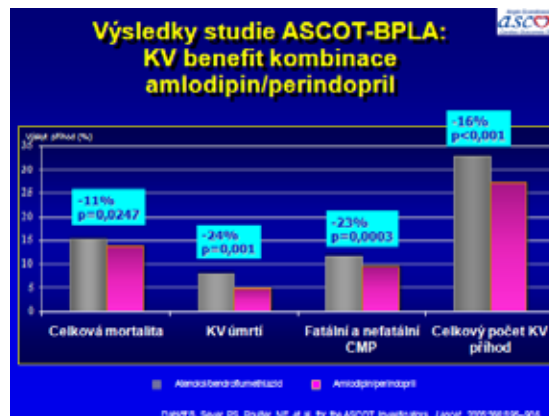
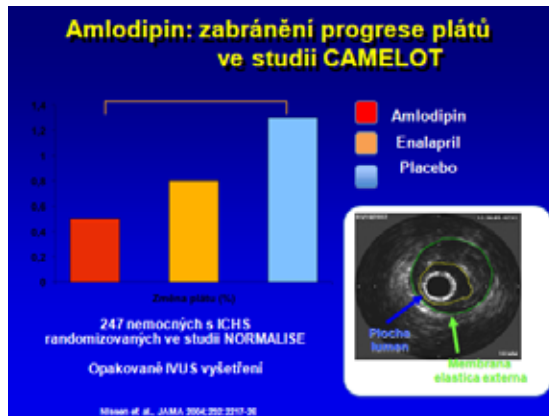
↑TK o 20/10 mmHg =
↑rizika 2x

Charakteristika dobrého antihypertenziva:

- účinnost ověřená důkazy z klinických studií
- ovlivnění aortální rigidity, centrálního TK, variability TK
- ovlivnění subklinických orgánových poškození
- velmi dobrá tolerance

fixní kombinace léků, vede ke zlepšení compliance nemocného

preferovaná kombinace: ACEI + BKK



hypertoniků, kteří současně měli 3 jiné kardiovaskulární rizikové faktory. I v této studii byla potvrzena nutnost kombinace, neboť pouze 13 % nemocných léčených amlodipinem nevyžadovalo přidání dalšího antihypertenziva. Přestože ve studii ASCOT vedla kombinace amlodipin/perindopril ke srovnatelnému poklesu krevního tlaku jako při léčbě kombinací atenolol/thiazidové diuretikum, **ve větvi léčené BKK společně s ACEI došlo k významnému, 11% poklesu celkové mortality, 24% poklesu kardiovaskulární mortality a 23% snížení rizika CMP.** Příznivý účinek kombinace BKK s ACEI spočívá v synergickém účinku na skladbu a funkci cévních stěn a na rozdíl od kombinace atenolol/thiazidové diuretikum **snižuje léčba amlodipinem/perindoprilem kromě periferního i centrální aortální tlak.** Jak podtrhl ve svém sdělení prof. Widimský, kombinace přípravků perindopril/amlodipin je spojena s výbornými výsledky compliance nemocných, které se dosahuje mimo jiné snížením výskytu nežádoucích účinků léčby. Přítomnost ACE inhibito-

ru perindoprilu totiž významně snižuje výskyt otoků spojených s léčbou blokátory kalciových kanálů. Při uvedené kombinaci léčby došlo k 32% snížení výskytu periferních edémů a k 62% snížení výskytu vysazení léčby pro otoky. Přitom ACE inhibitory jsou účinnější v redukci edémů spojených s blokátory kalciových kanálů než AT1 blokátory. V jedné studii vedla kombinaci léčby ACE inhibitor/blokátor kalciových kanálů k 54% redukci výskytu edémů, zatímco kombinace AT1 blokátor/blokátor kalciových kanálů vedla k 24% redukci výskytu otoků. Jak ukázaly výsledky dalších studií, léčba amlodipinem je navíc spojena se snížením progresu aterosklerotických plátů a léčba perindoprilem dokonce působí na regresi plátů. Pro zhodnocení celkových dopadů léčby je nejdůležitějším sledovaným cílem vliv léčby na celkovou úmrtnost. Jak ukázala nedávno publikovaná metaanalýza 21 studií léčby hypertenze, volba antihypertenzní léčby má významný vliv na ovlivnění celkové mortality. Pouze léčebné kombinace obsahující perindopril navodily signifikantní pokles celkové mortality. Celková mortalita ve studii ASCOT-BPLA poklesla při léčbě kombinací amlodipin/perindopril o 11 %, ve studii HYVET při léčbě indapamid/perindopril o 21 % a ve studii ADVANCE při léčbě perindopril/indapamid o 14 %. V ostatních 18 studiích zahrnutých do metaanalýzy a ve kterých byly použity jiné způsoby léčby, byly dopady na celkovou mortalitu neutrální. Je zajímavé, že rozdíly ve snížení kardiovaskulární a celkové mortality byly zjištěny i mezi v současné době preferovanými kombinacemi blokátorů systému renin – angiotensin/blokátor kalciového kanálu. Kombinace amlodipin/perindopril vedla k 11% poklesu celkové a 24% poklesu kardiovaskulární mortality, kombinace trandolapril/verapamil vedla k 2% poklesu celkové mortality, avšak k neutrálnímu vlivu na kardiovaskulární mortalitu a kombinace benazepril/amlodipin vedla k 10% poklesu celkové a 20% poklesu kardiovaskulární mortality (oba statisticky nevýznamné).

Prof. Widimský ve svém vystoupení shrnul, že perindopril je ACE inhibitor s rozsáhlými důkazy o prospěšnosti léčby a představuje optimální přípravek do kombinace s blokátorem kalciových kanálů amlodipinem.

Variabilita krevního tlaku – prognostický ukazatel rizika výskytu kardiovaskulárních příhod

Sdělení s názvem „Variabilita krevního tlaku – prognostický ukazatel rizika výskytu kardiovaskulárních příhod“ přednesl **prof. Aleš Linhart (Komplexní kardiovaskulární centrum VFN a 1. LF UK Praha)**. Upozornil na nutnost posuzování krevního tlaku pacienta v souvislosti s celou řadou dalších parametrů, jako je průměrný systolický tlak, průměrný diastolický tlak, hodnota pulzního tlaku (rozdíl mezi systolickým a diastolickým tlakem), vari-

přítomnost ACE inhibitoru v kombinaci snižuje výskyt otoků spojených s léčbou BKK

abilita hodnot krevního tlaku, či přítomnost poklesu krevního tlaku v nočních hodinách. Za nejdůležitější parametr se většinou považuje průměrná hodnota systolického krevního tlaku, avšak prof. Linhart obrátil pozornost k novějšímu hodnocenému parametru, a to **variabilitě krevního tlaku**. Variabilitu krevního tlaku můžeme popisovat různě, nejčastěji si všimáme kolísání krevního tlaku od návštěvy k návštěvě u lékaře. Každý lékař pečující o hypertoniky zná situace, kdy u jednoho pacienta při různých příležitostech měříme v ordinaci výrazně rozdílné hodnoty. V současnosti víme, že krevní tlak není konstantní parametr - v průběhu života pacienta se vyvíjí a predikuje riziko kardiovaskulárních příhod. Ovlivnění krevního tlaku farmakoterapií pak vede ke zlepšení prognózy nemocných. V loňském roce byla v časopisu Lancet publikována práce, kde bylo zjištěno, že významná fluktuace krevního tlaku je spojena se zvýšením rizika bezprostředního vzniku mozkové cévní příhody. V této práci až u 65 % nemocných předcházela cerebrovaskulární příhodě „pouze“ epizodická hypertenze. Navíc riziko cerebrovaskulárních a kardiovaskulárních příhod vzrůstalo se vzrůstem variability hodnot. Přitom variabilita krevního tlaku predikovala riziko i u nemocných s nízkými průměrnými hodnotami krevního tlaku. Výsledky variability krevního tlaku rovněž napomáhají vysvětlit rozdíly ve výsledcích léčby v jednotlivých skupinách studie ASCOT. Jeden z významů studie ASCOT spočívá v tom, že populace zařazená do studie se značně podobá běžné populaci. Pomocí výsledků studie ASCOT tak můžeme vysvětlovat rozdíly v účincích kombinační léčby perindopril/amlodipin oproti kombinaci betablokátor/diuretikum v běžné praxi. Pokud se pokusíme vysvětlit rozdíl ve prospěch lepší účinnosti kombinace ACE inhibitor/blokátor kalciových kanálů pomocí rozdílu průměrných hodnot krevního tlaku, zjistíme, že zjištěný relativně malý rozdíl hodnot pozorovaný mezi léčebnými větvemi (2,7/1,9 mm Hg), který byl pozorován mezi větvemi léčby, nemůže plně vysvětlit lepší dopady léčby na kardiovaskulární ukazatele. Příznivé dopady léčby perindopril/amlodipin lze vysvětlovat metabolickým účinkem, kdy uvedená kombinace vedla ke zvýšení HDL cholesterolu o 0,11 mmol/l. Velmi významné je rovněž zjištění, že metabolicky výhodná kombinace perindopril/amlodipin přispěla při současném podání atorvastatinu k významnému 53% poklesu kardiovaskulárních příhod, zatímco pokud byl atorvastatin podáván nemocným na kombinaci betablokátor/diuretikum, byl pokles pouze 16%. Je zajímavé, že kombinace perindopril/amlodipin byla rovněž účinnější u nemocných s tachykardií, kde bychom spíše očekávali větší prospěch z léčby betablokáto-rem. Další vysvětlení rozdílných výsledků ve studii ASCOT spočívá v rozdílném působení léčby na centrální krevní tlak v aortě. Centrální tlak v aortě můžeme měřit nepřímo pomocí metodiky ultrazvukového hodnocení tvaru pulzové vlny na radiální tepně. Centrální tlak v aortě je ovlivněn elasticitou, respektive tuhostí velkých tepen. Při vyšší tuhosti dochází k výraznému zpětnému odrazu pulzové vlny způsobujícímu sumaci dopředných a zpětných vln vedou-



cí ke zvýšení systolického tlaku v aortě a větší zátěži levé srdeční komory. Nepřímé hodnocení centrálního tlaku ve studii ASCOT ukázalo, že kombinace perindopril/amlodipin vedla oproti kombinaci betablokátor/diuretikum k vyššímu poklesu centrálního tlaku. Studie ASCOT nově hodnotila rovněž dopady variability krevního tlaku. Byla hodnocena variabilita hodnot krevního tlaku od návštěvy k návštěvě u lékaře. Bylo zjištěno, že rozdíly ve variabilitě krevního tlaku se odrážely ve výskytu nežádoucích příhod. Léčba betablokáto-rem s diureti- kem byla spojena s vyšší variabilitou krevního tlaku nejen při návštěvách u lékaře, ale také při ambulantním monitorování krevního tlaku, a tato variabilita byla lepším prediktorem cerebrovaskulárních příhod než průměrná hodnota systolického krevního tlaku.

V závěru prof. Linhart uvedl, že průměrný krevní tlak ve studii ASCOT měl malou asociaci jak s rizikem cerebrovaskulárních příhod, tak s rizikem koronárních příhod. Avšak různé proměnné variability krevního tlaku jsou silnými prediktory jak cerebrovaskulárních příhod, tak koronárních příhod. Variabilita je vyšší u starších nemocných, diabetiků, kuřáků a u nemocných s preexistujícím cévním poškozením. Nejsilnějším prediktorem je „visit-to-visit“ variabilita. Amlodipin/perindopril ve srovnání s kombinací atenolol/thiazid variabilitu krevního tlaku snižuje. Adjustace na variabilitu krevního tlaku zcela vysvětluje pozorované rozdíly v incidenci CMP a koronárních příhod mezi oběma léčenými skupinami.

důležité parametry posuzování TK:

- **průměrný sTK,**
- **průměrný dTK,**
- **hodnota pulzního tlaku,**
- **variabilita hodnot TK,**
- **přítomnost poklesu TK v nočních hodinách**

významná fluktuace krevního tlaku je spojena se zvýšením rizika bezprostředního vzniku mozkové cévní příhody

léčba betablokáto-rem s diuretikem byla spojena s vyšší variabilitou TK než léčba ACEi s BKK

variabilita je vyšší u starších nemocných, diabetiků, kuřáků a u nemocných s preexistujícím cévním poškozením

nejsilnějším prediktorem je „visit-to-visit“ variabilita



Cardiovascular

Spektrum řešení



GOP/10/11/04/00

Abbott Laboratories, s.r.o.
Hadovka Office Park, Evropská 2591/33d, 160 00 Praha 6
Tel.: 267 292 111, fax: 267 292 100, www.abbott.cz

 **Abbott**
A Promise for Life

KOMBINACE STATIN - FIBRÁT. ANO ČI NE?

Dalším významným tématem konference byly nové přístupy v léčbě hyperlipidémie vedené v ordinaci praktických lékařů. Vzhledem k celospolečenské významnosti správně vedené léčby hypolipidemií, zveřejňujeme podrobnější zprávu i k tomuto tématu.

V úvodní přednášce bloku věnovaného hypolipidemické léčbě připomněl **MUDr. Otto Herber** (praktický lékař a spoluautor doporučených postupů pro hypolipidemickou léčbu v primární péči) o změnách preskripčních omezení v r. 2010, kdy bylo odstraněno omezení "P": "Kombinaci hypolipidemik může indikovat a předepisovat pouze kardiolog, internista, lékař lipidové poradny a diabetolog".

Z rozhodnutí MZ ČR č. j. MZDR 2163/2010 ze dne 12. 2. 2010 došlo ke změně „P“ pro všechny statiny takto: **atorvastatin, simvastatin, fluvastatin, lovastatin, pravastatin a rosuvastatin je indikován u nemocných s dyslipidemií a manifestní aterosklerózou či diabetem nebo v případě, že celkové desetileté kardiovaskulární riziko úmrtí nemocného dle systému SCORE (platný pro ČR) je větší než 5 % (toto riziko musí být při iniciaci léčby uvedeno ve zdravotnické dokumentaci). Pro účinnost léčby je nejvýznamnějším ukazatelem hladina LDL-cholesterolu; její cílová hodnota je stanovena u osob bez manifestace aterosklerózy či diabetu na 2,5 mmol/l a u osob s manifestací aterosklerózy či s diabetem na 2,0 mmol/l.**

V praxi to znamená, že všechny statiny v každé síle může nyní od 1. 3. 2010 předepisovat také praktický lékař. Dále v uvedeném dokumentu MZ ČR není zmínka o omezení při preskripci kombinací terapie statin + fibrát, a proto lze dovodit, že žádné omezení neexistuje. Je tedy zcela v kompetenci praktického lékaře, zda se pro ni rozhodne. Mimo jiné má také oporu v mezioborovém konsenzuálním doporučeném postupu z roku 2009.

Kdy je kombinace statin-fibrát přínosná?

MUDr. Michal Vrablík Ph.D. (Centrum preventivní kardiologie, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha) se dále věnoval indikacím pro kombinovanou léčbu. Úvodem připomněl, že nezbytnou součástí léčby dyslipidémie je ovlivnění všech složek dyslipidémie - LDL cholesterolu, HDL cholesterolu a triglyceridů. V současnosti ale k dispozici není žádná monoterapie, která by dokázala dostatečně ovlivnit všechny tyto složky. Proto je v určitých případech nezbytná kombinovaná léčba. Žádná kombinace však není univerzální. Konkrétní kombinace se vybírá podle lipoproteinového fenotypu, přidružených onemocnění, tolerance pacienta a podle důkazů o účinnosti získaných z klinických studií.

Primárním cílem hypolipidemické léčby je snížení LDL cholesterolu. Proto **základem všech kombinací jsou statiny**, které u většiny nemocných zajistí dosažení cílové hodnoty LDL. K ovlivnění triglyceridémie a zvýšení HDL cholesterolu je možno přidat ke statinu fibrát nebo niacin. Není-li dosa-



ženo dostatečného snížení hladiny LDL cholesterolu, je možno statin kombinovat s ezetimibem nebo pryskyřicí.

Důvody k indikaci kombinované hypolipidemické léčby:

1. nedosažení cílové hodnoty LDL cholesterolu při maximální tolerované dávce monoterapie,
2. ovlivnění reziduální hypertriglyceridémie nebo nízkého HDL po dosažení cílové hodnoty LDL

K dokumentaci indikace kombinované léčby byly uvedeny dva případy:

Kombinace statin+fibrát prakticky

● Příklad 1: muž, 58 let, diabetik 2. typu, PAD a dieta

- TC 5,8; TG 2,8; HDL-c 0,9; LDL-c 3,6; apoB 1,23; glc 6,4; HbA1c 5,0%
- TC 5,1; TG 2,3; HDL-c 0,9; LDL-c 3,16; apoB 1,1; glc 6,0
- TC 4,5; TG 2,0; HDL-c 1,0; LDL-c 2,6; apoB 0,9; glc 5,8; HbA1c 4,8%
- **Dosažení cíle LDL-c = dostatečná dávka statinu**

Kombinace statin+fibrát prakticky

● Příklad 1: žena, 62 let, DLP, HT, obezita I. stupně, metabolický sy, kuřáčka, MAU+, ICHDK +

- TC 6,3; TG 3,7; HDL-c 0,8; LDL-c 3,8; glc 5,8;
- TC 4,2; TG 2,2; HDL-c 0,8; LDL-c 2,4; apoB 1,0; glc 5,5
- TC 4,3; TG 1,8; HDL-c 1,0; LDL-c 2,4; apoB 0,8; glc 5,8
- **Dosažení cíle LDL-c + ovlivnění TG a HDL-c = kombinace statin+fibrát**

od 1. 3. 2010 může všechny statiny v každé síle včetně jejich kombinací předepisovat také praktický lékař

základem všech kombinací jsou statiny - zajistí dosažení cílové hodnoty LDL

zprávu připravila MUDr. Jaroslava Laňková

MUDr. Eduard Hrnčář

Kožní oddělení, Masarykova nemocnice o. z., Krajská zdravotní a. s.

Pityriasis (tinea) versicolor

Pityriasis versicolor je běžná celosvětově se vyskytující dermatomykóza. Je způsobena lipofilními kvasinkami rodu *Malassezia* (dříve *Pityrosporum*), které jsou součástí normální kožní mikroflóry člověka a dalších teplokrevných obratlovců. Za jistých podmínek, jak exogenních, tak endogenních, může houba konvertovat z formy blastosporové do patogenní myceliální. Tato změna navodí mírný zánět kůže a charakteristické klinické změny. Vlhkost a hyperhidróza patří mezi běžné predispoziční faktory. Pityriasis versicolor nejčastěji postihuje seboroické oblasti trupu. Klinický obraz zahrnuje mírně se šupící hypopigmentovaná nebo hyperpigmentovaná ložiska. Ačkoliv někteří pacienti udávají mírný pruritus, pityriasis versicolor je obecně asymptomatická a většina nemocných si stěžuje primárně na kosmetický aspekt choroby. Onemocnění dobře reaguje na antimykotickou terapii.



MUDr. Eduard Hrnčář

PV se objevuje v jakémkoliv věku, nejčastěji však u mladých dospělých a dospívajících

PV nejčastěji postihuje seboroické lokalizace hrudníku a zad

Epidemiologie

Pityriasis versicolor (PV) se vyskytuje celosvětově, prevalence se liší především podle charakteru podnebí. Onemocnění je zcela běžné v mírném pásu a častější v teplých a vlhkých klimatických oblastech. V rámci Evropy se prevalence pohybuje mezi 1-5 % v závislosti na zeměpisné šířce, v tropech a subtropích dosahuje až 30-50 %. Většina případů je diagnostikována v létě a na podzim. Horké počasí spojené s hyperhidrózou podporuje vznik, progresi a recidivy onemocnění. PV se objevuje v jakémkoliv věku, nejčastěji však u mladých dospělých a dospívajících, kdy jsou mazové kožní žlázy nejvíce aktivní. U dětí je PV obecně vzácná, pediatrické případy se běžněji objevují pouze v tropech. Onemocnění bylo ojediněle popsáno u dětí mladších 2 let a zcela výjimečně v novorozeneckém věku (většinu těchto případů tvoří nezralí novorozenci hospitalizovaní na neonatálních jednotkách intenzivní péče). Obdobně je PV neobvyklá u dospělých jedinců nad 50 let, kdy již pozorujeme sníženou produkci kožního mazu. Obě pohlaví jsou postižena přibližně stejně často, i když literární údaje jsou v tomto ohledu značně nejednotné (1).

Etiologie

Vyvolatelem onemocnění jsou lipofilní kvasinky rodu *Malassezia* (dříve souhrnně označovány jako *Pityrosporum* ovale či *P. orbiculare*), patřící do normální kožní mikroflóry většiny dospělých jedinců. Tyto dimorfní saprofytické kvasinky patří taxonomicky do řádu *Malasseziales*, kmen *Basidiomycota*. Na rozdíl od řady bakterií a jiných mykotických organismů jsou *malassezie* jen vzácně izolovány z venkovního prostředí. Vyskytují se primárně na kůži a sliznicích řady savců a ptáků.

Typickou vlastností většiny *malassezií* (s výjimkou *P. pachydermatis*) je obligatorně lipofilní charakter organismu - lipidy jsou esenciální pro jejich růst in vitro a in vivo. Proto jsou *malassezie* nejčastěji

izolovány ze seboroických lokalit trupu, zad, obličeje a kštice zdravých jedinců a také PV nejčastěji postihuje seboroické lokalizace hrudníku a zad. *Malassezie* nejvýrazněji kolonizují člověka během puberty, kdy je produkce kožního mazu hormonálně zvýšena. Charakteristickým morfoloickým rysem *malassezií* je struktura buněčné stěny, která je mnohvrstevná a ve srovnání s ostatními kvasinkami relativně silná (tvoří 26-37 % objemu buňky). *M. pachydermatis* nevyžaduje k růstu suplementaci lipidů v kultivačním mediu. Je tradičně považována především za zoofilní druh oportunní povahy. Z kůže zdravého člověka je izolována pouze u minority populace. Naopak často kolonizuje kůži divoce žijících i domácích masožravců, jako jsou psi, kočky, medvědi, lišky a další. *M. pachydermatis* je důvěrně známa kolegům z veterinární medicíny, neboť je častým původcem chronické otitis externa a různých druhů dermatitid domácích zvířat, především psů. Tuto informaci mohou ocenit i lékaři a zároveň chovatelé těchto domácích mazlíčků. V humánní medicíně je *M. pachydermatis* zodpovědná za některé případy systémových infekcí, především u nezralých novorozenců na neonatálních jednotkách intenzivní péče. U dospělých imunokompromitovaných pacientů bývá příčinou tzv. *malassezia folikulitid* (1, 8).

Patogeneze

Ačkoliv jsou *malassezie* součástí normální kožní mikroflóry, hrají roli v patogenезi několika kožních a velmi vzácně systémových onemocnění. Z ložisek PV je nejčastěji izolována *M. globosa*, *M. sympodialis* a *M. furfur*, méně často *M. obtusa*, *M. slooffiae* a *M. restricta*. Mezi těmito druhy kvasinek existují morfoloické, biochemické a karyotypické rozdíly. Z kůže jednoho pacienta s PV je možné izolovat i více druhů *malassezií*. Pro vznik onemocnění je klíčová přeměna saprofytické blastosporové formy *malassezií* na myceliální, která napadá povrchové oblasti rohové vrstvy (stratum corneum). Hyfy

prorůstají mezi rohovými buňkami (korneocyty) a dokonce jsou schopny intracelulární invaze. V napadených korneocytech dochází k rozrušení keratinu a ztrátě organel, buňky se odlučují.

PV je multifaktoriální onemocnění. Predispoziční faktory podporující proliferaci a transformaci kvasinek do myceliální formy můžeme rozdělit na exogenní a endogenní. Nejdůležitějšími exogenními faktory jsou teplo a vlhkost. Tuto skutečnost podporují epidemiologická data o častějším výskytu PV v tropech než v mírném pásu, stejně tak je PV běžnější v létě, než v zimních měsících roku. Léze jsou obecně omezeny na lokality těla, které jsou kryty oděvem zvyšujícím teplotu a vlhkost. Nejdůležitějším endogenním faktorem je hyperhidróza, dále sebaceózní hypersekrece, obezita, malnutrice, endokrinní onemocnění (např. Cushingův syndrom), gravidita, vrozená či získaná imunodeficeience (léčba kortikosteroidy, imunosupresivy), genetické vlivy a individuální variabilita ve složení lipidů kožního povrchu. Je intenzivně studován vztah mezi množstvím a typem volných mastných kyselin v kůži a tendencí ke vzniku PV. O vlivu hormonální antikoncepce nejsou jednotné literární údaje (1, 3, 4).

Malassezie a další kožní onemocnění

Kromě PV jsou malassezie zapojeny do patogeneze některých dalších dermatóz, např. dermatitis seborrhoica, pityriasis simplex capillitii (lupy), pityrosporum folliculitis, dermatitis atopica, psoriasis vulgaris.

Klinika

PV nejčastěji postihuje horní část trupu (Obr. 1), krk (Obr. 2) a proximální části končetin - ramena, paže (Obr. 3), stehna (Obr. 4), což souvisí s hustotou a aktivitou mazových žláz v těchto lokalizacích. Postižení obličeje je vzácnější a vyskytuje se spíše u dětí v teplých a vlhkých klimatických oblastech. U dospělých je tato lokalita raritní. Byla popsána i řada dalších atypických lokalizačních postižení, např. intertriginózní oblasti (inguiny, axily, intergluteální rýha, perineum, perianální krajina), loketní ohbí, předloktí, dlaně, plošky, podkolenní jamky, bérce, oční víčka, kštice, prsní dvorce, genitál. Onemocnění začíná plíživě tvorbou ostře ohraničených, variabilně pigmentovaných, různě velkých makul (Obr. 5), s jemnou otrubovitou deskvamací (Obr. 6), které během měsíců až let splývají v rozsáhlé mapovité plochy. Zbarvení kolísá od barvy bílé kávy, přes světlečervené a narůžovělé tóny, až po různé syté hnědé odstíny (Obr. 7). Po opálení se ložiska jeví jako světlejší ve srovnání s okolní kůží, proto označení „versicolor“ (Obr. 8). Hypopigmentované projevy nacházíme tedy hlavně u vyšších fototypů. U jednoho pacienta ale můžeme pozorovat jak hyperpigmentované, tak hypopigmentované projevy. Onemocnění je zpravidla asymptomatické, vzácně mírně svědí (1, 5, 6).

Existují i vzácnější klinické varianty (erytematózní, atrofická, folikulární, erythrasmoidní a další), jejichž znalost není pro potřeby praktického lékaře nutná.

PV a gravidita

V těhotenství dochází ke změnám, které mohou podporovat vznik kožních onemocnění vyvolaných malasseziemi, včetně PV. Mezi tyto změny patří např. zvýšená aktivita mazových a ekrinních potních žláz a také imunosuprese (bránící rejekci plodu) navozená hormonálními změnami v graviditě. Ve 3. trimestru těhotenství byl skutečně prokázán vyšší stupeň kolonizace kůže malasseziemi a tento stav přetrvává i po porodu. K častější klinické manifestaci formou PV většinou ale nedochází. Dle italské studie publikované v roce 2007 prevalence PV ve skupině gravidních žen (5,7 %) nebyla signifikantně vyšší než v obecné populaci Itálie (2-5 %). Pokud ale těhotné ženy PV onemocní, vyžadují dlouhodobější topickou léčbu k dosažení uzdravení (7).

PV u imunokompromitovaných pacientů

V této populační skupině může být vyšší prevalence PV, někdy s neobvyklým klinickým obrazem, lokalizací či těžším průběhem, než u imunokompetentních jedinců (8). Byla popsána PV omezená pouze na ozařované pole u onkologického pacienta léčeného radioterapií.

Malassezie a systémová onemocnění

Obr. 1



Obr. 2



Obr. 3



Obr. 4



Obr. 5



Malassezie jsou schopny ve výjimečných případech a za specifických okolností vyvolat i systémové infekce, jako jsou fungemie a sepsis u pacientů s centrálním žilním katétreem na totální parenterální výživě obsahující lipidové emulze. Příkladem jsou nozokomiální infekce kriticky ohrožených nezralých novorozenců s protrahovanou hospitalizací na neonatálních jednotkách intenzivní péče a méně často sporadické infekce imunokompromitovaných dospělých pacientů s jiným vážným základním onemocněním. Původcem je většinou *M. furfur* a *M. pachydermatis*.

Fungemie může vyústit v embolicko-metastatickou infekci srdce a plic, méně často končí diseminací do dalších orgánů, jako jsou ledviny, pankreas, játra, slezina, mozek, klouby, kůže.

V posledních dvou desetiletích vzrostl počet publikací zabývajících se dalšími typy invazivních infekcí způsobených malasseziemi, např. individuální případy malassezia mastitis, tromboflebitis, sinusitis, meningitis, abscesy měkkých tkání, peritonitis u pacienta s kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou. Na základě těchto informací se zdá, že systémové infekce vyvolané malasseziemi

nejsou tak extrémně raritní, jak se v minulosti předpokládalo (8).

Diagnostika

Ve většině případů stanovíme diagnózu na základě typického klinického obrazu. Atypické klinické formy řešíme ve spolupráci s dermatovenerologem, který v případě potřeby zajistí další laboratorní a přístrojová vyšetření, vhodná k odlišení možných diferenciálních diagnóz.

Vyšetření Woodovou lampou

Woodova lampa je rtuťová výbojka vydávající dlouhovlnné UV záření, které prochází přes speciální skleněný filtr propustný pro vlnové délky pouze mezi 320-400 nm (s maximem kolem 365 nm) a dopadá na vyšetřovanou oblast kůže. Tento lehký snadno přenosný diagnostický přístroj je opatřen prohlížecí lupou a tvoří vybavu mnohých dermatologických pracovišť. Používá se v diferenciální diagnostice některých kožních onemocnění, která charakterizuje při vyšetření ve Woodově světle vznik fluorescence určité barvy. Pro PV je typická jasně žlutá nebo zlatavá fluorescence. Můžeme tak prokázat větší rozsah postižení, než je viditelný pouhým zrakem. Nicméně tato diagnostická metoda poskytuje pozitivní výsledky pouze asi v 1/3 případů PV, neboť chemické sloučeniny zodpovědné za fluorescenci patří při vyšetření, jsou schopny vytvářet jenom některé druhy malassezií (např. *M. furfur*).

Mikroskopické vyšetření kožních šupin

Odběr provádíme jemným seškrabem z okraje šupicího se ložiska PV, jelikož tato oblast s největší pravděpodobností obsahuje dostatečné množství malassezií. Mikroskopické vyšetření kožních šupin z ložisek (10-20 % KOH preparát) zobrazí krátké segmentované hyfy a hroznovitě shluky spor. Tento obraz je v zahraniční literatuře s oblibou nazýván „spaghetti and meatballs“. Diagnostická je přítomnost hyf. Pro lepší vizualizaci se používá barvení methylenovou modří nebo Parkerovým inkoustem.

Mykologická kultivace na médiích obohacených lipidy se běžně neprovádí, neboť malassezie jsou součástí normální kožní flóry. Tyto kvasinky jsou izolovány z kůže 90-100 % normální populace. Proto pozitivní kultivační nález neimplikuje přímo patogenicitu. Kultivace je využívána spíše k rozlišení jednotlivých druhů malassezií pro vědecké účely a při diagnostice systémových infekcí. Na léčbu PV v současné době nemá výraznější vliv. Na Sabouraudově agaru, běžně používaném v mykologické diagnostice, lipofilní malassezie kultivovat nelze. (vyžadují v kultivačním médiu mastné kyseliny se středním až dlouhým řetězcem).

Probatorní kožní excize a histologické vyšetření z ložiska PV indikuje dermatolog velmi zřídka, převážně k odlišení závažnějších diferenciálních diagnóz.

Molekulární diagnostické metody (např. PCR) schopné identifikovat jednotlivé druhy malassezií se v běžné klinické praxi zatím nevyužívají (9).

Diferenciální diagnostika

Zatímco plně klinicky vyjádřené formy PV umožňují diagnózu „na první pohled“, u minimální manifestace či atypických klinických forem je diferenciální diagnostika úkolem pro dermatovenerologa. Je nutno odlišit vitiligo, pozánětlivě hypo- a hyperpigmentace, seboroickou dermatitidu, parapsoriázu, pityriasis rosea Gilbert, pityriasis simplex alba, erythrasma, tinea superficialis, lues secundaria.

Léčba

U malého rozsahu postižení vystačíme většinou se specifickými lokálními antimykotiky (skupina imidazolových, allylaminových, pyridonových a polyenových přípravků), nejlépe ve formě krémů, gelů, sprejů, šampónů a roztoků. Aplikujeme 1-2x denně po dobu 1-2 týdnů. Dále jsou používány šampóny s obsahem selen-disulfidu a pyrithionu zinku. Celková antimykotická léčba je indiková-

Obr. 6



Obr. 7



Obr. 8



na v případě rozsáhlého postižení či při recidivách nereagujících na lokální terapii. Upřednostňujeme perorální antimykotika z řady azolů - itraconazol, flukonazol a ketokonazol. Byla publikována řada terapeutických schémat, jejichž efekt byl potvrzen v klinických studiích, viz Tab. 1. Mezi režimová opatření patří péče o tělesnou hygienu, používání vhodných syndetů s kyselým pH, redukce pocení, např. používáním vzdušného bavlněného oblečení (1).

Současná léčebná doporučení nerozlišují mezi hyperpigmentovanou a hypopigmentovanou formou. Přesto je známo, že hypopigmentace u PV jsou obtížně léčitelné a dlouho perzistují i navzdory UV fototerapii. Nízký úspěch UV fototerapie je vysvětlován schopností malassezií produkovat chemické látky s významným fotoprotektivním účinkem, jako je například pityriacitrin (10).

Malassezie jsou součástí normální kožní mikroflóry a řadu predispozičních faktorů je obtížné až nemožné odstranit, např. hyperhidrózu. K relapsům onemocnění dochází poměrně často i po úspěšné antimykotické léčbě, která je jinak dobře účinná. Proto je vhodné profylaktické ošetřování lokálními antimykotickými přípravky i v bezpříznakovém období (např. 1x týdně po několik měsíců). U predisponovaných jedinců s častými recidivami někdy přistupujeme k profylaktické systémové antimykotické léčbě (např. itraconazol 400 mg v jedné dávce p. o., 1x měsíčně, celkem 0,5 roku).

Tab. 1: Systémová perorální léčba

Systémové antimykotikum	Dávkování a délka léčby
Itraconazol	200 mg denně po dobu 5-7 dnů 100 mg denně po dobu 2 týdnů
Flukonazol	150 mg 1x týdně po dobu 4 týdnů 300 mg 1x týdně po dobu 2 týdnů
Ketokonazol	200 mg denně po dobu 5-7 dnů 400 mg 1x týdně po dobu 2 týdnů

Prognóza

Nezávažné, ale kosmeticky značně obtěžující onemocnění. PV má chronický průběh s častými recidivami. Pigmentové změny přetrvávají až několik měsíců a nemusí být projevem neúčinné léčby. O této skutečnosti je vhodné pacienty poučit.

Shrnutí pro praxi

PV je celosvětově rozšířená superficiální kožní mykóza spojená s alterací pigmentace. Každý praktický lékař se s tímto onemocněním dříve nebo později setká, např. při základním fyzikálním vyšetření svých pacientů. Mnohdy bude dotazován na příčiny a povahu choroby, která znepokojuje především kosmeticky. Cílem publikace je přiblížit PV širší lékařské veřejnosti, neboť i praktický lékař může ve většině případů úspěšně zasáhnout lokálními antimykotiky.

Literatura du autora

MUDr. Eduard Hrnčíř - absolvoval 2. LF Univerzity Karlovy v Praze v r. 1999, 1. atestace z dermatovenerologie v r. 2002, 2. atestace z dermatovenerologie v r. 2005. Od roku 1999 pracuje na kožním oddělení Masarykovy nemocnice o. z. v Ústí nad Labem, od roku 2007 v pozici zástupce primáře. Současné zaměření v rámci oboru: léčba psoriázy. Členství v odborných organizacích: Česká dermatovenerologická společnost.

MUDr. Jindra Svátová

Neurologická ambulance, Praha

Syndrom neklidných nohou

Souhrn: Syndrom neklidných nohou (RLS) je časté neurologické onemocnění, léčitelné, avšak málo diagnostikované. Často je asociováno s poruchou spánku. Nemoc je charakterizovaná dyskomfortem dolních končetin spojeným s neovladatelným nutkáním pohybovat končetinami. Obtíže začínají v klidu, typicky večer nebo v noci, a pohybem se zmírňují. Diagnóza je založena na splnění čtyř základních diagnostických kritérií stanovených International Restless Legs Syndrom Study Group. Patofyziologie je komplexní, hlavní roli má dopaminergní dysfunkce subkortikálních struktur, důležitá je také porucha metabolismu železa a genetický faktor. RLS se obvykle dělí na primární a sekundární - asociovaný s deficitem železa, těhotenstvím, ledvinovým selháváním, revmatismem, nádorovým onemocněním nebo některými neurologickými nemocemi. Neléčená choroba vede k chronické nespavosti, úzkosti a depresivním stavům a má negativní vliv na kvalitu života. Nejúčinnější léčbou jsou dopaminergní léky - levodopa a agonisté dopaminu.



MUDr. Jindra Svátová

rodinný výskyt RLS u více než 50 % případů

hlavními neurobiologickými podklady RLS jsou dopamin a železo

opakovaně byl zjištěn příznivý vliv podávání železa i u osob s normální hladinou železa

příznaky se obvykle objevují na dolních končetinách, ale výjimkou není ani postižení horních končetin

příznaky se typicky objevují nebo zhoršují večer nebo v noci

Úvod

Restless legs syndrom (RLS) neboli syndrom neklidných nohou je relativně časté, léčitelné, avšak málo diagnostikované senzoricko-motorické neurologické onemocnění. Projevuje se vůlí neovlivnitelným nucením k pohybu končetinami - kvůli nepříjemným dysesteziím až bolestem končetin - které se objevuje v klidu, typicky ve večerních hodinách a zmírňuje se pohybem. Velmi často výrazně narušuje spánek a nespavost může být hlavním problémem, který přivede pacienta k lékaři.

RLS je některými autory popisováno jako onemocnění, o kterém jste ještě nikdy neslyšeli (1). Nejde však o novou klinickou jednotku. Poprvé ho popsal sir Thomas Willis v 17. století a jako RLS ho v roce 1945 pojmenoval švédský neurolog Karl-Axel Ekbom (2). Větší zájem o toto onemocnění se datuje od 90. let minulého století a souvisí s rozvojem spánkové medicíny.

Epidemiologie

V evropské populaci je prevalence lehkých forem RLS 5-15 %. Projevy RLS objevující se s větší intenzitou a častěji než 2 x týdně postihují více než 2,7 % populace. Prevalence je přibližně 2 x vyšší u žen než u mužů a stoupá s věkem až do 79 let, pak opět klesá. **Vyšší prevalence postižení žen závisí na počtu dětí** - bezdětné ženy jsou postiženy přibližně stejně jako muži, ženy s více dětmi jsou postiženy častěji než s jedním dítětem. RLS postihuje asi 2 % dětí školního věku, 3 % třicetiletých a 20 % osmdesátiletých osob (3). Pro genetický podklad onemocnění svědčí **rodinný výskyt ve více než 50 % případů**, jsou známy rozvětvené rodiny s autozomálně dominantní formou přenosu (4), často je popisována anticipace (objevení se nemoci v každé další generaci v časnějším věku než v generaci předchozí). Ačkoliv první příznaky RLS se objevují asi u třetiny postižených již od 20 let, klinicky závažné projevy se rozvinou až mezi 40 až 60 lety věku.

Etiologie a patogeneze

Patofyziologie RLS je komplexní, patologické procesy jsou lokalizovány do centrální nervové soustavy, subkortikálně, nejčastěji do oblasti bazálních ganglií. **Hlavními neurobiologickými podklady RLS jsou dopamin a železo.** Na důležitou roli

dopaminu ukazují zprávy o rychlém a zřetelném zlepšení příznaků nemoci po podání dopaminergních léků a naopak zhoršení po antagonistech dopaminu (5). Vliv snížené hladiny železa na dopaminový systém se projevuje prostřednictvím enzymu tyrosin-hydroxyláza, který je klíčový při syntéze dopaminu, a který je inhibován nedostatkem železa. Porucha metabolismu železa má důležitou roli při rozvoji nemoci. **Mnoho pacientů s RLS má normální hodnotu plasmového feritinu, ale snížené koncentrace feritinu a transferinu v cerebrospinálním likvoru (6). Opakovaně byl zjištěn příznivý vliv podávání železa i u osob s normální hladinou železa.** Několik menších studií ukazuje i na spoluúčast hypothalamického neuropeptidu hypocretinu, kdy jeho zvýšení v cerebrospinálním likvoru bylo asociováno se zvýšenou incidencí RLS. Genetický mechanismus onemocnění má důležitou roli zejména tam, kde se nemoc klinicky rozvíjí už před 40. rokem věku. Předpokládá se, že RLS je polygenní onemocnění s možnou lokalizací na minimálně 5 chromozomech (7).

Klinický obraz

Diagnóza je založena na splnění 4 základních diagnostických kritérií, které stanovila a publikovala International Restless Legs Syndrom Study Group v r. 2003 - viz tabulka č. 1.

První příznaky se mohou objevit v každém věku, dokonce už v dětství. Klinický průběh je obvykle chronicko-progresivní s periodickými exacerbacemi. Subjektivní příznaky nemoci je někdy obtížné přesně popsat. Základní projevem RLS je značný dyskomfort končetin projevující se různými dysesteziemi (pálení, píchání, pocit chladu, trnutí, elektrické výboje, mrazení...), které se objevují v klidu a vedou k vůli neovladatelnému nucení pohybovat končetinami. Obvykle se objevují na dolních končetinách, většinou oboustranně, ale je možné jak asymetrické postižení, tak postižení převážně horních končetin.

Příznaky se typicky objevují nebo zhoršují večer nebo v noci, obvykle začnou vleže po ulehnutí, někdy při sezení u televize, v divadle, v dopravním prostředku. Nepříjemné pocity v končetinách i nutkání pohybovat končetinami mizí po provedení pohybu, někdy stačí protahování, napínání, protře-

MADOPAR®

levodopa & benserazid

BEZ
PRESKRIPČNÍHO
OMEZENÍ

JEDINÁ
L-DOPA SE
SCHVÁLENOU
INDIKACÍ RLS



Syndrom neklidných nohou (RLS)

DÁVKOVÁNÍ PŘÍPRAVKU MADOPAR® PŘI LÉČBĚ RLS: 1)

RLS spojený s:

OBTÍŽNÉ USÍNÁNÍ

Vytvořit suspenzi vložením 1-2 tablet přípravku Madopar 62,5 do sklenice vody a vypít 1 hodinu před ulehnutím.

OBTÍŽNÉ USÍNÁNÍ + NEKLID* BĚHEM NOCI

1 tobolečka přípravku Madopar HBS + 1/2 tablety přípravku Madopar 250.

OBTÍŽNÉ USÍNÁNÍ + NEKLID* BĚHEM NOCI I DNE

Přidat Madopar 62,5 nebo Madopar 250 tak, aby celková dávka během 24 hodin nepřekročila 500 mg.

* poruchy spánku a/nebo symptomy RLS

MADOPAR® V LÉČBĚ RLS

významně snižuje frekvenci pohybu končetin²⁾
významně prodlužuje dobu spánku²⁾
významně zlepšuje kvalitu spánku²⁾

MADOPAR 62,5, MADOPAR HBS, MADOPAR 250 – Základní informace o přípravku

Držitel registračního rozhodnutí: Roche s.r.o., Česká republika. **Léčivé látky:** Levodopum, benserazidum. **Schválené indikace:** Idiopatická Parkinsonova nemoc, syndrom neklidných nohou (RLS), sekundární parkinsonský syndrom po encefalitidách, intoxikacích a parkinsonismus v důsledku mozkové arteriosklerózy. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na některou složku přípravku. Podání s neselektivními inhibitory monoaminooxidázy (IMAO). Kombinace selektivních inhibitorů MAO-A a MAO-B. Pacienti s dekompenzací endokrinních, renálních, jaterních a kardiálních poruch. Pacienti s psychickým onemocněním s psychotickou komponentou. Glaukom s úzkým úhlem. Těhotné ženy, ženy ve fertilním věku, pokud není zajištěna účinná antikoncepce. Pacienti mladší 25 let. **Zvláštní upozornění:** Opatrnost u pacientů s glaukomem s otevřeným úhlem; u závažných plicních a kardiovaskulárních onemocnění, konvulzivních stavů, peptického vředu, u renální poruchy a retence moči, u melanomu (i v anamnéze). Opatrnost při celkové anestézii. Náhlé vysazení léčby může vyvolat neuroleptický maligní syndrom. **Klinicky významné interakce:** Neuroleptika, opioidy, antihypertenziva obsahující reserpin a další antidopaminergně působící léky, sympatomimetika, selektivní inhibitory MAO-B, halotan. **Klinicky významné nežádoucí účinky:** Nejčastější – nechutenství, nauzea, zvracení a průjem. Vzácné srdeční arytmie nebo ortostatická hypotenze. V pozdějších stádiích léčby se mohou vyskytnout mimovolní pohyby. Psychické poruchy – agitovanost, pocity úzkosti, nespavost, halucinace, bludy a časová dezorientace. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování má být zvyšováno postupně a je nutné ho stanovit individuálně pro všechna stadia onemocnění a dávku titrovat až do optimálního účinku. Užití pokud možno alespoň 30 minut před jídlem nebo 1 hodinu po jídle. **Dostupná balení přípravku:** Madopar 62,5 100 tbl × 62,5 mg, Madopar HBS 30 cps × 125 mg, Madopar 250 100 tbl × 250 mg. **Datum poslední revize textů:** 14. 10. 2009 (Madopar HBS), 22. 12. 2010 (Madopar 62,5) a 10. 2. 2010 (Madopar 250).

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Další informace o přípravku získáte z platných Souhrnů údajů o přípravku Madopar nebo na adrese: Roche s.r.o., Dukelských hrdinů 52, 170 00 Praha 7; tel.: 220 382 111.

Literatura: 1) Platné SPC produktu Madopar®, datum revize 14. 10. 2009 (Madopar HBS), 22. 12. 2010 (Madopar 62,5) a 10. 2. 2010 (Madopar 250). 2) Upraveno dle Benes H. et al. Rapid Onset of Action of Levodopa in Restless Legs Syndrome: A Double-Blind, Randomized, Multicenter, Crossover Trial. SLEEP 1999;22(8): 1073-1081.

M  D O N E T

Partner společnosti

Roche

MEDONET Pharma s.r.o.
Josefa Lady 16
678 01 Blansko, Czech Republic
IČO: 277 37 004

tel.: +420 516 412 333
fax: +420 516 412 333
e-mail: info@medonet.cz
www.medonet.cz

pávání, podupávání, tření končetin jednu o druhou, v těžších případech musí pacient vstát a procházet se. Projevy RLS se obvykle nevyskytují každý den, frekvence obtíží je různá, každodenní potíže však přináší pacientovi značné problémy a výrazně zhoršují kvalitu jeho života. U RLS je obvyklá porucha spánku, která může být hlavním důvodem návštěvy pacienta u lékaře. Čím je intenzita příznaků RLS intenzivnější, tím jsou poruchy spánku větší. Neléčený RLS obvykle vede k chronické nespavosti, anxiety, až depresivním projevům. Intenzitu obtíží lze kvantifikovat pomocí dotazníkové škály RLS (8), čím vyšší počet bodů, tím těžší onemocnění.

Tabulka č. 1: Základní diagnostická kritéria RLS

1. Nucení k pohybu končetinami, doprovázené nebo zapříčiněné nepříjemnými až bolestivými dysesteziemi dolních končetin
2. Nutkání k pohybu končetinami začíná nebo se zhoršuje v klidu, zejm. při sezení či ležení
3. Nutkání k pohybu a nepříjemné dysestezie v končetinách jsou zmírněny nebo zcela odstraněny pohybem, jako je protahování, tření nebo i chůze
4. Nutkání a nepříjemné pocity v končetinách začínají nebo se zhoršují ve večerních nebo nočních hodinách.

V diagnostice může pomoci přítomnost jednoho či více podpůrných kritérií, žádný z příznaků však není nezbytně nutnou podmínkou a nemusí být u každého pacienta vyjádřen.

Tabulka č. 2: Projevy podporující diagnózu RLS

1. Pozitivní rodinná anamnéza
2. Periodické pohyby končetinami (PLM) ve spánku či bdění
3. Odpovídatost na dopaminergní léčbu

Objektivní neurologické vyšetření je při primárním RLS zcela normální. Zjištěné abnormality mohou ukazovat na sekundární RLS (například při polyneuropatii) nebo zjistit přítomnost jiných chorob na RLS nezávislých. Součástí vyšetření je i laboratorní vyšetření, které by mělo obsahovat krevní obraz, plasmatickou hladinu feritinu, glykémii, ledvinné funkce a hormony štítné žlázy. Pokles hladiny feritinu pod 50 ug/l je indikací k substituci železa. Polysomnografie není pro stanovení diagnózy nutná, ale může být užitečná, je-li RLS rezistentní k léčbě.

Diferenciální diagnostika

Začíná odlišením primárního a sekundárního RLS.

Primární (idiopatický) RLS má více než v 50 % pozitivní rodinnou anamnézu a jeho příčina je neznámá.

Sekundární RLS je podmíněn jiným onemocněním - v poslední době se upřednostňuje označení „nemoci často asociované s RLS“ (9). Patří sem anémie, terminální stádium ledvinného selhávání, gravidita, revmatismus, chronická maligní onemocnění (ca plic, ca žaludku, lymfomy), spinocerebelární ataxie, deficit kyseliny listové, Parkinsonova choroba, syndrom neklidných nohou vyvolaných léky (některá typická neuroleptika, dále například metoclopramid, promethazin, některá antidepresiva jako mirtazapin, apod.), (10). Základní diagnostická kritéria jsou stejná jako pro primární RLS (11).

Důležité je odlišit **choroby a stavy, které mohou být s RLS zaměněny**, protože některé jejich příznaky jsou podobné. Jednak jde o choroby, které vyvolávají nepříjemné pocity až bolest v končetinách, jednak o choroby s motorickým neklidem. Do první skupiny patří například noční křeče v lýtkách, polyneuropatie, radikulopatie, meralgia paresthetica, ischemická choroba dolních končetin, žilní insuficience, do skupiny druhé například akatizie navozená neuroleptiky, motorický neklid při anxiety nebo insomnii, periodické pohyby končetin ve spánku, Tourettův syndrom, hypnagogické záškuby při usínání, neklid dolních končetin při hypotenzi a jiné.

Léčba

Před zahájením farmakologické léčby je po stanovení správné diagnózy třeba zhodnotit tíži onemocnění a v lehčích případech nejprve zvolit nefarmakologické postupy. Vysadit medikaci, která může RLS vyvolávat, podporovat fyzikální aktivity zmírňující potíže (teplé koupele, masáže), omezit kofein, nikotin a alkohol, které mohou obtíže zhoršovat.

Základními léky je skupina **dopaminergních látek** (levodopa, agonisté dopaminu), dále **antikonvulziva** (gabapentin), **opiáty**, **benzodiazepiny**.

Lékem první volby je levodopa, vhodná zejména při intermitentním výskytu potíží. Zahajovací dávka je 50-100 mg na noc, při progresi nemoci možno zvýšit až na 600 mg denně rozděleně do několika dávek (12). Při potřebě vyšších dávek je na místě převod na agonisty dopaminu. Agonisté dopaminu (pramipexol, ropiniro, rotigotin) jsou vhodné zejména u každodenních obtíží, které se objevují nejen večer, ale během celého dne. U starších pacientů jsou však spojeny s vyšším rizikem rozvoje psychotických komplikací.

Gabapentin se velmi dobře toleruje, obvyklá počáteční dávka je 300 mg večer, často je však třeba vyšších dávek, až 1800 mg denně. Z benzodiazepinů je nejvíce užíván **klonazepam**, ve večerní dávce 0,25-2 mg je vhodný na iniciační insomnii. Opiáty jsou v literatuře doporučovány u pacientů netolerujících dopaminergní léky, nejčastěji je užíván **tramadol**.

Komplikací dopaminergní léčby může být augmentace (zhoršení příznaků RLS, jejich posun z večerních do odpoledních hodin, rozšíření projevů i na jiné, dosud nepostižené části těla, (13).

Závěr

Syndrom neklidných nohou je relativně časté neurologické onemocnění, které však není často diagnostikováno a řada pacientů zůstává neléčena. Nejde sice o život ohrožující onemocnění, ale kvalita spánku i kvalita života pacientů je výrazně zhoršena.

Literatura:

1. Yoakum R.: Nightwalkers : do your legs seem to have a life of their own ? Your torment has a name. *Modern Maturity*, 1994, 37 (55): 82-84
2. Ekblom KA. Restless legs : a clinical study. *Acta Med Scand*, 1945, 158(1): 1-122
3. Berger K et al. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164(2), 196.
4. Winkelmann J. et al. Genome-wide association study of restless legs syndrome identifies common variants in three genomic region. *Na Genet*. 2007, 39: 1000-6
5. Clemens S., Rye D., Hochman S. Restless legs syndrome: revisiting the dopamine hypothesis from the spinal cord perspective. *Neurology*, 2006, 67: 125-130
6. Mizuno S, Mihara T., Miyaoka T., et al: CSF, iron, ferritin and transferrin levels in restless legs syndrome. *J. Sleep Res*, 14, 2005, 43-47
7. Winkelmann J., Polo O., Provini F., Nevšimalová S. et al. Genetics of restless legs syndrome: State-of-the-art and future directions. *Mov disord* 2007, 22, Suppl, S449-S458
8. Walters AS., LeBrocq C., Dhar A., et al: Validation of the International Restless Leg Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Med* 2003, 4(2), 121-132
9. Trenkwalder C., Hening WA., Montagna P. et al: An evidenced-based review. *Mov disord* 2008
10. Šonka K.: Syndrom neklidných nohou. *MAXDORF*, 2006
11. Kemlink D.: Periodické pohyby končetinami ve spánku. *Neurol pro praxi*, 2008, 9(5), 290-293
12. Benes H., Kurella B., Kummer J: Rapid onset of levodopa in restless legs syndrome : a double-blind, randomized, multicenter, crossover trial. *Sleep*, 72: 1073-1081
13. Allen RP, Earley CL: Augmentation of the restless legs syndrome with carbodopa/levodopa. *Sleep* 1996, 19(3), 205-213

MUDr. Jindra Svátová pracuje na neurologické klinice FNKV v Praze, kde se dlouhodobě zabývá především problematikou extrapyramidových onemocnění, jednak v privátní neurologické ambulanci v Praze 4, kde s kolektivem spolupracovníků zajišťuje komplexní neurologickou diagnostiku - terapeutickou péči.

Prim. MUDr. Martin Koutný

Neurologické oddělení, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a. s.

Periferní obrna lícního nervu

Periferní obrna lícního nervu představuje v každodenní neurologické praxi poměrně častou afekci. Většina ambulantních vyšetření je prováděna v akutním režimu, mimo pravidelné různě dlouhé objednací doby. Hlavním důvodem je častá obava kolegů z možnosti relativně snadné záměny obrny periferní a centrální s výrazně rozdílným přístupem, systémem vyšetření a v neposlední řadě i prognózou. Vzhledem k absenci validní zdravotnické statistiky není možné získat dobrá data incidence a prevalence. V literatuře je uváděna incidence 10–150 případů na 100 000 osob ročně. Jsou jisté i rozdíly mezi oblastmi, svoji roli hraje klima a roční období. Není možné pominout, že řada pacientů především s lehčími formami není systémem zachycena vůbec či se upraví spontánně eventuelně po zásahu praktického lékaře a do odborné ambulance se nedostanou. Specifickou skupinu pak tvoří iatrogenní postižení.

Účelem tohoto sdělení je přiblížit problematiku, poskytnout praktický návod jak s touto chorobu zacházet a jak optimalizovat vyšetřovací a léčebný postup.

Anatomické minimum

Nervus intermediofacialis, jak by měl být lícní nerv nejpřesněji nazýván, vzniká spojením smíšeného n. intermedius (z vláken, která obsahuje, jsou nejpodstatnější z hlediska klinika parasympatická vlákna pro slznou žlázu a žlázy dutiny ústní, chuťová vlákna z předních dvou třetin jazyka) a čistě motorický n. facialis pro mimické svalstvo a část svalstva krku a m. stapedius. Oba nervy vystupují z kmene samostatně a spojují se těsně před vstupem do meatus acusticus internus a tudíž faciálního kanálu ve skalní kosti. Připomínám těsný vztah ke statoakustickému nervu v této lokalitě. Ve velmi úzkém kanálu v pyramidě nerv několikrát dramaticky mění směr, aby tento následně opustil ve foramen stylomastoideum, respektive pouze jeho motorická porce. Vlákna z původního n. intermedius jej opouštějí jako nervus petrosus major směrem do ggl. pterygopalatinum (klinicky hlavně defekt slzení při laesi lokalizované nad) a těsně před výstupem také odstupuje chorda tympani, což jsou ona chuťová vlákna a tudíž má smysl se klienta zeptat na poruchu chuti a také sluchu (což je třetí, čistě motorická větev odstupující ve faciálním kanálu k m. stapedius). Od výstupu z foramen stylomastoideum se pak poměrně variabilně větví hvězdovitě k obličejovým svalům. Již na tomto místě považuji za nutné zdůraznit, že nervus facialis nemá na obličejí senzitivní vlákna. Je-li tedy patrné senzitivní postižení, bývá to při spolupostihu dalšího hlavového nervu, což mění celou situaci.

Nutno říci, že může být vyjádřena řada anomálií, které bývají obecně častější při vrozených anomáliích temporální kosti.

Topografická diagnóza

Znalost anatomie nám pomáhá k základní orientaci, kdy jsme schopni relativně jednoduchým, ale

pečlivě provedeným vyšetřením poměrně slušně lokalizovat místo poškození.

Centrální obrna – léze korová či subkortikální nad jádru vede ke kontralaterálnímu u postižení mimiky typicky v dolní větvi. VMartin mudrzhledem k anatomické úpravě bývá horní větev postižena minimálně. Nutno říci, že každý neurolog zná z praxe kompletní postižení obou větví jako centrální projev do obrazu pseudochabé obrny. Toto bývá především u rozsáhlých mozkových afekcí, nejčastěji ischemií. Málokdy jsou však této situaci postižena izolovaně pouze supranukleární vlákna pro jádra facialisu. Bývá kontralaterální hemiparéza, porucha vědomí atd.

Jádrová obrna při afekcích v kmeni se chová jako periferní obrna s různým postižením parasympatických a chuťových vláken dle rozsahu postižení. Málokdy však, stejně jako v předcházejícím případě, bývá izolovaně postižen pouze faciální nerv. Bývá často spolupostižen abducens, bývá kontralaterální hemiparéza a další kmenová symptomatologie.

Postižení v oblasti mostomozečkového koutu

těsně před či přímo v meatus acusticus internus se chová jako periferní obrna s postižením vláken n. intermedius a bývá spolupostižen i nervus statoacusticus. Etiologicky často bývá příčinou právě schwannom statoakustiku či meningeom.

Postižení ve faciálním kanálu nad odstupem n. petrosus major se projevuje jako periferní obrna, snížené slzení a porucha sluchu či pouze pocit zalehlého ucha.

Postižení nad odstupem n. stapedius pak probíhá pod obrazem periferní obrny, zvýšeného slzení (v důsledku mechanického dráždění oka) a výše



Prim. MUDr. Martin Koutný

popsané poruchy sluchu.

Postižení pod výstupem z foramen stylomastoideum pouze motorická porucha svalstva obličeje. Stejnostranná porucha chuti prvních dvou třetin jazyka může být způsobena lézí kdekoli **mezi odstupem chorda tympani a senzorickým jádrem v kmeni**.

Klinické vyšetření

Základem je vždy pečlivá anamnéza. Aktivně pátráme po možné jiné etiologii než idiopatické, dále po kontaktu s klíštětem, viry či jinými infekčními agens. Zajímá nás interní stav, recidivující záněty v oblasti ucha či malignity.

Vzhledem k tradičním etiologickým představám nezapomene též na dotaz ohledně expozice chladu (práce, mrazicí boxy, jízda s otevřeným okénkem, průvan).

Následuje komplexní neurologické vyšetření k posouzení spolupostižení jiných systémů. Aktivně se ptáme na poruchu sluchu, zde často bývá referován pouze pocit zalehlého ucha, někdy nepříjemné hyperakuzie. Porucha chuti také bývá často sdělována jako nedefinovatelný nepříjemný či cizí pocit v příslušné části jazyka, někdy zde může být vyjádřeno velmi nepříjemné brnění. Častá je, zejména v úvodní fázi lokální palpační citlivost výstupu nervu ve foramen stylomastoideum.

Lokálně pak hledáme asymetrii vrásek v klidu či při aktivním mračení a asymetrie při cenění. Všímáme si činnosti m. corrugator supercilii ve smyslu asymetrie v postavení obočí a horních víček. Dolní víčko někdy zeje do obrazu paretického ektropia. Oko samo bývá zarudlé, obvykle hojně slzí, klient špatně toleruje ostré světlo.

Bývá vyjádřeno **Bellovo znamení** (při pohledu vzhůru paretické horní víčko umožňuje vidět celý pohyb bulbu vzhůru).

V dolní větvi bývá postižení výraznější, déle se hojící. Vytéká z koutku slina, klient se nemůže napít, pořádně si vyčistit zuby. Známý je příznak dýmky (nelze vyfouknout vzduch jako při pískání, postižená tvář se vyduje a vzduch odchází bokem).

Obvyklý bývá strach z CMP, nejvíce u příbuzných či jiného doprovodu, někdy naopak sklon k bagatelizaci celé situace.

Doplňková vyšetření

EMG – odliší periferní a centrální parézu. Odliší demyelinizační lézi (postižení myelinového obalu nervu – nemá nic společného s demyelinizačními chorobami) od léze axonální. Je schopna posoudit časový faktor, vyjádřit se k možné perspektivě hojení či rozsahu a toto validně změřit pro kontroly. Obecně se axonální postižení hojí výrazně hůře. Častější jsou také komplikace.

Blink reflex – pracná, někdy obtížně interpretovatelná elektrofyziologická modalita s relativně malým klinickým významem.

MEP – viz předchozí, navíc výraznější zkreslení artefakty.

Kmenové sluchové evokované potenciály (BAER, BAEP) mají naopak zásadní význam zejména v situaci, kdy myslíme na postižení statoakustického nervu.

Tympanometrie – detekce a objektivizace i malé laese m.stapedius.

Vyšetření moku mozkomíšního rutinně při podezření na infekční původ.

Vyšetření séra – protilátky, biochemie dle anamnézy

Zobrazení CT, MR, někdy UZ. Historická Stenwersova projekce na vnitřní zvukovody představuje v této indikaci a v éře MR či CT již pouze zbytečnou radiační zátěž.

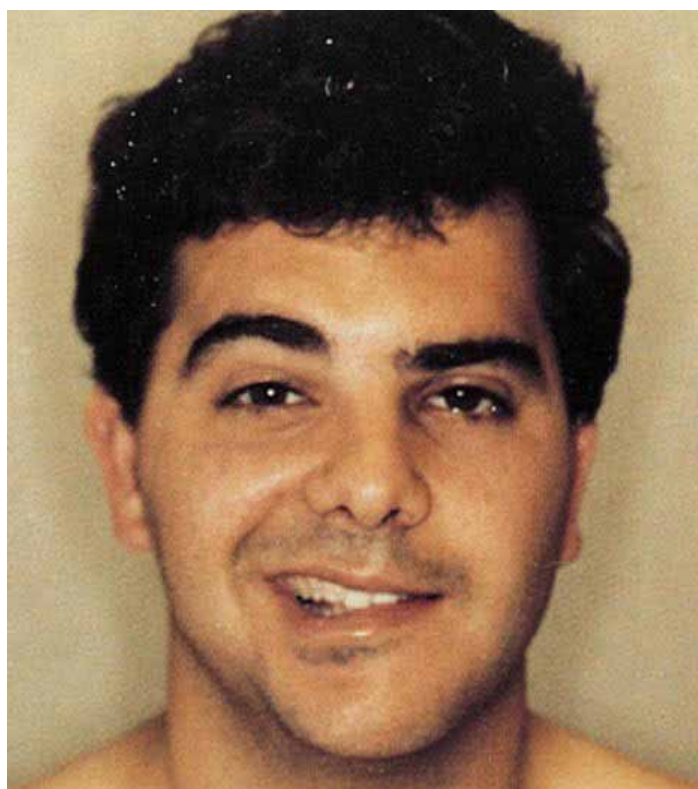
Etiologie periferních obrn

Zde musíme s respektováním anatomických pravidel zjednodušit na afekce extrakraniální, tedy zevně mimo foramen stylomastoideum. Dále na afekce intratemporální ve faciálním kanálu

Obr. č. 1



Obr. č. 2



a nitrolební, tedy od jader po vnitřní akustický meatus. Výčet si nemůže klást nárok na úplnost, navíc v tomto specifickém prostoru se může odehrát téměř cokoliv.

Extrakraniální afekce

- Traumata (tržné a penetrující rány obličeje, zlomeniny dolní čelisti, obrna při porodu, iatrogenní poškození).
- Tumory parotitidy, tumory zevního zvukovodu, temporální kosti, metastázy.

Intratemporální

- Traumata (fraktury pyramidy, penetrující poranění, iatrogenní).
- Tumory (cholesteatom, schwannom akustiku, metastázy aj.).
- Infekce (herpetické a jiné neurotropní viry, HIV, borelióza aj.).
- Idiopatické – Bellova obrna – pojednáno dále samostatně.
- Kongenitální postižení.

Intrakraniální

- Tumory mostomozečkového koutu.
- Některé vyloženě raritní afekce většinou vrozené.

Idiopatická periferní paresa n. VII (Bellova obrna)

Jde o asi nejčastěji diagnostikovanou afekci postihující faciální nerv. A to navzdory faktu, že dle mnohých autorů nic takového jako idiopatická obrna neexistuje. V běžné klinické praxi se za tuto považuje každá izolovaná periferní obrna, kdy se nám nepodaří najít jinou, tedy sekundární příčinu. Vždy jde o afekci intrakanalikulárního typu dle předcházejících schémat. Postižené bývají snad více ženy. Jinak však choroba postihuje všechny věkové kategorie. Častý bývá údaj o předcházející expozici chladu (obrna e frigore). Tato obrna u jinak zdravých lidí je častěji demyelinizačního typu se slušnou prognózou quad sanationem.

Terapie

Musí být zaměřena na vlastní příčinu a modifikující preexistující choroby, které by mohly ohrozit či prodloužit hojivost nervu. Léčbu můžeme rozdělit na postupy chirurgické a konzervativní.

Chirurgický přístup bývá často řešením původní příčiny, ale existují i léčebné postupy u idiopatické obrny. Považuji za velmi spornou indikaci chirurgické dekomprese nervu v kanálu se stejně spornými výsledky. Větší smysl mají rekonstrukční neurochirurgické operace při nezhojeném postižení. V literatuře se traduje údaj o úspěchu takové rekonstrukční operace po 16. letech od vzniku. Naopak velmi často využíváme možnost přechodné částečné tarsorhafie, která při paretickém ektropiu minimalizuje možnost vzniku infekčních očních komplikací a má i význam kosmetický. Při zhojení pak nebývá velkým problémem tarsorhafii zrušit, někdy však klienti o to ani nestojí.

Konzervativní terapie sama sobě se vyznačuje řadou rozporů a nejednotnostmi danými různými zvyklostmi různých pracovišť. Opět můžeme dělit jednak na lokální, kdy eliminujeme důsledek vysychání oka při dysfunkci víčka a není výjimkou vznik rohovkového vředu při nedostatečném ošetření či pozdní diagnóze. Nesmíme zapomenout na zabezpečení rohovky na noc nejlépe některou z očních masť pod okluzi a zalepit, během dne pak postačí opakované aplikace některých z očních kapek. Jsou-li již

vyjádřeny oční komplikace, pak musíme ohledně terapie konzultovat příslušné specialisty. Mnohem jednodušší je pochopitelně aktivně po těchto komplikacích pátrat a zasahovat preventivně. Podobně lokálně existuje možnost v akutní fázi aplikovat kortikoid v obstrukci dle Pechana přímo k foramen stylomastoideum. Efekt se předpokládá na edém nervu v úzkém kanálu, což mnozí považují za právě vlastní příčinu idiopatické obrny. Stejný edém nervu pak je pochopitelně i při afekcích zánětlivých či jiných, pak i v této indikaci může mít lokální terapie kortikoidy efekt.

V celkové terapii se musíme řídit vyvolávající příčinou. Mám na mysli antibiotika, antivirotika, léky upravující interní choroby. Celková antiedematózní terapie se nepoužívá. Vazoaktiva jsou obecně přijímána jako podpora mikrocirkulace v edematózní tkáni. Běžně aplikované vitamíny v našich zemích takový smysl nemají. S výjimkami interních chorob a extrémů životního stylu se s projevy avitaminóz u nás nesetkáváme. Z pohledu medicíny založené na důkazech pak vitaminoterapie v této indikaci nemá přínos vůbec.

Podstatná je pak rehabilitace včetně edukace klienta k domácímu cvičení před zrcadlem. Při těžkých lézích, především axonálního typu s plegií svalstva je na místě elektrostimulace. Tuto je pak třeba dávkovat citlivě pro prevenci vzniku pozdních komplikací. Při delším hojení pak nutná psychologická podpora. Zvláštní kapitolu pak představují výše zmíněné pozdní komplikace, ke kterým dochází při nedokonalém zhojení. Vzhledem k povaze inervace obličejových svalů je zde výraznější sklon k patologickým synkinézám, které představují závažný reziduální kosmetický a někdy i funkční defekt. Terapie těchto i ostatních pozdních komplikací pak patří pouze do rukou erudovaného neurologa se zájemem elektrofyziologické laboratoře, zkušeností a v neposlední řadě s citem a pochopením konkrétní situace konkrétního pacienta.

Literatura u autora

Prim. MUDr. Martin Koutný pracuje jako primář neurologického oddělení nemocnice Mladá Boleslav. Mezi jeho odborné zájmy patří neurodegenerativní choroby, onemocnění motoneuronu, extrapyramidová onemocnění, akutní neurologie, především neurotraumatologie.



VII. HRADECKÉ VAKCINOLOGICKÉ DNY

29. 9.–1. 10. 2011

Kongresové centrum Aldis, Hradec Králové

www.vakcidny2011.org

Prim. MUDr. Marián Glasnák

Oddělení klinické mikrobiologie, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov

Povrchové mykózy na Benešovsku – kdo je plesnivý?

Na kůži žijí rezidentní (množí se) a tranzientní (nemnoží se, ale přetrvávají déle než náhodné kontaminanty) mikroorganismy.

Dotýkání se, ustavičné oblékání a svlékání, vystavení vzduchu (prachu a kapénkám), vodě a nejrůznějším materiálům různé konzistence zajišťuje ustavičný přísun a odsun mikroorganismů.

Ekosystém kůže je za běžných podmínek stabilní a dosahuje hustoty osídlení 103 až 105 obyvatel na cm². Není stejnorodý, jako nejsou stejnorodé podmínky na různých plochách a záhybech kožního povrchu. Rezidenti brání množení tranzientů a usídlení kontaminantů.



Prim. MUDr. Marián Glasnák

Kožní flóra se rozmanitým způsobem účastní patogeneze endogenních infekcí.

Akné, katérové infekce, infekce implantovaného materiálu, rané infekce, infekce močových cest, infekční endokarditida, erythrasma, keratolysis sulcata a trichomykóza mají svůj rezervoár agens obvykle nebo také na vlastní kůži.

Běžnými členy jsou bakterie rodu *Corynebacterium*, *Propionibacterium*, *Staphylococcus*, *Micrococcus*, *Brevibacterium*, *Dermabacter* a *Acinetobacter*.

Kvasinkovité mikroskopické houby rodu *Malassezia* osídľují prakticky všechny jedince, *Candida albicans* a *tropicalis* i jiné druhy rodu *Candida* se v nízkých koncentracích vyskytují na kůži většiny populace. Bezpříznakové nosičství je doloženo i u některých dermatofytů.

Příkon jiných mikroskopických hub (náhodných kontaminant, včetně nejznámějších rodů *Aspergillus*, *Penicillium*, *Alternaria*) bývá masivní. Zejména tlející rostlinný materiál je mohutným zdrojem spor i vegetativních částí hub. Zatímco tlení, plesnivění a rozklad rostlinného materiálu probíhá, alespoň v létě a vlhku, téměř před očima, pírká se povalují dosti dlouho a po nedohledaném divočákovi z honu přetrvává kromě kostry srst a kopýtko. Keratinolytické enzymy nejsou u dekompozitorů zcela běžnou výbavou.

Onemocnění povrchovou mykózou („zplesnivění“) je výsledkem expozice (kolik a jak často, jakých zárodků za jakých okolností na nás dopadne a přilne) a dispozice (v jakém jsme zrovna stavu, jak jsme vnímaví, jsou-li naše povrchy nějak poškozené, poškrábané).

Genetická dispozice rohoviny (pokožka, nehet, ochlupení všeho druhu) je celkem evidentní na úrovni klinické genealogie, v některých rodinách se masivní onychomykóza „dělí“. Na molekulární úrovni příslušný faktor, inhibitor v keratinu, uniká poznání.

Páchnoucí nohy (*Brevibacterium epidermidis*)

Zápach při *tinea pedis* – plesnivých nohou se nepřipisuje mikroskopickým houbám, ale přemnoženému *Brevibacterium epidermidis*. Produkuje proteolytické enzymy, které uvolňují L-methionin z bílkovin. Páchne vzniklý metanthiol a jiné těkavé sloučeniny síry. Nohy páchnou i bez mykózy.

Flekaté dítě aneb kotě a morče za vysvědčení (*Microsporum canis*)

Drobní savci chovaní pro zábavu mohou být asymptomatickými nosiči *Microsporum canis*. Dárek ze zverimexu pak připomíná experiment na dermatologické klinice, kde se zkoumá, při expozici standardnímu inokulu spor, potřebná míra skarifikace epidermis pro účinný přenos infekce. Zdrojem inokula je srst a ke skarifikaci poslouží drápky zvířátka. Typická je lokalizace nejen na rukou ale i za tričkem. *Tinea capitis* vidíme naopak zřídka.

Ložiska jsou kruhovitá, okraj zánětlivě vyvýšený a více či méně šupící, vesikuly zřídka. Lze pozorovat více generací ložisek, tak jak si je nemocný sám škrábáním inokuloval.

Šupinek je obvykle málo a mikroskopicky v nich mycelium vidět není. Kultivační průkaz bývá citlivější, houba naroste i z malého množství keratinového prachu. Do týdne se obvykle na agaru objeví typické kolonie.

Zápasník

(Trichophyton tonsurans)

Náleze je v našich podmínkách ojedinělý a zpravidla v menší epidemii s nepřímým přenosem například společnou zápasnickou žíněnkou. Onemocnění nemá tendenci ke spontánnímu hojení a bez léčby trvá léta. Infekci kůže jsme nepozorovali. Na volné kůži jsou ložiska kruhovitá, silně zanícená, drobně šupící.

Starší zemědělec nebo kdokoli jiný s hroznými nehty

(Trichophyton rubrum, Trichophyton interdigitale)

Nejčastěji izolované druhy dermatofytů. Zejména z nehtů, mezprstí a vůbec nohou, hýždí, třísel a rukou. Ztlustění napadeného nehtu někdy přesahuje 1 cm. Chirurgické odstranění nehtu nevede k trvalému odstranění nákazy. Vitální mycelium zpravidla přetrvává v pokožce nehtových valů či přímo v lůžku. Lokální léčba byť i sofistikovanými lékovými formami účinných antimykotik typu lak na nehty nedosahuje úspěšnosti systémového podání. Z jednou napadeného a poškozeného nehtu houbu odstranit nelze, leda autoklávováním. Antimykotikum se krví dostává do lůžka nehtu a infiltruje novotvořenou nehtovou ploténku. Houbu do ní už nepustí a dorůstá zdravý nehet.

Přehnaná slečna s nehty, na kterých nic není (nic)

Takového pacienta vyšetřit nelze, nedá se získat vzorek.

Obézní diabetik po Augmentinu

(Candida albicans a jiné kandidy)

Kožní kandidóza postihuje nejčastěji mezprstí, třísla, gluteální rýhu a kůži pod převislými prsy. U obézních pak i další záhyby bez anatomického jména.

Kandidové paronychium a onychomykóza trápí ty, kdo si macerují ruce. Nehtová ploténka je postižena druhotně v proximální části. Odběr vzorku je obtížný až nemožný. Tmavé odstíny mohou být způsobeny infekcí nebo superinfekcí Pseudomonas aeruginosa, bakterií z vodního prostředí.

Letní skvrnitost

(Malassezia spp., dříve Pityrosporum)

Malassezie (furfur, globosa, sympodialis, slooffiae, restricta, pachydermatis) se účastní patogeneze pytiriasis versicolor, ale také folikulitid, seborrhoické a atopické dermatitidy.

Na běžných kultivačních médiích roste jen M. pachydermatis, která má v lidské patologii okrajový význam (Hojně se nalézá ve vzorcích ze zevního zvukovodu psů.). Laboratorní průkaz se omezuje na mikroskopii kožních šupin s příznačným obrazem. Klinika ovšem bývá dosti charakteristická a dostačující pro stanovení diagnózy. V letních měsících je barva lézí světlejší než okolí, v zimě naopak. Není rozhodnuto, zda houba poškozuje přímo melanocyty nebo jen svým tělem cloní a brání opálení.

Do Benešova (u Prahy) je od roku 1999 možné zaslat pacienta na dermatomykologické vyšetření. Odběr vzorku se v současnosti provádí v odběrové místnosti Oddělení klinické biochemie Nemocnice Benešov (budova D, u vrátnice), v úterý od 12:30 do 13:30 po telefonickém objednání na číslo 317 756 550 – Oddělení klinické mikrobiologie.

Keratinové struktury (kožní šupiny, fragmenty nehtů, všeho druhu chlupy) z okrajů chorobných ložisek se jednak zpracují na barvený preparát pro mikroskopický průkaz mycelia

prorůstajícího rohovinu (Obraz nebývá druhově ani rodově příznačný a neumožňuje určení houby). Jednak se vysejí na pevná kultivační media, která za vhodných tepelných, světelných a atmosferických podmínek podporují růst mikroskopických hub. Nejrychlejší kvasinky narostou do makroskopicky patrných kolonií už za 24 hodin. Většina dermatofytů naroste do 4 týdnů. Při podezření na Trichophyton verrucosum (případy s expozicí hovězímu dobytku) se čeká 6 týdnů.

Izolované kmeny (čisté kultury) mikroskopických hub se identifikují podle makro- a mikro-morfologických znaků (zhruba jako rostliny podle botanických klíčů), kvasinky také podle využívání různých uhlíkatých substrátů, hlavně cukrů. Identifikace (rodové a druhové zařazení kmene) není samostatná: Představuje vazbu na těleso znalostí shromážděných v oborovém písemnictví k interakci daného druhu s člověkem.

Pytiriasis versicolor

Tak se otevírá cesta k odpovědi zejména na tyto otázky:

- Je zachycený druh pravděpodobným agens klinického syndromu?
- Jaké terapeutické postupy se u syndromů s tímto agens osvědčily (existuje standardní léčba)?

Systémová antimykotika jsou relativně nákladné léky a pro vyléčení onychomykózy je nutné navíc podat velkou celkovou dávku. Klinický obraz povrchových mykóz se překrývá s neinfekčními klinickými jednotkami.

Zdravotní pojišťovna tudíž váže preskripci některých antimykotik na odbornost a alespoň částečný (mikroskopický nebo kultivační) důkaz přítomnosti mikroskopické houby v rohovině.

Prim. MUDr. Marián Glasnák v roce 1996 vystudoval 1. lékařskou fakultu UK v Praze, obor terapie. Po promoci nastoupil do Mikrobiologické laboratoře OHS Benešov, od roku 2002 do 2010 nástupnická organizace Zdravotní ústav (s několikaměsíčním exkurzem do pražských privátních laboratoří v roce 2005). K oboru ho přivedl principiální zájem o patologii a zároveň o antibiotika jako ohrožený poklad lidstva. Jinými slovy zájem o povahu patogenetického vyústění interakce živých organizmů.

Možnosti liečby chronickej bolesti

interview s MUDr. Alexandrom Murgašom, Ortopedická ambulancia, Žiar nad Hronom

1) Pán doktor, vo Vašej ortopedickej ambulancii sa denne stretávate s pacientmi trpiacimi bolesťami pohybového aparátu. Aké sú príčiny?

Najčastejšie sa jedná o pacientov s degeneratívnymi zmenami t.j. zmeny, ktoré vznikajú vekom a opotrebovaním. Pokiaľ sú tieto zmeny „veku primerané“ a pacient nekladie zvýšené záťažové nároky na svoj pohybový aparát, tak ťažkosti, ktoré môžu z takýchto zmien prameniť sú dobre znášané a prípadne vzniknuté bolesti často pominú znížením zaťaženia alebo po aplikácii jednoduchých fyzikálnych procedúr. Horšia je situácia vtedy, keď degeneratívne zmeny dosiahnu pokročilejší stupeň alebo nie je v krátkom čase možné odstrániť vyvolávajúce príčiny (napríklad nadváha, osové úchyľky končatín, skrivenie chrbtice, slabé svalstvo, niektoré poúrazové stavy a pod.) a bolesti sú čoraz intenzívnejšie, dochádza k zhoršeniu kvality života postihnutého a pri nevhodnej liečbe i ku chronifikácii bolestí. Takíto pacienti sú už nútení potom vyhľadať lekársku pomoc a tvoria na našich ambulanciách výrazný podiel spektra našich klientov. Menšiu časť tvoria pacienti so zápalmi kĺbov, väzov a šliach často po úrazoch alebo ako následok preťaženia určitých pohybových segmentov napríklad statickým preťažením dolných končatín, opakovanými pohybmi v práci na páse a podobne.

2) Obvykle je liečba dlhodobých bolestí pohybového aparátu postavená na podávaní liekov obsahujúcich napríklad paracetamol, nesteroidové antireumatiká, kortikosteroidy. Tiež tieto lieky používate alebo stojí Vaša liečba na iné liečebné stratégie?

Áno, podávanie bolestí tišiacich a protizápalovo pôsobiacich liekov je súčasť štandardných postupov v liečbe bolestivých stavov pohybového aparátu. Podotýkam, že je to len súčasť komplexnej liečby a úspešnosť takej liečebnej stratégie závisí na správnej diagnostike, aplikácii vhodných liečebných postupov a v neposlednom rade i spolupráci pacienta na liečbe. Okrem spomenutých medikamentov sa v hojne v liečbe používajú aj metódy zo spektra fyzikálnej liečby a v poslednom období sa čoraz častejšie stretávame s rôznymi doplnkovými metódami liečby ako je aplikácia špeciálne preparovaného kolagénu do postihnutých ale i vzdialených oblastí tela a liečba autolognou kondicionovanou plazmou.

3) Z Vašich slov je zrejmé, že v terapii rôznych kĺbových ťažkostí, bolestí chrbtice (apod.) používate vo Vašej lekárskej praxi tzv. MD injekcie. Popísal by ste stručne ich mechanizmus účinku?

V ľudskom tele sa nachádza obrovské množstvo buniek, ktoré sú navzájom v určitých presne definovaných regulačných vzťahoch a závislostiach. Keď celý tento „orchester“ je dobre zladený, cítime sa dobre a sme zdraví, plní chuti do života. Ale ak sa táto regulácia a vzťahy narušia, dochádza k rôznym poruchám, ktoré najčastejšie pociťujeme ako bolesti. Bolesť nám teda hovorí, že sa niečo poškodilo alebo hrozí určité poškodenie a telo sa snaží zabezpečiť nápravu. K tomu potrebuje vlastné zdroje nápravy a pokoj. V klasickej liečbe sa okrem iného snažíme potlačiť nepri-



jemnú alebo neznesiteľnú bolesť chemickými látkami a ovplyvniť prenos bolesti a jej vnímanie v centre – v mozgu. Ak však nedôjde k úprave poškodenej časti tela, po vysadení liekov proti bolesti sa ťažkosti vrátia. MD injekcie účinkujú odlišným spôsobom a to tak, že v mieste poškodenia alebo v jeho okolí (prenesená bolesť) sa injekčne aplikujú prirodzené látky na báze kolagénu, fytotherapeutiká a niektoré biostimulačné látky v stopových množstvách a tieto priamo napomáhajú k úprave poškodenia a tým zmiernenie až ústup bolesti, skrátka ide o úpravu narušených vzťahov medzi bunkami a ich poškodenia. Preto je úspešnosť liečby trvalejšia a túto liečbu možno označiť ako liečbu typu fyziologickej regulačnej medicíny čo vystihuje podstatu jej účinku.

4) Nedávno som sa zoznámil s Vašou veľmi zaujímavou správou, v ktorej popisujete svoje skúsenosti s liečbou celkom 144 pacientov, a to spomínanými MD injekciami. Môžete viac priblížiť, o aké ochorenia sa jednalo a aký benefit táto liečba pacientom priniesla.

Áno, na istom odbornom podujatí som sa zmienil o včasných skúsenostiach s aplikáciou MD injekcií, ktoré som začal používať pre ovplyvnenie chronických bolestí najmä chrbtice a veľkých kĺbov od konca septembra minulého roku. Spomínané číslo bolo k 31. januáru 2011. Dnes je to podstatne väčšie číslo (niečo okolo 250 pacientov), ktoré pramení z dobrých skúseností s aplikáciou tohto preparátu. Takže akási počiatočná nedôvera k „novinke“ sa pretavila do „prekvapivej“ úspešnosti výsledkov a spokojnosti pacientov.

5) To znie veľmi nádejne, že sa ukázala liečba bolesti pohybového aparátu, kde jednoznačne prevláda benefit pre pacienta, keďže nežiaduce účinky sa takmer nevyskytujú. Ako na to reagujú Vaši pacienti?

Bolestivý pacient, ktorý podstúpil viaceré liečby s dočasným alebo sporným zlepšením a ktorého narušená kvalita života núti hľadať ďalšiu pomoc, tak po dôkladnej edukácii čo sa dá od liečby očakávať, aké sú jej benefity, nedostatky a riziká vo väčši-



FYZIOLOGICKÁ REGULAČNÍ MEDICÍNA

v léčbě společensky závažných rekurentních onemocnění

- GUNA – TF CANDIDA (kandidové infekce)
- GUNA – TF HERPES (herpetické infekce)
- GUNA – TF PAPILLOMA (papillomavirové infekce)
- GUNA – TF 22 (alergické stavy)

antigenně specifická imunoterapie pomocí transfer faktorů zodpovědných za přenos buněčné imunity

vyrobeny patentovaným procesem extrakce z humánních lymfatických buněk, aktivovaných specifickými antigeny (viry, kvasinkami, atd.)

ne siahne po ponúkanej možnosti aspoň zmierniť svoje trápenie. Musím s potešením konštatovať, že vo väčšine pacientov bolo dosiahnuté aspoň uspokojivé zlepšenie ak nie vôbec vymiznutie sužujúceho bolestivého stavu, čo pri praktickej neškodnosti liečby považujem za veľmi dobrý a teda žiaduci výsledný efekt.

6) Tato otázka súvisí s tou predchádzajúcou. Predpokladám, že pacienti si musia Guna-MD injekcie platiť, že nie sú hraené z prostriedkov všeobecného zdravotného poistenia. Nie je to problém?

Aj keď sa jedná o liečbu, ktorá nie je hraená z prostriedkov zdravotného poistenia nestretávam sa často s odmietnutím navrhovanej platby za poskytnutú liečbu. Snažím sa ju indikovať len v takých prípadoch, kde mám pocit, že by bola účinná a tento pocit sa dá vypestovať na základe podrobného štúdia o účinkoch preparátu pre jednotlivé indikácie ako sú popisované v manuáli od producenta v kombinácii s narastajúcimi skúsenosťami ako je to v klinickej praxi aj pri iných spôsoboch liečby.

7) Nedávno som navštívil v Bratislave a tiež v Banskej Bystrici seminár, kde ste formou prednášky odovzdával svoje skúsenosti s MD injekciami ďalším lekárom - ortopédom, reumatológom, algeziológom a praktickým lekárom. Existuje nejaký zdroj informácií, kde by sa mohli Vaši kolegovia dozvedieť o MD injekciách potrebné odborné informácie?

V takomto prípade by som doporučil oboznámiť sa so spomínaným manuálom, kde sa môžu podrobne oboznámiť s princíp-

mi liečby, aplikačnými technikami a oboznámiť sa s jednotlivými preparátmi. Tam sú popísané vhodné indikácie, doporučené vhodné kombinácie injekcií k jednotlivým diagnózam a aplikačné schémy. Podrobné informácie im poskytnú aj vyškolení pracovníci informačného servisu spoločnosti InPharm. Pokiaľ by sa priamo obrátili na mňa a vedel by som im na otázky odpovedať, rád sa s nimi podelím s mojimi skúsenosťami.

8) Myslíte si ako špecialista, že MD injekcie môže využiť vo svojej praxi tiež praktický lekár? A pokiaľ áno, aké dg. byste doporučili?

Samozrejme že môže. Táto liečba nie je určená nielen „špecialistom“ ale širokej lekárskej verejnosti, ktorá nájde v tejto metóde ďalšiu bezpečnú a účinnú liečebnú modalitu. Nehovoril by som o diagnózach ale skôr o spôsobe aplikácie, ktoré by som u praktických lekárov doporučil. Ide o podávanie MD injekcií subkutánne do oblastí trigger pointov či tender pointov a to hlavne v oblasti axiálneho skeletu a okolo kĺbov. Nedoporučujem podávanie injekcií intraartikulárne. To skôr patrí do rúk lekárov chirurgických odborov. Priaznivý efekt je možné dosiahnuť aj kombináciou obštrukciou lokálnym anestetikom a MD injekcií. Túto kombináciu doporučujem použiť u akútnych bolestí ale injekcie podávať každú zvlášť v striekačke, nie miešať spolu (mechanizmus účinku lokálneho anestetika je iný ako u injekcií MD).

Za rozhovor ďakuje odborná redakcia Edukafarm

Skúsenosti ortopéda s MD injekciami – obojstranná koxartróza

MUDr. Alexander Murgaš, Ortopedická ambulancia, Žiar nad Hronom

Bolesti pohybovej sústavy vznikajú najčastejšie v dôsledku preťaženia, úrazov a degeneratívnych zmien. Následkom zvýšenej aktivity niektorých enzýmov (metaloproteínáz) dochádza k úbytku chondrocytov, zvýšenej vaskularizácii a inervácii chrupky, čo sa prejaví typickými bolestivými symptómami obmedzujúcimi pacientovu pohyblivosť, narušujúcimi spánok a znižujúcimi kvalitu života. Aplikácia injekcií s obsahom kolagénu a fytofarmák môže znížiť potrebu užívania klasických NSAIDs.

Kazuistika

63-ročný pacient, nefajčiar, s váhou 82 kg a výškou 175 cm, prišiel do ambulancie ortopéda pre bolesti pravého ramena. Starobný dôchodca, predtým pracujúci ako údržbár, neskôr v ČID pre koxartrózu. Niekoľko rokov mával intermitentné bolesti v pravom ramennom kĺbe, pred rokom a pol spadol zo stroju, čo viedlo k podstatnému zhoršeniu bolesti pravého ramena s obmedzením pohyblivosti, nočnými bolesťami a nemožnosťou "over head" činnosti PHK.

Súčasná diagnóza:

- osteoartróza kolenných kĺbov bilat.,
- st. p. úrazu bez fraktúr.

UZ vyšetrenie: menšia parciálna léza supraspinatu.

RTG vyšetrenie: vyťahnutá hlava humeru viac kraniálne.

MRI (4/2010): parciálna ruptúra šľachy m. SS, subakromiosubdeltová bursitis, omarthrosis et AC arthrosis.

V septembri 2010 urobená akromioplastika so štandardným doliečením.

Lieková anamnéza:

Ibalgín 400 p. p.

Nasadená liečba pomocou MD injekcií:

MD Shoulder v režime 1 amp. 1x týždenne subakromiálne, celkom 5 ampuliek.

Priebeh liečby:

Po 5. aplikácii došlo k radikálnemu ústupu bolesti. Pokračoval v individuálnej kineziterapii a lokálnej derivačnej liečbe.

Záver:

Po 5 aplikáciách došlo k výraznej úľave bolesti; pretrvávajú obmedzenie abdukcie a intrarotácie v pravom SH skĺbení v cca 1/3 rozsahu. Pacient t. č. neužíva žiadne analgetiká.

MUDr. Alexander Murgaš, 11 rokov pracoval na Ortopedicko-traumatologickej klinike MFN Martin, kde absolvoval atestáciu z odboru ortopédie I. a II. stupňa. Od 1985 pracoval ako odborný lekár - ortopéd v NsP Žiar nad Hronom a od r. 1994 ako súkromný odborný lekár - ortopéd. Viac rokov pracoval aj pre športové kluby JUDO (lekár reprezentácie Slovenska), futbal a extraligu ženského volejbalu.

Evidence úrazů, hlášení a zasílání záznamu o úrazu

NAŘÍZENÍ VLÁDY č. 201/2010 Sb., účinné od 1. 1. 2011

č. 201/2010 Sb.

NAŘÍZENÍ VLÁDY

ze dne 31. května 2010

o způsobu evidence úrazů, hlášení a zasílání záznamu o úrazu

§ 1

Toto nařízení zapracovává příslušné předpisy Evropské unie¹⁾, zároveň navazuje na přímo použitelný předpis Evropské unie²⁾ a upravuje způsob a obsah evidence, hlášení a zasílání záznamu o úrazu, hlášení smrtelného pracovního úrazu, vzor záznamu o úrazu a okruh orgánů a institucí, kterým se ohlašuje pracovní úraz a zasílá záznam o úrazu.

§ 2

(1) Zaměstnavatel³⁾ vede evidenci o úrazech v knize úrazů⁴⁾ v elektronické nebo listinné podobě. Evidence obsahuje tyto údaje:

- a) jméno, popřípadě jména, a příjmení (dále jen „jméno“) úrazem postiženého zaměstnance⁵⁾,
- b) datum a hodinu úrazu,
- c) místo, kde k úrazu došlo,
- d) činnost, při níž k úrazu došlo,
- e) počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu,
- f) celkový počet zraněných osob,
- g) druh zranění a zraněná část těla,
- h) druh úrazu⁶⁾,
- i) zdroj úrazu,
- j) příčiny úrazu,
- k) jména svědků úrazu,
- l) jméno a pracovní zařazení toho, kdo údaje zaznamenal.

(2) Došlo-li k úrazu u jiného zaměstnavatele, k němuž byl zaměstnanec vyslán⁷⁾ nebo dočasně přidělen⁸⁾, zaznamenají údaje podle odstavce 1 do knih úrazů zaměstnavatel úrazem postiženého zaměstnance a zaměstnavatel, k němuž byl úrazem postižený zaměstnanec vyslán nebo dočasně přidělen.

(3) Zaměstnavatel vydá zaměstnanci na jeho žádost kopii nebo výpis údajů v knize úrazů⁹⁾ o jeho úrazu; dojde-li ke smrtelnému úrazu, zaměstnavatel je vydá rodinným příslušníkům zaměstnance na jejich žádost⁹⁾.

§ 3

Pro statistické účely se smrtelným pracovním úrazem rozumí takové poškození zdraví, na jehož následky úrazem postižený zaměstnanec nejpozději do 1 roku zemřel.

§ 4

(1) Zaměstnavatel ohlásí pracovní úraz bez zbytečného odkladu

- a) územně příslušnému útvaru Policie České republiky, nasvědčující-li zjištěné skutečnosti tomu, že v souvislosti s pracovním úrazem byl spáchán trestný čin,
- b) odborové organizaci a zástupci pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci¹⁰⁾,

- c) příslušnému oblastnímu inspektorátu práce, došlo-li k úrazu u fyzické nebo právnické osoby, která podle jiného právního předpisu podléhá jeho kontrolní působnosti¹¹⁾, a trvá-li hospitalizace úrazem postiženého zaměstnance více než 5 dnů nebo lze-li vzhledem k povaze zranění takovou dobu hospitalizace předpokládat,
- d) příslušnému obvodnímu báňskému úřadu, podléhá-li činnost, pracoviště nebo technické zařízení vrchnímu dozoru podle jiného právního předpisu¹²⁾, jde-li o závažný pracovní úraz podle jiného právního předpisu¹³⁾,
- e) zaměstnavateli, který zaměstnance k práci u něho vyslal nebo dočasně přidělil,
- f) zdravotní pojišťovně, u které je pracovním úrazem postižený zaměstnanec pojištěn¹⁴⁾.

(2) Zaměstnavatel ohlásí smrtelný pracovní úraz bez zbytečného odkladu

- a) územně příslušnému útvaru Policie České republiky,
- b) odborové organizaci a zástupci pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci,
- c) příslušnému oblastnímu inspektorátu práce, došlo-li k úrazu u fyzické nebo právnické osoby, která podle jiného právního předpisu podléhá jeho kontrolní působnosti,
- d) příslušnému obvodnímu báňskému úřadu, podléhá-li činnost, pracoviště nebo technické zařízení vrchnímu dozoru podle jiného právního předpisu,
- e) zaměstnavateli, který zaměstnance k práci u něho vyslal nebo dočasně přidělil,
- f) zdravotní pojišťovně, u které byl smrtelným pracovním úrazem postižený zaměstnanec pojištěn.

§ 5

(1) Záznam o úrazu vyhotovuje zaměstnavatel úrazem postiženého zaměstnance neprodleně, nejpozději však do 5 pracovních dnů ode dne, kdy se o úrazu dozvěděl. Záznam o úrazu předá zaměstnavatel bez zbytečného odkladu oprávněným osobám¹⁵⁾.

(2) Vzor záznamu o úrazu je uveden v příloze č. 1 k tomuto nařízení.

§ 6

Zaměstnavatel zašle záznam o úrazu za uplynulý kalendářní měsíc nejpozději do pátého dne následujícího měsíce

- a) územně příslušnému útvaru Policie České republiky, nasvědčující-li zjištěné skutečnosti tomu, že v souvislosti s pracovním úrazem byl spáchán trestný čin,
- b) příslušnému oblastnímu inspektorátu práce, došlo-li k úrazu u fyzické nebo právnické osoby, která podle jiného právního předpisu podléhá jeho kontrolní působnosti,
- c) příslušnému obvodnímu báňskému úřadu, podléhá-li činnost, pracoviště nebo technické zařízení vrchnímu dozoru podle jiného právního předpisu,
- d) zdravotní pojišťovně, u které je pracovním úrazem postižený zaměstnanec pojištěn,

- e) organizační jednotce příslušné pojišťovny, u které je zaměstnavatel pojištěn pro případ své odpovědnosti za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání.

§ 7

V případě smrtelného pracovního úrazu zašle zaměstnavatel záznam o úrazu nejpozději do 5 dnů ode dne, kdy se o úrazu dozvěděl,

- územně příslušnému útvaru Policie České republiky,
- příslušnému oblastnímu inspektorátu práce, došlo-li k úrazu u fyzické nebo právnické osoby, která podle jiného právního předpisu podléhá jeho kontrolní působnosti,
- příslušnému obvodnímu báňskému úřadu, podléhá-li činnost, pracoviště nebo technické zařízení vrchnímu dozoru podle jiného právního předpisu,
- zdravotní pojišťovně, u které byl smrtelným pracovním úrazem postižený zaměstnanec pojištěn,
- organizační jednotce příslušné pojišťovny, u které je zaměstnavatel pojištěn pro případ své odpovědnosti za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání.

§ 8

(1) Byl-li zaměstnavatelem odeslán záznam o úrazu podle § 6 a 7 a následně se zaměstnavatel dozví o skutečnostech, které vedou ke změně v něm uvedených údajů, vyhotoví zaměstnavatel úrazem postiženého zaměstnance záznam o úrazu – hlášení změn.

(2) Záznam o úrazu – hlášení změn vyhotoví zaměstnavatel úrazem postiženého zaměstnance v případě, že

- hospitalizace úrazem postiženého zaměstnance přesáhla 5 dnů,
- dočasná pracovní neschopnost úrazem postiženého zaměstnance v důsledku jeho úrazu byla ukončena po odeslání záznamu o úrazu,
- zaměstnanec postižený úrazem na jeho následky nejpozději do 1 roku zemřel, nebo
- došlo ke změně v posouzení zdroje nebo příčiny úrazu, povahy úrazu, popřípadě k jiným skutečnostem majícím vliv na zpracování a obsah záznamu o úrazu – hlášení změn.

(3) Záznam o úrazu – hlášení změn zašle zaměstnavatel úrazem postiženého zaměstnance nejpozději do pátého dne následujícího měsíce

- příslušnému oblastnímu inspektorátu práce, došlo-li k úrazu u fyzické nebo právnické osoby, která podle jiného právního předpisu podléhá jeho kontrolní působnosti,
- příslušnému obvodnímu báňskému úřadu, podléhá-li činnost, pracoviště nebo technické zařízení vrchnímu dozoru podle jiného právního předpisu,
- zdravotní pojišťovně, u které je pracovním úrazem postižený zaměstnanec pojištěn,
- územně příslušnému útvaru Policie České republiky, nasvědčují-li zjištěné skutečnosti tomu, že v souvislosti s pracovním úrazem byl spáchán trestný čin nebo v případě smrtelného pracovního úrazu,
- organizační jednotce příslušné pojišťovny, u které je zaměstnavatel pojištěn pro případ své odpovědnosti za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání.

(4) Záznam o úrazu – hlášení změn zašle zaměstnavatel úrazem postiženého zaměstnance rovněž odborové organizaci a zástupci pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

(5) Vzor záznamu o úrazu – hlášení změn je uveden v příloze č. 2 k tomuto nařízení.

§ 9

(1) Záznam o úrazu i záznam o úrazu – hlášení změn zasílá zaměstnavatel elektronicky nebo v listinné podobě.

(2) Zasílá-li se záznam o úrazu nebo záznam o úrazu – hlášení změn elektronicky, lze použít tiskopis podle přílohy č. 1 k tomuto nařízení nebo přílohy č. 2 k tomuto nařízení; Ministerstvo práce a sociálních věcí zpřístupní tiskopisy způsobem umožňujícím dálkový přístup.

§ 10

Příslušnost útvaru Policie České republiky a správních úřadů podle § 4, 6, 7 a 8 se řídí místem, kde došlo k úrazu nebo smrtelnému pracovnímu úrazu.

§ 11

Nařízení vlády č. 494/2001 Sb., kterým se stanoví způsob evidence, hlášení a zasílání záznamu o úrazu, vzor záznamu o úrazu a okruh orgánů a institucí, kterým se ohlašuje pracovní úraz a zasílá záznam o úrazu, se zrušuje.

§ 12

Toto nařízení nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2011.

Předseda vlády:

Ing. Fischer, CSc., v. r.

Ministr práce a sociálních věcí:

JUDr. Šimerka v. r.

- Směrnice Rady 89/391/EHS ze dne 12. června 1989 o zavádění opatření pro zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci.
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1338/2008 ze dne 16. prosince 2008 o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.
- § 7 odst. 1 zákoníku práce.
- § 105 odst. 2 zákoníku práce.
- § 12 a 13 zákona o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.
- § 105 odst. 3 zákoníku práce.
- § 6 odst. 3 zákona č. 61/1988 Sb., o hornické činnosti, výbušninách a o státní báňské správě, ve znění zákona č. 315/2001 Sb.
- a zákona č. 376/2007 Sb.
- § 42 zákoníku práce.
- § 13 odst. 2 písm. h) zákoníku práce.
- § 101 odst. 6 zákoníku práce.
- § 105 odst. 1 zákoníku práce.
- § 6 zákona č. 251/2005 Sb., o inspekci práce, ve znění zákona č. 264/2006 Sb. a zákona č. 362/2007 Sb.
- Například § 39 odst. 1 a 2 zákona č. 61/1988 Sb., ve znění zákona č. 542/1991 Sb., zákona č. 315/2001 Sb., zákona č. 206/2002 Sb. a zákona č. 376/2007 Sb.
- Například § 6 odst. 3 zákona č. 61/1988 Sb., ve znění zákona č. 315/2001 Sb. a zákona č. 376/2007 Sb., vyhláška č. 22/1989 Sb., o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci a bezpečnosti provozu při hornické činnosti při dobývání nevyhrazených nerostů pod zemí, ve znění pozdějších předpisů.
- § 45 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- § 105 odst. 3 zákoníku práce.

Příloha č. 1 k nařízení vlády č. 201/2010 Sb.

VZOR ZÁZNAM O ÚRAZU

- ☐ smrtelném
☐ s hospitalizací delší než 5 dnů
☐ ostatním

Evidenční číslo záznamu^{aj}:Evidenční číslo zaměstnavatele^{bj}:

A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je úrazem postižený zaměstnanec v základním pracovněprávním vztahu

1. IČO: Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):	2. Předmět podnikání (CZ-NACE), v jehož rámci k úrazu došlo:
	3. Místo, kde k úrazu došlo ^{cj} :
	4. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm úrazem postiženého zaměstnance? ☐ Ano ☐ Ne

B. Údaje o zaměstnavateli, u kterého k úrazu došlo (pokud se nejedná o zaměstnavatele uvedeného v části A záznamu):

1. IČO: Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):	2. Předmět podnikání (CZ-NACE), v jehož rámci k úrazu došlo:
	3. Místo, kde k úrazu došlo:

C. Údaje o úrazem postiženém zaměstnanci

1. Jméno:	Pohlaví: ☐ Muž ☐ Žena
2. Datum narození:	3. Státní občanství:
4. Druh práce (KZAM):	5. Činnost, při které k úrazu došlo ^{dj} :
6. Délka trvání základního pracovněprávního vztahu u zaměstnavatele roků: měsíců:	
7. Úrazem postižený je ☐ zaměstnanec v pracovním poměru ☐ zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr ☐ osoba vykonávající činnosti nebo poskytující služby mimo pracovněprávní vztahy (§ 12 zákona č. 309/2006 Sb.) ☐ zaměstnanec agentury práce nebo dočasně přidělený k výkonu práce za účelem prohloubení kvalifikace u jiné právnické nebo fyzické osoby [§ 38a zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné	

způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, § 91a zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů].		
8. Trvání dočasné pracovní neschopnosti následkem úrazu:	od:	do:
		celkem kalendářních dnů:

D. Údaje o úrazu

1. Datum úrazu: Hodina úrazu: Datum úmrtí úrazem postiženého zaměstnance:		2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:					
3. Druh zranění ^{a)} :		4. Zraněná část těla:					
5. Počet zraněných osob celkem:							
6. Co bylo zdrojem úrazu? ☐ dopravní prostředek ☐ stroje a zařízení přenosná nebo mobilní ☐ materiál, břemena, předměty (pád, přiražení, odlétnutí, náraz, zavalení) ☐ pád na rovině, z výšky, do hloubky, propadnutí ☐ nástroj, přístroj, nářadí		☐ průmyslové škodliviny, chemické látky, biologické činitele ☐ horké látky a předměty, oheň a výbušniny ☐ stroje a zařízení stabilní ☐ lidé, zvířata nebo přírodní živly ☐ elektrická energie ☐ jiný blíže nespecifikovaný zdroj a) <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
7. Proč k úrazu došlo? (příčiny) ☐ pro poruchu nebo vadný stav některého ze zdrojů úrazu ☐ pro špatné nebo nedostatečné vyhodnocení rizika ☐ pro závady na pracovišti		☐ pro nedostatečné osobní zajištění zaměstnance včetně osobních ochranných pracovních prostředků ☐ pro porušení předpisů vztahujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele úrazem postiženého zaměstnance ☐ pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele ☐ pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod a) <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
8. Byla u úrazem postiženého zaměstnance zjištěna přítomnost alkoholu nebo jiných návykových látek?							



9. Popis úrazového děje, rozvedení popisu místa, příčin a okolností, za nichž došlo k úrazu. (V případě potřeby připojte další list).													
	a) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												

10. Uvedte, jaké předpisy byly v souvislosti s úrazem porušeny a kým, pokud bylo jejich porušení do doby odeslání záznamu zjištěno. (V případě potřeby připojte další list)⁶⁾.
11. Opatření přijatá k zabránění opakování pracovního úrazu:

E. Vyjádření úrazem postiženého zaměstnance a svědků úrazu

Úrazem postižený zaměstnanec	_____
	datum, jméno a podpis
Svědci	_____
	datum, jméno a podpis

	datum, jméno a podpis

	datum, jméno a podpis

	datum, jméno a podpis
Zástupce zaměstnanců pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci ^{a)}	_____
	datum, jméno a podpis
Zástupce odborové organizace ^{a)}	_____
	datum, jméno a podpis
Za zaměstnavatele ^{a)}	_____
	datum, jméno a podpis
	pracovní zařazení: _____

a) Vyplní orgán inspekce práce, popřípadě orgán báňské správy.

b) Vyplní zaměstnavatel.

c) Uvede se typ pracoviště, pracovní plochy nebo lokality, kde byl úrazem postižený zaměstnanec přítomen nebo pracoval těsně před úrazem, a kde došlo k úrazu, například průmyslová plocha, stavební plocha, zemědělská nebo lesní plocha, zdravotnické zařízení, terciální sféra – úřad.

d) Činností se rozumí hlavní typ práce s určitou délkou trvání, kterou úrazem postižený zaměstnanec vykonával v čase, kdy k úrazu došlo, například svařování plamenem. Nejedná se o konkrétní úkon, například zapálení hořáku při svařování plamenem.

e) Uvede se následek zranění, například zlomenina, řezné poranění, traumatická amputace, pohmoždění, popálení, otrava, utonutí.

f) Porušení předpisů se týká jak předpisů právních, tak i ostatních a konkrétních pokynů k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, daných zaměstnanci vedoucími zaměstnanci, kteří jsou mu nadřizeni ve smyslu § 349 odst. 1 a 2 zákoníku práce. Předpisy se rozumí předpisy na ochranu života a zdraví, předpisy hygienické a protiepidemické, technické předpisy, technické dokumenty a technické normy, stavební předpisy, dopravní předpisy, předpisy o požární ochraně a předpisy o zacházení

s hořlavinami, výbušninami, zbraněmi, radioaktivními látkami, chemickými látkami a chemickými přípravky a jinými látkami škodlivými zdraví, pokud upravují otázky týkající se ochrany života a zdraví.

a) V případě, že některá z osob, které záznam o úrazu podepisují, chce podat všídnutí, učiní tak na



Příloha č. 2 k nařízení vlády č. 201/2010 Sb.

**VZOR
ZÁZNAM O ÚRAZU – HLÁŠENÍ ZMĚN**Evidenční číslo záznamu^{a)}:Evidenční číslo zaměstnavatele^{b)}:

Údaje o zaměstnavateli, který záznam o úrazu odeslal:

Název zaměstnavatele:	ICO:
	Adresa:

Údaje o úrazem postiženém zaměstnanci a o úrazu:

Jméno:		Datum úrazu:	
Datum narození:		Místo, kde k úrazu došlo:	

Hospitalizace úrazem postiženého zaměstnance přesáhla 5 kalendářních dnů

☐ ano ☐ ne

C 8 – Trvání dočasné pracovní neschopnosti následkem úrazu

od: do: celkem kalendářních dnů:

D 1 – Úrazem postižený zaměstnanec na následky poškození zdraví při úrazu zemřel dne:

Jiné změny:

Úrazem postižený zaměstnanec	datum, jméno a podpis
Za zaměstnavatele	datum, jméno a podpis
	pracovní zařazení:

a) Vyplní orgán inspekce práce, popřípadě orgán báňské správy.

b) Vyplní zaměstnavatel.

Administrace návrhů na lázeňskou péči

Dotaz

- 1. Existuje nějaká centrální metodika, která platí stejně v celé ČR nebo mohou jednotlivé pobočky požadavky upravovat?** Mám potíže s tím, že se mi formuláře na Lázeňskou léčbu často vrací pro zřejmě neúplné vyplnění. Zklamán je pak pacient i vyplňující lékař. Metodika vyplňování je značně komplikovaná, u každé skupiny jsou jiné požadavky a mám podezření, že se mohou různit i požadavky jednotlivých regionálních pracovišť.
- 2. Je možno posílat návrh na lázně cestou portálu VZP?** Pokud ano, jaký je postup.
- 3. Některé softwary nabízejí možnost elektronického vyplnění formuláře. Je nutné, aby formulář k LL byl podepisován pacientem?** Návrhy na lázně pro svou časovou náročnost často vyplňuji po ordinacní době a po jejich vytištění pak pacient musí znovu přijít do ordinace, aby tento návrh podepsal.
- 4. Pokud VZP vrátí návrh na lázeňskou léčbu s požadavkem na dovyšetření pacienta, jak se to dozví pacient?** Je příslušná pobočka, s níž má pacient smluvní vztah a jíž posílá svůj návrh na lázeňskou léčbu, povinna ho o této skutečnosti informovat?

Odpověď

ad 1)

Lázeňská léčba je způsob léčení při využití přírodních léčivých zdrojů, tj. přírodních minerálních vod, plynů, peloidů a klimatu. Jde o souhrn konkrétních léčebných postupů užívaných v místě příslušného přírodního léčivého zdroje pod lékařským vedením za účelem uzdravení nebo restituce funkcí organismu. Jde o nenárokovou možnost léčebného plánu pacienta, která se poskytuje podle zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění. Pro indikaci lázeňské péče je dosud platná **vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 58/1997 Sb. Indikační seznam**. Lázeňská léčba obvykle není jediný možný způsob ústavní rehabilitace.

ších 55 let. U osob starších 70 let věku je nutné zajistit celkové interní vyšetření. Samozřejmostí jsou údaje o výšce a váze nebo kopie propouštěcích zpráv u pooperačních a poúrazových stavů a potřebná laboratorní data. Praktický lékař musí také vždy uvádět, zda nejsou obecné kontraindikace lázeňské péče. Často se zapomíná na dotazy na ne/kouření nebo udržení moče a stolice. Potřebná vyšetření pro jednotlivé indikace určuje Indikační seznam. Některá speciální vyšetření, příp. omezení nebo kontraindikace, jsou uvedena u konkrétní indikační podskupiny. Indikační seznam shrnuje také obecné kontraindikace pro lázeňskou péči.

ad 2) a 3)

Po vyplnění návrhu na lázeňskou péči je navrhující lékař povinen **zajistit předání návrhu zdravotní pojišťovně do 5 pracovních dnů od data vystavení**. V současné době jsou návrhy na lázeňskou péči příslušné zdravotní pojišťovně předávány v papírové podobě. Lékaři využívají služeb pošty nebo celé řady různých kurýrů, které často tvoří samotní pacienti. Nezadržitelným trendem v komunikaci mezi smluvním zdravotnickým zařízením (SZZ) a pojišťovnou se stává elektronické zaslání návrhu. VZP ČR v letošním roce již umožňuje zaslat návrh na lázeňskou péči cestou **obecného podání prostřednictvím Portálu VZP ČR**. Pro tuto možnost musí mít SZZ nasmlouvan SW, který jej opravňuje k obecnému podání prostřednictvím Portálu VZP ČR (řeší Dodatek ke Smlouvě). Obecné podání prostřednictvím Portálu VZP ČR nebude obsahovat podpis ani razítko, neboť vlastní smlouvy získává od VZP ČR ověřený certifikát. SZZ předá lázeňský návrh ve schváleném datovém rozhraní, včetně naskenovaných event. příloh. Velikost takového souboru je omezena pouze tech-

**Indikační seznam -
vyhl. MZ č. 58/1997
Sb.**

**EKG vyšetření je vždy
nutné u pacientů star-
ších 55 let. U osob
starších 70 let věku
je nutné zajistit celko-
vé interní vyšetření**

**elektronické podání
návrhu cestou Portá-
lu VZP**

Kompletně vyplněný návrh na lázeňskou péči podává zdravotní pojišťovně **navrhující lékař (registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci)**. Tento lékař je zodpovědný za formální stránku lázeňského návrhu, tedy za dodržení příslušné metodiky. Komplexní lázeňská péče se poskytuje na **doporučení příslušného odborného lékaře**, který je určen Indikačním seznamem u té které indikace. Doporučení, minimálně v rozsahu odborného nálezu, pro který se doporučuje lázeňská léčba, může být formou přílohy k návrhu nebo jako text přímo na lázeňském návrhu, musí obsahovat mj. důvody doporučení lázeňské péče konkrétní indikační podskupiny, předpokládaný očekávaný efekt lázeňské péče a vyjádření k příp. kontraindikacím některých procedur. Na návrhu je nutno uvést jednoznačnou identifikaci doporučujícího ošetřujícího lékaře. Příspěvkovou lázeňskou péči může ve většině případů indikovat praktický lékař sám. Zdravotní dokumentace však musí obsahovat všechny potřebné údaje a vyšetření. EKG vyšetření je vždy nutné u pacientů star-



níckými přenosovými možnostmi Portálu VZP ČR. Lázeňský návrh v datovém rozhraní lze též předat na datovém nosiči (flash disk) na kontaktním místě Krajské pobočky VZP ČR a dále prostřednictvím datové schránky (zde je velikost souboru omezena do 10 MB). Cílovým stavem v následujícím období bude plošné přijímání lázeňských návrhů od všech SZZ v novém datovém rozhraní do centralizované aplikace VZP ČR.

Při zasílání návrhů na lázeňskou péči cestou obecného podání prostřednictvím Portálu VZP ČR lékař SZZ buď pacienta seznámí s obsahem lázeňského návrhu, návrh vytiskne, dá pacientovi podepsat a založí do zdravotnické dokumentace. Nebo ho však může jen seznámit s obsahem návrhu a pacient podpisem do zdravotnické dokumentace potvrdí, že byl s obsahem návrhu seznámen a souhlasí s ním.

ad 4)

Návrh na lázeňskou péči potvrzuje, nepotvrzuje, případně změní revizní lékař pojišťovny. Jeho úkolem není doplňovat do návrhu chybějící nebo neúplné údaje nebo vyšetření. **Po zřízení Krajských pracovišť pro správu lázeňské a ozdravné agendy ve VZP ČR na podzim 2010 došlo ke sjednocení administrativních postupů.** Klient i ošetřující lékař jsou o změně návrhu z komplexní lázeňské péče na léčení v režimu příspěvkové péče nebo při nepotvrzení lázeňského návrhu revizním lékařem **písemně informováni** s možností podání

námitek proti tomuto rozhodnutí. V problematice poskytování zdravotní péče komunikuje zdravotní pojišťovna se SZZ na základě smluvního vztahu. Pokud je potřeba lázeňský návrh doplnit, probíhá komunikace nejčastěji písemně nebo telefonicky právě se SZZ.

V ordinacích některých lékařů často není Indikační seznam k dispozici. Intuitivně lázeňskou péči nelze indikovat. Je nepřipustné, aby lékaři podléhali tlaku pacientů a ve zdravotnické dokumentaci lázeňských návrhů uváděli neúplné nebo rozporuplné údaje. Zdravotní pojišťovna nemůže řešit sociální situaci pacienta. Pokud pro některé skupiny pacientů jsou platby za hotelové služby u příspěvkové lázeňské péče nedostupné, je potřeba po vzájemné domluvě volit jiný způsob léčby a léčebný plán příslušně upravit. Pro některé pacienty může být limitující i otázka pracovní neschopnosti či délka nepřítomnosti v zaměstnání po dobu léčení. Komplexní lázeňská péče je poskytována v době pracovní neschopnosti. To ale neplatí pro léčení formou příspěvkové péče.

V Praze dne 24. května 2011

MUDr. Jan Hoch
vedoucí referátu lázní
VZP ČR – Krajská pobočka pro hl. m. Prahu
110 01 Praha 1, Na Perštýně 6

pacient návrh podepsat nemusí, stačí záznam do zdrav. dokumentace s podpisem pacienta

o změně návrhu na lázeňskou péči informuje revizní lékař písemně klienta i ošetřujícího lékaře

Ohlasy čtenářů k článku

"Kdo má psát pacientovi léky - ošetřující nebo registrující lékař?"

Practicus 5/2011

Dobrý den,

se zájmem jsem si přečetl odpověď na uvedený dotaz v posledním čísle Practicusu. S problémem se opakovaně setkáváme, v odpovědi je citován metod. pokyn VZP 15/2000.

Dovolte, abych na dotaz reagoval jen poznámkou - vedle uvedeného metodického pokynu existuje také novější doklad "Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR" v poslední verzi, kterou jsem našel, **č. 6.210 z března 2010**, ve kterém je uvedeno toto:

Ošetřující lékař je sám povinen poskytnout, vyžádat, navrhnout či předepsat další péči, kterou indikoval.

Řekl bych, že tato věta je dostatečně stručná a výstižná, vše jednoduše objasňuje. Sám ji v případě potřeby ambulantním specialistům s odkazem na příslušný dokument zatím s úspěchem sděluji.

S pozdravem, přáním mnoha úspěchů a všeho dobrého.

MUDr. Jan Palaj, praktický lékař, Velké Bílovice, Všeobecní praktici s.r.o.

Touto formou chci poděkovat zvláště za poslední časopis, který vyšel. Asi před 4 roky jsme měli při jednom kongresu v Karlových Varech vzpomínat na to, co nás v práci těší a současně i na to, co nás nejvíc bolí... V poslední době je těch bolestivých věcí stále víc. Přibývá agrese (zatím ne fyzická) od našich svěřenců, snažíme se suplovat insuficientní systémy odborných ambulancí. Denní stížnosti typu, proč odmítám napsat sanitu a doporučení tam a tam, zdržují a pacienti si více dovolí na svého praktika než na "odborníky". Nebudu ale naříkat. Zkrátka mě potěšilo, že se časopis dotkl oněch ožehavých témat a já jsem již okopíroval (bez svolení redakce) vyjádření k uvedenému některým svým svěřencům. Někdy je dobré mít i nějaký argument tištěný v ruce. Tomáš Koudelka, praktický lékař, Žirovnice.



Zahraniční aktivity mladých praktiků v roce 2011



MUDr. Kateřina Javorská

Zahraniční aktivity jsou jedním z důležitých pilířů fungování organizace Mladých praktiků. V současné době stále očekáváme zprávu ohledně přijetí či odmítnutí naší žádosti o financování výměnného programu Hippokrates z Evropského fondu Leonardo da Vinci. Sousední Rakousko, se kterým jsme na přípravě žádosti spolupracovali, uspělo, proto pevně doufáme i v přijetí našeho návrhu, které by otevřelo cestu mnoha dalším mladým praktickým lékařům k neocenitelné zkušenosti v podobě zahraniční stáže. Organizace Vasco da Gama Movement má letos k dispozici 3x700 Euro na ceny Hippokratova programu. Jednu z cen podporuje EURIPA (European Rural and Isolated Practitioners Association) a je pojmenována jako „Cena Claudia Carosina“, italského lékaře který zemřel po zásahu střelnou zbraní pacientem při návštěvě v jeho domě v roce 2010. Zástupci organizace EURIPA se snaží zapojit více venkovských praxí praktických lékařů do Hippokratova projektu, proto prosíme praktické lékaře, jejichž praxe by se dala kvalifikovat jako venkovská, kteří by měli zájem se zapojit do našeho projektu a/nebo se chtějí dozvědět více o ceně, nechtě kontaktují národního koordinátora programu Norberta Krále na emailové adrese norbert.kral@seznam.cz.

V současné době usilovně plánujeme a snažíme se získat podporu pro naši účast na Prekonferenci a konferenci WONCA 2011 v polské Varšavě v září 2011. Na WONCU 2011 jsme podali abstrakt se žádostí o workshop na téma jak založit organizaci mladých praktických lékařů a jak ji dále rozvíjet. Abstrakt byl přijat a pro nás to znamená velkou

výzvu, abychom workshop pečlivě připravili a vytyčili si priority a cíle, které by byly potenciálně přínosné pro nás i pro ostatní účastníky. Samozřejmě doufáme, že získáme spoustu podnětných komentářů od zahraničních účastníků, které pomohou fungování naší organizace zlepšit. O vývoji příprav workshopu a o prezentaci na Evropské konferenci WONCA vás budeme dále informovat.

Dále se velmi slibně rýsuje naše spolupráce s organizací EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine), jehož český zástupce dr. Jáchym Bednář nás kontaktoval s nabídkou spolupráce v rámci aktivit této organizace. Protože je členství v „Mladých praktikcích“ časově omezené 5 lety od složení atestace, tak se již nyní někteří současní členové MP „poohlížejí“ po možnostech kam směřovat své působení dále. Logickým vyústěním pak zůstávají aktivity spojené s výukou a přípravou ještě mladších mladých praktiků k atestaci. Dostali jsme pozvánku na seminář pilotního projektu organizace EURACT pod anglickým názvem "Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice in Europe (CEDinGP)" do tureckého Izmiru, který se koná ve dnech 27.-29.června 2011. Snad se nám podaří sladit pracovní a jiné povinnosti tak, aby se zástupce za Českou republiku mohl semináře zúčastnit. O tom, jestli byla naše snaha úspěšná, vám podáme zprávu v dalším čísle tohoto časopisu.

Za Mladé praktiky

Kateřina Javorská

kjavorska14@yahoo.co.uk

Jak porozumět kvalitě v primární péči

Zpráva z konference EQuIP, Kodaň, duben 2011



MUDr. Jan Kovář

Jan Kovář absolvoval v roce 2007 2. LF UK, od roku 2009 působí na rezidenčním místě ve Volyni.

Absolvoval zahraniční stáže v Ghaně, Anglii a Nizozemí. Je členem SVL ČLS JEP, SPL ČR, Mladých praktiků.

Už jste někdy přemýšleli o kvalitě péče, kterou poskytnete svým pacientům? Že tak docela nerozumíte otázce? Tak jinak. Už jste přemýšleli, jak pro vašeho pacienta udělat to nejlepší? Jak dosáhnout největší přínos při nejmenších rizicích? Jak se vyhnout komplikacím a selhání léčby? Interakcím, mylným indikacím, zbytečné zátěží? Diagnostické i terapeutické? Už jste někdy přemýšleli, jestli je pacient s vaší péčí spokojený? Už jste přemýšleli, jak dělat správné věci správně? Každý den? Pak řešíte každý den otázky kvality péče.

V tomto článku Vás chci seznámit se skupinou akademických expertů i aktivních praktických lékařů, kteří otázky kvality primární péče řeší systematicky a na mezinárodní úrovni.

Skupina EQuIP (European Association for Quality in General Practice/Family Medicine) vznikla jako třetí a nejmladší tematická pracovní skupina organizace WONCA (1. skupina je EURACT pro výuku a 2. EGPRN pro výzkum) v roce 1991. Členové (cca 35) obvykle reprezentují svoji národní odbornou společnost, zároveň často vyučují a bádají na univerzitách.

Kvalita péče, jak vyplývá z úvodu, zasahuje do všech oblastí denní praxe všeobecného praktického lékaře. EQuIP pracuje na systematickém vyhodnocování a zlepšování kvality na všech polích. Ve svých pracovních skupinách definuje ukazatele kvality, vytváří nástroje a metody na její rozlišení a zvyšování. Také se zabývá výukou metod hodnocení a zvyšování kvality a pořádá mezinárodní konference na toto téma. V neposlední řadě řeší i profesionální zdraví poskytovatelů jako základní zázemí pro kvalitní práci.

Zdá se vám aktivita EQuIP příliš teoretická? Akademická? V dalším textu se vás pokusím přesvědčit o jejích praktických dopadech. A pokud vás nepřesvědčím já, pak nepochybně doba, která přenesla otázku kvality nevyhnutelně do našich praxí. Nepochybně všichni pracujete s doporučenými postupy a mnoho z vás již řešilo či řeší akreditaci ordinace. Výsostně projekty zvyšování kvality péče, kterých bude jen přibývat.

Velmi praktickou aktivitou skupiny EQuIP je Letní škola, letos pořádána na konci srpna v belgickém Gentu na téma **Výzkum ve zvyšování kvality v primár-**



ní péči. Cílem je výuka a praktický výcvik malé skupiny zájemců na uvedené téma, tak, aby mohli nabyté schopnosti aplikovat a šířit dál. Další informace a registrace je k dispozici na adrese <http://summerschool2011.domusmedica.be>.

V dubnu 2011 EQuIP pořádal v Kodani konferenci **“Management a důvěra veřejnosti – hodnota za dobrou cenu”**. Konference hostila mezinárodní experty aktivně pracující na poli výzkumu kvality primární péče.

Úhelným kamenem diskuzí byla otázka, zda odměnou lze praktické lékaře motivovat k vyšší kvalitě, zda peníze mohou vyřešit požadavek zvyšování kvality. V Evropě jsou země, které odměňují lékaře platem (Švédsko, Portugalsko, Španělsko), platbou za výkony (Belgie, Francie) kapitační platbou nebo kombinacemi těchto nástrojů (Česká republika, Holandsko, Německo). Profesor Martin Roland z Velké Británie shrnul zkušenosti ze 7 let probíhajícího projektu Quality and Outcomes Framework. Principem je sledování množství rozdílných ukazatelů (vedle klasických laboratorních a klinických indikátorů např. měření dostupnosti péče) a finanční ohodnocení na základě dosahování cílových hodnot (až 25% podíl na příjmu ordinace). Cílem je sjednotit rozdíly v léčbě a posílit důraz na praktikování medicíny založené na důkazech, sevřit rozvírající se nůžky mezi péčí, jakou poskytujeme a jakou můžeme/máme poskytovat. Z ostrovních zkušeností vyplývá, že metoda platby za výkon v požadované kvalitě (tzv. „pay for performance“) zrychluje aplikaci moderních poznatků v praxi a upevňuje dodržování doporučených postupů. Zavedením těchto de facto závazných postupů bylo možné a také účelné přenést část agendy na erudovanou sestru a potenciálně ušetřit čas na složitější pacienty. Na druhou stranu systém paradoxně zhoršuje dostupnost primární péče, protože lékaři se více věnují naplňování cílů (indikátorů) u chronických pacientů než vlastní kurativě. Původní přísně objednávací systém se změnil na volný přístup do ordinace dle fronty v čekárně a předvádí pacienty zvyklí plánovat návštěvy se náhle nemohli objednat. V panelové diskuzi pak prezidentka Anglické královské společnosti všeobecných praktických lékařů (RCGP) Iona Heath varovala před redukováním komplexních vztahů s pacientem na vyplňování tabulek, před otupováním myšlení a vnucováním jediné správné odpovědi. Kolik z nás již nabíralo HbA1c devadesátileté pacientce prostě proto, že to chce pojišťovna?

Profesor Andreas Sönnichsen z Německa v přednášce o bezpečí pacienta upozorňoval na zásadní roli praktického lékaře. Děsivá a medializovaná pochybení typu amputace zdravé končetiny a vyjmutí zdravé ledviny jsou jen špičkou ledovce. Většina nežádoucích dopadů lékařské péče není sice přímo zaviněna praktikem, ale vzniká v důsledku jeho rozhodnutí. Věděli jste, že pouze necelá polovina pacientů s pozitivní ergometrií bude mít i pozitivní a řešitelný koronarografický nálezy? A změní to váš přístup k indikaci zátěžového testu?

Výzkumu klinického rozhodování, jeho efektivitě a dopadu se věnuje mnoho projektů prezentovaných na konferenci. Jejich cílem je formování doporučení pro výuku rozhodovacích procesů na základě řízených intervencí a vyhodnocování výsledků.

Jiným široce diskutovaným tématem byla rovnost v přístupu k primární péči. Zejména v západních zemích je akcentováno množstvím národnostních menšin se svými socio-kulturně-ekonomickými a jazykovými bariérami. Na projektech, které učí praktiky rozpoznávat takto zranitelné pacienty je inspirativní, že jsou podporovány přímo obcemi a regiony, ve kterých tyto žijí.

Velká pozornost je věnována i výzvám nejbližší budoucnosti, jako např. fenoménu křehkého pacienta (frailty – patient).

Kongres doprovázely i postery a workshopy. Jeden bych rád popsal podrobněji, protože mne jako mladého začínajícího praktika velmi oslovil.

Workshop na téma výuky kvality odhalil, jak obtížně se hledá v denní rutině téma nebo problém k zlepšování. Co byste právě teď chtěli

li zlepšit ve fungování vaší praxe? Musíte hodně přemýšlet? Jako jednoduchý nástroj k vyhledávání nedostatků je interní audit s otázkou “kdy a co mi naposledy zabralo neadekvátní množství času?” nebo “kdy a co mne naposledy neuvěřitelně rozčílilo?” Možná mnozí znáte PDCA (Plan-Do-Check-Act) cyklus k implementování změn. Workshop byl zaměřen na první krok - plánování. Když už máme námět ke zlepšení, vytvoříme tým, který se bude na procesu podílet; v našich podmínkách obvykle lékař a sestra. V týmu je třeba se ujistit, že všichni rozumí problému, rozkryjeme hluboké příčiny odchylek nebo slabých výsledků a nakonec si vybereme část procesu ke zlepšení. Možná to zní triviálně, ale pravidlo KISS (Keep it small and simple) zajistí plné soustředění na problém bez rizik odvádění pozornosti dalšími prvky. Bylo zajímavé, že zatímco řada názorů, zejména původem z Velké Británie, považuje samostatnou (single handed) praxi pro pacienta za nebezpečnou, Richard Roberts ve své přednášce zmínil pravidlo, že každý další člen týmu představuje až 12% zvýšení rizika chyby nebo krachu projektu.

Jedna ze sekcí konference byla věnována externímu hodnocení kvality praxí, které je v různém stadiu vývoje ve všech evropských zemích. V Německu prošlo akreditací více jak 1 000 pracovišť, což odpovídá zhruba 5 % všech praxí. Působí zde několik akreditačních agentur, z nichž nejvýznamnější je AQUA Institute, který využívá k hodnocení nástroj European Practice Assessment (EPA), blízký našim akreditačním standardům. Cena za akreditaci se blíží 2000 EUR a jen některé pojišťovny osvědčení o akreditaci zohledňují. Akreditace je prestižní záležitostí, oceňovanou zejména mladší částí populace. Akreditační program běží od roku 2005 také v Holandsku. Probíhá v tříletém cyklu, jehož náklady dosahují 6000 EUR. Zahrnuje vyplnění dotazníku, sběr dat a každoroční návštěvy praxe, zohledňující tři domény: organizaci praxe, klinickou činnost a zkušenost pacientů. Výsledné skóre praxe v jednotlivých doménách pak umožňuje srovnání a je impulzem ke zlepšování kvality. Praxe sama vybírá tři náměty ke zlepšování na každý rok, které jsou pak podrobeny auditu. V současné době je zvažována změna programu ve smyslu povinné recertifikace praxí, jež by byla podmíněna splněním minimálních požadavků na kvalitu:

- existence vnitřního systému kvality
- analýza kvality a bezpečnosti praxe
- aplikace opatření na snížení rizik
- systematické zvyšování kvality na základě pravidelného hodnocení indikátorů

Akreditace praxí jsou běžné také ve Velké Británii. V Dánsku se jedná o ojedinělé aktivity, ve Španělsku běží několik regionálních pilotních aplikací programů ISO. V mnoha dalších zemích připravují akreditační programy stát nebo pojišťovny. Zájem vzbudilo sdělení doc. Seiferta o stavu akreditací v České republice. Především z toho důvodu, že v popředí rozvoje procesu u nás nestojí plátci nebo stát, ale organizace praktických lékařů. To nám dává příležitost zabudovat do systému hodnocení kvality naše představy. Z mezinárodní diskuze vyplývá, že úspěšné jsou ty systémy, ve kterých proces akreditace sehrává edukační, motivační a podpůrnou roli, spíše než roli kontrolní a sankční. Mezinárodní výměna zkušeností přináší řadu nových námětů, které by mohly být uplatněny do našeho rodícího se systému ještě v tomto roce.

Dr. Roberts, prezident světové organizace WONCA, ve své závěrečné řeči zdůraznil, že k dosažení nejlepších výsledků pro pacienta bude nutné reorganizovat výzkum a přesunout ho z akademických výšin do praxe, pracovat na více frontách (profesionální, osobní, veřejné i populační), a zejména udržet spolehlivou kontinuitu a dostatečný rozsah péče. Klinická rozhodnutí s nejlepším dopadem vychází nejen z důkazů, ale nutně též z kontextu a hodnot, které známe díky vztahu s pacientem. Metodami, jak měřit tento vztah a jeho kvalitu se zabýval další workshop.

MUDr. Jan Kovář, reprezentant SVL ČLS JEP v EQuIP



Jan Slabý, Autocont

MUDr. Cyril Mucha, SVL ČLS JEP

Počítačová síť

Ve většině ordinací, kde se používá počítač, se v určitou chvíli dojde k hranici, kdy se zjistí, že nestačí pouze počítač jeden (sestra, druhý lékař, recepce) a že je navíc potřeba počítače spolu propojit. Nutné je též provádět zálohy (uložené mimo hlavní počítač, nejlépe i mimo (hlavní) ordinaci), využívat jednu centrální tiskárnu s levnějším tiskem apod. K tomu všemu slouží "počítačová síť".

Počítačová síť

Co to vlastně je? Síť je systém technických prostředků, které zajišťují spojení a výměnu informací mezi počítači, resp. dalšími zařízeními.

Před nástupem počítačových sítí musel mít každý počítač, ze kterého se chtělo tisknout vlastní tiskárnu. Případně se musel dokument nahrát na disketu a odnést k počítači s tiskárnou a vytisknout. Horší situace nastala, pokud např. s jedním dokumentem nebo databází pracovalo více osob. V takovém případě se nedalo zaručit, že všichni mají ve stejném okamžiku stejnou – aktuální verzi. První pokusy o komunikaci počítačů se vědecké laboratoře pokoušely již v šedesátých letech minulého století. Již od té doby se vyvíjely tzv. komunikačními protokoly. Je to v podstatě univerzální soubor pravidel a norem, podle kterých spolu zařízení komunikují (na celém světě).

Z nich se nejvíce prosadily tzv. protokoly TCP/IP, které jsou základním stavebním kamenem největší počítačové sítě současnosti: Internetu.

Typy sítí

Počítačové sítě můžeme dělit podle nejrůznějších kritérií: podle druhu přenášených signálů (digitální, analogové), podle jejich rozlohy, atp. Příkladem jsou následující dva nejrozšířenější typy sítí:

- **LAN - Local Area Network, lokální síť**

Spojují zařízení v rámci jedné budovy nebo několika blízkých budov, vzdálenosti stovky metrů až km (podle typu použitých kabelů). Nejčastěji je dnes používána technologie Ethernet.

- **WAN - Wide Area Network - rozsáhlé síť**

Spojují LAN sítě s působností po celé zemi nebo kontinentu, na libovolné vzdálenosti.

V dnešní době se ještě setkáte s označením **WLAN**, které však neznačí velikost sítě, ale její druh – jedná se o značku bezdrátové sítě (z anglického Wireless Local Area Network).

Stejně popisky (LAN, WAN) najdete například na vašem zařízení, kterým máte do ordinace přiveden internet. Nyní již tedy budete vědět, že do konektoru, označeného zkratkou WAN zastrčíte kabel vedoucí do (z) internetu a do portů (zásuvek) označených LAN pak připojíte vaše počítače popř. další zařízení.

Z jakých částí (tzv. prvků) se skládá síť?

- **Směrovač (Router)**

Jedná se o aktivní zařízení, které spojuje dvě sítě (nejčastěji internet a vlastní síť např. v ordinaci) a přenáší mezi nimi data.

- **Přepínač (Switch)**

Je aktivní síťový prvek, propojující jednotlivé části sítě. Přepínač obsahuje větší či menší množství konektorů (zásuvek/portů), na něž se připojují síťová zařízení nebo části sítě. Rozdílnost funkce směrovačů a přepínačů si lze zjednodušeně představit takto: přepínače jsou silnice spojující všechna města ve státě a směrovače jsou hraniční přechody spojující různé země.

- **Bezdrátový přístupový bod (Access Point)**

Zařízení, ke kterému se připojují počítače a zařízení bezdrátově - pomocí antény. Každé zařízení se připojuje k přístupovému bodu a jeho prostřednictvím zároveň s dalšími zařízeními v síti.

Typická počítačová síť má v dnešní době vlastně jednoduchou strukturu. Každé zařízení musí být přímo spojeno s nějakým aktivním prvkem sítě – přepínačem nebo směrovačem. Jedná se tedy zjednodušeně řečeno o tvar hvězdice. Do směrovače nebo přepínače tedy povede tolik kabelů, kolik je k němu připojeno přímých zařízení. V případě větších sítí jde zapojit jednotlivá aktivní zařízení do sebe, avšak opět do hvězdice. Takže například ze dvou přepínačů povedou 2 kabely do jednoho směrovače.

V případě malé ordinace je zpravidla struktura následující: Kabel od poskytovatele internetového připojení přiveden na WAN konektor směrovače. Ten je prostřednictvím LAN konektoru připojen k přepínači, do kterého jsou zapojeny všechny lokální počítače, tiskárny, zálohovací zařízení. Do něj je připojen také přístupový bod bezdrátové sítě, se kterým komunikují Wi-Fi (bezdrátová) zařízení (viz obrázek).

Rychlosti sítí

Jakých rychlostí dnes lokální síť dosahuje? Záleží na tom, zda používáte síť kabelové nebo bezdrátové. Začneme sítěmi kabelovými:

- **10 Mb/s**

Nejstarší přenosová rychlost, dnes se již nepo-



Ideální schéma vaší sítě v ordinaci

užívá kvůli její přílišné pomalosti.

- **100 Mb/s**

V současnosti nejrozšířenější přenosová rychlost, dostačuje pro většinu běžných činností.

- **1 000 Mb/s**

Nejvyšší rychlost, která je v současné době v běžných podmínkách k dispozici. Představuje v současnosti špičku, kterou můžete v ordinaci mít.

V případě pořízení nových zařízení rozhodně doporučuji pořízení zařízení i kabeláže, která podporují 1 000 Mb/s. Cenový rozdíl je velmi malý, ale užitná hodnota velká.

Zatímco u kabelových sítí je to s přenosovými rychlostmi jednoduché (zkrátka uváděné rychlosti vždy dosáhnete), u bezdrátových sítí je to zcela naopak. Za prvé není rychlost všude stejná (se vzdávající vzdáleností od přístupového bodu se rychlost snižuje), navíc udávané rychlosti výrobci nikdy nedosáhnou. Proč? Protože Wi-Fi je přenos typu tzv. half-duplex (to znamená, že zařízení v jednu chvíli buďto vysílá nebo přijímá, nedokáže provádět obojí komunikaci současně, na rozdíl od drátové sítě) a výrobci udávají rychlost coby součet obou směrů. Pokud tedy je udávaná rychlost na krabici s přístupovým bodem 54 Mb/s, teoreticky nejvyšší dosažitelná rychlost, kterou bude zařízení komunikovat, je poloviční: tedy nanejvýše 27 Mb/s. A navíc je tato rychlost udávaná pro všechna přenesená data, tedy i včetně různých opravných informací, které jsou pro provoz sítě potřebné. Prakticky využitelná rychlost bude ještě přibližně o deset procent nižší. Nyní již víme, jak na rychlosti nahlížet. Podle označení síťových prvků se dá na první pohled určit, jakou rychlost podporují:

- **IEEE 802.11b - rychlost 11 Mb/s (reálná 5,5 Mb/s)**

Nejstarší a velmi pomalá, nevyhovuje pro současné potřeby.

- **IEEE 802.11g - rychlost 54 Mb/s (reálná 27 Mb/s)**

V současnosti nejrozšířenější, vhodná ale jen pro sdílení internetového připojení.

- **IEEE 802.11n - rychlost 300 Mb/s (reálná 150 Mb/s)**

Nejnovější standard a nutnost pro práci se vzdálenými soubory. V ideálních podmínkách může být srovnatelná se 100 Mb/s sítí lokální.

Všechny rychlosti sítí (drátových i bezdrátových) jsou uváděny v jednotkách MegaBit za sekundu. Pro přepočet na megabajty je nutné dané číslo podělit číslem 8. V tomto případě se však bude jednat o hrubou rychlost – pro rychlost přenosu dat se zjednodušeně počítá rychlost v MegaBytech za sekundu dělená 10, čímž se zohlední i různé opravné informace. Názorněji to bude vidět na malém příkladu:

Máte 20 různých rentgenových snímků, každý z nich má velikost 20 MB. Tyto snímky potřebujete přenést na svůj notebook. Celková velikost je tedy 400 MB dat. V případě nejpomalejší bezdrátové sítě vám bude přenesení snímků trvat přibližně 150 sekund, tedy téměř dvě a půl minuty. A to jen v případě, že daná bezdrátová síť nebude rušena a přenos bude ideální.

U pevné sítě 1 000 Mbit/s vám ten stejný přenos bude trvat přibližně 4 sekundy, opět v ideálním případě. Výhoda drátové sítě je tedy z hlediska rychlosti a spolehlivosti zřejmá.



Tento test je zařazen do kontinuálního vzdělávání ČLK a za správné vyřešení testu bude řešitelům přiděleno 9 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 10. 9. 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
6/2011**

**Správné
odpovědi
testu
č. 5/2011:
1abc
2ac
3b
4c
5a
6b
7abc
8a
9b
10a**

Novinky v léčbě hypertenze

1. Zvýšení krevního tlaku o 20/10 mm Hg:

- a) zvyšuje riziko kardiovaskulární morbidity a mortality 2x
- b) zvyšuje pouze riziko cévních mozkových příhod
- c) nemá významný vliv zvýšení kardiovaskulárního rizika

2. Kombinace amlodipin ± perindopril ve studii ASCOT vedla ke:

- a) 24% poklesu rizika KV úmrtí
- b) 23% snížení rizika CMP
- c) 11% poklesu celkové mortality

3. Léčba amlodipinem ± perindoprilem snižuje:

- a) průměrný systolický/diastolický TK (měřený na paži)
- b) centrální aortální TK (na úrovni velkých cév)
- c) kolísání (variabilitu) TK mezi jednotlivými návštěvami

Syndrom neklidných nohou

4. Lékem 1. volby pro RLS je:

- a) gabapentin
- c) levodopa
- d) rotigotin

5. RLS je často asociován s:

- a) renálním selháváním
- b) těhotenstvím
- c) nedostatkem železa

6. Pro stanovení diagnózy RLS je nejdůležitější:

- a) splnění alespoň 2 základní diagnostických kritérií + snížení hladiny feritinu v seru
- b) splnění všech čtyř základních diagnostických kritérií
- c) splnění alespoň 2 základních diagnostických kritérií + poruchy spánku

Pityriasis (tinea) versicolor

7. Pityriasis versicolor nejčastěji postihuje

- a) děti
- b) mladé dospělé
- c) seniory

8. Mezi typické predilekční lokality onemocnění patří

- a) kštiny
- b) seborhoické oblasti trupu
- c) kolena a lokte

9. Diagnózu pityriasis versicolor stanovíme

- a) většinou na základě charakteristického klinického obrazu
- b) pouze histologickým vyšetřením vzorku kůže
- c) kultivačním vyšetřením

Periferní obrna lícního nervu

10. Bellova obrna je

- a) centrální paréza n. VII
- b) periferní paréza n. VII způsobená traumatem
- c) idiopatická periferní paréza n. VII

Správné mohou být všechny tři možnosti.

odpovědní lístek – test č. 6/2011

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 |

XXX. výroční konference SVL ČLS JEP

již více než 300 registrovaných



9.–12. listopadu 2011
Kongresové centrum Zlín

Hlavní témata konference

Dolní a horní dyspeptický syndrom

Arteriální hypertenze

Erektilní dysfunkce

Prevence KVO

Dyslipidémie

Alergie



Největší odborná konference praktických lékařů v České republice v roce 2011

PRESTANCE®
perindopril / amlodipin



5/5 mg



10/5 mg



5/10 mg



10/10 mg

SPOJENÁ SÍLA

PRO OCHRANU VAŠICH PACIENTŮ



Zkrácená informace o přípravku PRESTANCE®: Složení: Jedna tableta obsahuje perindopril arginin, dlouhodobě působící inhibitor ACE a amlodipin besilát, blokátor kalciového kanálu. PRESTANCE 5 mg/5 mg: jedna tableta obsahuje 3,395 mg perindoprilu, množství odpovídající 5 mg perindoprilu argininu a 6,935 mg amlodipinu besilátu, množství odpovídající 5 mg amlodipinu. PRESTANCE 5 mg/10 mg: jedna tableta obsahuje 3,395 mg perindoprilu, množství odpovídající 5 mg perindoprilu argininu a 13,870 mg amlodipinu besilátu, množství odpovídající 10 mg amlodipinu. PRESTANCE 10 mg/5 mg: jedna tableta obsahuje 6,790 mg perindoprilu, množství odpovídající 10 mg perindoprilu argininu a 6,935 mg amlodipinu besilátu, množství odpovídající 5 mg amlodipinu. PRESTANCE 10 mg/10 mg: jedna tableta obsahuje 6,790 mg perindoprilu, množství odpovídající 10 mg perindoprilu argininu a 13,870 mg amlodipinu besilátu, množství odpovídající 10 mg amlodipinu. **Léková forma:** Tableta. **Indikace:** Přípravek PRESTANCE je určen jako substituční terapie k léčbě esenciální hypertenze a/nebo k léčbě stabilní ischemické choroby srdeční u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a amlodipinem, podávaným současně v téže dávce. **Dávkování a způsob podání:** Jedna tableta denně v jedné dávce, nejlépe ráno před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, může být dávka přípravku Prestance upravena nebo lze zvážit individuální titraci s kombinací obou látek samostatně. Pacienti s renálním poškozením: přípravek není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na perindopril nebo na jiné inhibitory ACE, anamnéza angioedému, 2. a 3. trimestr těhotenství, závažná hypotenze. Hypersenzitivita na amlodipin nebo na jiné dihydropyridiny, šok, obstrukce výtokového traktu levé komory, nestabilní angina pectoris, srdeční selhání po akutním infarktu myokardu (během prvních 28 dní). Hypersenzitivita na kteroukoli pomocnou látku. Lékové a jiné interakce: kalium-šetřící diuretika, doplňky draslíku nebo doplňky obsahující soli draslíku, lithium, estramustin, nesteroidní antiflogistika, antidiabetika, dantrolen (infúze), induktory CYP3A4, inhibitory CYP3A4, baklofen. **Těhotenství a kojení:** Přípravek by neměl být používán během prvního trimestru těhotenství a je kontraindikován během druhého a třetího trimestru těhotenství. Jeho užívání u kojících žen se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji byly pozorovány astenie, závratě, bolest hlavy, změny nálad, poruchy spánku, poruchy vidění, hučení v uších, svalové křeče, hypotenze, alergická reakce, kožní vyrážky, gastrointestinální poruchy, kašel, sucho v ústech. Může dojít ke změnám laboratorních parametrů krve. **Zvláštní upozornění:** U pacientů s renálním poškozením je třeba individuální úpravy dávky dle hodnot clearance kreatininu. Symptomatická hypotenze je vzácná, avšak může k ní dojít u pacientů s hypovolémií způsobenou např. léčbou diuretiky. Pacienti s hepatálním poškozením: přípravek má být podáván s opatrností a za sledování hladiny jaterních enzymů. U pacientů se srdečním selháním může být léčba amlodipinem spojená s častějším výskytem plicního edému, léčba má být podávána s opatrností. Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Balení:** 30 a 90 tableť. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 22 rue Garnier, 92200 Neuilly-sur-Seine, France. Registrační čísla: 58/203-206/08-C. **Datum poslední revize textu:** 26.5.2010. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.